



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ETIKA V PRAKSI ZDRAVSTVENE NEGE –
AKCIJSKA RAZISKAVA ETIČNEGA
DELOVANJA NA PRIMERU SPLOŠNE
BOLNIŠNICE**

**ETHICS IN NURSING PRACTICE – ACTION
RESEARCH ETHICAL ACTIVITIES ON THE
CASE OF GENERAL HOSPITAL**

Mentorica: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič Kandidatka: Simona Peternel
Somentorica: Karmen Romih, pred.

Jesenice, januar, 2013

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič in somentorici Karmen Romih, pred., za napotke in strokovno pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Tudi obema recenzentkama, doc. dr. Ivici Avberšek Lužnik in mag. Zdenki Tičar, iskrena hvala.

Hvala prijateljici Jerneji Jelovčan, da si je vzela čas in dosledno lektorirala diplomsko delo.

Hvala Beti, Simoni in Mirjani. V času študija smo se skupaj veselile uspehov, se bodrile ob padcih in s timskim delom dosegale cilje. Upam, da bodo naše vezi ostale še naprej tako trdne.

Zahvaljujem se svojemu partnerju Dominiku, ki je potrpežljivo prenašal vse moje študijske obveznosti, in hvala še nečakinji Maji, ki mi je pomagala pri raziskovalnemu delu.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Etična načela, zapisana v kodeksu etike, služijo medicinskim sestram za oblikovanje etičnih vrednot, ki so vodilo pri vsakodnevni praksi. Ne glede na to, kako odlično je osebe v kliničnih znanjih, ta nimajo nikakršne vrednosti, če se vanje ne vključi etike.

Cilj: Raziskati, koliko medicinske sestre poznajo in uporabljajo kodeks etike, kako etično delujejo v svoji organizaciji in če se etično delovanje diplomiranih medicinskih sester razlikuje od etičnega delovanja srednjih medicinskih sester.

Metoda: V mesecu oktobru smo izvedli kvantitativno raziskavo, uporabili smo anketiranje v pisni obliki. Sodelovalo je 66 medicinskih sester Splošne bolnišnice Jesenice s srednjo, višjo, visoko izobrazbo. Dobljene rezultate smo obdelali s pomočjo Microsoft Excela in statističnega programa SPSS, verzija 20.

Rezultati: Vse medicinske sestre (100 %), vključene v raziskavo, so že slišale za kodeks etike, a je minilo že nekaj časa, odkar so ga nazadnje brale, in se redko pogovarjajo o etičnosti svojih postopkov (59,1 %). Pravice pacientov se upošteva včasih (76,9 %), pacienti so slabo oskrbljeni z analgetično terapijo, saj kljub vsemu trpijo zaradi bolečin. Raziskava je pokazala, da se medicinske sestre premalo ukvarjajo s svojci pacientov, ne omogoča se jim pridobivanje informacij v izrednem času, le 73,4 % medicinskih sester bi posredovalo informacijo o oskrbi svojca. Najpogostejše neetično delovanje, ki se dogaja v organizaciji in moti medicinske sestre, je podaljševanje življenja za vsako ceno (26,8 %), podobni problemi bi se morali reševati s pogovori na vseh nivojih, odvisni pa so od naše vzgoje in zrelosti posameznika.

Razprava: Medicinske sestre slabo poznajo Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Še vedno je premalo opore pri zagovarjanju pacientove volje o zdravljenju. Raziskavo bi bilo smiselno ponoviti v obliki intervjuja, da bi dobili realnejšo sliko etičnega delovanja v praksi, ali bolj premišljeno sestaviti anketni vprašalnik, kjer bo manj neopredeljenih odgovorov.

Ključne besede: etika, etika v praksi zdravstvene nege, kodeks etike, etika skrbi, etične dileme

SUMMARY

Theoretical starting points: Ethical principles, written in the code of ethics for nurses serve to create ethical value that guides the daily practice. No matter how excellent the staff is in clinical skills it doesn't have any value if this knowledge doesn't contain ethics.

Goal: Investigate how many nurses are familiar with and use the code of ethics, how ethical is their work in organization and if the ethical work of graduated nurses differs from ethical work of nurses with secondary education.

Method: In October 2012 the quantitative research was made with method of surveying. The sample consisted of 66 nurses with secondary education or higher education or graduated nurses from the General Hospital Jesenice. For statistical analysis Microsoft Excel and SPSS 20.0 were used.

Results: All nurses (100.0 percent) in the survey had heard of a code of ethics, but it has been a while since they last read it; they rarely talk about the ethics of their procedures (59.1 percent). Patient's rights are taken into account occasionally (76.9 percent), patients are poorly supplied with analgesic therapy, as they still suffer from pain. Research has shown that nurses are rarely involved in actions with patients relatives, nurses are does not allow to obtain information in an extraordinary time, only 73.4 percent of nurses would give information about the patient to his relatives. The most common unethical activity that is happening in the hospital and disrupting the nurses is the prolongation of life at all costs (26.8 percent), similar problems should be resolved through discussions at all levels, as it is up to upbringing and maturity of each individual.

Discussion: Nurses are relatively unfamiliar with the code of ethics of nurses and medical technicians of Slovenia. There is still a lack of support in defending the right of patient's will regarding his treatment. It would be reasonable to repeat the research in the form of an interview in order to get more realistic picture of ethical practice or revised questionnaire which will allow less undefined answers.

Key words: ethics, ethics in nursing practice, code of ethics, ethics in care, ethical dilemmas

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	ETIKA	3
2.1.1	Začetki etike	3
2.1.2	Etika in morala	4
2.2	NAČELA ETIKE.....	5
2.2.1	Etična načela in vrednote	5
2.3	PRVI DEONTOLOŠKI ZAPISI IN KODEKS ETIKE.....	6
2.3.1	Kodeks etike.....	7
2.4	PROFESIONALNA ETIKA ZDRAVSTVENE NEGE.....	8
2.4.1	Etika skrbi	10
2.5	ETIKA V DELOVNEM OKOLJU.....	12
2.5.1	Pomembnost izobraževanja medicinskih sester o etiki.....	13
2.5.2	Etični problemi v zdravstveni negi	14
2.5.3	Zagovorništvo pacientov v praksi zdravstvene nege	17
2.5.4	Etične dileme.....	18
3	EMPIRIČNI DEL	20
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	20
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	21
3.3.2	Opis merskega instrumenta	21
3.3.3	Opis vzorca.....	22
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	23
3.4	REZULTATI	24
3.5	RAZPRAVA.....	36
4	ZAKLJUČEK.....	44
5	LITERATURA	45
6	PRILOGE	1

6.1 INSTRUMENT.....	1
---------------------	---

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev (n = 66).....	22
Tabela 2: Poznavanje kodeksa etike in etično delovanje medicinskih sester s pacienti, primerjava po starosti, delovni dobi in izobrazbi.....	27
Tabela 3: Trditve o etičnem delovanju medicinskih sester, primerjava po starosti, delovni dobi in izobrazbi.....	31

1 UVOD

Zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje in je temeljni vir razvoja vsake družbe. Železnikova (2010) razlaga, da ne poznamo področja družbenega življenja, ki ne bi vplivalo na zdravje. Delo medicinske sestre ima močan vpliv na zdravje in življenje ljudi. S tem prevzema veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot. Zdravstvena nega omogoča aktivno vključevanje posameznika, njegove družine, družbenih skupin in lokalne skupnosti v samopomoč. Etika v zdravstveni negi določa dolžnosti medicinske sestre do pacienta, do drugih zdravstvenih delavcev, do stroke in do družbe. Medicinske sestre sodelujejo kot partnerji s člani tistih poklicev, ki v svoje delovanje vključujejo skrb za zdravje.

Medicinska sestra se ne more izogniti etični odgovornosti, ki izhaja iz deontologije. Načela o dobronamernosti, neškodovanju, spoštovanju avtonomije in pravičnosti ter spoštovanju dostojanstva so temeljna etična načela biomedicinske etike, ki je medicinske sestre vodila pri etičnem odločanju dolga desetletja. Čeprav se v določenem obsegu povezujejo bolj z odvisno in soodvisno vlogo v zdravstveni negi, so še vedno pomembna za zagotavljanje etičnega odnosa do pacienta. Vendar medicinske sestre ne zaznavajo dobro svoje etične vloge skozi teorijo, ki »jim ni pisana na kožo«, zato je v izobraževanje nujno treba vključiti teorijo o etiki skrbi, ker bodo le v njej najlažje našle svojo etično identiteto. Zaradi razhajanja, ki ga sprožajo različna teoretična izhodišča etičnega ravnanja, in zaradi potreb pacientov po humani, individualni in res etični praksi, pa bi bilo dobro, da bi etiko skrbi kot teoretično vsebino vključili v izobraževalne programe vseh zdravstvenih delavcev (Šmitek, 2004).

Vsi izobraževalni programi pa ne pomenijo nič, če nimajo osebnega občutka in dobrega opazanja. Upoštevati moramo moralno-etična načela in delati v korist pacienta, torej sprejemati in se odločati v soglasju z njim. Resnica je v tem, kar je v svoji knjigi napisal Glover (2009), da je etika za zdravstvene delavce mnogokrat strašljiv izraz, ker je

beseda, ki lahko izzove obtožbe nepravilnega ravnanja. Kljub temu pa so etične vrednote pomemben del vsakodnevnih kliničnih odločitev. V zdravstvu je etika vedno aktualna in nikoli izčrpana tema. Nova dognanja, spoznanja, novi in modernejši postopki etičnih vprašanj ne rešujejo, temveč ustvarjajo vedno nova in kompleksnejša. Medicinske sestre na vseh ravneh in področjih so vsakodnevno soočene z moralnimi izbirami in z delovanjem na osnovi teh izbir. Ta vsakdanjost pa ne sme pomeniti rutinskega, trivialnega delovanja, temveč mora biti izziv in spodbuda za vse večjo zavzetost pridobivanja novih znanj in spretnosti. Medicinska sestra kot profesionalka je nosilka morale in etike ter nosilka moralne in etične odgovornosti. Vodilo njenega poklicnega delovanja morajo biti etična načela in standardi, ki so opredeljeni v etičnih kodeksih in strokovnih standardih. Etično delovanje pa je tudi pravna odgovornost medicinske sestre (Vrbovšek, 2003). A kar nekaj literature odkriva rezultate, da medicinske sestre zelo slabo upoštevajo kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Zato ni potrebno posebej razglablјati o tem, da se etike pač ne moremo naučiti iz knjig. Šele ko bomo dodobra pogledali vase in začeli sprejemati odgovornosti za svoja dejanja, bo naš pristop do pacientov postal bolj etičen.

Vsak človek ima več vrst etičnih zaznav in razmišljanj: tiste profesionalne, s katerimi se srečuje na delovnem mestu, in svoje, osebne, globoko skrite, ki so plod različnih dejavnikov, povezanih z vzgojo, izkušnjami, vplivom okolja, sprejemanjem in oddajanjem življenjskih impulzov, razvijanjem vrednot. Nihče ne izključuje možnosti, da sta ta dva pogleda na eno in isto etično vsebino lahko v diametralnem nasprotju. Od tu naprej se začnejo dileme stiske, bitka s samim seboj, s svojo vestjo (Klemenc et al., 2003). Etika bo vedno ustvarjala več vprašanj kot zadovoljivih odgovorov, pravi Tschudin (2004). Kljub mnogim delom, ki so bila napisana na to temo, ne obstaja en sam odgovor, teorija, načelo ali predpis, ki bi ga lahko uporabili v vsaki situaciji. Morda je to dobro, saj osvetljuje veličino čudovite raznolikosti človekovega bivanja in ravnanja. Etika predvsem išče odgovore na vprašanje, kako biti človeški, in je tako predvsem težnja k humanosti.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ETIKA

Izraz etika ima v vsakdanji rabi mnogo pomenov. V prvem primeru pomeni metodo opazovanja, raziskovanja, človekovega obnašanja, tudi študij moralnosti. V drugem primeru se izraz nanaša na praktična prepričanja posebne skupine (npr.: zdravniška etika, etika medicinskih sester) in tretjič se izraz nanaša na pričakovane standarde vedenja posebnih skupin (Kozier, 1998 cit. po Kravcar, 2009, str. 10).

Etika je temelj človekovega odnosa do sebe in sveta okoli njega. Namen in vloga etike sta bila vedno v ohranjanju človeka kot človeka, njegovega dostojanstva in pogojev za njegovo dobro življenje. Etika ščiti in določa človeškost, tako v nas samih kot tudi v drugih. Vedno namreč živimo v povezavi z drugimi, v odnosu, v vzajemnem prostoru dajanja in prejemanja, priznavanja naše odvisnosti od drugih in skrbi za druge (Juhant, Strahovnik, 2011).

Dr. Alojzij Šuštar je v svojih javnih nastopanjih velikokrat poudaril: “Etika je teoretična znanost o tem, kako naj prav živimo. Išče in nudi odgovore o tem, kako naj živimo, da bi bilo naše življenje smiselno, dobro, bogato, da bi bili srečni, da bi drugim prinašali nekaj notranjega bogastva in bi vsi skupaj mogli uresničevati tisti novi red, ki nam daje podlago, da se moramo kot ljudje vedno bolj razvijati in živeti v mirnem, prijateljskem sožitju” (Šavora, 2007).

2.1.1 Začetki etike

Etika je nauk o dobrem, pravilnem. Je ena od glavnih vej filozofije in predstavlja filozofsko raziskovanje morale. Etika je tesno povezana tudi z drugimi filozofskimi vejami. Začetek etike kot filozofske discipline se pripisuje grškemu filozofu Sokratu (470 do 399 pr. n. št.) in Aristotelu (384 do 322 pr. n. št.). Etika se je razvila v grških mestih, ki so združevala ljudi s skupnimi odločitvami o določenih področjih. Delovali so na osnovi enakosti, kar je osnova za etiko, politiko in demokracijo. Zato etika

predstavlja možnost dobrega življenja enakih med enakimi. Prvi se je dobrega življenja zavedal Sokrat, ko je govoril o pravičnosti in svobodi. Zaradi tega so mu sodili in ga obsodili na smrt. Po obsodbi se je raje odločil za dobro smrt kot slabo življenje. Aristotelova predstavitev etike je bolj natančna, analitična in določena, njegova načela se pojavljajo tudi v sodobni etiki. Po Aristotelu je etika del politike, kjer je človek kot posameznik vezan na skupnost. Cilj etike je prevladovanje razuma nad čuti. Cilj delovanja in ustvarjanja pa mora biti nekaj dobrega; dobro pa je tisto, k čemer človek teži. Za Aristotela je najvišje človeško dobro sreča. Da pa je to možno uresničiti, mora človek imeti v svoji duši nekatere vrline, ki zadevajo njegov um in voljo. Te vrline so lahko razumske ali pa etične – značajske: razumnost, pravičnost, zmernost, pogum (Šmitek, 1998 cit. po Vilar, 2006, str. 8).

2.1.2 Etika in morala

Izraz morala ima podoben pomen kot etika, običajno pa se nanaša na osebne ali družbene standarde pravilnega ali nepravilnega. Pomembno je razlikovati etiko od religije, prava, navad, običajev in institucionalnih praks. Na primer dejstvo, da je neko dejanje legalno ali običajno, samo po sebi tega dejanja ne naredi etičnega ali moralno pravilnega (Taylor, Lillis, LeMone, 2001 cit. po Klemenc, 2004, str. 288).

Preobrat v razmišljanju o morali vzpostavi Sokrat, ki filozofijo preusmeri na moralna vprašanja in pri tem skuša premisliti tradicionalne grške vrline, kakor so modrost, hrabrost in pravičnost. Njegovo izhodišče je, da je vzrok napačnega delovanja nevednost: "nihče hote ne dela slabo". Prek ideje samospoznanja pride do teze, da je prva vrлина mogoča samo na osnovi vedenja. S Sokratom se na novo zastavi tudi razumevanje evdajmonije. Sokratske šole so dajale različne odgovore na to, kaj je dobro, ki je bistvo sreče: je ugodje, je razumno življenje (Kalan, 2011).

