



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

POSEBNI VAROVALNI UKREPI V LUČI ETIKE

SPECIAL PRECAUTIONARY MEASURES AND THEIR ETHICAL PERSPECTIVE

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič
Somentor: Marija Mežik Veber, strok. sod.

Kandidat: Renata Lukančič

Jesenice, junij, 2014

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič, in somentorici, Mariji Mežik Veber, strok. sod., za vse koristne nasvete, predloge, usmeritve in pomoč pri izdelavi diplomskega dela. Najlepša hvala recenzentkama dr. Saši Kadivec, viš. pred. in Petri Svetina, dr. med., pred.

Hvala Splošni bolnišnici Jesenice za finančno podporo pri študiju in izvedbi ankete za diplomsko delo.

Iskrena hvala sodelavcem za potrpežljivost pri odsotnostih zaradi študija. Hvala tudi Petri in Danetu za vzajemno podporo in pomoč – skupaj smo prišli do konca.

Posebna zahvala gre mojim bližnjim, staršem in sestri za vse ure varstva in pomoč. Gregu za vzpodbudne besede, ko mi je bilo najtežje in za vse nasvete pri tehničnem oblikovanju diplomskega dela. Najbolj pa hčerki Petri, ki je bila v času mojega študija marsikdaj prikrajšana za mojo pozornost in bližino.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravstvena nega je etična disciplina, saj nenehno presojava ali delamo dobro, pravilno in koristno. Posebni varovalni ukrepi spadajo med ukrepe s katerimi se pacientu v procesu zdravstvene nege odvzame pravica do svobodnega odločanja in gibanja. Fizično oviranje predstavlja enega izmed najbolj stresnih in etično spornih dogodkov tako za paciente, kot za zaposlene.

Cilj: Cilj raziskave je bil ugotoviti nivo poznavanja Protokola omejevanja pacienta med zaposlenimi v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ), raziskati pojavnost in obremenjenost z moralno etičnimi dilemami in ugotoviti razlike v pogostosti pojavljanja le teh glede na demografske podatke zaposlenih.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabljen merski inštrument je bil strukturiran vprašalnik, ki je bil razdeljen na tri vsebinske sklope. Med zaposlene diplomirane medicinske sestre (dipl. m. s) in tehnike zdravstvene nege (TZN) v SBJ smo v mesecu oktobru razdelili 130 vprašalnikov, od katerih je bilo vrnjenih 69 (53%). Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili statistični računalniški program IBM SPSS Statistic 21.0 Rezultate smo prikazali z opisno statistiko in bivarno statistiko. Zanesljivost instrumenta je bila zmerna ($\alpha = 0,617$ in $0,76$), kar predstavlja zmerno zanesljivost vprašalnika.

Rezultati: Raziskava pokaže, da je pri primerjavi med dipl. m. s in TZN prišlo do statistično pomembnih razlik pri dilemi, da se zdravstveno nego izvaja v skladu z etičnimi načeli ($PV = 4,30$; $SO = 0,67$) in da med anketiranci glede na stopnjo izobrazbe obstaja statistično značilna razlika ($p = 0,282$). Bolj izobražen kader je bolj dojemljiv za prepoznavo kršitev etičnih načel ($p = 0,6124$).

Razprava: Več kot polovica anketirancev si želi pridobiti dodatna znanja s področja uporabe PVU, saj jim to predstavlja stres. Zato je pomembno, da se nadaljujejo izobraževanja o uporabi PVU, saj izobraževanje povečuje kakovost zdravstvene oskrbe. Razmisliti bi bilo potrebno tudi o nujenju psihološke podpore zaposlenim.

Ključne besede: posebni varovalni ukrep, fizično oviranje s pasovi, deeskalacijske metode, etika, morala in etične in moralne dileme v zdravstveni negi.

SUMMARY

Theoretical starting points: The ethical dimension of nursing care is an essential part of good nursing practice. Special precautionary measures take patients freedom and beneficence. Restraints have been found to be emotionally traumatizing to both, patients and nurses.

Goal: The goal of this study was to determine the level of knowledge about special precautionary measures Protocol between nurse employees in General Hospital Jesenice (GHJ), to research occurrence, reasoning and influence of demographic data on ethical dilemmas.

Method: The research was based on the descriptive, non – experimental method of empiric research. The research instrument was a questionnaire which was divided into three parts. 130 questionnaires were distributed in October to nurses in GHJ in surgical, internal and prolonged nursing care department. 69 questionnaires were returned (53%). For the processing of data was used statistical computer program IBM SPSS Statistic 21.0. Results were shown up with basic descriptive and bivariate statistics. The value of Cronbach alpha coefficient was 0,617 and 0,76, we can conclude that the grading scale is moderately reliable.

Results: Research shows that when comparing between nurses there was a statistically significant difference in nursing care is not executed in accordance with ethical principles ($PV = 4,30$; $SO = 0,67$) Opinions about violation of human rights depends of education ($p = 0,6124$).

Discussion: More than half of respondents wish to have more education contents. Special precautionary measures induce stress, often they talk about with colleagues. It is important to resume education and consider about psychological support.

Key words: special precautionary measures, seclusion, physical restraint of patients, de-escalation techniques, ethics, ethical and moral dilemmas in nursing care.

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 POSEBNI VAROVALNI UKREPI	3
2.1.1 Fizično oviranje pacienta s pasovi.....	5
2.1.2 Alternativne metode obvladovanja pacienta.....	6
2.2 ETIKA V ZDRAVSTVENI NEGI	7
2.2.1 Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.....	8
2.2.2 Etična načela v zdravstveni negi.....	9
2.2.3 Sprejemanje etičnih odločitev.....	10
2.2.4 Etično moralne dileme ob uvajanju PVU.....	11
3 EMPIRIČNI DEL	13
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	13
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	13
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	14
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	14
3.3.2 Opis merskega instrumenta	14
3.3.3 Opis vzorca.....	15
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	15
3.4 REZULTATI	16
3.4.1 Poznavanje Protokola omejevanja pacienta med zaposlenimi	16
3.4.2 Pojav etično moralnih dilem med zaposlenimi v SBJ.....	19
3.4.3 Razlike v obremenjenosti s pojavljanjem etično moralnih dilem med uvajanjem PVU med anketiranci	20
3.4.4 Pomen starosti, delovnih izkušenj in izobrazbe na pojavnost etično moralnih dilem	22
3.5 RAZPRAVA	25
4 ZAKLJUČEK	31
5 LITERATURA	32
6 PRILOGE	39
6.1 INSTRUMENT	39
6.1.1 Anketni vprašalnik za zaposlene	39

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografske značilnosti vzorca anketirancev.....	15
Tabela 2: Poznavanje Protokola omejevanja pacientov	17
Tabela 3: Zaposleni v zdravstveni negi in dojemanje etičnih načel	19
Tabela 4: Razlike pri poznavanju etičnih načel med oddelki	21
Tabela 5: Kršitev načel etike glede na oddelek	22
Tabela 6: Primerjava občutij med PVU glede na oddelek.....	22
Tabela 7: Kršenja načel etike glede na starost, delovne izkušnje in izobrazbo ...	Napaka!
Zaznamek ni definiran.	
Tabela 8: Občutki med PVU glede na demografske podatke	Napaka! Zaznamek ni definiran.

KAZALO SLIK

Slika 1: Kako pogosto se na oddelku srečate z uporabo PVU	16
---	----

1 UVOD

Železnik (2008) navaja, da morajo zaposleni v zdravstveni negi spoštovati temeljne človekove vrednote, kar jim omogoča, da uspešno opravljajo svoj poklic. Njihovo delo zelo vpliva na zdravje in življenje ljudi in zanj prevzemajo veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in s predpisi. Kot vodilo in spodbuda pri delu v zdravstveni praksi je zelo pomembna etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot.

Zdravstvena nega je etična disciplina, saj nenehno presojava, ali delamo dobro, pravilno in koristno. Sprašujemo se in si skušamo odgovoriti, kaj je dobro in prav, ter kaj je slabo in narobe. Odgovori do katerih pridemo niso nikoli enaki, saj ima vsak človek svoj pogled na svet in svoj vrednostni sistem, ki določa njegovo ravnanje (Goethals, 2012). Glavna etična načela iz področja zdravstvene nege so opredeljena v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov vsake države (Kadivec, 2004). McFaddenova (2006) ugotavlja, da osnovo delovanja medicinskih sester predstavlja mednarodni kodeks etike in služi kot standard etičnega ravnanja za zaposlene v zdravstveni negi po vsem svetu. Predstavlja vodilo za ravnanje medicinskih sester, temelji na družbenih potrebah in podpira odločitve medicinskih sester pri odklonitvi sodelovanja pri dejavnostih, ki so v nasprotju z etičnimi načeli. V Sloveniji diplomirano medicinsko sestro (dipl. m. s.) in tehnika zdravstvene nege (TZN) zavezuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (KEMSZT), ki ga je na svoji 16. skupščini leta 2005 sprejela Skupščina Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije (Kodeks etike, 2010). Zakon o zdravstveni dejavnosti (2004) v 55. členu navaja, da dipl. m. s. in TZN za svoje delo prevzemata etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.

Posebni varovalni ukrepi (PVU) sodijo med ukrepe, s katerimi se v procesu zdravstvene obravnave pacientu omejuje pravica do svobodnega gibanja in odločanja o samem sebi (Bregar, Možgan, 2012). Najbolj pogosti PVU je odvzem svobode gibanja s sprejemom na varovalni oddelek, sledi mu omejitev gibanja v izolacijski sobi in kot skrajni ukrep se za obvladovanje pacienta uporablja vezanje s pasovi (Glezer, Brendel, 2010).