Tradicionalno se je moralo razumelo kot skupek predpisov, ki se jim mora človek podrediti, da bi lahko deloval moralno neoporečno. Bodisi gre pri tem za krščansko

razumevanje morale, pri katerem je ključnega pomena deset božjih zapovedi, bodisi za razumevanje morale kot povzetka nekaterih načel, ki jih je mogoče strniti v preproste formule (npr. t. i. "zlato pravilo": ne stori drugemu, za kar nočeš, da bi drugi storil tebi itd.) (Štempihar, 2011).

2.2 NAČELA ETIKE

Če pogledamo razvoj etične misli v zgodovini, vidimo, da sta etika in morala večni temi človekovega uma, nikoli dokončno dorečeni, nikoli dokončno opredeljeni. Moralni filozofi, od Sokrata, Platona, Aristotela naprej, so si prizadevali odgovoriti predvsem na dve temeljni vprašanji etike: "Kaj sem dolžan storiti in kaj je moralno prav, da storim v teh okoliščinah?" Ti vprašanji sta še zlasti pomembni na občutljivem področju odnosov v zdravstvu. Etična načela, ki so zajeta v Hipokratovi zaprisegi in poznejših zapisih, so preživela 24 stoletij in vse pretrse in spremembe v družbenih odnosih, ne da bi jim še danes mogli kot načelom očitati, da so zastarela ali zaostala (Vilar, 2006).

Najpomembnejša etična načela, ki jih predstavlja tudi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, so: dobrodelnost in neškodljivost, pravičnost, avtonomija, pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost (Naka, Kvas, 2003).

2.2.1 Etična načela in vrednote

Eno kompleksnejših področij raziskovanja etike v zdravstveni negi v Sloveniji se je dotaknilo tudi vrednot. Naka in Kvas (2003) v raziskavi Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana navajata, da se mladi ljudje, ki se odločajo za poklic medicinske sestre, babice ali zdravstvenega tehnika, ne zavedajo, da je to odločitev, ki pomeni tudi izbiro določenega življenjskega sloga in sprejetje etičnih načel in vrednot (Klemenc, 2010).

Grbec (2003 cit. po Železnik, 2010, str. 22) pravi, da je prvo temeljno in najpomembnejše načelo etike v zdravstvu načelo dobronamernosti oz. delati dobro v

korist pacienta. Predstavlja zahtevo, da vsi zdravstveni delavci vedno delujejo v korist pacienta, da prispevajo k zdravju, dobremu počutju in zmanjšanju trpljenja. Načelo pravičnosti in enakosti zahteva pravično porazdelitev omejenih virov (kadrovskih, materialnih, prostorskih) ter odsotnost vsake diskriminacije ljudi glede na spol, starost, raso, nacionalnost, politično ali versko prepričanje, socialni položaj, zdravstveno stanje, izobrazbo in podobno. Človek sam po sebi ima veliko veljavo, zato ima pri njegovi obravnavi pomembno vlogo načelo enake vrednosti med ljudmi – enakost. Človek mora imeti svobodo odločitve, brez nasilja, prevare, preganjanja in drugih oblik prisile. Informirana, zavestna privolitev je predpogoj kakršnekoli zdravstvene obravnave. Mnoga etična načela je v 19. stoletju utrdila ustanoviteljica poklica medicinskih sester Florence Nahtingale, ki pravi: “Predvsem ne počnite nič škodljivega” (Hošnjak, 2009).

2.3 PRVI DEONTOLOŠKI ZAPISI IN KODEKS ETIKE

Zdravstvena nega je danes sestavina zdravstva, a nekoč je medicina pomenila vse zdravstvo. Prvi deontološki zapis dokumentov za medicinske sestre-babice, je bila babiška zaprisega iz leta 1788, ki je takrat izšla v slovenskem jeziku kot prevod Antona Makovica, deželnega ranocelnika in učitelja porodništva v Ljubljani. Dokument ureja temeljne dolžnosti babice izpred dvestotih let, po katerem je očitno, kolikšno pozornost so babicam kot javnemu poklicu namenjali in do kakšne mere so bdeli nad neoporečnostjo babiškega ravnanja ter izvajanja njihove dejavnosti (Dolenc, 1993 cit. po Vilar, 2006, str. 18).

Urhova (2003) opisuje, da Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in medicinska deontologija določata sklop norm, vrednot, mnenj, stališč, prepričanj o tem, kaj naj bi medicinske sestre bile oziroma kaj se od njih pričakuje, ne le, kako naj se vedejo na delovnem mestu, kakšen naj bo njihov odnos do varovanca, temveč naj bi to bil del njih samih, del njihove osebnosti.

Leta 1899 je bila ustanovljena Mednarodna organizacija medicinskih sester – International Council of Nursis (ICN). Medicinske sestre Slovenije so se v okviru tedanje Jugoslavije vključile v združenje že leta 1929. Eden od razlogov za tako aktivno povezovanje v strokovna društva je bila prav gotovo potreba po izpopolnjevanju strokovnega znanja, druga pa, da medicinskim sestram tudi takrat ni bilo prav lahko, saj jim nista bila naklonjena ne čas in ne okolje (Grbec, 1999 cit. po Vilar, 2006, str. 19).

Ena od nalog ICN je oblikovanje in posodabljanje poklicnega kodeksa. Prvi mednarodni kodeks medicinskih sester je bil sprejet na kongresu ICN v Frankfurtu junija 1965. V njem so poudarjali temeljne naloge vsake medicinske sestre in smisel njihovega delovanja, ki temelji na ohranjanju življenja, lažšanju trpljenja in pospeševanju zdravljenja (Dolenc, 1993 cit. po Vilar, 2006, str. 19).

Glavni dejavnik identifikacije medicinskih sester v njihovem poklicu je njihova pripravljenost, da se popolnoma uskladijo z etičnim in profesionalnim standardom stroke (Sasso et al., 2008).

2.3.1 Kodeks etike

Vsak človek ima svojo etiko, svoj pogled na svet in življenje, svoj vrednostni sistem, ki določa njegovo ravnanje. Določene strokovne discipline, še posebno tiste, ki imajo velik vpliv na druge ljudi, so oblikovale svojo profesionalno etiko in jo zapisale v kodeksih (Grbec, 2000 cit. po Kravcar, 2009, str. 23).

Kodeks etike sestavljajo tri komponente:

- posebne profesionalne vrednote, ki so značilne za zdravstveno nego;
- načela, ki so skupna zdravstvenim delavcem in izvirajo še iz Hipokratovih časov;
- človekove pravice, ki so izhodišče vsega ravnanja v humani zdravstveni obravnavi (Vuga, 1996 cit. po Korinšek, 2007, str. 8).

Kodeks etike izraža stališča, prepričanja in vrednote, ki se nanašajo na splošna načela etike v zdravstvu, človekove pravice in specifične profesionalne vrednote (Grbec, 2004 cit. po Kravcar, 2009, str. 24).

Moralno etična načela, zapisana v kodeksu, služijo medicinskim sestram za oblikovanje etičnih vrednot kot vodilo in spodbuda pri vsakodnevni praksi. Medicinske sestre naj ne bi samo poznale etičnih načel, temveč ravnale etično v vseh stanjih in ob vsakem času. Neločljivo povezano z zdravstveno nego je spoštovanje življenja, dostojanstva in pravic človeka (Buček, 2001 cit. po Klemenc, 2004, str. 292).

Premik postavlja sodelovanje v zdravstvenem timu v kontekst etike, ko pravi: "Prepričan sem, da se bo razvoj etike v prihodnje dopolnjeval z načeli o medsebojnih odnosih med zdravniki in drugimi poklici v zdravstvu, zlasti s pozitivnega vidika timskega dela kot delovne in etične vrednote (spoštovanje, priznanje, upoštevanje, naklonjenost, zaupanje, podpora, strpnost, usklajenost, sodelovanje, inovativnost ipd.). Vsekakor je temeljna premica vseh teh odnosov v tem, da potrebujemo več etike kot etičnih kodeksov" (Premik, 2006 cit. po Ovijač, 2009, str. 35).

2.4 PROFESIONALNA ETIKA ZDRAVSTVENE NEGE

Mekinc (2011) povzema vsebino predgovora Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in pravi, da je temeljna naloga medicinskih sester prav ukvarjanje z najvišjima človekovima vrednotama. Zaradi omenjenega dejstva je na eni strani etično ravnanje medicinskih sester pričakovano in samoumevno za njihove paciente ter svojece, na drugi strani pa je prav zaradi te odgovornosti to delo tako težavno in utrujajoče.

Predgovor Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije se prične: "Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja. Z zdravstveno nego so neločljivo povezane

človekove pravice, posebej pravica do življenja in spoštovanja človekovega dostojanstva” (Kodeks etike, 2005 cit. po Kodeks etike, 2010, str. 5728).

Pomen osebnosti medicinske sestre, ki je odsev njene življenjske filozofije (vrlin), na podlagi katere lahko v polnosti udejanja to, kar zdravstvena nega je: biti z in za človeka, ki potrebuje zdravstveno nego [dalje ZN] v najširšem pomenu. Dve veliki in temeljni področji, ki opisujeta prakso zdravstvene nege in osebnost medicinske sestre, ki je nosilka le-te, sta etika skrbi in etika vrlin. Žal sta vse premalo zastopani v času izobraževanja ZN, predvsem pa v procesih delovanja in v naših strokovnih razpravah. To dokazuje tudi majhno število strokovne literature v slovenskem jeziku na tem področju. Raven zdravstvene nege, ki smo jo v zadnjih desetih letih dosegli v slovenskem okolju, je na zavirljivi ravni. Veliko je bilo storjenega na področju kakovosti dela, izobraževanja, raziskovalnega dela itd. Kljub izrednemu tehnološkemu napredku medicine, na katerega smo se v zdravstveni negi samozavestno odzvali, smo medicinske sestre razumele in udejanjile osnovno izhodišče, da je središče naše obravnave človek s svojo osebnostjo, h kateremu pristopamo celostno. S tem pojmovanjem smo lahko zgled ostalim strokovnjakom v zdravstvenem timu (Peternelj, 2006 cit. po Kovačič, 2010, str. 22).

Ravno zato bi si morali zastavljati vprašanja, zakaj kljub temu toliko medicinskih sester v svojem poklicu ni zadovoljnih; samo 8,4 % medicinskih sester je svoje zadovoljstvo na delovnem mestu ocenilo z oceno 10; to je najvišja ocena desetstopenjske lestvice, srednja vrednost pa je bila 6,5, kar ni ravno spodbudno. Podatek raziskave Medicinske sestre v Sloveniji kaže, da kar 31,6 % anketiranih medicinskih sester v zadnjih 12 mesecih ni bilo zmožnih opravljati svojega dela in drugih dejavnosti, vendar jih kljub zdravstvenim težavam veliko dela, saj je zelo težko najti zamenjavo za obolelo medicinsko sestro (Kvas, 2004 cit. po Kovačič, 2010, str. 22).

Na vrhu piramide človekovih vrednot sta življenje in zdravje posameznika. Kadar koli sta omenjeni vrednoti ogroženi, se v človeku sprožajo izjemno intenzivna in negativna

čustva strahu in žalosti. Pri resni grožnji za življenje ali zdravje se lahko posameznik znajde celo v efektivnem stanju, kjer je racionalno in optimalno ravnanje, vedenje praviloma nemogoče (Mekinc, 2011).

Delo medicinske sestre močno vpliva na zdravje in življenje ljudi. S tem prevzema veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot (Kodeks etike, 2010).

Medicinske sestre pri svojem delu izvajamo nenehno presojo, ki se nanaša na zdravje in dobro počutje posameznika, družine in ostalih skupin prebivalstva. Etična vprašanja, s katerimi se medicinske sestre srečujejo pri vsakdanjem delu, so predvsem: "Ali delam prave stvari?" in "Ali jih delam dobro?" Na to presojo bistveno vplivajo njene etične kakovosti in sistem vrednot (Kadivec, 2004).

Zdravstvena nega je edinstvena praksa v etiki zaradi odnosa, ki na osnovi profesionalne skrbi poteka med medicinsko sestro in pacientom. Medsebojni odnos mora vključevati vse etične sestavine, da je zadovoljujoč za pacienta. V okviru odnosa poteka terapevtska obravnava pacienta. Medsebojni odnos, ki je zaznamovan s skrbjo, se začne z ugotavljanjem ranljivosti in odvisnosti pacienta in vključuje empatijo ali razumevanje pacienta v njegovi situaciji na način, kot jo sam doživlja. Nadaljuje se v okviru odgovornosti, ki jo razumemo kot odzivnost na zaznano odvisnost in samoiniciativno prevzemanje skrbi za razreševanje problemov in zadovoljevanje potreb, ki izhajajo iz pacientove odvisnosti (Železnik, 2010).

2.4.1 Etika skrbi

Spremembe v družbi določajo tudi spremembe v zdravstveni negi, kar ima za posledico drugačne pristope, kako zadostiti potrebam ljudi, ki so nam zaupani. Izhodišče vsega dogajanja v zdravstveni negi mora biti etični pristop. Dolga desetletja je v zdravstveni negi veljala kot edina ustrezna bioetika, ki temelji na načelih deontologije. Ob koncu dvajsetega stoletja pa se razvije alternativa, tj. etika skrbi. Osnovana je na odnosu

medicinska sestra – pacient, na ranljivosti, občutljivosti in medsebojni odvisnosti. Njene osnovne komponente so: pozornost, odgovornost, kompetentnost, odzivnost. Temelj skrbi, ki jo medicinske sestre udejanjajo, je odnos, ki ga vzpostavijo s pacientom. Kakšen bo ta odnos, je v veliki meri odvisno tudi od osebnosti medicinske sestre, od njenih vrtilin, pa tudi od sposobnosti zavestnega pristopa in samovrednotenja (Kovačič, 2010).

Skrb v zdravstveni negi pomeni biti navzoč ob sočloveku, zaznati, da potrebuje pomoč, ga negovati, tolažiti, zagovarjati, skrbeti zanj v najširšem pomenu besede: skušati zadovoljevati njegove telesne, duhovne, psihične in socialne potrebe, kjer so izpostavljeni medosebni odnosi, vključno z odgovornostjo in izborom najboljšega delovanja v danem trenutku. Opisati vse obraze skrbi je nemogoče. Gre za pojme in predstave, ki so v kvantitativni znanstveni paradigmi težko merljivi, zaznavanje in doživljanje sočloveka, zaupanje, pripadnost, sočutje, vključno z upoštevanjem etičnih vrednot, tako tistega, ki skrb nudi, kot onega, ki jo prejema. Prejemanje in nudenje pomoči je potreba obeh, torej prejemnika in dajalca, je dokazovanje, da smo ljudje (Klemenc, 2003).

Glavna sposobnost za izvajanje zdravstvene nege, ki temelji na načelih etike skrbi, je samozavedanje in samovrednotenje. Brez teh lastnosti (p)ostane izvajanje zdravstvene nege opravljanje slabo plačanega poklica. Lahko delujemo tudi tako. Lahko pa krenemo na popolnoma drugo pot: da namesto poklica opravljamo življenjsko poslanstvo, ki nas izziva, da v danih okoliščinah naredimo več, kot se od nas pričakuje. Moramo biti zato »nadjudje«? Sploh ne. Zadostuje samo zavedanje in priznanje lastne ranljivosti in odvisnosti od drugih. Šele ko imamo izkušnjo lastnega trpljenja, spoznamo, kaj ljudje v stanju bolezni, odvisnosti, strahu itd. potrebujejo in želijo. Poznavanje teorij in modelov zdravstvene nege, razumevanje procesne metode dela in uporaba v praksi ne dosegajo svojega namena, če ne vsebujejo odnosa, ki ga ustvarimo po načelih etike skrbi. Kdo nas bo tega naučil, kje bomo dobili zglede za to, kdo nas bo vzpodbujal in nagrajeval, če bomo ravnali tako, pa so vprašanja, ki postavljajo dvome o možnosti delovanja po

načelih. Ker pa smo medicinske sestre vizionarke, tako že delujemo, četudi se tega premalo zavedamo. Občutimo pa posledice, ki so: osebna izpolnitev, moč, neomajna volja in zadovoljstvo. Že zaradi tega je vredno izbrati to pot (Kovačič, 2010).

Etiko v zdravstveni negi pomembno zaznamuje profesionalna vloga medicinskih sester – skrb za pacienta. Skrb ne more biti neosebna, načelna. Skrb zahteva povezovanje s pacientom, razumevanje njegovih potreb in doživljanj in individualno ukrepanje. Zato je v zdravstveni negi potreben drugačen način moralnega razmišljanja (Šmitek, 2004).

2.5 ETIKA V DELOVNEM OKOLJU

Varnost pacientov in njihovo dobro počutje sta v veliki meri odvisna od zaposlenih v zdravstvu, ki zanje skrbijo. Ne glede na to, kako odlično je osebje v kliničnih znanjih, le-ta nimajo nikakršne vrednosti, če se vanje ne vključi etike. Kajti s pomočjo etike se v zdravstvu sprejemajo posebne odločitve. Z etičnimi problemi se je zelo težko spopadati v vsakodnevnem delu. Etični problemi v kliničnem okolju se zelo razlikujejo od etičnih problemov v vsakdanjem življenju. Etične norme, ki so prevzete od domačega okolja ali iz šolskega sistema, ne zadoščajo za razreševanje kliničnih etičnih vprašanj. Prisotni so resni pomisleki glede usposobljenosti zdravstvenih delavcev na področju etike, saj se na tem področju pogosto sprejemajo nepravilne odločitve. Prepogosto pridejo do zaključkov, ne da bi pretehtali vse možne alternative in se tako izognili sistematičnemu in celovitemu procesu odločanja. To je velik izziv za zdravstveno osebje, in sicer zato, ker morajo dati v ospredje pacientove želje. Zato je potrebno kakovost etičnega odločanja evalvirati, ne le z vidika izida, ampak tudi skozi celoten proces odločanja (Park, 2012).

Etični koncepti imajo v praksi zdravstvene nege bogato tradicijo in bodo močno vplivali na zdravstveno nego tudi v prihodnosti. Predstavljajo osnovo etičnih postopkov v zdravstveni negi in presojanja pravilnosti enako kot moralne norme in profesionalni standardi. Kako pa jih bomo upoštevali, pa bo odvisno od vsakega posameznika v

negovalnem timu, avtoritete stroke zdravstvene nege, delovanja služb zdravstvene nege in odnosa le-teh do rezultatov zdravstvene oskrbe glede na oblikovanje novih zdravstvenih sistemov (Velepič, 2003).

Etiko je potrebno obravnavati kot pomoč pri razmisleku o klinični praksi in ne kot formulo za zagotovitev pravic. Veliko knjig in člankov o zdravstveni negi govori o pokritosti etike in zakonodaje, vendar se ta dva vidika pokrivata v določenih elementih in nista sopomenki (Adams, 2011).

2.5.1 Pomembnost izobraževanja medicinskih sester o etiki

Etika zavzema izredno pomembno področje v zdravstveni negi, tako v izobraževanju kot v praksi. Zdravstvena nega je z etiko neločljivo povezana, posebno če izhajamo iz načel »dobro, pravilno in koristno«. Za zadovoljevanje teh načel se morajo medicinske sestre vseskozi izobraževati in usposablјati, saj le tako lahko preprečijo napake. Vodilo poklicnega delovanja medicinskih sester morajo biti etična načela in standardi, ki so opredeljeni v etičnih kodeksih in strokovnih standardih. Medicinska sestra je za etično delovanje pravno odgovorna (Maze, 2009).

Učenje etike bi se moralo pričeti že na začetku prihoda v šolo, kjer bi poleg teoretičnega učenja imeli študentje možnost tudi praktičnega učenja etike. Etike se ne da naučiti v določenih urah izobraževanja. Poučevati jo je potrebno skozi celotno šolanje, vse dokler študent ne diplomira (Alichnie, 2012).

Pri etičnih načelih dobronamernosti in neškodljivosti je pomembno, da medicinske sestre same presoјajo lastne vrednote in jih skušajo opredeliti. Za presoјo lastnih vrednot je predvsem pomembno izobraževanje, ki pomaga medicinski sestri k samostojnosti, kompetentnosti in odgovornosti v odnosu do etičnih in pravnih vprašanj, s katerimi se sooča pri delu (Maze, 2009).

Velepič (2009) je prepričana, da se medicinske sestre in zdravstveni tehniki vedno bolj zavedajo svoje moralne, etične in pravne odgovornosti ter posledic napačnega ravnanja,

ki lahko ogrozi zdravstveno stanje pacienta in strokovno kariero izvajalca zdravstvene nege. Njihovi pomisleki so zato pogostejši in odločitve bolj premišljene. V izogib ogrožanju varnega dela v zdravstveni negi je potrebno, da vodilne medicinske sestre s strokovno usklajenimi pisnimi pravili in varnostnimi ukrepi, sprejetimi na strokovnih svetih za zdravstveno nego in strokovnih svetih zdravstvenih in socialnih zavodov, zagotovijo varnejše delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter preprečijo etične in strokovne dileme tam, kjer se s kakovostnejšim in odgovornejšim odnosom do strokovnega dela vseh članov zdravstvenega tima to da preprečiti.

2.5.2 Etični problemi v zdravstveni negi

Velika večina etičnih problemov in vprašanj znotraj etike zdravstvene nege na koncu dobi smisel v spoštovanju človekovega dostojanstva in njegovih pravic, kot danes radi govorimo. Tu ne gre samo za zdravstvene pravice, pač pa v prvi vrsti za pravico, da vas drugi obravnavajo človeško. Ne gre le za paciente, pač pa tudi za zdravstveno osebje, saj ob medsebojnem spoštovanju raste tudi etična zavest za spoštovanje uporabnikov. Danes sicer radi govorimo, da gre za denar, a bolj kot to gre za človeka, ki ga ne smemo žrtvovati, saj potem tudi sistem ne bo deloval. Če ni (dobrih) ljudi, tudi ne bo ne zdravstva ne česa drugega. Človeška skupnost mora zasledovati dobrobit vseh njenih članov, vključujoč zdravje, da bi kot skupnost lahko dosegali dobro življenje. Zdravje lahko opredelimo kot strukturno in funkcionalno celostnost človeškega organizma v odnosu do samega sebe in do okolja, ki lahko na tej podlagi uresničuje svoje biološke, psihološke, družbene in duhovne potrebe. Človek je tako stvarno oz. telesno kot duhovno bitje. Zdravje tako vključuje več razsežnosti in nobene ne smemo zanemariti. Ob pripravljenosti za sodelovanje in vživljanje v drugega bomo premagovali sebičnost posameznikov, a preprečili tudi, da bi se človek izgubil v neosebnem sistemu ali množici. Vzajemna etična drža je končno tudi poročstvo duševnega in telesnega zdravja (Juhant, Strahovnik, 2011).

Najpogostejše neetične situacije v odnosu do pacienta:

- obravnava pacienta v smislu objekta (pogovor ob pacientu o zasebnih stvareh, pacient je izključen in se lahko zaradi svoje prisotnosti počuti kot moteč),
- neupoštevanje pacientovega zdravstvenega stanja (ukazovanje, priganjanje in siljenje pacienta pri obračanju, vstajanju, hranjenju ...),
- kršenje deontološkega načela »ne škoduj« (aplikacija predpisanega zdravila, ki pacientu povzroči nezaželene stranske učinke, čeprav je pacient opozoril, da zdravila ne prenaša dobro – pacient je izključen iz postopka odločanja, ravnanje pa predstavlja rutino in samovoljnost),
- nespoštovanje telesne zasebnosti/intimnosti in dostojanstva pacienta (razgaljenje postane del vsakodnevne rutine, pacient je izpostavljen, nezaščiten, se neprijetno počuti in ga je sram),
- neetična komunikacija oziroma avtoritativen odnos do pacientov (pacient je zaradi neustrezne komunikacije izpostavljen pred drugimi pacienti in osebjem),
- pomanjkanje empatije v odnosu do pacienta in svojcev (nižja stopnja empatije je posledica rutinskih, neosebni opravi, ki se kaže kot nerazumevajoč odnos do pacienta in njihovih svojcev in lahko povzroči močan stres, nezaupanje, razočaranje in duševno trpljenje),
- nerazumevanje bolečine (obrnava bolečine mora vedno imeti prednost pred drugimi obravnava in najbolj neetično je izraziti dvom v pacientovo opisovanje bolečine),
- stigmatizacija in nespoštovanje dostojanstva terminalnih pacientov (pacient v končnem obdobju bolezni nima svoje vloge in ni več deležen prizadevanj za ohranitev, povrnitev zdravja in okrevanje) (Šmitek, 2003 cit. po Jaušovec, 2009, str. 55).

Etičen odnos do pacienta temelji na sposobnosti izražanja empatije. Pomanjkanje empatije lahko pripelje do neetičnih situacij. Neetične situacije močno prizadenejo

pacienta in povzročajo stres medicinski sestri, ki podpira pacienta in njegove pravice kot zagovornica. Razreševanje neetičnih dogodkov je nujno, ker igra pomembno vlogo tudi v preprečevanju poklicne izgorelosti. Na delovnem mestu se je potrebno vedno zavzemati za dobre medsebojne odnose, saj le-ti omogočajo konstruktivno reševanje problemov. Spoštovanje, povezanost med sodelavci, izobraževanje s področja etike in izmenjava izkušenj pripomorejo pri razreševanju različnih neetičnih situacij, zmanjša pa se tudi možnost pojava psihofizične izgorelosti (Jaušovec, 2009).

Sodoživljanje neetičnih dogodkov s pacienti je lahko zelo travmatično, še posebno takrat, če je povzročitelj zdravnik ali nadrejeni. Dobronamerno opozorilo medicinska sestra lažje izreče sodelavki ali sodelavcu, ki je v hierarhični strukturi na enakem položaju kot ona. V takšnih primerih se torej redko spregovori o neetičnem ravnanju, ker se ponavadi pojavi strah pred konfliktom, pred izgubo službe in občutka priljubljenosti (ibid.).

A v vsakodnevni delovni praksi je harmonično ter učinkovito sodelovanje med zaposlenimi, tudi v zdravstvenem timu, pogosto izjemno težko doseči in vzdrževati. Realnost je vse prevečkrat daleč od idealov, ujetih v definicije eminentnih avtorjev. Sodelavcev si večina ne more izbrati sama. Zaradi osebnostnih razlik ter različnih interesov, včasih pa tudi okostenelih organizacijskih struktur, je sodelovanje z določenimi sodelavci, tudi v zdravstvenem timu, lahko izjemno zahtevno, nikoli pa ne smemo pristati na to, da ni mogoče (Ovijač, 2009).

Poredoš pritrjuje, da je za učinkovito delovanje zdravstvenega tima potrebno tesno sodelovanje in spoštovanje med vsemi profili, zlasti med medicinsko sestro in zdravnikom (Poredoš, 2003 cit. po Ovijač, 2009, str. 41).

Ellis in Hartley poudarjata, da mora vedenje medicinske sestre do zdravnika in do drugih, s katerimi je v interakciji, vsebovati spoštovanje. Hkrati je pomembno, da spoštovanje pričakuje tudi od zdravnika in drugih v timu. Od posameznikov v interakciji se zahteva senzitivno vedenje in upoštevanje pravila, da se vedemo do drugih

tako, kot želimo, da se drugi vedejo do nas (Pajnkihar, 2006 cit. po Ovijač, 2009, str. 41).

Tenkočutna skrb za vrednote, ki nas vodijo v odnosu do sebe ter do svojih sodelavcev, je torej tudi v današnjem tako imenovanem modernem svetu še vedno in vedno bolj aktualna. Ne le strokovno znanje, ampak tudi poglobljanje v filozofijo, psihologijo, sociologijo in etiko lahko bistveno doprinese k osebni rasti posameznikov. In prav posamezniki, prav vsi, so tisti, ki zdravstvene time ustvarjajo ter jim dajejo življenjski utrip ter polet. Ne smemo prehitro pričakovati preveč, vsak, še tako droben napredek šteje! Najpomembneje je, da se posamezniki ne predajo malodušju. Časi nikoli niso bili lahki. Še zlasti v različnih kriznih obdobjih, ko je vsakovrstnih resursov še manj, pa je moralna drža vsakega posameznika v zdravstvenem timu tudi v odnosu do svojih sodelavcev neprecenljiva (Ovijač, 2009).

2.5.3 Zagovorništvo pacientov v praksi zdravstvene nege

Etiko v zdravstveni negi zaznamujeta dve pomembni teoriji: deontologija ali teorija pravic in dolžnosti ter etika skrbi, ki etično opredeljuje odnos med medicinsko sestro in pacientom. Zelo pomembna etična zahteva v zdravstveni negi je tudi zagovorništvo pacienta (Jaušovec, 2009).

Največji problem pri natančni opredelitvi zagovorništva je, da obstaja več različnih definicij glede tega, kaj zagovorništvo je in kaj vse vanj spada. Razpoložljiva literatura s področja zdravstvene nege definira zagovornika pacienta kot nekoga, ki zagovarja pacientove pravice in se bori proti njihovim kršitvam. Pričakovanja pacientov na področju zagovorništva so prav tako zelo različna. Zato je zelo težko uveljaviti enoten koncept zagovorništva. Osrednje pravilo zagovorništva v zdravstveni negi je, da ima medicinska sestra primarno dolžnost do pacientov in ne do zdravnikov ali ustanove, v kateri so zaposlene (Mahlin, 2010).

Zagovorništvo pacienta zajema prepletanje treh vlog: učitelj, svetovalec in vodja. Zagovorništvo pacienta je pravica in dolžnost. Zagovorništvo pomeni, da medicinska sestra pacienta informira in ga nato podpira pri njegovih odločitvah (Klemenc, 2004).

Vse, kar se neetičnega zgodi pacientu, lahko prizadene tudi medicinsko sestro. Nestrokoven in neetičen dogodek povzroči pacientu stres in duševno trpljenje. Zaznavanje pacientovega trpljenja, nemoč pomagati pacientu in konfliktne situacije s sodelavci, so najpogostejši vzrok za čustveno napetost, ki postopoma preide v psihofizično izgorelost (Jaušovec, 2009).

Etičen in strokoven odnos je pacientova pravica, ki jo morajo spoštovati vsi zdravstveni delavci. Medicinske sestre v delovnem okolju dostikrat zaznavajo in s pacienti sodoživljajo neetične odnose drugih zdravstvenih delavcev, a v odzivih ostajajo to, kar drugi od njih pričakujejo – neme priče. V takšnih situacijah bi morali medicinske sestre in zdravstveni tehniki podpirati pacienta in njegove pravice kot pacientovi zagovorniki (Šmitek, 2003 cit. po. Jaušovec, 2009, str. 54–5).

Vse neetične situacije, dogodki in odnosi lahko močno prizadenejo tudi medicinsko sestro, še posebej, kadar doživlja občutja nemoči in nerazumevanje sodelavcev in nadrejenih. Medicinska sestra kot zagovornica pacienta ima dolžnost, da opozori sodelavce v primeru neetičnega odnosa, vendar takšna dobronamerna opozorila pogosto sprožajo konfliktne situacije s sodelavci, ki še dodatno pripomorejo k izgorevanju (Šmitek, 2003 cit. po. Jaušovec, 2009, str. 55).