Fizično oviranje pacienta je eno od etično in pravno najbolj spornih področij, saj posega v ne samo osnovne človekove pravice, ampak tudi v posameznikovo pravico do avtonomije in dostojanstva (Naka, 2012).

Na začetku kariere ali ob koncu šolanja zaposlene v zdravstveni negi nihče ne pripravi na neprijetne dogodke. Fizično oviranje je eden najbolj stresnih in neprijetnih dogodkov tako za pacienta, kot za zaposlene (Kovač, 2012). Stres, ki ga zaposleni doživljajo v povezavi z etičnimi dilemami lahko poimenujemo tudi moralni stres. Zaposleni v zdravstveni negi veliko svojega časa namenjajo reševanju etičnih dilem in obvladovanju etičnih konfliktov (Kälvemark et al., 2004).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 POSEBNI VAROVALNI UKREPI

Zakon o duševnem zdravju (2008), ki je osrednji pravni dokument glede uporabe PVU v Sloveniji v 29. členu navaja, da je PVU nujni ukrep, ki se lahko uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Ravno tako je z zakonom opredeljeno, da:

- se PVU uporabljajo na oddelkih pod posebnim nadzorom in na varovanih oddelkih,
- PVU uporabimo lahko izjemoma, traja toliko časa kolikor je nujno glede na razlog uvedbe, vendar ne več kot štiri ure. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe PVU,
- pacienta pri katerem je bil uporabljen PVU se nadzoruje, spremlja vitalne funkcije in ustrezno dokumentira pridobljene podatke.

Iz zgoraj omenjenega zakona je možno razbrati, da se PVU lahko izvaja le v psihiatričnih bolnišnicah in v socialno varstvenih zavodih, ki imajo organizirane oddelke pod posebnim nadzorom. Zato je Dolčič (2011), kot namestnik varuhinje človekovih pravic v svojem poročilu ugotovil, da se splošne bolnišnice v primeru izvajanja PVU lahko znajdejo v položaju, ki je protipraven, saj noben predpis ne ureja varovalnih ukrepov izven področja duševnega zdravja, čeprav obravnavajo pacienta z duševno motnjo ali duševno boleznijo. V večini razvitih držav temelji zakonodaja glede uporabe PVU na priporočilih in smernicah Svetovne zdravstvene organizacije in Evropske konvencije človekovih pravic (Legemaate, Frederiks, de Rode, 2007).

»Pravne posledice nepravilne ali neadekvatne uporabe ovirnic so lahko odškodninske, civilne ali kazenske tožbe, ki lahko vključujejo izgubo licence za opravljanje poklica« (Haimowitz, Urff, Huckshorn, 2006 cit. po Naka, 2012 str. 31).

V Sloveniji je delovna skupina imenovana pri Zbornici - Zvezi pripravila Protokol fizičnega oviranja s pasovi pacientov v bolnišnicah z namenom poenotiti pristope in usmeritve za ukrepanje v primerih uporabe PVU in kot podlago dokumentu, ki bo zagotavljal kakovostno in varno obravnavo pacientov. Ministrstvo za zdravje je protokol potrdilo s pridržkom, da se pravno uredi in uvede postopke za noveliranje zakonodaje (Bregar et al., 2012).

Uvajanje PVU spada med najzahtevnejše delovne naloge za celoten zdravstveni tim, zato morajo biti vsi sodelujoči usposobljeni in se zavedati svoje moralne, etične in pravne odgovornosti (Kovačič, 2010). Uporaba PVU pri pacientu za zdravstvene delavce ne predstavlja razbremenitve pri delu, saj mora biti fizično oviran pacient bolj pogosto opazovan in pod stalnim nadzorom (Berzlanovich, Schöpfer, Keil, 2012).

Med PVU spadajo vse fizične metode, fizične ali mehanične naprave in material ali oprema, ki pacienta imobilizirajo ali zmanjšujejo njegovo zmožnost prostega premikanja okončin, telesa in glave, ter vse substance ozr. zdravila, kadar jih uporabimo kot omejitev za nadzor vedenja in gibanja in ne predstavljajo pacientove običajne terapije (Kadivec, 2012). Možgan (2009) je opredelila, da med PVU fizičnega oviranja spadajo tudi diskretni nadzor, stalni nadzor, uporaba posteljne ograjice, standardno oviranje v postelji z uporabo pasov, oviranje v invalidskem vozičku in v fotelju - stolu.

Glede na indikacije uporabe lahko PVU delimo na naslednje skupine:

- tiste, ki omogočajo obravnavo pacienta (fiksacija roke med aplikacijo i.v terapije, premedikacije in med medicinskimi posegi in obravnavami),
- za obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja usmerjenega v škodo sebi, drugim in okolici,
- kot varovalni ukrep pred padci, zdrsi in za omogočanje terapevtskega položaja pacienta v postelji (uporaba varovalne ograjice).

V somatskih bolnišnicah se uporablja tako fizično, kot medikamentozno oviranje pacientov zaradi nemotnega nujnega zdravljenja - preprečevanje odstranjevanja drenaž, tubusov in kanil (Nirmaln, Dark, Nightingale, 2004).

2.1.1 Fizično oviranje pacienta s pasovi

Fizično oviranje zelo posega v integriteto posameznika, zato je potrebno pri izvedbi izbrati najmanj omejevalno metodo, s katero je še mogoče preprečiti nevarnost za pacienta - upoštevamo načelo restriktivnosti (Balantič, 2009). Pri vsakem pacientu moramo ob uporabi fizičnih ovirnic ohraniti toliko svobode pri gibanju, kot jo nudijo dane okoliščine (Berzlanovich et al., 2012). Fizično oviranje je skrajni postopek, ki ga uvedemo pri pacientu, da zavarujemo njega in njegovo okolico (Bregar, Možgan, 2012). Engeberg, Castle, McCaffrey (2008) so v svojem članku navedli, da se fizične ovirnice v kliničnem okolju najpogosteje uporabljajo za preprečevanje tveganega vedenja v rizičnih situacijah - kot preventivni ukrep pred padci. Z raziskavo pri kateri so opuščali uporabo fizičnih ovirnic so ugotovili, da se incidenca padcev ni zvišala.

Kontraindikacije za uporabo fizičnega oviranja so vedno:

- nadomestilo za medikamentozno zdravljenje,
- vitalno ogroženi pacienti,
- kot oblika kaznovanja,
- odgovor na neprijetno vedenje pacienta, ki pa ni nevarno,
- ko pri izvedbi fizičnega oviranja ne moremo zagotoviti varnosti pacienta in osebja (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

Gastmans in Millisens (2006) sta v svojem članku navedla, da fizično oviranje pacienta lahko povzroči tipične komplikacije imobilizacije, kot so: razjede zaradi pritiska, pljučnica, globoka venska tromboza, pojav mišične atrofije in pogosto pri daljši uporabi prizadetost sposobnosti hoje. Ravno tako negativno vpliva na pacientove kognitivne sposobnosti in pojav stresa. Pri motorično nemirnem pacientu se z uporabo PVU stanje samo poslabša, kar vodi v travmatično izkušnjo tako za paciente, kot tudi za zaposlene. Vsako leto v Veliki Britaniji med izvajanjem uporabe PVU umre manjše število ljudi (Meredith et al., 2005).

Telesno oviranje s pasovi in omejitvev gibanja znotraj enega prostora naj bi se uporabljala samo v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Toda PVU se uporabljajo tako v psihiatričnih, kot v somatskih bolnišnicah, vendar sta Glezer in Brendel (2010) v svojem članku ugotovila, da so bili napredki k zmanjševanju uporabe vseh oblik omejevanja pacienta izvedeni le v psihiatričnih bolnišnicah.

Fizično oviranje pacienta lahko odobri in odredi samo zdravnik, dipl. m. s. in TZN so samo izvajalci postopka in v celoti odgovorni za pravilno izvedbo, nadzor pacienta in pravilno dokumentiranje (Žagar, 2011).

Vsaka bolnišnica, kjer se vrši fizično oviranje pacienta mora imeti izdelan protokol v skladu s strokovnimi in zakonskimi smernicami, ter etičnimi določili. Namen izdelave protokola je poenotiti pristope in usmeritve za ukrepanje v primeru uporabe PVU. Protokol Splošne bolnišnice Jesenice (SBJ), (Protokol omejevanja pacienta, 2013) za fizično oviranje pacientov vključuje:

- definicijo,
- indikacijo in ukrepe pred fizičnim oviranjem,
- način odrejanja in vrste omejevalnih ukrepov,
- postopek namestitve ovirnic in standardizirano opremo za oviranje,
- skrb za varnost oviranih pacientov in nadzor (opazovanje pacienta med oviranjem),
- navodila za izpolnjevanje obrazca *List varovalnega ukrepa* – dokumentiranje postopka PVU.