2.5.4 Etične dileme

Medicinske sestre v vseh kliničnih okoljih naletijo na etična vprašanja, ki jih pogosto spravljajo v moralno stisko. Mnoge svetovne raziskave so pokazale, da imajo medicinske sestre težave s prioriteta pri etičnem odločanju (Paulish et al., 2011).

Predvsem v intenzivnih terapijah se večina medicinskih sester sooča z moralno-etičnimi dilemami, ki vodijo v stresne situacije. Veliko teh situacij medicinske sestre zaznamuje

do konca življenja. Te stresne izkušnje se lahko omilijo, ne morejo se pa izničiti. Prizadevanja ustanov se morajo osredotočiti na zmanjšanje pogostosti moralno-etičnih dilem in s tem pomagati medicinskim sestram, da je takih situacij čim manj. Medicinske sestre se bodo vedno soočale z moralno-etičnimi izzivi. Bistveno je, da so ti učinki na medicinske sestre, paciente in njihove družine priznani in raziskani (Wiegand, Funk, 2012).

Grbec (2003) meni, da bolj kot katerakoli druga poklicna skupina občutijo etične dileme in izzive medicinske sestre, ker zavzemajo dragocen položaj na stičišču med znanostjo, tehnologijo ter človekovim upanjem in trpljenjem. Bolj kot se neka stroka razvija, pred večje etične dileme postavlja strokovnjaka. Zato ima naš etični kodeks velik pomen. Opredeljuje temeljne poklicne vrednote in pomaga medicinski sestri pri odločanju, posebej takrat, ko nastopijo zahtevne dileme. Profesionalni kodeks ureja tisto, kar strokovnjak more in mora storiti v neki konkretni situaciji.

Medicinska sestra mora biti kot zdravstveni strokovnjak za učinkovito reševanje etičnih dilem v praksi občutljiva na etična vprašanja, ki so povezana z njeno poklicno odgovornostjo spoštovanja in zagovorništva pacientovih pravic (Kim et al., 2005).

Etične dileme so predmet vse številčnejših diskusij, s katerimi se medicinske sestre srečujejo skozi svojo delovno kariero. Zaradi vse večje kompleksnosti postopkov v zdravstvu, napredujoče medicinske znanosti, zakonodaje in dinamike v profesionalnem delu, bi bilo potrebno etiko tolmačiti s popolnoma nove perspektive. Dileme v zdravstveni negi so lahko etične, moralne ali pravne (Chantira, 2011).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Po prebrani strokovni literaturi smo ugotovili, da je o etiki napisanega zelo veliko, tako v slovenski kot tudi v tuji literaturi. Povesod lahko ugotavljamo, kako pomembno vlogo imajo medicinske sestre pri uveljavljanju in spoštovanju etičnih vrednot pacientov, po drugi strani pa je ravno to tisto, kar naredi njihovo delo težavno in utrujajoče.

Namen diplomskega dela je bil raziskati in se čim bolje seznaniti z etičnim delovanjem v praksi zdravstvene nege in predstaviti teoretična izhodišča etike v zdravstveni negi Splošne bolnišnice Jesenice. Ugotoviti smo želeli, koliko medicinske sestre poznajo in uporabljajo kodeks etike in kako etično delujejo v svoji organizaciji. Primerjali pa smo tudi, koliko se etična delovanja diplomiranih medicinskih sester razlikujejo od etičnega delovanja srednjih medicinskih sester?

Želimo si, da bi rezultati našega dela razkrili področja z odstopanji, katere je moč izboljšati, in tako pacientom omogočiti več dostojanstva, etične obravnave in svobodnega odločanja.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Izbrali smo kvantitativni raziskovalni pristop in si zastavili tri raziskovalna vprašanja:

1. V kolikšni meri medicinske sestre poznajo kodeks etike?
2. V kolikšni meri medicinske sestre delujejo po načelih kodeksa etike?
3. V kolikšni meri se etična delovanja diplomiranih medicinskih sester razlikujejo od etičnega delovanja srednjih medicinskih sester?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskovalno delo temelji na splošni raziskovalni metodi spoznavnega procesa zbiranja dejstev, podatkov, informacij, definicij. Viri so zbrani s pomočjo strokovne literature, ki je dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah s pomočjo virtualne knjižnice COBISS in podatkovnih baz: CINAHL, EBSCOhost, ERIC, MEDLINE, PubMed. Pregled literature je trajal od meseca aprila do meseca avgusta. Raziskavo smo osnovali na kvantitativnem raziskovanju v eni organizaciji, uporabili smo strukturiran vprašalnik v pisni obliki.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Vprašanja smo oblikovali glede na namen in cilje diplomske naloge. Temeljila so na pregledu Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Vprašalnik je bil zaradi lažjega razumevanja razdeljen v šest vsebinskih sklopov in je vseboval 36 vprašanj. V prvem in drugem delu smo uporabili zaprta vprašanja, s katerimi smo pridobili demografske podatke anketirancev in ugotavljali poznavanje Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Tretji del se je navezoval na pacienta in pravilno odločanje medicinskih sester v praksi. Del vprašanj je bil še zaprtega tipa, ostalo se je nadaljevalo s podanimi trditvami, za katere je bila uporabljena 5-stopenjska Likertova lestvica stališč (od 1 do 5), kjer so posamezne vrednosti pomenile: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se zelo strinjam. Četrty del se je navezoval na medicinske sestre in sodelavce, peti pa na medicinske sestre in na poklicno organizacijo. V zadnjem šestem delu so bila štiri odprta vprašanja, na katera so anketiranci odgovarjali glede na svoje mnenje. Anketni vprašalnik je bil sestavljen s pomočjo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zanesljivost

vprašalnika smo testirali s pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa. Izračunana je bila za 18 trditev anketnega vprašalnika. Z vrednostjo 0,711 je presegel spodnji prag 0,7, ki v strokovni literaturi določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cencič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Vrnjenih je bilo 66 vprašalnikov, realizacija je bila 66%.

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev (n = 66)

Spol	Moški		Ženski							
	Število	Odstotek	Število	Odstotek						
	7	10,8	58	89,2						
Starost	20 let in manj		21 do 30 let		31 do 40 let		41 do 50 let		51 do 60 let	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek
	0	0	27	40,9	29	43,9	7	10,6	3	4,5
Delovna doba	0 do 5 let		6 do 10 let		11 do 15 let		16 do 20 let		21 let in več	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek
	21	31,8	16	24,2	13	19,7	10	15,2	6	9,1
Izobrazba	Srednješolska		Višješolska		Visokošolska		Univerzitetna		Podiplomska	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek
	35	53	1	1,5	29	43,9	1	1,5	0	0
Delovno mesto	Bolnišnični oddelek		Intenzivna terapija		Oddelek za zdr. neg		Drugo			
	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek		
	41	62,1	17	25,8	6	9,1	2	3,0		

Največ anketirancev je bilo žensk 89,2 %, večinoma starih 31–40 let (43,9 %). 35 vrnjenih vprašalnikov (53 %) je bilo od medicinskih sester s srednjo izobrazbo in 29 vprašalnikov (43,9 %) so izpolnile medicinske sestre z visokošolsko strokovno izobrazbo, 1 (1,5 %) z višješolsko izobrazbo in 1 (1,5 %) z univerzitetno izobrazbo. Največ anketirancev ima delovno dobo do 5 let (31,8 %) in največ medicinskih sester je bilo zaposlenih na bolnišničnem oddelku (62,12 %). Rezultati so predstavljeni v Tabeli 1. Pri statistični obdelavi podatkov smo z namenom oblikovanja primerljivih skupin določene kategorije združili, in sicer:

- pri starosti 20–30 let ter 41 let in več,

- pri delovni dobi od 0 do 10 let in 16 let in več,
- pri izobrazbi višješolska, visokošolska, univerzitetna.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred pričetkom izvedbe raziskave smo najprej pridobili soglasje pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege Splošne bolnišnice Jesenice in z raziskavo seznanili tudi koordinatorice zdravstvene nege na oddelkih. Med 18. in 29. oktobrom 2012 smo medicinskim sestram razdelili sto vprašalnikov. Anonimnost smo zagotovili tako, da so izpolnjene vprašalnike shranjevali v zaprte kuverte, ki so jih odlagali v posebej za to pripravljen kartonski zabojnik.

Obdelavo podatkov smo pričeli s preverjanjem pravilnega izpolnjevanja vprašalnikov, nato pa smo dobljene rezultate obdelali s pomočjo Microsoft Excela in statističnega programa SPSS, verzija 20. Uporabili smo opisno statistiko. Statistični prikaz podatkov je predstavljen grafično s pomočjo tabel. Demografski podatki so podani na podlagi frekvenčne (n) in odstotne (%) porazdelitve. Pomen demografskih podatkov na percepcijo negovalnega osebja o poznavanju kodeksa etike in etičnega delovanja medicinskih sester smo izračunali na podlagi analize variance (ANOVA). Vrednost p, enaka ali manj kot 0,05, je pomenila statistično pomembno razliko. V tabelah so navedene tudi povprečne vrednosti (PV) in standardne deviacije (SD) odgovorov pri celotni populaciji ter po posameznih demografskih skupinah (starost, delovna doba in izobrazba). Zanesljivost zbranih podatkov je bila preverjena na podlagi Cronbachovega koeficienta alfa.

3.4 REZULTATI

Zanimalo nas je, v kolikšni meri medicinske sestre poznajo Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Vprašanja so bila odprtega tipa. V Tabeli 2 so rezultati navedeni v odstotkih na celotno populacijo ter po posameznih demografskih skupinah (starost, delovna doba in izobrazba), pri katerih je navedeno, ali znotraj posamezne skupine obstaja statistično pomembna razlika ($p < 0,05$). V tabeli smo s krepko pisavo označili rezultate, kjer ugotavljamo statistično pomembno razliko, saj je pri njih p -vrednost nižja ali enaka 0,05.

Zanimalo nas je, ali so medicinske sestre že slišale za kodeks etike. Pritrdilno je odgovorilo vseh 66 anketirancev, torej 100 %. Vprašali smo, kje so slišali zanj, in kar 78,8 % anketirancev je odgovorilo, da v šoli, 19,7 % na predavanjih in 1,5 % na internetu. S pomočjo statističnega programa SPSS, verzija 20, je ANOVA za neodvisne vzorce pokazala med skupinami, ki se razlikujejo glede na starost, statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p = 0,002$). Anketiranci, stari 20–30 let, so za kodeks etike vsi slišali v šoli (100 %), anketiranci, stari 31–40 let, so zanj slišali ali v šoli (62,1 %) ali na predavanjih, izobraževanjih (37,9 %), starejši od 41 let in več pa so odgovarjali različno. Za kodeks etike so slišali v 70 % v šoli, na predavanjih v 20 %, na internetu v 10 %. Prav tako se je pokazala statistično pomembna razlika med skupinami, ki se razlikujejo glede na število let delovne dobe ($p = 0,005$). Anketiranci z delovno dobo do 10 let so slišali za kodeks etike v šoli (91,9 %) in na predavanjih (8,2 %), tisti z delovno dobo 11–15 let so zanj slišali ali v šoli (76,9 %) ali na predavanjih (23,1 %), z delovno dobo 16 let in več pa so različno odgovarjali. 50 % jih je zanj slišalo v šoli, 43,8 % na predavanjih in 6,2 % na internetu. Na vprašanje, kdaj so nazadnje prebrali kodeks etike, pa je 86,4 % anketirancev odgovorilo, da je minilo že nekaj časa, 9,1 % manj kot pol leta nazaj in 4,5 % ga ni prebralo še nikoli. Koliko ima kodeks etike načel, je pravilno odgovorilo 69,2 % anketirancev in 58,1 % jih je pravilno odgovorilo na vprašanje o številu sklopov, v katera so načela razdeljena. Kako pogosto se medicinske

sestre pogovarjajo o etičnosti svojih postopkov s svojimi sodelavci – 59,1 % jih je odgovorilo redko, 39,4 % pogosto in 1,5 % nikoli. 43,9 % anketirancev ni seznanjenih o tem, ali medicinske sestre-mentorji, študente in pripravnike seznanijo o kodeksu etike, da ga ti razumejo in ravnajo v skladu z njegovo vsebino, 28,8 % je prepričanih, da jih vedno seznanijo, in 27,3 % anketirancev meni, da jih nikoli ne seznanijo.

Tretji del anketnega vprašalnika se je navezoval na medicinsko sestro in pacienta. Kar 90,6 % anketirancev je pravilno odgovorilo na vprašanje, kaj bi storili v primeru, da si pacient ne želi niti zdravljenja niti bolečih posegov. Le 47,5 % anketirancev je pravilno odgovorilo na vprašanje, kaj storiti, ko pacient jasno pove, da ima dovolj bolečin, zdravnik pa vztraja pri boleči punkciji kostnega mozga. ANOVA za neodvisne vzorce je pokazala med skupinami, ki se razlikujejo glede na delovno dobo, statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p = 0,031$). Anketiranci z delovno dobo do 10 let so pravilno odgovorili v 54,3 %, od tistih z delovno dobo 11–15 let jih je pravilno odgovorilo 33,3 % in 42,9 % jih je bilo z delovno dobo 16 let in več. Da se le včasih upoštevajo pravice pacientov in da delujemo etično s tistimi, ki si ne želijo posegov in si želijo iti domov, je odgovorilo kar 76,9 % anketirancev, 12,3 % jih meni, da se te pravice nikoli ne upoštevajo in 10,8 % je mnenja, da se s pacienti vedno etično deluje. Pri vprašanju o oskrbljenosti z analgetično terapijo jih 50 % meni, da pacienti dobivajo analgetike, vendar vseeno trpijo zaradi bolečin, 26,6 % jih meni, da se protibolečinska terapija kljub vsakodnevno omenjeni bolečini ne predpisuje, le 23,4 % anketirancev pa je mnenja, da pacienti nimajo bolečin. Le 28,8 % anketirancev bi zdravniku vezalo pogovor svojcev, ki bi v poznih urah zaskrbljeni želeli vedeti, kaj se dogaja z njihovim svojcem, ki je bil sprejet šele v večernih urah. Da pacienti lahko izbirajo naravno in komplementarno zdravljenje, ve kar 98,5 % anketirancev. Informacije o oskrbi pacientov pa bi njihovim svojcem podalo 73,4 % anketirancev.

Tabela 2: Poznavanje kodeksa etike in etično delovanje medicinskih sester s pacienti, primerjava po starosti, primerjava po starosti, delovni dobi in izobrazbi.

	Celotna populacija n=66 [v %]	Starost				Delovna doba				Izobrazba		p
		20-30 n=27	31-40 n=29	41 in več n=10	p	0-10 n=37	11-15 n=13	16 in več n=16	p	Srednješolska n=35	Visokošolska n=31	
		[v %]	[v %]	[v %]		[v %]	[v %]	[v %]		[v %]	[v %]	
Ali ste slišali za Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?	100	100	100	100		100	100	100		100	100	
Da	0	0	0	0	/	0	0	0	/	0	0	/
Ne vem	0	0	0	0		0	0	0		0	0	
Kje ste slišali za Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?	Celotna populacija n=66 [v %]	20-30 n=27	31-40 n=29	41 in več n=10	p	0-10 n=37	11-15 n=13	16 in več n=16	p	Srednješolska n=35	Visokošolska n=31	p
V šoli	78,8	100	62,1	70		91,9	76,9	50		77,1	80,6	
Na predavanjih, izobraževanjih	19,7	0	37,9	20	0,002	8,1	23,1	43,8	0,005	22,9	16,1	0,981
Na internetu	1,5	0	0	10		0	0	6,2		0	3,2	
Od svojih kolege/kolegov	0	0	0	0		0	0	0		0	0	
Kdaj ste nazadnje prebrali Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?	Celotna populacija n=66 [v %]	20-30 n=27	31-40 n=29	41 in več n=10	p	0-10 n=37	11-15 n=13	16 in več n=16	p	Srednješolska n=35	Visokošolska n=31	p
Manj kot pol leta nazaj	9,1	11,1	6,9	10		8,1	0	18,8		11,4	6,5	
Je minilo že nekaj časa	86,4	88,9	82,8	90	0,621	91,9	84,6	75	0,951	82,9	90,3	0,287
Ga nisem še prebral/a	4,5	0	10,3	0		0	15,4	6,2		5,7	3,2	
Ali veste koliko načel ima Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?	Celotna populacija n=65 [v %]	20-30 n=27	31-40 n=28	41 in več n=10	p	0-10 n=37	11-15 n=13	16 in več n=15	p	Srednješolska n=34	Visokošolska n=31	p
9	69,2	66,7	64,3	66,7	0,216	64,9	73,3	76,9	0,849	70,6	67,7	0,587
Ali veste v koliko sklopov so razdeljena ta načela?	Celotna populacija n=62 [v %]	20-30 n=26	31-40 n=26	41 in več n=10	p	0-10 n=36	11-15 n=12	16 in več n=14	p	Srednješolska n=33	Visokošolska n=29	p
4	58,1	65,4	50	60	0,301	61,1	35,7	75	0,459	65,6	50	0,787

Simona Petermel: Etika v praksi zdravstvene nege-akcijska raziskava etičnega delovanja na primeru splošne bolnišnice

Kako pogosto se s svojimi sodelavci pogovarjate o etičnosti svojih postopkov?	Celotna populacija n=66 [v %]	20-30 n=27	31-40 n=29	41 in več n=10	p	0-10 n=37	11-15 n=13	16 in več n=16	Srednješolska		p
									n=36	[v %]	
Pogosto	39,4	25,9	37,9	80		27	38,5	68,8	34,3	43,3	
Redko	59,1	74,1	58,6	20	0,015	73	61,5	25	62,9	56,7	0,287
Nikoli	1,5	0	3,4	0		0	0	6,2	2,9	0	
Medicinske sestre-mentorji, študente in pripravnike seznanijo o kodeksu etike, da ga razumejo in ravnanje v skladu z njegovo vsebino.	Celotna populacija n=66 [v %]	20-30 n=27	31-40 n=29	41 in več n=10	p	0-10 n=37	11-15 n=13	16 in več n=16	Srednješolska n=35	Visokošolska n=31	p
Da, vedno	28,8	33,3	17,2	50		27	23,1	37,5	28,6	29	
Ne, nikoli	27,3	22,2	31	30	0,108	29,7	38,5	12,5	22,9	32,3	0,624
Ne vem	43,9	44,4	51,7	20		43,2	38,5	50	48,6	38,7	
Kaj storite v primeru, da si pacient ne želi zdravljenja, niti bolečih posegov?	Celotna populacija n=64 [v %]	20-30 n=26	31-40 n=28	41 in več n=10	p	0-10 n=35	11-15 n=13	16 in več n=16	Srednješolska n=34	Visokošolska n=30	p
Pogovorim se s pacientom, razložim zakaj so posegi pomembni za njegovo zdravje, če še vedno vztraja pri svojem o tem obvestim zdravnika.	90,6	84,6	96,4	90	0,341	88,6	100	87,5	91,2	90	0,874
Zdravnik želi narediti punkcijo kostnega mozga pacientu v terminalnem stanju, pacient pa nam jasno pove, da tega ne želi. Kaj storite, ko zdravnik vztraja pri svojem?	Celotna populacija n=61 [v %]	20-30 n=26	31-40 n=28	41 in več n=7	p	0-10 n=35	11-15 n=14	16 in več n=12	Srednješolska n=34	Visokošolska n=27	p
Glasno povem, da si pacient tega ne želi in da ne bom sodelovala pri posegu oz. ne bom obvestila pristojne, da pripravijo vse potrebno za poseg.	47,5	53,8	39,3	57,1	0,512	54,3	33,3	42,9	38,2	59,3	0,222
Kaj menite, se upošteva prave pravice pacientov in delujejo etično s pacient, ki si ne želi posegov in ki si želi domov?	Celotna populacija n=65 [v %]	20-30 n=26	31-40 n=29	41 in več n=10	p	0-10 n=36	11-15 n=13	16 in več n=16	Srednješolska n=34	Visokošolska n=31	p
Da, vedno	10,8	11,5	10,3	10		11,1	0	18,8	11,8	9,7	
Ne, nikoli	12,3	15,4	10,3	10	0,904	13,9	23,1	0	11,8	12,9	0,856
Včasih	76,9	73,1	79,3	80		75	76,9	81,2	76,5	77,4	

Simona Petermel: Etika v praksi zdravstvene nege-akcijska raziskava etičnega delovanja na primeru splošne bolnišnice

So pacienti dovolj oskrbljeni s protibolečinsko terapijo ali menite, da bi se lahko analgetiki več predpisovali?	Celotna populacija n=64 [v %]		20-30 n=26		31-40 n=29		41 in več n=10		p	0-10 n=36		11-15 n=13		16 in več n=15		p	Srednješolska n=33		Visokošolska n=31		p
	[v %]	n	[v %]	n	[v %]	n	[v %]	n		[v %]	n	[v %]	n	[v %]	n		[v %]	n	[v %]	n	
Da, pacienti nimajo bolečin.	23,4	26,9	25	10	25	10	25	10	0,528	25	15,4	26,7	24,2	22,6	0,991	48,5	51,6	27,3	25,8		
Pacienti dobivajo analgetike, vendar vseeno trpijo zaradi bolečin.	50	53,8	35,7	80	39,3	10	39,3	10		50	53,8	46,7	48,5	51,6		48,5	51,6	27,3	25,8		
Kljub temu, da vsakodnevno omenjamo pacientove bolečine, se protibolečinska terapija ne predpisuje.	26,6	19,2	39,3	10	39,3	10	39,3	10		25	30,8	26,7	27,3	25,8		27,3	25,8	27,3	25,8		
Sprejem pacienta v večernih urah in svoji kljub pozni uri kličejo po telefonu za informacije.		20-30 n=27	31-40 n=29	41 in več n=10						0-10 n=37	11-15 n=13	16 in več n=16									
Zdravniku večem pogovor.	28,8	25,9	24,1	50	24,1	50	24,1	50	0,159	21,6	30,8	43,8	22,9	35,5	0,327	22,9	35,5	22,9	35,5		
Pacient si želi izbrati naravno in komplemetarno zdravilstvo. Kaj predlagate?		20-30 n=27	31-40 n=29	41 in več n=10						0-10 n=37	11-15 n=13	16 in več n=16									
Pacientu dovolimo izbrati in predlagamo, da se posvetuje še z zdravnikom.	98,5	100	100	90	100	90	100	90	0,059	100	100	93,8	100	96,8	0,499	100	96,8	100	96,8		
Zaskrbljene svojece zanima, koliko njihov svojece poje in če ima še kaj vročine. Kaj odgovorimo?		20-30 n=25	31-40 n=29	41 in več n=10						0-10 n=35	11-15 n=13	16 in več n=16									
Svojem povemo vse, kar si želijo vedeti o oskrbi njihovega svojca.	73,4	60	82,8	80	82,8	80	82,8	80	0,496	68,6	69,2	87,5	64,7	83,3	0,692	64,7	83,3	64,7	83,3		

Legenda: n = število enot v populaciji; PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = p-vrednost (vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost).

V tretjem delu so poleg odprtih vprašanj tudi trditve, ki so jih anketiranci ocenjevali po Likertovi lestvici. V Tabeli 3 je navedeno, kakšni sta bili povprečna vrednost (PV) in standardna deviacija (SD) odgovorov pri celotni populaciji ter po posameznih skupinah, ločenih glede na starost, delovno dobo in izobrazbo. Navedeno je tudi, ali znotraj posamezne skupine obstaja statistično pomembna razlika (p), ki je v tabeli označena s krepko pisavo. Bolj neopredeljeni so bili pri vprašanju, ali vsi pacienti podpišejo soglasje o posegih zdravstvene nege in medicinskih posegih (31,8 %). Večina anketirancev se strinja, da ima pacient pravico zavrniti zdravljenje, kljub temu da bo škodoval svojemu zdravljenju (49,2 %). Neopredeljeni (46 %) so bili anketiranci pri trditvi, da bi lahko po smrti pacienta, ki je umrl zaradi raka in si ni želel, da bi za njegovo bolezen izvedeli svojci, razkrili njegovo skrivnost. Anketiranci se strinjajo, da ves čas izvajajo zdravstveno vzgojno delo pacientom (40,9 %). Anketiranci (34,8 %) se ne strinjajo s tem, da imamo v bolnišnici primerne prostore, kjer se s pacienti lahko na samem pogovorimo. Večinoma so neopredeljeno odgovarjali na trditev (21,2 %), da moramo tudi umirajočega pacienta obračati na dve uri, da preprečimo razjede zaradi pritiska. Neopredeljeni so še pri trditvi, da moramo svojce umrlega pustiti čim bolj pri miru in jih ne ogovarjamo (36,4 %). Pri trditvi, da v pacientovi sobi omenjamo pacientove strahove, trpljenja, bolečino, upanje ... da smo o tem vsi seznanjeni, so anketiranci prav tako neopredeljeni (19,7 %). Anketiranci s srednjo izobrazbo so izrazili večje strinjanje (PV 3,66; SO $\pm 0,97$), da zaradi preobremenjenosti in velikega obsega dela nimajo časa opravljati zdravstveno vzgojnega dela, kot anketiranci z visokošolsko izobrazbo (PV 2,74; SO $\pm 0,97$). ANOVA za neodvisne vzorce je pokazala med skupinami, ki se razlikujejo glede na izobrazbo, statistično, pomembno razliko v povprečni oceni ($p = 0,000$). V bolnišnici se uporabljajo bolečinske lestvice, zaradi katerih se predpisuje dovolj analgetikov, da pacienti ne trpijo – odgovori so bili neopredeljeni (45,5 %). Na zadnjo trditev tretje kategorije, če so vsi pacienti enako obravnavani, ne glede na veze, sorodnike, prijatelje, finance in drugo, so anketiranci prav tako odgovarjali neopredeljeno (22,7 %).

Tabela 3: Trditve o etičnem delovanju medicinskih sester, primerjava po starosti, delovni dobi in izobrazbi.

	Celotna populacija PV ± SD	Starost				p	Delovna doba				p	Izobrazba		p
		20-30 n=27 PV ± SD	31-40 n=29 PV ± SD	41 in več n=10 PV ± SD			0-10 n=37 PV ± SD	11-15 n=13 PV ± SD	16 in več n=16 PV ± SD			Srednje šolska n=35 PV ± SD	Visokošolska n=31 PV ± SD	
Trditve 1: Vsi pacienti podpišejo soglasje o posegih zdravstvene nege in medicinskih posegih.	3,45 ± 1,17	3,63 ± 1,18 3,31 ± 1,17	3,4 ± 1,17	0,592	3,63 ± 1,21	3,23 ± 1,01 3,25 ± 1,18	0,427	3,51 ± 1,17	3,39 ± 1,17	0,662				
Trditve 2: Pacient ima pravico zavrniti zdravljenje, kljub temu, da bo škodoval svoje mu zdravlju.	4,35 ± 0,72	4,3 ± 0,82 4,32 ± 0,67	4,6 ± 0,52	0,501	4,35 ± 0,79	4,31 ± 0,63 4,4 ± 0,63	0,945	4,38 ± 0,7	4,32 ± 0,75	0,74				
Trditve 3: Pacient ima raka in si ne želi, da bi za njegovo bolezen izvedeli svojci. Šele ko umre, svojem povemo, kakšno bolezen je imel njihov svojec.	2,73 ± 1,26	2,64 ± 1,47 2,86 ± 1,09	2,56 ± 1,24	0,74	2,79 ± 1,37	2,77 ± 1,01 2,56 ± 1,26	0,83	2,5 ± 1,5	2,97 ± 0,91	0,142				
Trditve 4: Ves čas izvajam zdravstveno vzgojno delo pacientom.	3,88 ± 0,85	3,93 ± 0,87 3,79 ± 0,86	4 ± 0,82	0,754	3,89 ± 0,91	3,54 ± 0,78 4,12 ± 0,72	0,181	3,94 ± 0,87	3,81 ± 0,83	0,52				
Trditve 5: Medicinske sestre spoštujejo dostojanstvo in zasebnost pacientov, zato imamo v bolnišnici primerne prostore, kjer se s pacienti lahko na samem pogovorimo.	2,42 ± 1,14	2,63 ± 1,18 2,21 ± 1,05	2,5 ± 1,27	0,377	2,57 ± 1,19	2,23 ± 1,01 2,25 ± 1,13	0,519	2,51 ± 1,27	2,32 ± 0,98	0,499				
Trditve 6: Tudi umirajočega pacienta obračamo na dve uri, da preprečimo razjede zaradi pritiska, kar je v bolnišnici zelo pomembno.	2,86 ± 1,42	2,7 ± 1,35 2,93 ± 1,41	3,1 ± 1,73	0,718	3,05 ± 1,53	2,54 ± 0,97 2,69 ± 1,49	0,46	2,57 ± 1,46	3,19 ± 1,33	0,076				
Trditve 7: Svoje umrlega pustimo čimbolj pri miru, jih ne ogovarjamo, saj so se prišli posloviti od umrlega.	3,35 ± 1,1	3,41 ± 1,18 3,31 ± 1,17	3,3 ± 0,68	0,938	3,43 ± 1,17	3,08 ± 0,96 3,38 ± 1,09	0,61	3,54 ± 1,01	3,13 ± 1,18	0,129				
Trditve 8: Pri predaji službe, ki se izvaja v sobi, moramo biti še posebej pozorni, da omenimo pacientove srahove, trpljenje, bolečino, upanje..... da smo o tem vsi seznanjeni	2,95 ± 1,45	2,81 ± 1,33 3,07 ± 1,53	3 ± 1,63	0,807	2,95 ± 1,35	3,23 ± 1,54 2,75 ± 1,65	0,68	3,14 ± 1,46	2,74 ± 1,44	0,266				
Trditve 9: Zaradi preobremenjenosti in velikega obsega dela nimam časa opravljati zdravstveno vzgojnega dela.	3,23 ± 1,06	3,48 ± 1,22 3,17 ± 0,93	2,7 ± 0,82	0,13	3,3 ± 1,1	3,54 ± 0,97 2,81 ± 0,98	0,158	3,66 ± 0,97	2,74 ± 0,97	0,000				
Trditve 10: V bolnišnici uporabljamo bolečinske lestvice, zato se predpisuje dovolj analgetikov, da pacienti ne trpijo	3,08 ± 1,11	3,19 ± 1,11 3,07 ± 1,1	2,8 ± 1,23	0,653	3,24 ± 1,12	2,92 ± 1,04 2,81 ± 1,17	0,378	3,17 ± 1,18	2,97 ± 1,05	0,463				
Trditve 11: Vsi pacienti so enako obravnavani, ne glede na veze, sorodnike, prijatelje, finance....	2,91 ± 1,42	2,81 ± 1,5 2,93 ± 1,36	3,1 ± 1,52	0,862	3,05 ± 1,55	2,31 ± 1,18 3,06 ± 1,24	0,238	3,09 ± 1,58	2,71 ± 1,22	0,287				

Simona Peternel: Etika v praksi zdravstvene nege-dkcijska raziskava etičnega delovanja na primeru splošne bolnišnice