2.1.2 Alternativne metode obvladovanja pacienta

Več tujih avtorjev navaja, da se uporaba PVU zmanjša ob uporabi alternativnih metod obvladovanja pacienta. Stewart et al. (2010) so ugotovili, da se je uporaba PVU zmanjšala že samo zaradi nove zakonodaje in smernic na tem področju, sprememb v sestavi negovalnega tima in zaradi kroženja kadra. V nekaterih bolnišnicah so celo uvedli novo delovno mesto medicinske sestre, ki deluje kot zastopnik osebja in pomaga pri zmanjševanju nasilnega vedenja. Johnson (2010) v svojem članku ugotavlja, da so se

kot zelo učinkovita metoda za zmanjševanje uporabe PVU izkazale različne deeskalacijske tehnike, ter uvedba mednarodnih standardov (DIAS- Det Norsk Veritas International Accreditation Standard, Accreditation Canada International, Joint Commision International) in hitri odzivi osebja na krizno situacijo. S pacientom, ki je agresiven in nemiren, moramo vzpostaviti iskren, zaupljiv, razumevajoč in spoštljiv odnos. Na oddelku moramo zagotoviti varnost in ustvariti terapevtsko pozitivno okolje (Lapanja, 2010).

2.2 ETIKA V ZDRAVSTVENI NEGI

Mednarodno združenje medicinskih sester v Kodeksu etike navaja, da je temeljna naloga medicinske sestre krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdavja ter lajšanje trpljenja. Prav tako so z zdravstveno nego neločljivo povezane človekove pravice; pravica do življenja in spoštovanja človekovega dostojanstva (Kodeks etike, 2005).

Etika v zdravstveni negi se od biomedicinske etike razlikuje predvsem v teoretičnih izhodiščih, naslanja se na etiko vrlin in etiko skrbi, ki sta za zadovoljstvo pacienta bolj pomembni kot načelna etika (Škerbinek, 2009). Za opravljanje kakovostne in varne zdravstvene nege moramo imeti zdravstveni delavci dovolj znanja, ki ga moramo neprestano dopolnjevati, saj le tako lahko izvajamo kompetentno zdravstveno nego v skladu z etičnimi načeli (Maze, 2009). Hošnjak (2009) trdi, da se pri svojem delu vsakodnevno srečujemo s situacijami, ki jih moramo preučevati iz pravnega in z moralno etičnega stališča. Zato je prav, da poznamo vso ustrezno zakonodajo, kajti nepoznavanje zakonodaje nas ne reši krivde.

Človekovo doživljanje, vedenje in ravnanje ima dva temeljna vrednostna in odgovornostna določevalca: etiko in moralo. Tschudin (2004) v svojem delu navaja, da je etika filozofska disciplina o dobrem in pravilnem. Je ena od glavnih vej filozofije in predstavlja filozofsko raziskovanje morale. Vodilo za razvoj je bil poskus jasnih in načelnih razprav o problemih, na katere nekdanji zakoni in navade, stare religije in miti niso dali jasnih odgovorov. Beseda etika izhaja iz grške besede *ethos*, kar pomeni

značaj, dostojanstvo. Etika pomeni jasnost, poštenost, odgovornost ali prevzemanje stališč za določene javne razprave ali proti njim. Izhodišče vsake etike je moralna drža človeka in vsak posameznik je nosilec etike. Zato ljudje ravnamo v skladu s svojim prepričanjem kaj je dobro in prav.

Človek ni samo individualno, temveč tudi družbeno bitje, v poklicu nanj vplivajo vse družbene sestavine ter poklicne zahteve in vrednote (Šmitek, 2003). Morala pomeni skupek pravil, predpisov ali norm o obnašanju, vedenju in navadah neke skupine ali kulture. Morala je različna glede na določeno obdobje in glede na družbene odnose. Predstavlja človekovo zavest o lastnih dolžnostih in odgovornostih. Biti moralen pomeni, da človek živi v izraziti skladnosti z osebnimi ali verskimi načeli. Morala ima podoben pomen kot etika, le da se nanaša na osebne ali družbene standarde pravilnega ali nepravilnega (Klemenc, 2004).

2.2.1 Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Kodeks profesionalne etike je zbirka predpisov o etičnem delovanju in zapis vodil, ki odražajo filozofijo zdravstvene nege. Vsako posamezno načelo opredeljujejo in pojasnjujejo standardi ravnanja. Namen kodeksa etike je pomagati medicinskim sestram pri oblikovanju etičnih vrednot in je vodilo in vzpodbuda pri delu v zdravstveni negi. Zaposlenim v zdravstveni negi nudi oporo pri oblikovanju moralnih stališč, je vir znanja in refleksije (Grbec, 2003). Kodeks etike tudi poudarja, da so medicinske sestre osebno odgovorne za izvajanje zdravstvene nege (Code, 2012 povz. po Kvas, Seljak, 2013).

Glavna etična načela za področje zdravstvene nege so opredeljena v KEMSZT vsake države posebej. V Sloveniji je skupščina Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenija leta 2005 sprejela dopolnjen KEMSZT. Kodeks etike vključuje profesionalne vrednote medicinskih sester, človekove pravice in etična načela. Vsebinsko sestavljajo štiri področja, razdeljena v devet temeljnih načel. Vsako etično načelo opredeljuje tudi standarde ravnanja, obnašanja ter omejitve. Tradicionalne etične teorije vsebujejo enega ali več etičnih načel in nam predstavljajo vodila za moralne odločitve.

Trampuž (2008) je v zborniku opredelila načela etike:

- 1. poglavje *Medicinska sestra in pacient* obsega načela od I – VI. Načela razlagajo o enakosti obravnave pacientov, individualnih pristopih izvajanja zdravstvene nege posameznika, skrbi za pacientovo družino, o zagovorništvu pacienta, spoštovanju njegove avtonomije, dostojanstva in zasebnosti, obveščenosti in informiranem soglasju, kompetenti zdravstveni negi in odločitvah medicinske sestre v korist pacienta,
- 2. poglavje *Medicinska sestra in sodelavci* zajema VII. načelo, ki omenja spoštovanje drugih sodelujočih v zdravstvenem timu, ter obnašanje medicinske sestre,
- 3. poglavje *Medicinska sestra in družba* vsebuje VIII. načelo in navaja usmeritve, ki zagotavljajo boljše zdravje pacienta in celotne družbe,
- 4. poglavje *Medicinska sestra in poklicne organizacije* obsega IX. načelo, ki govori o odgovornosti do upoštevanja in razvijanja etičnih načel v stroki zdravstvene nege. Medicinska sestra z moralnim ravnanjem dviguje ugled poklica in poklicnih organizacij v družbi.

»Upoštevanje določb Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je obvezno za vsako medicinsko sestro in druge člane negovalnega tima« (ibid).

2.2.2 Etična načela v zdravstveni negi

Danes zdravstveno nego lahko opredelimo tudi kot zelo razvito stroko z močnim poudarkom na modernih tehnoloških intervencijah in z istočasnim omejevanjem finančnih sredstev in zaposlenih (Milisen, 2006). Prebil, Mohar, Fink (2011) navajajo, da je v zdravstveni negi danes na pretek strokovnega znanja, čuti pa se pomanjkanje sočutja in srčnosti. Biti medicinska sestra je poslanstvo, ki zahteva ljubezen do sočloveka, veliko splošnega in strokovnega znanja in etično držo. Etična načela predstavljajo vodilo pri sprejemanju etičnih odločitev in so osnova za etična ravnanja. Kljub temu, da usmerjajo naše razmišljanje pri reševanju etičnih dilem, je končna

odločitev vedno odvisna od posameznika (Naka, Kvas, 2004). Zaposleni v zdravstveni negi moramo pri svojem delu upoštevati najpomembnejša etična načela, ki zavzemajo:

- **načelo avtonomije**, ki predstavlja zagotavljanje avtonomije pacienta in opredeljuje spoštovanje pravice, da odloča sam o sebi. Zavedati se moramo, da so ljudje sami sposobni delovati in odločati o sebi in slediti svoji volji. Glavni del načela je pravica do obveščenosti pacienta, kajti v primeru nepopolne informiranosti pacient nima izbire odločanja, kar vodi do odvisnosti, podrejenosti in nazadnje do izgube avtonomije.
- **načelo dobronamernosti** razlaga o pomenu delati dobro v korist drugega. Po kodeksu etike je medicinska sestra zagovornik koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično in moralno podporo. Njeno delovanje mora temeljiti izključno na odločitvah v korist pacienta. Znotraj tega načela imajo medicinske sestre tudi dolžnost krepiti in promovirati zdravje, blagostanje in delovati zdravstvenovzgojno.
- **načelo neškodljivosti** vključuje preprečevanje fizične, psihične in socialne škode. To pomeni dolžnost izogibanja in preprečevanja škodovanja pacientov.
- **načelo pravičnosti** izhaja iz osnovnih človekovih pravic. Vsi pacienti imajo enake pravice do zdravstvene nege in oskrbe in morajo biti obravnavani v skladu s svojimi potrebami. Pomeni, da pri razporejanju sredstev, pripomočkov in časa izvajalcev zdravstvene nege ni diskriminacije (Jug, 2012).

2.2.3 Sprejemanje etičnih odločitev

Fošnarič (2010) v svojem magistrskem delu navaja, da medicinske sestre pri svojem delu pogosto naletijo na situacije, ko morajo sprejeti odločitve, ki so lahko vodstvene in strokovne. Največ pa je etičnih odločitev, zato mora biti medicinska sestra emocionalno zrela in stabilna oseba. Modelov etičnega odločanja je veliko, cilj procesa etičnega odločanja je spoznati in ločiti pravilno od nepravilnega v situacijah, ki nam niso znane. Železnik (2003) trdi, da je etično odločanje vrlina, ki se je lahko študenti naučijo z obvladovanjem teoretičnih podlag. V zdravstveni negi sta najbolj pomembna dva modela etičnega odločanja in sicer:

- model štirih načel bioetike, ki temelji na spoštovanju avtonomije, neškodovanju in spoštovanju dobrodelnosti in pravičnosti.