Trditev 12: Občutek imam, da se mlajše kolegice ne učijo od bolj izkušene medicinske sestre, ker so prepričane, da že vse znajo.	3,29 ± 1,12	3,56 ± 1,16	3,31 ± 1,08	2,8 ± 1,03	0,167	3,38 ± 1,14	3,31 ± 1,11	3,06 ± 1,12	0,647	3,63 ± 1,14	2,9 ± 0,98	0,008
Trditev 13: Izkušene medicinske sestre nič več ne učijo mlajših kolegic, ker so preobremenjene in preutrujene.	3 ± 1,02	3,15 ± 1,03	3,21 ± 0,9	2 ± 0,82	0,002	3 ± 0,94	3,08 ± 0,95	2,94 ± 1,29	0,937	3,17 ± 0,99	2,81 ± 1,05	0,149
Trditev 14: V naši organizaciji so zelo dobri medsebojni odnosi.	2,83 ± 0,94	2,93 ± 1	2,83 ± 0,81	2,6 ± 1,17	0,65	2,92 ± 0,92	2,69 ± 0,86	2,75 ± 1,07	0,701	2,66 ± 1,03	3,03 ± 0,8	0,105
Trditev 15: V naši organizaciji vse medicinske sestre delujejo v skladu s standardom o podobi medicinske sestre, tudi fizioterapevte, laborantke, rentgenologe,...	2,88 ± 1,07	2,85 ± 1,06	2,69 ± 1,04	3,5 ± 1,08	0,118	2,89 ± 1,13	2,69 ± 0,86	3 ± 1,16	0,746	2,86 ± 1,14	2,9 ± 1,01	0,864
Trditev 16: Organizacija se s standardom o osebnem urejen medicinskih sester preveč vtika v osebnost in intimnost.	3,73 ± 0,97	3,93 ± 0,96	3,62 ± 0,94	3,5 ± 1,08	0,367	3,81 ± 0,91	3,69 ± 1,03	3,56 ± 1,09	0,692	4,11 ± 0,93	3,29 ± 0,82	0,000
Trditev 17: V naši organizaciji medicinske sestre s svojim etičnim in moralnim ravnanjem dvigujejo ugled poklica in organizacije v družbi.	3,73 ± 0,81	3,74 ± 0,81	3,69 ± 0,81	3,8 ± 0,92	0,93	3,81 ± 0,81	3,62 ± 0,65	3,62 ± 0,96	0,649	3,77 ± 0,91	3,68 ± 0,7	0,643
Trditev 18: Organizacija podpira in razvija izobraževanje o etičnih vidikih zdravstvene nege, ki je dostopna vsem medicinskim sestram.	3,3 ± 0,91	3,04 ± 0,94	3,45 ± 0,87	3,6 ± 0,84	0,128	3,22 ± 0,92	3,23 ± 0,93	3,56 ± 0,89	0,431	3,26 ± 0,95	3,35 ± 0,88	0,667

Legenda: n = število enot v populaciji; PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = p-vrednost (vrednost ≤ 0,05 pomeni statistično značilnost).

V četrtem delu anketnega vprašalnika so se trditve navezovale na medicinsko sestro in sodelavce. Anketiranci s srednjo izobrazbo so izrazili večje strinjanje (PV 3,63; SO \pm 1,14) od anketirancev z visokošolsko izobrazbo (PV 2,9; SO \pm 0,98) pri trditvi, da se mlajše kolegice ne učijo od bolj izkušenih medicinskih sester, ker so prepričane, da že vse znajo. ANOVA za neodvisne vzorce je pokazala med skupinami, ki se razlikujejo glede na izobrazbo, statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p = 0,008$). Da izkušene medicinske sestre nič več ne učijo mlajših kolegic, ker so preobremenjene in preutrujene, je ANOVA za neodvisne vzorce pokazala med skupinami, ki se razlikujejo glede na starost, statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p = 0,002$). Anketiranci, stari 20–30 let, so bili neopredeljeni (PV 3,15; SO \pm 1,03), prav tako anketiranci, stari 31–40 let (PV 3,21; SO \pm 0,9), medtem ko se anketiranci iz starejše skupine 41 let in več niso strinjali s trditvijo (PV 2; SO \pm 0,82). Anketiranci so bili neopredeljeni pri trditvi, da so v naši organizaciji zelo slabi odnosi (47 %), prav tako pri trditvi, da v naši organizaciji vse medicinske sestre delujejo v skladu s standardom o podobi medicinske sestre, tudi fizioterapevtke, laborantke, rentgenologi ... (34,8 %). Anketiranci pa so se strinjali pri naslednji trditvi (27,3 %), da se organizacija s standardom o osebni urejenosti medicinskih sester preveč vtika v osebnost in intimnost. ANOVA za neodvisne vzorce je pokazala med skupinami, ki se razlikujejo glede na izobrazbo, statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p = 0,000$). Bolj so se strinjali anketiranci s srednjo izobrazbo (PV 4,11; SO \pm 0,93) in bolj neopredeljeni so bili anketiranci z visokošolsko izobrazbo (PV 3,29; SO \pm 0,82).

Peti del anketnega vprašalnika se je navezoval na medicinsko sestro in poklicno organizacijo. Na trditev, da v naši organizaciji medicinske sestre s svojim etičnim in moralnim ravnanjem dvigujejo ugled poklica in organizacije v družbi, se anketiranci strinjajo (40,9 %). Bolj neopredeljeni so bili pri zadnji trditvi, da organizacija podpira in razvija izobraževanje o etičnih vidikih zdravstvene nege, ki je dostopno vsem medicinskim sestram (40,9 %).

V zadnjem šestem delu – izboljšave so bila štiri odprta vprašanja.

Na prvo vprašanje, katera neetična in nemoralna dejanja vas motijo v organizaciji, so anketirani različno odgovarjali. Na vprašanje je odgovorilo 30 anketirancev (45,5 %), 36 anketirancev (54,5 %) na vprašanje sploh ni odgovarjalo. Trditve smo pri oblikovanju združili glede na temo, dobili deset skupin in izračunali odstotek posameznih odgovorov glede na celoten vzorec. Anketiranci so odgovarjali sledeče: zdravljenje oz. podaljševanje življenja za vsako ceno (26,8 %); neupoštevanje pacientovih želja (19,5 %); nepredpisovanje analgetične terapije (14,6 %); prisilna zdravljenja brez privolitve pacienta (9,8 %); pomanjkanje zasebnih prostorov za pogovor/umirajoče (7,3 %); zbadanje pacientov za laboratorijske preiskave večkrat na dan (4,9 %); poudarek na dokumentaciji in ne na pacientu (4,9 %); obračanje pacientov pred smrtjo (4,9 %); razlaganje pacientovih problemov v sobi pred drugimi (4,9 %); lažna upanja svojcem umirajočega (2,4 %).

Na drugo vprašanje, kako vidite, da bi se ti problemi rešili, je odgovorilo 31 anketirancev (47 %), 35 anketirancev pa ne (53 %). Trditve smo združili v devet skupin in izračunali odstotek posameznih odgovorov glede na celoten vzorec. Anketiranci so odgovarjali sledeče: pogovori in skupna reševanja na vseh nivojih (23,3 %); več pogovorov s pacienti in razlage o posegih in zdravljenju (20 %); izobraževanja iz etike in paliative za zdravnike (16,7 %); spoštovati želje pacientov in več zagovornštva s strani medicinskih sester (10 %); več zaposlenih (10 %); urediti prostore za zasebnost (6,7 %); več žilnih pristopov (6,7 %); meje zmogljivosti zdravljenja (3,3 %); ne vem (3,3 %).

Na tretje vprašanje, menite, da se prijaznosti do pacientov, spoštovanja in dostojanstva lahko naučimo, ali je vse odvisno od vzgoje, izkušenj, psihične zrelosti, motiviranosti posameznika, je odgovorilo 40 anketirancev (61 %), ni jih pa odgovorilo 26 (39 %). Glede na temo smo združili trditve v štiri skupine in izračunali odstotek posameznih odgovorov. Anketiranci so odgovarjali: od vzgoje in zrelosti posameznika (62,5 %); lahko se naučimo, če se zelo potrudimo (20 %); oboje je zelo pomembno (15 %); odvisno od posameznika (2,5 %).

Na četrto vprašanje, kako v organizaciji izbirajo novozaposlene? Imate občutek, da se vedno izbere prijazne in pridne osebe, ki bodo za paciente primerno – etično poskrbeli, je odgovorilo 41 anketirancev (62 %), na vprašanje ni odgovorilo 25 anketirancev (38 %). Trditve smo združili v šest skupin in izračunali odstotek posameznih odgovorov glede na celoten vzorec. Anketiranci so odgovarjali: na razgovoru se izbere osebe, ki so prijazne, kasneje se izkaže drugače (56,1 %); se trudijo izbrati najboljše (26,8 %); da pri medicinskih sestrah, za ostale ni tako videti (4,9 %); izbere se osebe, ki so vseč vodstvu/veze in poznanstva (4,9 %); ne vem (4,9 %); izbira se osebe z visoko izobrazbo, ostalo ni pomembno (2,4 %).

Upoštevati moramo, da je en anketiranec lahko podal več odgovorov in so bili vsi upoštevani.

3.5 RAZPRAVA

V prvem delu anketnega vprašalnika nas je zanimalo, koliko so medicinske sestre seznanjene s kodeksom etike. Nobenega dvoma ni, da so prav vse zanj že slišale, ne glede na starost ali izobrazbo. Pomembna statistična razlika se pokaže pri vprašanju, kje so zanj slišale. Mlajše medicinske sestre so v večji meri odgovarjale, da v šoli, medtem ko so starejše kolegice zanj slišale tudi na predavanjih, izobraževanjih ali ga celo prebrale na internetu. Ustavimo pa se pri dejstvu, da kodeksa etike ne uporabljamo pogosto, saj so v večini primerov vse odgovorile, da ga že kar nekaj časa niso brale. Zato ni velikega presenečenja pri naslednjih vprašanjih, kjer so obkrožale število načel in število sklopov, v katera so ta načela razdeljena. Zanimivost je verjetno le v tem, da so medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo pravilno odgovorile v več odstotkih kot medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo. O pogovorih s sodelavci o etičnosti postopkov se je večina sester opredelila za redko, drugi najpogostejši odgovor pa je bil pogosto. Z istimi rezultati so se ukvarjale tudi Červ in Klančnik Gruden (2003b), Živič (2003), Kadivec (2004) ter Kovačič (2010). Vse raziskave so pokazale, da se v zdravstvenih ustanovah premalo pogovarjamo o etičnosti svojih postopkov. Pri naši raziskavi pa se pokaže še razlika pri starejših medicinskih sestrah, 41 let in več, pokaže pa se tudi v delovni dobi 16 let in več, kjer so v večji meri označile pogostejše pogovarjanje o etičnosti svojih postopkov. Ta razlika je verjetno posledica zrelosti, ki jo ljudje pridobivamo z leti, z njo pa tudi večji občutek za odgovornost. Ko sta raziskavo izvajali Červ in Klančnik Gruden (2003b), pa je bila razlika ravno obratna. Mlajše medicinske sestre so bile tiste, ki so se več pogovarjale o etičnosti svojih postopkov, kot njihove starejše kolegice in to pripisovale trdni vpetosti v vsakodnevno rutino starejših medicinskih sester, ki se z leti še povečuje. Zanimivost naslednjega vprašanja, ali medicinske sestre-mentorji, študente, pripravnike seznanijo s kodeksom etike, da ga razumejo in ravnajo v skladu z njegovo vsebino, je v tem, da so z nikoli največkrat odgovorile medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo, večina pa jih je odgovarjala, da s tem ni seznanjena. Glede na to, da knjižice Kodeksa etike MS in ZT Slovenije v bolnišnici še nismo videli, bi bilo smiselno najprej pridobiti literaturo, da jo bodo dijaki

oz. pripravniki lahko videli in se seznanili z njeno vsebino. Četrto načelo Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010) govori tudi o tem, da medicinska sestra-mentorica zagotavlja, da so študenti in dijaki seznanjeni s kodeksom etike, ga razumejo in ravnajo v skladu z njegovo vsebino.

Pri vprašanju, kaj bi medicinske sestre storile v primeru, da si pacient ne želi zdravljenja niti bolečih posegov, so odgovori pokazali, da si medicinske sestre vzamejo čas za pogovor s pacientom in ga ne ignorirajo. Tudi Koširjeva (2003) in Červ ter Klančnik Gruden (2003b) so v svoji raziskavi prišle do istih rezultatov. Vendar pa so se pri Koširjevi (2003) raziskavi, pri njenem odprtem vprašanju, vse pre pogosto pojavljali izrazi, da bi paciente „prepričali“ v zdravljenje. Prepričevanje lahko zato pomeni tudi vsiljevanje mnenja, ki je drugačno od pacientovega, posebej, če medicinska sestra skozi to uveljavlja moč. Zavedati pa se moramo dejstva, ki ga navaja tudi Jaušovec (2009), da mora medicinska sestra ščititi, zagovarjati pacientove pravice in vedno stopiti na njegovo stran, kadar je vključen v neetično in nestrokovno obravnavo. Pomembna statistična razlika nastane tudi pri vprašanju, kjer želimo izvedeti, koliko so medicinske sestre pripravljene zagovarjati pacienta, ko si ta v terminalnem stanju ne želi več bolečih preiskav, zdravnik pa še vedno vztraja. Tudi Ovijač (2009) ugotavlja, da smo v zdravstvu dolžni razmišljati (delati z glavo) prav vsi vpleteni in da smo se dolžni izpostaviti, ne le zaradi našega lastnega dostojanstva, ampak še bolj zaradi pacientov, ki jih na ta način ščitimo. Raziskava je pokazala, da so medicinske sestre s krajšo delovno dobo do deset let bolj pripravljene zagovarjati paciente in nasprotovati zdravniku, prav tako bolj medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo kot s srednješolsko. Drugače pa se jih je le manj kot polovica odločila za odgovor, kjer bi o tem glasno spregovorile in ne bi sodelovale pri posegu. Šesto načelo Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010) pravi, da medicinska sestra upošteva načela strokovnega ravnanja in odkloni vsakršen poseg, ki bi po njenem strokovnem in etičnem prepričanju in vesti lahko bil neetičen ali za pacienta škodljiv. Koliko pa si resnično upamo nasprotovati, bi lahko bila že druga raziskovalna tema. Težko gremo mimo dejstva, ki ga je pokazala raziskava, da se pacienti zdravijo kljub temu, da si želijo domov in si posegov ne želijo. Večina

odgovorov na to vprašanje je res, da se te pravice ne upoštevajo le včasih, vendar pa se to sploh ne sme dogajati. Drugo načelo Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010) govori o soglasju, ki je proces, pri katerem pacient aktivno sodeluje in ima pravico sprejeti ali zavrniti postopke zdravstvene nege. Klemenc (2004) navaja, da slovenske medicinske sestre o tako pomembnih zadevah, kot so avtonomija, informiran pristanek, pojasnilna dolžnost, premalo razmišljamo, jih ponekod sploh ne upoštevamo ali celo ne razumemo. Tudi se ne postavljamo dovolj v vlogo pacientovih zagovornic/kov. Marsikje se mora pacient še vedno strogo podrežati navodilom zdravstvenih delavcev, režimu v zdravstvenih ustanovah, ne glede na to, da bi ob sodelovanju, pristanku ali celo kompromisu med pacientom in izvajalci zdravstvene obravnave prav tako lahko dosegli želeni cilj. V Sloveniji se še vedno bojimo predpisovati protibolečinske terapije in naši pacienti imajo bolečine. Tudi ta raziskava je pokazala, da v Splošni bolnišnici Jesenice pacienti večinoma dobivajo analgetike, vendar premajhne količine, saj vseeno trpijo bolečine ali pa se pacientove bolečine vsakodnevno omenja, protibolečinska terapija pa se vseeno ne predpisuje. Očitno ne gre le za strah pred zastojem dihanja, ki ga odmerek protibolečinske terapije lahko izzove. Tu gre tudi za ignoranco medicinskih sester s strani zdravnikov. Vse manj je timskega sodelovanja in vse več pomanjkanja medsebojne komunikacije. Podobni rezultati so se pokazali tudi v tuji študiji, ki so jo izvedli Pavlish et al. (2011) v Los Angelesu. Večina medicinskih sester je najbolj obžalovala nepotrebno bolečino in trpljenje pacientov, ki se povzroča zaradi nezadostne protibolečinske terapije. Prišli so do zaključka, da bi boljša komunikacija znotraj zdravstvenega tima in večje zagovorništvo medicinskih sester do pacientov izboljšala kvaliteto življenja pacientov z bolečino. Medicinske sestre pa nimamo opravka le s pacienti. Svojci pacienta so pogostokrat v stiski, zato potrebujejo razumevanje oz. ustrezen empatičen odnos (Jaušovec, 2009). V raziskavi smo postavili vprašanje, kjer po telefonu zaskrbljene svojce ob pozni uri zanima, kako je z njihovim svojcem, ki je bil sprejet šele v večernih urah. V prvem odgovoru se ne bi nič ukvarjali s svojci, v drugem bi povedali kar diagnozo, samo da ne bi vezali zdravnika, le manjše število medicinskih sester pa bi takoj vezalo zdravnika. Večinoma so bile to starejše medicinske sestre oz. z daljšo delovno dobo. To postopanje bi lahko predpisali tako