- model pravilnega sprejemanja odločitev katerega osnova je dogovor med medicinsko sestro in pacientom in poudarja neodvisnost, resnicoljubnost, dobrodelnost, svobodo, zasebnost in zvestobo (Tschudin, 2004).

Za zdravstveno nego najpomembnejša etična teorija je etika skrbi, ki okvirno opredeljuje odnos med medicinsko sestro in pacientom. Iz etike skrbi izhajajo štiri etične sestavine:

- **pozornost**, ki je usmerjena v zaznavanje in priznavanje potreb drugih. V procesu zdravstvene nege s pozornostjo pridobivamo pacientove podatke,
- **odgovornost** nam predstavlja individualno prevzemanje pobud za dobro drugega,
- **kompetentnost** predstavlja povezavo med znanjem in prevzemanjem dela in
- **odzivnost**, ki jo pridobimo s povratno informacijo o nas s strani pacienta (Rojko, 2010)

2.2.4 Etično moralne dileme ob uvajanju posebnih varovalnih ukrepov

Medicinske sestre nastopajo kot zagovornice pacientov, jim posredujejo informacije in preverjajo ali jih pacient razume. Pomagajo pacientu pri razmisleku in svobodni odločitvi. S svojim strokovnim znanjem in v okviru svojih kompetenc se pri etičnih dilemah in problemih odločajo na osnovi lastne moralne drža, lastnih prepričanj in vrednot (Klemenc, 2004).

Pri izvedbi fizičnega oviranja pacienta gre vedno za kršitev načela avtonomije, ki je podrobno obravnavana kot pomemben koncept v Deklaraciji o človekovih pravicah in govori o tem, da nihče ne sme biti izpostavljen nečloveškemu in poniževalnemu ravnanju, kaznovanju (3. člen), vsak ima pravico do svobode in varnosti (5. člen), pravico do svobode mišljenja, gibanja in izbire veroizpovedi (9. člen). Istočasno moramo pa upoštevati načelo dobronamernosti in pacientu zagotoviti varnost, če le-ti sami niso sposobni poskrbeti zanjo. Torej mora naša odločitev temeljiti izključno na načelu dobronamernosti in v korist pacienta (Horsburg, 2003 povz. po Naka, 2012

str.30). Torej je tudi vse, kar naredimo proti volji pacienta kaznivo dejanje (Volker, 2005 povz. po Marinšek, Kramar, 2011).

Odločitev o tem, da bomo pacienta fizično ovirali ni enostavna, ker mu v trenutku odvzamemo samostojnost in integriteto in ko zbiramo argumente za ali proti uporabi fizičnega oviranja, ko se moramo odločiti za intervencijo v trenutku, premišljujemo o uporabi etičnega načela ali uporabi instinkta, vesti in delovnih izkušenj (Šemrl, 2011). Naka (2012) v svojem članku navaja, da se v klinični praksi kljub zavedanju škodljivosti fizičnega oviranja, upoštevanju zakonskih in etičnih določil, temu ne moremo izogniti. Pomembno je, da ima vsaka zdravstvena ustanova izdelan protokol, ki omogoča dobro podlago za pravilno klinično prakso, vsi člani zdravstvenih timov morajo po dolžnosti upoštevati vsa določila zakona in stroke pri izvajanju oviranja in zagotavljati varnost, zasebnost in dostojanstvo pacientov kolikor je to možno.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti uporabo posebnega varovalnega ukrepa (PVU) in raziskati s katerimi etičnimi dilemami se med postopkom uvajanja PVU srečujejo diplomirane medicinske sestre (dipl. m. s.) in tehniki zdravstvene nege (TZN) zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) na kirurškem in internem oddelku, ter na oddelku za zdravstveno nego. Na podlagi rezultatov želimo ugotoviti, kako dobro zaposleni poznajo uporabo Protokola omejevanja pacienta (Protokol omejevanja pacienta, 2013), pripraviti izhodišča za nadaljnja izobraževanja zaposlenih v SBJ s področja etike, morale in PVU. Glede na stopnjo pojavnosti obremenjenosti z uvajanjem PVU, bomo razmislili tudi o nudenju psihološke pomoči zaposlenim.

Cilji raziskave:

- Ugotoviti nivo poznavanja Protokola omejevanja pacienta med dipl. m. s. in TZN zaposlenimi v SBJ.
- Raziskati pojavnost etično moralnih dilem ob uporabi PVU med dipl. m. s. in TZN zaposlenih v SBJ.
- Ugotoviti razlike v pogostosti pojavljanja etično moralnih dilem glede na demografske podatke .

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- V kolikšni meri dipl. m. s. in TZN zaposleni v SBJ poznajo Protokol omejevanja pacienta in alternativne načine ukrepanja pred uporabo PVU?
- Katere etično moralne dileme se najpogosteje pojavljajo med zaposlenimi dipl. m. s. in TZN v SBJ glede uporabe PVU?
- Kakšne so razlike v obremenjenosti s pojavljanjem moralno etičnih dilem med uvajanjem PVU med dipl. m. s. in TZN zaposlenimi na kirurškem in internem oddelku, ter na oddelku za zdravstveno nego v SBJ?
- Kakšen je pomen starosti, delovnih izkušenj in izobrazbe anketirancev na pojav etično moralnih dilem?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava za diplomsko delo je temeljila na deskriptivni neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Obsegala je teoretični del, ki je temeljil na pregledu literature. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo pisnih virov. Vir podatkov je bila obstoječa domača in tuja strokovna literatura, ter podatki pridobljeni preko svetovnega spleta. Uporabili smo mednarodno bazo podatkov Science direct, bibliografsko-kataložno bazo podatkov Cobiss.si in Chinal. Ključne besede uporabljene za pridobivanje literature so bile: posebni varovalni ukrep, fizično oviranje s pasovi, deeskalacijske metode, etika, morala in etične in moralne dileme v zdravstveni negi.

Ključne besede uporabljene za pridobivanje literature v angleškem jeziku so bile: special precautionary measures, seclusion, physical restraint of patients, de-escalation techniques, ethics, ethical and moral dilemmas in nursing care.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Na osnovi pregleda domače in tuje literature smo izdelali vprašalnik zaprtega in odprtega tipa. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na demografske podatke: spol, starost, stopnja izobrazbe, delovna doba in področje dela zaposlenih v SBJ. Drugi sklop vprašanj se je nanašal na ugotavljanje poznavanja Protokola omejevanja pacienta v SBJ in poznavanje uporabe alternativnih načinov ukrepanja pred uporabo PVU. Tretji sklop vprašanj je bil namenjen ugotavljanju pojavnosti in obremenjenosti z etično moralnimi dilemami med uvajanjem PVU. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz vprašanj izbirnega tipa, kjer je možen en pravilni odgovor, alternativnega tipa, kjer je možen odgovor DA ali NE, petstopenjske Likartove lestvice, kjer je številka 1 pomenila, da se anketiranci s trditvijo sploh ne strinjajo, in številka 5, da se s trditvijo popolnoma strinjajo in vprašanj odprtega tipa, ki so anketirancem nudila možnost formuliranja prostih odgovorov. Zanesljivost instrumenta je bila zmerna ($\alpha = 0,617$ in $0,76$), kar predstavlja zmerno zanesljivost vprašalnika.

3.3.3 Opis vzorca

Za potrebe raziskave smo uporabili nenaključni, priložnostni vzorec anketirancev. Na podlagi predhodno pridobljenega privoljenja, s strani vodstva zdravstvene nege v SBJ, smo vprašalnike razdelili med zaposlene dipl. m. s. in TZN na kirurškem in internem oddelku, ter na oddelku za zdravstveno nego. Zaposlenim smo anonimnost zagotovili z nabiralniki, v katere so lahko diskretno oddali svoj anketni vprašalnik. V mesecu oktobru smo med zaposlene razdelili 130 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 69, kar je predstavljalo 53% realizacije vzorca. Demografske značilnosti anketirancev so predstavljene v tabeli 1.

Tabela 1: Demografske značilnosti anketirancev

(n = 69)		f	%
Spol	Moški	9	13,0
	Ženski	60	87,0
Starost	19-30	27	39,1
	31-40	32	46,4
	41-50	7	10,1
	več kot 50	3	4,3
Delovna doba	1-5	20	29,0
	6-10	16	23,2
	11-20	26	37,7
	več kot 20	7	10,1
Strokovna izobrazba	diplomirana medicinska sestra (dipl. m. s.) / diplomirani zdravstvenik (dipl. zn.)	35	50,7
	tehniki zdravstvene nege (TZN)	34	49,3
Oddelek	kirurški oddelek	35	50,7
	interni oddelek	27	39,1
	oddelek za zdravstveno nego	7	10,1

f= frekvenca; % = odstotki

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

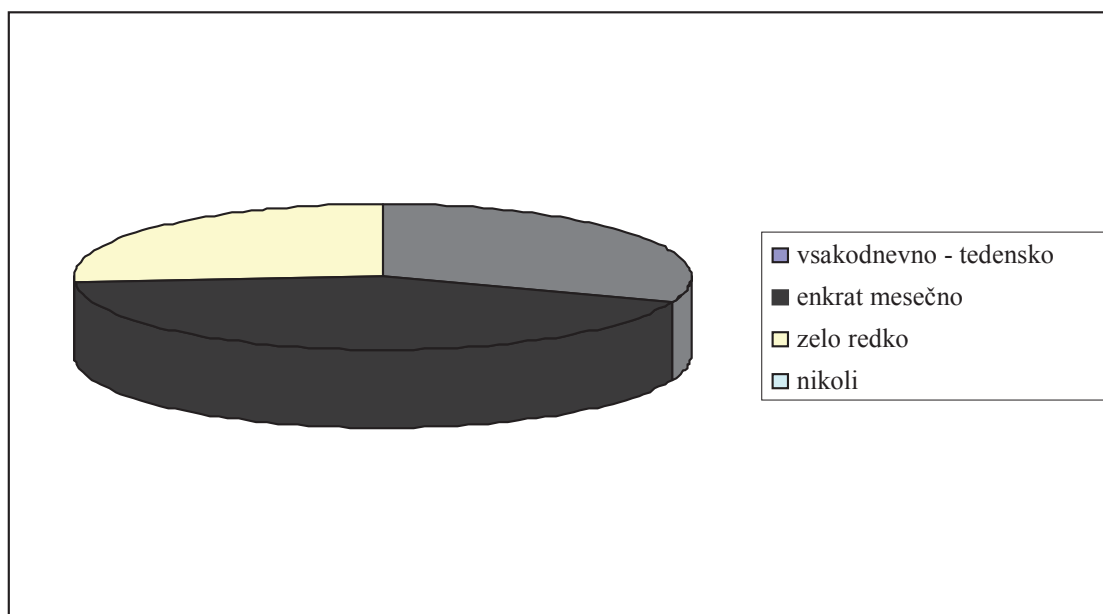
Vse vrnjene vprašalnike smo obdelali s pomočjo statističnega računalniškega programa IBM SPSS Statistic 21.0. Rezultate smo prikazali z opisno statistiko, to je s povprečnimi vrednostmi, standardnimi odkloni, ter frekvencami in odstotki. Za odgovore na raziskovalna vprašanja smo uporabili naslednje analize: neparametrični binomski test - test deležev, t - test in analizo variance. Preverili smo zanesljivost anketnega vprašalnika s Chronbachovim koeficientom α , ki smo ga izračunali po

vsebinskih sklopih. Vrednost Chronbachovega koeficienta α je v vprašalniku znašala 0,617 in 0,76 in ni presegla prag 0,80, ki predstavlja zelo dobro ali vzorno zanesljivost instrumenta na vzorcu anketiranih. Pridobljena vrednost metode analize notranje konsistentnosti v našem vprašalniku predstavlja zmerno zanesljivost. Stopnjo tveganja in statistično pomembnost je predstavljala p - vrednost. Za stopnjo značilnosti smo izbrali vrednost $\alpha = 0,05$.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Poznavanje Protokola omejevanja pacienta med zaposlenimi

Med anketiranci smo želeli ugotoviti nivo poznavanja Protokola omejevanja pacienta in alternativnih metod, ki se jih poslužijo pred uvedbo fizičnega oviranja. Slika 1 prikazuje pogostost pojavljanja PVU na oddelku.



Slika 1: Kako pogosto se na oddelku srečate z uporabo PVU?

Tabela 2: Poznavanje Protokola omejevanja pacientov

TRDITEV		Vrednost	f	%	T- test
PVU (fizični ali medikamentozni) izvedemo vedno po naročilu zdravnika	DA	<= 1	59	0,86	0,000
	NE / Ne vem	> 1	10	0,14	
V primeru nujne zadržanosti zdravnika lahko le-ta odredi PVU po telefonu	DA	<= 1	65	0,94	0,000
	NE / Ne vem	> 1	4	0,06	
Ukrep PVU je lahko predpisan za največ 24 ur	DA	<= 1	66	0,96	0,000
	NE / Ne vem	> 1	3	0,04	
Uporaba PVU mora biti zabeležena in načrtovana v procesu zdravstvene nege	DA	<= 1	69	1,00	0,000
	NE / Ne vem	> 1	0	0,00	
Za uporabo PVU se odločimo zato, da preprečimo padec	DA	<= 1	53	0,77	0,000
	NE / Ne vem	> 1	16	0,23	
Za uporabo PVU se odločimo zato, da preprečimo pacientu odstranitev medicinsko tehničnega pripomočka (tubus, kanila...)	DA	<= 1	64	0,93	0,000
	NE / Ne vem	> 1	5	0,07	
Med PVU spada tudi uporaba varovalnih ograjic	DA	<= 1	50	0,72	0,000
	NE / Ne vem	> 1	19	0,28	
PVU lahko uporabimo na zahtevo pacienta	DA	<= 1	38	0,55	0,470
	NE / Ne vem	> 1	31	0,45	
Pacientu vedno razložimo potrebo po izvedbi ukrepa in način izvedbe	DA	<= 1	66	0,96	0,000
	NE / Ne vem	> 1	3	0,04	
Zdravnik pacienta vedno pregleda preden odredi PVU	DA	<= 1	43	0,62	0,053
	NE / Ne vem	> 1	26	0,38	
Svojci so z uvedbo PVU vedno seznanjeni	DA	<= 1	39	0,57	0,336
	NE / Ne vem	> 1	30	0,43	
Pred uvedbo PVU se vedno poslužimo alternativnih metod umirjanja pacienta (pogovor, spremstvo na WC)	DA	<= 1	63	0,91	0,000
	NE / Ne vem	> 1	6	0,09	
Pacientu pri katerem uporabimo PVU moramo vedno zagotoviti nadzor	DA	<= 1	68	0,99	0,000
	NE / Ne vem	> 1	1	0,01	
Pacientu pri katerem uporabimo fiksacijo s pasovi beležimo vitalne funkcije v prvi uri izvajanja ukrepa na 15 minut, nato na dve uri	DA	<= 1	61	0,88	0,000
	NE / Ne vem	> 1	8	0,12	
Opazujemo in beležimo izgled in barvo kože na mestu, kjer so nameščene fiksacijske manšete	DA	<= 1	69	1,00	0,000
	NE / Ne vem	> 1	0	0,00	
Vsaj enkrat v opazovalnem obdobju sprostimo ovirnice in poskrbimo, da pacient okončino razgiba	DA	<= 1	66	0,96	0,000
	NE / Ne vem	> 1	3	0,04	
Na oddelku imamo zadostno število Segufix pasov	DA	<= 1	44	0,64	0,029
	NE / Ne vem	> 1	25	0,36	
Ob pomanjkanju Segufix pasov na oddelku, je izjemoma dovoljena improvizacija s povoji in rutami	NE	2	55	0,80	0,000
	DA / Ne vem	1, 3	14	0,20	

F= frekvenca; %= odstotki; PVU- posebni varovalni ukrepi

Iz Protokola o omejevanju pacientov SBJ smo povzeli glavne značilnosti in najbolj pomembna vsebinska načela. Anketiranci so lahko na zastavljena vprašanja odgovarjali z DA, NE in NE VEM. V Tabeli 2 so pri vseh trditvah pravilni odgovori DA, le pri zadnji trditvi »Ob pomanjkanju Segufix pasov na oddelku je izjemoma dovoljena improvizacija s povoji in rutami« je pravilen odgovor NE.

Razvidno je, da je večina anketirancev podala pri vseh trditvah pravilne odgovore, zato smo izvedli tudi neparametrični binomski test (test deležev), pri čemer smo predpostavili, da večina ni odgovorila pravilno. Sledi, da je delež tistih, ki so podali pravilen odgovor manjši ali enak 50% ($H_0: \pi \leq 0,50$), in nasprotno, da je večina odgovorila pravilno ($H_1: \pi > 0,50$). Za potrebe neparametričnega binomskega testa smo odgovore razdelili le na pravilne (vrednost 1= DA) in nepravilne (vrednost 2= NE ali vrednost 3= NE VEM). Za stopnjo značilnosti smo izbrali vrednost $\alpha = 0,05$. V kolikor je p - vrednost manjša ali enaka α , lahko trditev zavrnemo. Iz Tabele 2 je tako razvidno, da je le pri treh spremenljivkah (*PVU lahko uporabimo na zahtevo pacienta, Zdravnik pacienta vedno pregleda preden odredi PVU in Svojci so z uvedbo PVU vedno seznanjeni*) p - vrednost večja od 0,05, kar pomeni, da te trditve ne zavrnemo. Rezultate smo nato posplošili na celotno populacijo, ki jo predstavljajo dipl. m. s in TZN zaposleni v SBJ, kar pomeni, da je delež pravilnih odgovorov večji od 50%.

Tako se večina zaposlenih strinja, da imamo v SBJ dobro in razumljivo izdelan Protokol omejevanja pacienta (PV/SO = 3,65/1,21) in da bi več zaposlenih na oddelku v posamezni izmeni zmanjšalo število pacientov pri katerih bi morali uporabiti PVU (PV/SO = 3,86/1,18). S trditvijo, da bi uporaba moči in avtoritete (pretežno moška sestava tima) in prepoznavanjem pacientov, ki so ogroženi za padec s posebnimi barvnimi oblekami pripomogla tudi k zmanjševanju števila padcev, se zaposleni niso strinjali (PV/SO= 2,45/1,30). Na odprto vprašanje »Katerih alternativnih ukrepov se največkrat poslužijo pred uvedbo PVU«, si odgovori sledijo v naslednjem vrstnem redu: pogovor, bolj pogost nadzor pacienta, spremstvo pacienta do stranišča, namestitev pacienta v večposteljno sobo, uporaba varovalnih ograjic in dotik. Iz tega lahko povzamemo, da zaposleni v SBJ dobro poznajo Protokol omejevanja pacienta in

alternativne načine ukrepanja pred uporabo PVU, ter jih tudi uporabijo. Še vedno pa si kar 66,7% zaposlenih želi pridobiti še dodatna znanja s področja uporabe PVU.