zrelosti kot tudi občutku za empatijo. Ne smemo pozabiti, da medicinska sestra v sodelovanju s pacientom vključuje v obravnavo tudi člane družine ter zanj pomembne druge, kar je zapisano v prvem načelu Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010). Na Norveškem so izvedli raziskavo, kjer so kvalitetni izmenjavi informacij med osebjem in svojci ter prilagojenemu svetovanju svojcem pripisali velik pomen. Nordby, Kjongsberg in Hummelvoll (2010) so prišli do zaključka, da lahko samo dobro informirani svojci postanejo aktivni udeleženci v procesu zdravljenja in rehabilitacije. Predpogoj takemu sodelovanju pa je komunikacijska sposobnost in usklajenost zdravstvenega tima. Tretje načelo Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010) pravi, da je medicinska sestra pristojna dajati podatke o zdravstvenem stanju in počutju pacienta z vidika zdravstvene nege in oskrbe. Tu se je pri odgovorih pokazalo nekaj nejasnosti, vendar zaradi tega, ker anketiranci niso poznali pomena besede oskrba. Še vedno se v premajhnem številu zavedamo, da to je naše delo in naša pristojnost. Mogoče je včasih res lažje reči, da nismo pristojni za informacije, kakor so nekateri tudi odgovarjali. Vsekakor nam bo vzelo manj energije, če je to naš življenjski cilj.

Na vprašanja, kjer so bile podane trditve, so anketiranci v trinajstih primerih od osemnajstih odgovarjali neopredeljeno. Glede na to, da so trditve napisane po načelih, zapisanih v Kodeksu etike MS in ZT Slovenije, lahko menimo, da ga medicinske sestre slabo poznajo.

Na prvo trditev so odgovarjali glede na utečeno prakso. Zanimalo nas je, ali pacienti podpišejo soglasje o posegih zdravstvene nege in medicinskih posegih. Raziskava je pokazala neopredeljenost, kar pomeni, da vsi pacienti še vedno ne podpisujejo tega soglasja, ker jih ne seznanjamo o postopkih. Tudi v raziskavi, ki jo opisuje Vilar (2006), kjer so na vprašanja odgovarjali pacienti, jih je slaba polovica odgovorila, da so bili s strani medicinskih sester vprašani za privolitev posega, na drugi strani pa je bila še večina takih, ki niso bili vprašani za privolitev v poseg. V tretjem načelu Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010) je zapisano, da je medicinska sestra dolžna varovati poklicno skrivnost pred družinskimi člani pacienta ali zanj pomembnimi drugimi, če se

je pacient tako odločil. Enako velja tudi po njegovi smrti. Večina anketirancev je bila neopredeljena, torej odgovora niso vedeli. Nekaj manjše razlike je bilo pri izobrazbi, kjer so medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo pravilneje odgovarjale kot medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo, vendar pa je razlika zanemarljiva. Korošec (2008) je v svojem diplomskem delu opisovala, da je načelo poklicne molčečnosti oz. varovanje poklicne skrivnosti eno najosnovnejših dolžnosti vsega zdravstvenega osebja. Pravico do informacij ima samo pacient, ob njem le še njegovi najbližji svojci. Praviloma bi moral biti pacient tisti, ki odloča, komu od svojcev naj dajemo informacije. Da bi resnično vedno lahko zagotovili popolno varovanje poklicne skrivnosti, bi morali to načelo spoštovati zares vsi zaposleni v zdravstvu, od zdravnikov, medicinskih sester, vseh, ki so v stiku s pacienti, pa vse do administrativnega osebja, strežnic ... Za učinkovitost poklicne molčečnosti je izjemnega pomena tudi spoštovanje zahteve po trajanju poklicne skrivnosti, ki časovno ni omejena in velja tudi po pacientovi smrti. Vsi so se strinjali, da ves čas opravljajo zdravstveno vzgojno delo, medicinske sestre s srednjo izobrazbo še nekoliko bolj kot medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo. Zanimivost te trditve je v tem, da so se medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo pri obratni trditvi, kjer zaradi preobremenjenosti in velikega obsega dela sploh nimajo časa opravljati zdravstvenega vzgojnega dela, zopet strinjale. Pri tej trditvi je prav pri izobrazbi nastala pomembna statistična razlika. Ta rezultat nakazuje, da se medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo niso toliko posvetile anketnemu vprašalniku, kot so se posvetile prikazati, kaj vse je njihovo delo in koliko so prezaposlene. Neopredeljeni so bili anketiranci zopet pri trditvi, da moramo tudi umirajočega obračati na dve uri, da preprečimo razjede zaradi pritiska. Tu so bile nekoliko manj neopredeljene oz. so se s trditvijo nekoliko manj strinjale medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo od medicinskih sester z visokošolsko izobrazbo. Lahko rečemo, da je nekaj več razumevanja tu na strani medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo, verjetno tudi zaradi tega, ker so zaradi narave dela več časa ob umirajočem kot medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo. Četrto načelo Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010) pravi, da medicinska sestra umirajočemu pacientu omogoča kakovostno zdravstveno nego in oskrbo, razumevajoč odnos, lajšanje trpljenja, upanje, izpoved verskega prepričanja,

občutek varnosti ter mirno in dostojanstveno smrt. V raziskavi Červ in Klančnik Gruden (2003a) so medicinske sestre v večini odgovarjale, da je potrebno tudi umirajoče obračati na dve uri. Manj so se strinjale starejše medicinske sestre, čemur sta se čudili tudi raziskovalki in pripisali, da je razlog takšnega mišljenja v dejstvu, da se pri umirajočih, kljub vsem naporom zdravstvene nege, stanje ne izboljša. Od raziskave je minilo že skoraj deset let, zato lahko sklepamo, da se takrat s paliativno oskrbo, kjer je poudarek na tem, da pacientov ne boli, še niso ukvarjali. Šest let kasneje je Červ (2009) že pisala o drugih rutinskih postopkih zdravstvene nege, ki jih je potrebno pretehtati z vidika dobrobiti in obremenitve za pacienta. Če na primer z umivanjem, obračanjem ali postiljanjem pacientu povzročamo trpljenje, je te dejavnosti dobro omejiti ali opustiti. V odločanje o tem je potrebno vključiti pacienta in njegove bližnje. Paliativni pristop naj bi zmanjševal trpljenje in povečeval možnost pacientove izbire. O etičnih odločitvah lahko govorimo, kadar se namesto za obremenitve brez dobrobiti odločimo za lajšanje pacientovih težav. Tudi na trditev, da svojce umrlega pustimo čim bolj na miru, saj so se prišli posloviti, in jih ne ogovarjamo, so anketiranci odgovarjali neopredeljeno in se že bolj nagibali k strinjanju. V četrtem načelu Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010) je opisano, naj bi medicinska sestra posvečala posebno pozornost in pomoč svojcem umirajočega ali umrlega in zanj pomembnim drugim. Pri trditvi, ki omenja, da moramo biti še posebej pozorni, da v sobi med predajo službe ne pozabimo omeniti pacientovih strahov, trpljenja, bolečine, upanja ..., da smo o tem vsi seznanjeni, so bili anketiranci neopredeljeni. Le nekoliko bolj so se medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo nagibale k pravilnemu odgovoru. Četrto načelo Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010) pravi, da mora medicinska sestra upoštevati ter spoštovati pravice pacienta do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje ter bolečino. Tu se vprašamo, koliko so res smiselne predaje službe po sobah, saj moramo tudi upoštevati, da so pacienti med seboj različni in so nekateri bolj, drugi manj občutljivi za določene detajle, ki se tičejo le njih.

Pomembna statistična razlika v izobrazbi je nastala pri trditvi, da se mlajše kolegice ne učijo od bolj izkušenih medicinskih sester, ker so prepričane, da že vse znajo.

Medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo so se strinjale s trditvijo, med tem ko so bile medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo neopredeljene. Statistično pomembna razlika se je pokazala tudi pri naslednji trditvi, vendar v starosti, da izkušene medicinske sestre nič več ne učijo mlajših kolegic, ker so preobremenjene in utrujene. Predpostavljali smo, da se starejše medicinske sestre s trditvijo ne bodo strinjale, kar se tudi niso (41 let in več), medtem ko so bile ostale neopredeljene. Pri trditvi, da so v naši organizaciji zelo dobri medsebojni odnosi, smo pričakovali nekoliko več nestrinjanja. Sicer je večina (zopet) neopredeljenih, nekaj več nestrinjanja je med medicinskimi sestrami s srednješolsko izobrazbo. Odgovori na vprašanje, da se organizacija s standardom o osebni urejenosti medicinskih sester preveč vtika v osebnost in intimnost, so pokazali pomembno statistično razliko v izobrazbi. Medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo so se bolj strinjale, medtem ko so bile medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo neopredeljene. Koliko se organizacija res vtika v osebnost in intimnost, bomo verjetno vedno različnega mnenja. Odstranitev dokaj neopaznega nosnega piercinga, ki je osebi poživel obraz, odstranitev pisanih rožic in čebelic iz drugače varne obutve so zahteve, pri katerih se res vprašamo, ali moramo biti tako strogi. Drugače pa je videti osebje v prekratkem krilu ali v hlačah, ki so osebi tako premajhne, da pri strani tišči ven vse tisto, česar ne moremo pripisati k osebni urejenosti. Na koncu Kodeksa etike MS in ZT Slovenije (2010) je zapisano, da medicinska sestra predstavlja svojo poklicno skupino najprej s samopodobo (identiteto), katere del je strokovna podoba. Primeren videz, obnašanje in vedenje so temelji njene suverenosti, znak samozavedanja in predstavljajo odnos do poklica, do drugih ljudi, do položaja in do institucije. Medicinska sestra se mora zavedati, da vsako njeno neustrezno, lahkomišno, nečastno in ponižujoče dejanje prizadene ne samo paciente, temveč tudi druge pripadnike poklicne skupine.

Raziskava je na koncu imela tudi štiri odprta vprašanja. Predvsem na prvo, katera neetična in nemoralna dejanja vas motijo v organizaciji, so anketiranci podali več različnih odgovorov. Najbolj jih moti zdravljenje oz. podaljševanje življenja za vsako ceno. Bolnišnica še vedno nima nobene komisije, ki bi se odločala o smiselnosti

reanimacije določenih pacientov. Tako se sproti odloča o podaljšanju preživetja kronično bolnih, ki so odvisni od mnenja trenutno dežurnega zdravnika. Tudi ostali odgovori kažejo neupoštevanje pacientovih želja, nobenega poudarka na paliativni oskrbi, kjer pacientov ne bi bolelo in bi imeli dovolj žilnih katetrov, da jih vsakodnevno, tudi večkrat na dan, ne bi zbadali. Če bi pričeli reševati le probleme, ki so jih anketiranci našli na zastavljeno vprašanje, bi bilo tudi delo medicinskih sester v bolnišnici manj stresno. Na kakšen način naj bi anketiranci reševali te probleme? Tudi tu so podali devet različnih odgovorov. Večina vidi rešitev v pogovorih in skupnemu reševanju na vseh nivojih, prav tako bi si želeli tudi več pogovorov s pacienti. Tudi pri tem vprašanju so bile navedene rešitve, ki niso nemogoče in so uresničljive. Zanimalo nas je tudi, ali se prijaznosti do pacientov, spoštovanja in dostojanstva lahko naučimo, ali je vse odvisno od vzgoje, izkušenj, psihične zrelosti, motiviranosti posameznika. Večina jih je odgovorila, da je odvisna le od vzgoje in zrelosti posameznika. Vsi vemo, kako pomembna so izobraževanja in dodatna znanja, vendar smo tudi mi mnenja, da brez vseh zgoraj naštetih značilnosti tudi izobraževanja o etiki ne bi pomagala. Na koncu nas je še zanimalo, kako organizacija izbira novozaposlene. Ali se izbira med prijaznim in pridnim, ki bodo za paciente primerno etično poskrbeli? Dobili smo šest različnih odgovorov. Najpogostejši je bil, da so izbrane osebe na začetku res prijazne, vendar pa se kasneje izkaže drugače. Ne glede na kasnejšo prijaznost pa te osebe ostanejo naši dolgoletni sodelavci.

4 ZAKLJUČEK

Po razdelitvi vprašalnika nam ga je kar nekaj anketirancev osebno vrnilo. Njihov odziv je bil pozitiven, z mnenjem, da tako simpatičnega vprašalnika že dolgo niso reševali. Pa ne gre za to, da bi bil dobro sestavljen, gre za temo, katere se je dotikal. S svojim zanimanjem so anketiranci pokazali, da smo govorili o temi, s katero se medicinske sestre v Splošni bolnišnici Jesenice vsakodnevno srečujejo. Vendar pa ne pričakujemo takojšnjih sprememb in začnimo najprej pri sebi, pri nas, medicinskih sestrah. Kar nekaj izobraževanj na temo etike je že bilo, ta so tudi pogoj za podaljševanje licence, pa se naš odnos ne spreminja. Pravzaprav se z leti še poslabšuje. Mogoče je krivo tudi to, da nam primanjkuje empatičnega odnosa. Ko leži v bolnišnici neka nam pomembna oseba, zelo dobro vemo, kaj bi lahko zanj še vse naredili in kako bi ga morali obravnavati. Tudi kritični znamo takrat postati zelo hitro. Torej si moramo le predstavljati, da je vsak izmed ležečih pacientov neka nam pomembna oseba. Pomanjkanje empatije privede do nerazumevajočega, brezčutnega, hladnega odnosa do pacientov, ki lahko pripelje do neetičnih situacij. Te pa povzročajo stres pri medicinskih sestrah, kar kasneje privede tudi do izgorevanja na delovnem mestu.

Če se vrnemo k raziskovalni nalogi, ne moremo mimo trditev, glede na odziv medicinskih sester, da v Splošni bolnišnici Jesenice delujemo premalo etično in v korist pacientov. Premalo se ukvarjamo s svojci, ki so pomemben del naših pacientov, predvsem pa pogrešamo dostojanstvo do umirajočih pacientov in paliativno oskrbo.

Bo sedaj kaj drugače? Bomo naredili kaj v tej smeri, da bi popravili dejstva, ki jih je raziskovalna naloga prikazala? Bomo končno pričeli s timskimi pogovori na vseh nivojih in bomo povedali, kaj si želimo spremeniti medicinske sestre in kaj zdravniki? Ali bo pričujoče besedilo samo še eno raziskovalno delo v diplomskem delu na polici knjižnice Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice?

5 LITERATURA

Adams J. Nurse Prescribing Ethics and Medical Marketing. *Nurs Stand.* 2011;25(29):62–6.