3.4.2 Pojav etično moralnih dilem med zaposlenimi v SBJ

Da bi raziskali pojavnost in obremenjenost z etično moralnimi dilemami med zaposlenimi v zdravstveni negi, smo pripravili vprašalnik z Likartovo lestvico, kjer so anketiranci podali odgovore na lestvici od 1 (se sploh ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam).

Tabela 3: Zaposleni v zdravstveni negi in dojetanje etičnih načel

TRDITEV	PV	SO	t	p
Naloga zaposlenih v zdravstveni negi je zagotavljanje varnosti pacienta	4,64	0,59	15,926	0,000
Upoštevanje načel Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je obvezno za vse delavce v zdravstveni negi	4,78	0,57	18,843	0,000
Etična načela so osnova za etično ravnanje	4,64	0,59	15,926	0,000
Vedno izvajam zdravstveno nego v skladu z etičnimi načeli	4,30	0,67	9,959	0,000
Vse kar naredimo proti volji pacienta je kaznivo dejanje	3,25	1,25	-1,681	0,097

PV= povprečna vrednost; SO= standardni odklon; t= t- test; p=mejna statistična vrednost

Iz Tabele 3 je razvidno, da je najvišje ocene dosegla trditev »Upoštevanje načel Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je obvezno za vse delavce v zdravstveni negi« (PV = 4,78; SO = 0,57). Sledita trditvi »Naloga zaposlenih v zdravstveni negi je zagotavljanje varnosti pacienta« in »Etična načela so osnova za etično ravnanje« (PV = 4,64, SO = 0,59). Nizke vrednosti standardnih odklonov nakazujejo na to, da so bili odgovori zelo homogeni. Najbolj so bili nehomogeni pri trditvi »Vse kar naredimo proti volji pacienta je kaznivo dejanje« (SO = 1,25), kjer je tudi povprečna vrednost najnižja (PV = 3,25). Ker smo želeli rezultate posplošiti na vse zaposlene, smo izvedli t- test. Za stopnjo značilnosti smo izbrali vrednost $\alpha = 0,05$. Iz Tabele 3 je razvidno, da pri vseh trditvah dobimo p - vrednosti manjše od 0,05, le pri

zadnji ne. Ker je p - vrednost pri trditvi »Vse kar naredimo proti volji pacienta je kaznivo dejanje« večja od 0,05 ($p = 0,097$) pomeni, da povprečna vrednost odgovorov ni večja od 3,5. Zaključimo lahko, da se med zaposlenimi dipl. m. s in TZN v SBJ najpogosteje pojavljajo dileme glede tega, da se zdravstveno nego vedno izvaja v skladu z etičnimi načeli in trditev, da je vse kar naredimo proti volji pacienta kaznivo dejanje.

Da se ob uporabi PVU krši načelo avtonomije, se strinja 53,6% anketirancev, 72,5% jih je mnenja, da s tem posežemo v integriteto posameznika. 84,1% jih je mnenja, da pri tem ne kršimo načela dobronamernosti. Anketirancem je pri tem največkrat neprijetno, ker s tem odvzamejo pacientu svobodo, prav tako 55% vprašanim postopek predstavlja stres. Redko pri PVU občutijo tesnobo in jezo, ter zadovoljstvo, da je fizično oviran pacient varen. 7% zaposlenim predstavlja PVU skrb zaradi premalo znanja. O svojih etično moralnih dilemah se zaposleni največkrat (63%) pogovorijo s sodelavci in v 22% z nadrejenimi. Na vprašanje, ali menite, da ste dovolj obveščeni o etičnih dilemah, ki se pojavljajo med uvajanjem PVU, je samo 29% zaposlenih odgovorilo z da. Na odprto vprašanje, »Katere so po vašem mnenju najpogostejše kršitve etičnih načel«, si odgovori sledijo v naslednjem vrstnem redu: omejevanje svobode, poseganje v pravice pacienta, kršitev avtonomije, omejitve prostosti in zasebnosti.

Zaposlene dipl. m. s. in TZN v SBJ so mnenja, da do uporabe PVU ne bi prišlo tako pogosto, če bi imeli na razpolago več kadra, vključevanje svojcev in prostovoljcev, več izobraževanj, videonadzor in boljša prepoznavanja sprememb pri pacientu s strani zdravnika.

3.4.3 Razlike v obremenjenosti s pojavljanjem etično moralnih dilem med uvajanjem PVU med anketiranci

Z analizami variance smo ugotavljali ali obstajajo statistično značilne razlike pri poznavanju etike glede na oddelek na katerem so anketiranci zaposleni.

Tabela 4: Razlike pri poznavanju etičnih načel med oddelki

	Kirurški oddelek (n = 35)		Interni oddelek (n = 27)		Oddelek za zdravstveno nego (n = 7)		p-vrednost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
Naloga zaposlenih v zdravstveni negi je zagotavljanje varnosti pacienta	4,54	0,701	4,74	0,447	4,71	0,488	0,407
Upoštevanje načel Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je obvezno za vse delavce v zdravstveni negi	4,74	0,701	4,78	0,424	5,00	0,000	0,553
Etična načela so osnova za etično ravnanje	4,54	0,701	4,70	0,465	4,86	0,378	0,340
Vedno izvajam zdravstveno nego v skladu z etičnimi načeli	4,11	0,718	4,56	0,577	4,29	0,488	0,034
Vse kar naredimo proti volji pacienta je kaznivo dejanje	3,09	1,222	3,30	1,353	3,86	0,900	0,324

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p = mejna statistična vrednost

Iz Tabele 4 je razvidno, da je p - vrednost manjša od 0,05 le pri trditvi »Vedno izvajam zdravstveno nego v skladu z etičnimi načeli« (p = 0,034). Zaključimo lahko, da se s trditvijo, da zdravstveno nego izvajajo vedno v skladu z etičnimi načeli, v največji meri strinjajo zaposleni na internem oddelku (PV = 4,56), najmanj pa na kirurškem oddelku (PV = 4,11). Glede ostalih trditev povprečne vrednosti niso statistično različne (p > 0,05).

Za primerjavo trditev glede kršenja načel avtonomije, dobronamernosti, neškodljivosti in poseganja v integriteto pacienta pri katerem uporabimo PVU, smo izvedli hi- kvadrat test (Tabela 5) . Primerjali smo tudi občutke anketirancev, ki se pojavljajo med PVU glede na oddelek na katerem so zaposleni. Iz Tabele 6 je razvidno, da imajo na oddelku za zdravstveno nego največkrat občutek, da je takrat pacient kaznovan (PV = 3,14), najmanj pa na internem oddelku (PV = 1,74). Ostale vrednosti so med oddelki statistično primerljive.

Tabela 5: Kršitev načel etike glede na oddelek

		Pri uporabi PVU se krši načelo avtonomije			Pri uporabi PVU se krši načelo dobronamernosti			Pri uporabi PVU se krši načelo neškodljivosti			PVU posegajo v integriteto posameznika		
		DA	NE	Σ	DA	NE	Σ	DA	NE	Σ	DA	NE	Σ
Oddelek	Kirurški oddelek	19 (18,8)	16 (16,2)	35	6 (5,6)	29 (29,4)	35	10 (8,1)	25 (26,9)	35	25 (25,4)	10 (9,6)	35
	Interni oddelek	16 (14,5)	11 (12,5)	27	5 (4,3)	22 (22,7)	27	5 (6,3)	22 (20,7)	27	21 (19,6)	6 (7,4)	27
	Oddelek za zdravstveno nego	2 (3,8)	5 (3,2)	7	0 (1,1)	7 (5,9)	7	1 (1,6)	6 (5,4)	7	4 (5,1)	3 (1,9)	7
Σ		37	32	69	11	58	69	16	53	69	50	19	69
Hi-kvadrat		2,118			1,499			1,211			1,224		
p-vrednost		0,347			0,473			0,546			0,542		

Tabela 6: Primerjava občutij med PVU glede na oddelek

	Kirurški oddelek (n = 35)		Interni oddelek (n = 27)		Oddelek za zdravstveno nego (n = 7)	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO
Ob uporabi PVU občutim jezo	2,29	1,13	2,04	1,06	1,86	1,21
Ob uporabi PVU občutim tesnobo	2,83	1,32	2,59	1,37	3,14	1,35
Ob uporabi PVU občutim stres	3,40	1,26	3,19	1,36	2,86	1,21
Ob uporabi PVU čutim zadovoljstvo, saj je pacient varen	2,86	1,03	3,07	1,36	3,14	0,90
Ob uporabi PVU imam občutek, da je pacient kaznovan	2,31	1,30	1,74	0,98	3,14	0,69
Ob uporabi PVU mi je neprijetno, ker pacientu odvzamemo svobodo	3,40	1,33	3,33	1,30	3,43	0,53

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p = mejna statistična vrednost

3.4.4 Pomen starosti, delovnih izkušenj in izobrazbe na pojavnost etično moralnih dilem

V našem zadnjem raziskovalnem vprašanju smo želeli raziskati ali obstaja povezava med demografskimi podatki anketirancev in pojavnostjo etično moralnih dilem. Zato smo z analizami variance preverili, ali obstajajo statistično značilne razlike v pojavljanju etično moralnih dilem med zaposlenimi glede starosti in delovnih izkušenj. Ugotovili smo, da starost, leta delovnih izkušenj in izobrazba zaposlenih ne vplivajo na pojav etično moralnih dilem pri zaposlenih.