Alichnie C. Ethics and Nursing. *Pa Nurse.* 2012;67(2):5–26.

Cencič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009.

Chantira C. Dilemmas Within the Context of Nursing: A Concept Analysis. *Pacific Rim Int J of Nurs Res.* 2011;15(3):248–56.

Červ B. Etični vidiki paliativne oskrbe. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, eds. Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 23. oktober 2011. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2009: 56–64.

Červ B, Klančnik Gruden M. Etična razmišljanja v zdravstveni negi umirajočih. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003a: 333–43.

Červ B, Klančnik Gruden M. Vidik odgovornosti znotraj etike skrbi v zdravstveni negi. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003b: 271–8.

Glover JJ. "Doing" Ethics in Rural Health Care Institutions. In: Nelson A, Bushy A, eds. *Handbook for Rural Health Care Ethics: Practical Guide for Professionals.* Hanover: Trustees of Dartmouth College; 2009; 63–82.

Grbec V. Prvi kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 123–6.

Hošnjak I. Pojav etičnih problemov in dilem v zdravstveni negi na psihiatričnem področju: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

Jaušovec P. Psihofizično izgorevanje z vidika etike. In: Kvas A, ed. Pravno-etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, Velenje, 16. oktober 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2009: 51–9.

Juhant J, Strahovnik V. Profesionalna etika zdravstvene nege. In: Štemberger-Kolnik T, Majcen-Dvoršak S, Klemenc D, eds. Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 12.–14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 153– 7.

Kadivec S. Zagotavljanje etičnih načel dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstvenih ustanovah. *Obzor Zdr N.* 2004;38(3):211–7.

Kalan V. Antična etika in etika vrlin. In: Šimenc M, Dačić Š, Hladnik A, eds. *Filozofija*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2011: 188–93.

Kim Y, Park J, You M, Seo Y, Han S. Sensitivity to Ethical Issues Confronted by Korean Hospital Staff Nurses. *Nurs Ethics.* 2005;12(6):595–605.

Klemenc D. Dnevom Marije Tomšič in vrednotam v zdravstveni negi na pot. In: Berkopec M, ed. 2. dnevi Marije Tomšič: zbornik predavanj, Novo mesto, 21.–22. januar 2010. Novo mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto; 2010: 12–5.

Klemenc D. Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic. *Obzor Zdr N.* 2004;38(4): 287–96.

Klemenc D. Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbi. *Obzor Zdr N.* 2003;37(2): 99–106.

Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J. Z dobrimi mislimi, v dobri veri, da delamo dobro. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 5–7.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Uradni list Republike Slovenije št. 40/2010.

Korinšek J. Etične dileme v paliativni zdravstveni oskrbi: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za zdravstvene vede; 2007.

Korošec T. Varovanje zdravstvenih podatkov v Sloveniji: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2008.

Košir A. Spoštovanje etičnega načela avtonomije – temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 238–48.

Kovačič E. Etika skrbi in etika vrlin v zdravstveni negi. In: Berkopec M, ed. *Vrednote v zdravstveni negi. 2. dnevi Marije Tomšič: zbornik predavanj z recenzijo,* Novo mesto, 21.–22. januar 2010. Novo mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo; 2010: 21–34.

Kravcar N. Etični kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in njihova stališča do posmrtnega odvzema organov in tkiv: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

Mahlin M. Individual Patient Advocacy, Collective Responsibility and Activism Within Professional Nursing Associations. *Nurs Ethics.* 2010;17(2):247–54.

Maze H. Znanje, spretnosti in veščine medicinskih sester – temelji za premagovanje pravno-etičnih dilem. In: Kvas A, ed. *Pravno-etične dileme – izziv za profesijo*

zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, Velenje, 16. oktober 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2009: 19–24.

Mekinc J. Etično odločanje in moralno sklepanje. In: Štemberger-Kolnik T, Majcen-Dvoršak S, Klemenc D, eds. *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik predavanj z recenzijo*, Maribor, 12.–14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 8–12.

Naka S, Kvas A. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 225–37.

Nordby K, Kjonsberg K, Hummelvoll JK. Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(4):304–11.

Ovijač D. Etični vidiki sodelovanja v zdravstvu. In: Kvas A, ed. *Pravno-etične dileme-izzivi za profesijo zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo*, Velenje, 16. oktober 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2009: 35–42.

Park EJ. An Integrated Ethical Decision-Making Model for Nurses. *Nurs Ethics*. 2012;19(1):139–59.

Pavlish C, Brown Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Rounkle AM. Nursing Priorities, Actions, and Regrets for Ethical Situations in Clinical Practice. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(4):385–95.

Sasso L, Stievano A, Jurado MG, Rocco G. Code of Ethics and Conduct for European Nursing. *Nurs Ethics*. 2008;15(6):821–36.

Šavora M. Kodeksi etike v zdravstvu in korupcija kot izpostavljen problem: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za zdravstvene vede; 2007.

Šmitek J. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 2004;38(3):205–9.

Štampihar M. Etika in morala. In: Šimenc M, Dačić Š, Hladnik A, eds. *Filozofija*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2011: 135–44.

Tschudin V. Etika v zdravstveni negi Razmerja skrbi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2004.

Urh I. Etične dileme na področju raziskovanja v zdravstveni negi. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 41–8.

Velepič M. Aplikacija po telefonu odrejane terapije – etična in strokovna dilema v zdravstveni negi. In: Kvas A, ed. *Pravno-etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo*, Velenje, 16. oktober 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2009: 25–6.

Velepič M. Izkušnje častnega rabsodišča zbornice-zveze pri kršitvi kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 127–8.

Vilar V. Etika v zdravstveni negi: [diplomsko delo]. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper; 2006.

Vrbovšek S. Kompetentnost kot element etike skrbi v diskurzu zdravstvene nege. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 279–91.

Wiegand DL, Funk, M. Consequences of Clinical Situations That Cause Critical Care Nurses to Experience Moral Distress. *Nurs Ethics.* 2012;19(4):479–87.

Železnik D. Obravnava pacientov s kroničnimi obolenji z vidika etike. In: Štemberger-Kolnik T, Majcen-Dvoršak S, eds. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo, Portorož, 12. maj 2010. Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper; 2010: 17–23.

Živič Z. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije v luči zdravstvene nege. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 321–32.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Anketni vprašalnik

Moje ime je Simona Peternel, sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru svojega diplomskega dela opravljam raziskavo z naslovom »Etika v praksi zdravstvene nege«, pod mentorstvom doc. dr. Brigitte Skele Savič in somentorice Karmen Romih, pred. Vljudno vas prosim, da si vzamete nekaj časa in odgovorite na vprašanja, in hkrati zagotavljam, da je anketa anonimna in bo uporabljena izključno za namene diplomskega dela. Za vaše odgovore in sodelovanje se vam že vnaprej najlepše zahvaljujem.

Na vprašanja odgovarjate tako, da obkrožite ustrezen odgovor ali označite trditev od 1 do 5, ki vam ustreza, s tem, da 1 pomeni, da se popolnoma ne strinjate, 2 da se ne strinjate, 3 se niti ne strinjate, niti strinjate, 4 da se strinjate in 5 da se popolnoma strinjate.

1. KATEGORIJA – DEMOGRAFSKI PODATKI

Starost

- 1) pod 20 let
- 2) od 21 do 30 let
- 3) od 31 do 40 let
- 4) od 41 do 50 let
- 5) od 51 do 60 let

Spol

- 1) ženska
- 2) moški

Izobrazba

- 1) srednješolska izobrazba
- 2) višješolska izobrazba
- 3) visokošolska izobrazba
- 4) univerzitetna izobrazba
- 5) podiplomska izobrazba – strokovni magisterij ali magisterij znanosti

Delovna doba

- 1) 0–5 let
- 2) 6–10 let
- 3) 11–15 let
- 4) 16–20 let
- 5) 21 in več let

Delovno mesto

- 1) bolnišnični oddelek
- 2) intenzivna terapija
- 3) oddelek za zdravstveno nego
- 4) drugo: _____

2. KATEGORIJA – POZNAVANJE KODEKSA ETIKE

Ali ste že slišali za Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?

- 1) da
- 2) ne
- 3) ne vem

Kje ste slišali za Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?

- 1) v šoli

- 2) na predavanjih, izobraževanjih
- 3) na internetu
- 4) od svojih kolegic/kolegov

Ali veste, koliko načel ima Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?

- 1) 12
- 2) 9
- 3) 10

Ali veste, v koliko sklopov so razdeljena ta načela?

- 1) 4
- 2) 3
- 3) 2

Kdaj ste nazadnje prebrali Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?

- 1) manj kot pol leta nazaj
- 2) je minilo že nekaj časa
- 3) ga še nisem prebral/a

Kako pogosto se s svojimi sodelavci pogovarjate o etičnosti svojih postopkov?

- 1) pogosto
- 2) redko
- 3) nikoli

Medicinske sestre-mentorji študente in pripravnike seznanijo o kodeksu etike, da ga razumejo in ravnajo v skladu z njegovo vsebino.

- 1) da, vedno
- 2) ne, nikoli

3) ne vem

3. KATEGORIJA – MEDICINSKE SESTRE IN PACIENTI

Kaj storite v primeru, da si pacient ne želi zdravljenja niti bolečih posegov?

- 1) ignoriram njegove želje, ker se mora o tem pogovoriti z zdravnikom
- 2) ignoriram njegove želje, ker vem, da se še nikoli niso upoštevale, ko je pacient že na oddelku
- 3) pokličem zdravnika, da se pogovori s pacientom, in pripravim vse potrebno za intervencijo, saj vem, da bo pacienta prepričal
- 4) pogovorim se s pacientom, razložim, zakaj so posegi pomembni za njegovo zdravje, če še vedno vztraja pri svojem, o tem obvestim zdravnika

Zdravnik želi narediti punkcijo kostnega mozga pacientu v terminalnem stanju, pacient pa nam jasno pove, da tega ne želi, da ima dovolj bolečin. Kaj storite, ko zdravnik vztraja pri svojem?

- 1) to delo sem izbrala zato, da pomagam ljudem, zato brez pomisleka pomagam pri punkciji oz. pokličem pristojne, da opravijo svoje delo
- 2) ker nima smisla nasprotovati zdravniku, pripravim vse potrebno oz. obvestim pristojne, da pripravijo vse potrebno za poseg
- 3) glasno povem, da si pacient tega ne želi in da ne bom sodelovala pri posegu oz. ne bom obvestila pristojnih, da pripravijo vse potrebno za poseg

Kaj menite, se upoštevajo pravice pacientov in delujemo etično s pacienti, ki si ne želijo posegov in ki si želijo domov?

- 1) da, vedno
- 2) ne, nikoli
- 3) včasih

So pacienti dovolj oskrbljeni s protibolečinsko terapijo ali menite, da bi se lahko analgetiki več predpisovali?

- 1) da, pacienti nimajo bolečin
- 2) pacienti dobivajo analgetike, vendar vseeno trpijo zaradi bolečin
- 3) kljub temu, da vsakodnevno omenjamo pacientove bolečine, se protibolečinska terapija ne predpisuje

Sprejem pacienta v večernih urah in svojci kljub pozni uri kličejo po telefonu za informacije.

- 1) svojcem vljudno povem, naj pokličejo jutri sobnega zdravnika za informacije
- 2) svojce pomirim, povem, naj ne skrbijo, da je pacient v dobri oskrbi in bo zaradi pljučnice kak dan moral ostati v bolnišnici
- 3) zdravniku vežem pogovor

Pacient si želi izbrati naravno in komplemetarno zdravilstvo. Kaj predlagate?

- 1) pacientu povemo, da odsvetujemo naravno zdravilstvo, ker obstaja možnost, da nobeno zdravljenje potem ne bo učinkovito
- 2) pacientu dovolimo izbiro in predlagamo, da se posvetuje še z zdravnikom
- 3) pacientu povemo, da ne podpiramo naravnega zdravilstva

Zaskrbljene svojce zanima, koliko njihov svojec poje in če ima še kaj vročine, kaj odgovorimo?

- 1) svojcem prijazno povemo, da nismo pristojni za informacije in posredujemo zdravnikovo telefonsko številko
- 2) svojcem povemo vse, kar želijo vedeti o oskrbi njihovega svojca
- 3) svojcem povemo, naj ne skrbijo, saj je njihov svojec v eni izmed boljših bolnišnic

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Vsi pacienti podpišejo soglasje o posegih zdravstvene nege in medicinskih posegih	1	2	3	4	5
2	Pacient ima pravico zavrniti zdravljenje, kljub temu da bo škodoval svojemu zdravju.	1	2	3	4	5
3	Pacient ima raka in si ne želi, da bi za njegovo bolezen izvedeli svojci. Šele ko umre, svojcem povemo, kakšno bolezen je imel njihov svojec.	1	2	3	4	5
4	Ves čas izvajam zdravstveno vzgojno delo pacientom.	1	2	3	4	5
5	Medicinske sestre spoštujejo dostojanstvo in zasebnost pacientov, zato imamo v bolnišnici primerne prostore, kjer se s pacienti lahko na samem pogovorimo.	1	2	3	4	5
6	Tudi umirajočega pacienta obračamo na dve uri, da preprečimo razjede zaradi pritiska, kar je v bolnišnici zelo pomembno.	1	2	3	4	5
7	Svojce umrlega pustimo čim bolj pri miru, jih ne ogovarjamo, saj so se prišli posloviti od umrlega.	1	2	3	4	5
8	Pri predaji službe, ki se izvaja v sobi, moramo biti še posebej pozorni, da omenimo pacientove strahove, trpljenja, bolečino, upanje . . . da smo o tem vsi seznanjeni.	1	2	3	4	5
9	Zaradi preobremenjenosti in velikega obsega dela, nimam časa opravljati zdravstveno vzgojnega dela	1	2	3	4	5
10	V bolnišnici uporabljamo bolečinske lestvice, zato se predpisuje dovolj analgetikov, da pacienti ne trpijo.	1	2	3	4	5
11	Vsi pacienti so enako obravnavani, ne glede na veze,	1	2	3	4	5

	sorodnike, prijatelje, finance . . .					
--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

4. KATEGORIJA – MEDICINSKE SESTRE IN SODELAVCI

Navedene trditve ocenite s 5- stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Občutek imam, da se mlajše kolegice ne učijo od bolj izkušenih medicinskih sester, ker so prepričanja, da že vse znajo.	1	2	3	4	5
2	Izkušene medicinske sestre nič več ne učijo mlajših kolegic, ker so preobremenjene in utrujene.	1	2	3	4	5
3	V naši organizaciji so zelo dobri medsebojni odnosi.	1	2	3	4	5
4	V naši organizaciji vse medicinske sestre delujejo v skladu s standardom o podobi medicinske sestre, tudi fizioterapevtke, laborantke, rentgenologi . . .	1	2	3	4	5
5	Organizacija se s standardom o osebni urejenosti medicinskih sester preveč vtika v osebnost in intimnost.	1	2	3	4	5

5. KATEGORIJA – MEDICINSKE SESTRE IN POKLICNE ORGANIZACIJE

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	V naši organizaciji medicinske sestre s svojim etičnim in moralnim ravnanjem dvigujejo ugled poklica in organizacije v družbi					
2	Organizacija podpira in razvija izobraževanje o etičnih vidikih zdravstvene nege, ki je dostopno vsem medicinskim sestram.					

6. KATEGORIJA – IZBOLJŠAVE

Katera neetična in nemoralna dejanja vas motijo v organizaciji?

Kako vidite, da bi se ti problemi lahko rešili?

Menite, da se prijaznosti do pacientov, spoštovanja in dostojanstva lahko naučimo ali je vse odvisno od vzgoje, izkušenj, psihične zrelosti, motiviranosti posameznika?

Kako v organizaciji izbirajo novozaposlene? Imate občutek, da se vedno izbere prijazne in pridne osebe, ki bodo za paciente primerno – etično poskrbeli?