Za primerjavo trditev o kršenju načel avtonomije glede na starost, delovne izkušnje in izobrazbo smo izvedli hi-kvadrat test. Za izvedbo hi-kvadrat testa glede na starost, smo starost združili v samo dve skupini (19–40 let in 41 let in več) Prav tako smo delovno dobo združili v samo dve skupini (do 10 let in 11 let in več), da bi se izognili problemu prenizkih teoretičnih frekvence. Rezultati hi-kvadrat testov (empirične/izmerjene frekvence in teoretične frekvence (v oklepajih) posameznih odgovorov po starosti/delovnih izkušnjah/izobrazbi, vrednosti hi-kvadrata in p-vrednosti) so prikazani v tabeli 7.

Tabela 7: Kršenja načel etike glede na starost, delovne izkušnje in izobrazbo

		Pri uporabi PVU se krši načelo avtonomije			Pri uporabi PVU se krši načelo dobronamerosti			Pri uporabi PVU se krši načelo neškodljivosti			PVU posegajo v integriteto posameznika		
		DA	NE	Σ	DA	NE	Σ	DA	NE	Σ	DA	NE	Σ
Starost	19-40 let	30 (31,6)	29 (27,4)	59	10 (9,4)	49 (49,6)	59	15 (13,7)	44 (45,3)	59	43 (42,8)	16 (16,2)	59
	41 let in več	7 (5,4)	3 (4,6)	10	1 (1,6)	9 (8,4)	10	1 (2,3)	9 (7,7)	10	7 (7,2)	3 (2,8)	10
Σ		37	32	69	11	58	69	16	53	69	50	19	69
Hi-kvadrat		1,261			0,308			1,142			0,036		
P-vrednost		0,261			0,579			0,285			0,850		
Izkušnje	do 10 let	15 (19,3)	21 (16,7)	36	4 (5,7)	32 (30,3)	36	8 (8,3)	28 (27,7)	36	27 (26,1)	9 (9,9)	36
	11 let in več	22 (17,7)	11 (15,3)	33	7 (5,3)	26 (27,7)	33	8 (7,7)	25 (25,3)	33	23 (23,9)	10 (9,1)	33
Σ		37	32	69	11	58	69	16	53	69	50	19	69
Hi-kvadrat		4,327			1,311			0,039			0,243		
P-vrednost		0,038			0,252			0,843			0,622		
Izobrazba	dipl. med. s. / dipl. zdrav	23 (18,8)	12 (16,2)	35	9 (5,6)	26 (29,4)	35	10 (8,1)	25 (26,9)	35	30 (25,4)	5 (9,6)	35
	tehnik zdrav. nege	14 (18,2)	20 (15,8)	34	2 (5,4)	32 (28,6)	34	6 (7,9)	28 (26,1)	34	20 (24,6)	14 (9,4)	34
Σ		37	32	69	11	58	69	16	53	69	50	19	69
Hi-kvadrat		4,176			5,062			1,156			6,250		
P-vrednost		0,041			0,024			0,282			0,012		

Iz tabele 7 je razvidno, da so vse p- vrednosti glede vpliva starosti večje od 0,05, zato lahko trdimo, da mnenja o kršenju etičnih načel pri uporabi PVU niso odvisna od starosti. Pri anketirancih, ki imajo več let delovnih izkušenj je p - vrednost pri načelu kršenja avtonomije manjša od 0,05 ($p = 0,038$), kar pomeni, da je mnenje glede kršenja tega načela odvisno od izkušenj. Razen pri načelu neškodljivosti, so bile p - vrednosti pri vseh ostalih načelih manjše od 0,05, zato lahko tudi sklepamo, da so mnenja zaposlenih o kršenju načel odvisna od izobrazbe: avtonomija ($p = 0,041$), dobronamernosti ($p = 0,024$) in integriteta posameznika ($p = 0,012$).

V nadaljevanju smo raziskali tudi občutke, ki se pojavljajo anketirancem med postopkom PVU (Tabela 8). Napravili smo analize variance oziroma t- test glede na starost, delovne izkušnje in izobrazbo. Iz spodaj navedene Tabele 8, lahko vidimo, da se pri vplivu starosti, letih delovnih izkušenj in stopnje izobrazbe povprečja statistično značilno ne razlikujejo, zato lahko zaključimo, da demografski podatki ne vplivajo na pogostost občutkov pri uporabi PVU.

Tabela 8: Občutki med PVU glede na demografske podatke

			Ob uporabi PVU občutim jezo	Ob uporabi PVU občutim tesnobo	Ob uporabi PVU občutim stres	Ob uporabi PVU občutim zadovoljstvo, saj je pacient varen	Ob uporabi PVU imam občutek, da je pacient kaznovan	Ob uporabi PVU mi je neprijetno, ker pacientu odzvamem o svobodo	
Starost (v letih)	19-30 (n=27)	PV	1,78	2,41	2,78	3,15	1,70	2,96	
		SO	0,97	1,15	1,31	1,29	0,95	1,33	
	31-40 (n=32)	PV	2,47	3,03	3,63	2,81	2,53	3,63	
		SO	1,14	1,36	1,21	1,06	1,32	1,26	
	41-50 (n=7)	PV	2,14	2,86	3,57	2,71	2,14	3,43	
		SO	1,21	1,57	0,79	1,11	1,21	0,98	
	Nad 50 (n=3)	PV	2,00	3,00	3,00	3,67	2,67	4,33	
		SO	1,00	2,00	2,00	0,58	0,58	1,15	
	p-vrednost			0,119	0,345	0,073	0,449	0,054	0,110

		Ob uporabi PVU občutim jezo	Ob uporabi PVU občutim tesnobo	Ob uporabi PVU občutim stres	Ob uporabi PVU občutim zadovoljstvo, saj je pacient varen	Ob uporabi PVU imam občutek, da je pacient kaznovan	Ob uporabi PVU mi je neprijetno, ker pacientu odvzamem o svobodo	
Delovna doba (v letih)	1-5 (n=20)	PV	1,80	2,25	2,65	3,40	1,65	3,00
		SO	1,01	1,07	1,42	1,31	0,99	1,08
	6-10 (n=16)	PV	2,19	2,88	3,50	2,56	2,38	3,50
		SO	1,17	1,20	1,15	0,96	1,50	1,46
	11-20 (n=26)	PV	2,50	3,12	3,58	2,81	2,42	3,50
		SO	1,10	1,40	1,14	1,06	1,14	1,24
	Nad 20 (n=7)	PV	1,71	2,71	3,29	3,29	2,29	3,71
		SO	0,95	1,80	1,38	1,11	0,95	1,25
	p-vrednost		0,122	0,178	0,083	0,117	0,141	0,442
	Izobrazba	Dipl. m.s./ dipl. zdrav.	PV	1,97	2,57	3,20	2,91	2,11
SO			1,02	1,31	1,32	1,51	1,32	1,34
TZN		PV	2,32	2,97	3,32	3,03	2,24	3,47
		SO	1,17	1,34	1,27	1,17	1,07	1,16
p-vrednost		0,186	0,215	0,694	0,681	0,679	0,543	

3.5 RAZPRAVA

V diplomski nalogi smo raziskovali poznavanje protokola o PVU izdelanega v SBJ in pojavnost etičnih in moralnih dilem med zaposlenimi ob uvajanju fizičnega oviranja. Rezultati, ki smo jih pridobili so pokazali, da si večina zaposlenih želi dodatnih izobraževanj iz področja PVU. Strinjajo se, da do uporabe PVU ne bi prišlo, če bi imeli na razpolago več kadra, ter da zdravstveno nego izvajajo vedno v skladu z etičnimi načeli bolj pogosto na internem oddelku, kot pa na kirurškem oddelku.

PVU v klinični praksi predstavljajo eno največjih etičnih dilem. Uporabo PVU obravnava Zakon o duševnem zdravju v 29. členu, kjer so natančno opisani ukrepi, določene indikacije in celoten postopek izvajanja, ki je časovno omejen in natančno

dokumentiran. Ima samo to napako, da zaenkrat velja samo za psihiatrične ustanove in socialno varstvene ustanove, PVU pa so pogosta praksa na akutnih oddelkih somatskih bolnišnic. Največkrat se uporabi fizično oviranje s pasovi na bolniško posteljo zato, da pacienti ostanejo v postelji, da preprečimo padec in odstranitev medicinsko tehničnih pripomočkov.

Možgan (2009) navaja, da pri odločitvi o uporabi PVU sodeluje celoten zdravstveni tim. Izvajati se mora vedno v prisotnosti zdravnika, ki je ukrep odobril. Glede na nujnost stanja in trenutne odsotnosti zdravnika, lahko v določenih primerih PVU izvede tudi medicinska sestra, ki pa mora natančno zabeležiti pacientovo stanje in o njem obvestiti zdravnika.

V SBJ imamo izdelan Protokol omejevanja pacientov in v naši raziskavi smo ugotavljali, kako dobro zaposlene dipl. m. s. in TZN na kirurškem, internem in oddelku za zdravstveno nego poznajo protokol. Večina anketirancev je odgovorila, da imamo v SBJ dobro in razumljivo izdelan Protokol o omejevanju, z pravilnimi odgovori na vprašanja so se izkazali tudi z dobrim poznavanjem le - tega. Minimalna odstopanja so se pojavila pri odgovorih na vprašanja »PVU lahko uporabimo na zahtevo pacienta, Zdravnik pacienta vedno pregleda preden odredi PVU in Svojci so z uvedbo PVU vedno seznanjeni«, vendar so bila statistično zanemarljiva.

Gosak (2011) je v svojem diplomskem delu objavila, da je za kakovostno izvedbo PVU in zagotavljanje varnosti pacienta in osebja potrebno zagotoviti redne oblike izobraževanja.

Kljub dobremu poznavanju protokola, si 66,7% vprašanih želi še dodatnih izobraževanj iz tega področja. Za kakovostno izvedbo PVU in zagotavljanje varnosti pacientov in osebja je potrebno zagotoviti redne oblike izobraževanja osebja. Delodajalec mora v rednih intervalih organizirati izobraževanja, obenem pa tudi preverjati pridobljeno znanje.

Registered Nurses Association of Ontario (2012) v svojem priročniku opisujejo terapevtski odnos, filozofijo individualne zdravstvene nege, uporabo deeskalacijskih tehnik, razumevanje različnih oblik vedenja pacientov, ter kulturo in filozofijo varnosti organizacije kot najpomembnejše dejavnike alternativnih metod pred uvedbo PVU.

Anketiranci so na vprašanje, katerih alternativnih metod se največkrat poslužijo pred uvedbo PVU odgovarjali podobno. Največkrat uporabijo pogovor, bolj pogost nadzor pacienta, spremstvo pacienta do stranišča, namestitvev pacienta v večposteljno sobo, uporaba varovalnih ograjic in terapevtski dotik.

Zdravstvena nega brez uporabe PVU nam predstavlja sinonim za visoko standardno nego, zato je vse več raziskav v tujini naravnanih tudi na to, kako bi zmanjšali njihovo uporabo. Zaposleni v SBJ so mnenja, da bi več zaposlenih na oddelku v posamezni izmeni zmanjšalo število pacientov pri katerih bi morali uporabiti PVU. Niso se pa strinjali s trditvama, da bi uporaba moči in avtoritete (pretežno moška sestava tima) in prepoznavanjem pacientov, ki so ogroženi za padec s posebnimi barvnimi oblekami pripomogla tudi k zmanjšanju števila padcev.

Anketiranci so bili mnenja, da do uporabe PVU ne bi prišlo tako pogosto, če bi imeli na razpolago več kadra, če bi v proces zdravstvene nege vključili svojce in prostovoljce in bi imeli na voljo več izobraževanj, videonadzor. Pripomogla bi tudi boljša prepoznavnost psihoorganskih sprememb pri pacientu s strani zdravnika.

Medicinska sestra je odgovorna za moralno in etično izvajanje zdravstvene nege, se pravi, za izvajanje zdravstvene nege po vesti in etičnih normah, ki so vzpostavljene v državi. Dnevno se medicinske sestre pri svojem delu srečujejo s številnimi etičnimi vprašanji in cilj procesa etičnega odločanja je spoznati, določiti in ločiti pravilno od nepravilnega v situacijah, ki niso jasne (Železnik, 2003). Tschudin (2004) pravi, da etiko v zdravstveni negi zaznamujeta dve pomembni teoriji: deontologija ali teorija pravic in dolžnosti ter etika skrbi, ki opredeljuje odnos med medicinsko sestro in pacientom. Prav tako mora etičen odnos do pacienta temeljiti na sposobnosti izražanja empatije, saj pomanjkanje empatije lahko privede do neetičnih situacij.

Etična dilema je dilema, ki obravnava moralna in etična vprašanja. Razlika med problemom in dilemo je, da ima problem potencialno rešitev, dilema je nima - obstaja samo izbira med dvema enako težkima, slabima ali nemogočima možnostima (Kacin, 2012). Odločitev o tem, kdaj uporabiti PVU ni enostavna, saj s tem pacientu odvzamemo samostojnost in integriteto. Vedno se nam postavlja v ospredje dilema, če je fizično oviranje res potrebno. Velikokrat medicinske sestre na ta vprašanje ne dobimo odgovora, ostane nam samo trajen dvom, obsojanje in odločitev brez prave obrambe – dejavniki, ki počasi, a vendar vztrajno povzročajo razpoke v naši poklicni in osebni samozavesti (Robar, 2011). Zavedati se moramo tudi, da je zdravnik naročnik odredbe PVU, medicinske sestre v postopku nastopamo kot izvajalke in s tem posledično nosimo vso kazensko, moralno in etično odgovornost za svoja dejanja (Fošnarič, 2010).

Med zaposlenimi dipl. m. s. in TZN v SBJ se najbolj pogosto med postopkom PVU pojavljajo etične dileme glede tega, da se zdravstveno nego vedno izvaja v skladu z etičnimi načeli in da je vse kar storimo proti volji pacienta kaznivo dejanje. V največji meri, se medicinske sestre strinjajo, da zdravstveno nego izvajajo vedno v skladu z etičnimi načeli na internem oddelku, najmanj pa na kirurškem oddelku. Ugotovili smo tudi, da starost, delovne izkušnje in izobrazba ne vplivajo na pojav etično moralnih dilem.

V Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) je določeno, da medicinska sestra spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja, spoštuje dostojanstvo in zasebnost v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju, ter deluje na temelju odločitev v korist pacienta.

Da se pri uvedbi PVU krši načelo avtonomije, se strinja 53,6% anketirancev in 72,5% jih je mnenja da s tem posegamo v posameznikovo integriteto. Zanimivo je, da je 84,1% vprašanih mnenja, da z uporabo PVU ne kršimo načela dobronamernosti. Raziskava je pokazala, da mnenja o kršenju etičnih načel niso odvisna od tega, na katerem oddelku so zaposleni anketiranci, so pa odvisna od izobrazbe. Dipl. m. s. so večkrat mnenja, da se krši načelo avtonomije, dobronamernosti in integritete posameznika, kar pomeni, da so bolj izobraženi zaposleni bolj dovzetni za prepoznavanje kršenja etičnih načel.

Na vprašanje, če menijo, da so dovolj obveščeni o etičnih dilemah, jih je samo 29% odgovorila pritrdilno. Na odprto vprašanje katere so najpogostejše kršitve etičnih načel so si odgovori v pogostosti pojavljanja sledili v naslednjem vrstnem redu: omejevanje svobode, poseganje v pravice pacienta, kršitev avtonomije, omejitev prostosti in zasebnosti.

Pri fizičnem oviranju gre vedno za kršitev načela avtonomije, zato mora naša odločitev vedno temeljiti izključno na načelu dobronamernosti in samo v korist pacienta. Kljub temu, da je načelo avtonomije v Deklaraciji o človekovih pravicah obravnavano kot zelo pomemben koncept, je v zdravstveni negi potrebno upoštevati načelo dobronamernosti in delovanja v korist pacientov, ki sami niso sposobni poskrbeti za lastno varnost (Naka, 2012). Medicinske sestre morajo imeti za opravljanje kakovostne in varne zdravstvene nege dovolj znanja, ki ga morajo neprestano dopolnjevati, saj lahko le na ta način izvajajo zdravstveno nego v skladu z etičnimi načeli.

Medicinskim sestram zaposlenim v SBJ je med uvedbo PVU največkrat neprijetno zato, ker pacientu odvzamejo svobodo in 55% vprašanih zaposlenim predstavlja stres. Zelo redko pri tem občutijo tesnobo in jezo, ter zadovoljstvo, da je fizično oviran pacient varen. Na oddelku za zdravstveno nego imajo medicinske sestre največkrat občutek, da je fizično oviran pacient kaznovan. Starost, leta delovnih izkušenj in stopnja izobrazbe ne vplivajo na pojav občutkov pri uporabi PVU. Zaradi premalo znanja predstavlja uvedba PVU skrb samo 7% zaposlenih.

Smernice določene v različnih protokolih nam služijo kot pomoč v obravnavi in uporabi PVU, ter določajo metode uporabe in medikamentozno terapijo, ne pa dejansko uporabo fizičnega oviranja. Zaradi uporabe PVU pri zdravstvenih delavcih pogosto pride do stiske in nemoči (Gabrovec, 2009). Stres, ki nastane kot posledica razmišljanja o etičnih dilemah v tuji literaturi označujejo kot moralni stres. Simptomi stresa, kot so občutek frustriranosti, jeza in tesnoba lahko vodijo v depresijo, nočne more, glavobole in občutke ničvrednosti (Kälvemark et al., 2004).

Etičen in strokoven odnos je pacientova pravica, ki jo morajo spoštovati vsi zdravstveni delavci. Neetične situacije pri pacientu lahko povzročijo jezo, žalost, prizadetost, razočaranje in trpljenje. Prav tako lahko prizadanejo medicinske sestre, še posebej, kadar to občutijo kot nemoč. Razreševanje neetičnih dogodkov je nujno, ker igra pomembno vlogo tudi v preprečevanju poklicne izgorelosti. Najpomembnejši ukrep je opravičilo, saj s tem izrazimo spoštovanje in empatijo do bolnika, hkrati pa omilimo neetično doživljanje (Šmitek, 2003).

V intenzivnih enotah medicinskega centra v Tajvanu je bila leta 2004 izvedena eksperimentalna študija o vplivu izobraževanja na novozaposlene medicinske sestre glede zmanjšanja uporabe ovirnic. V študiji so raziskovali njihovo znanje, dojemanje in odnos do fizičnega oviranja in ugotovili, da izobraževanje povečuje kakovost zdravstvene oskrbe pacientov v intenzivnih enotah (Yeh et al., 2004). Rezultate, ki smo jih pridobili iz anketnih vprašalnikov smo želeli primerjati z že obstoječimi, vendar pri pregledu domače in tuje literature nismo našli podobnih raziskav, zato bi bilo smotno čez določen čas ponoviti našo raziskavo in nato primerjati rezultate. Predvsem pa zajeti večji vzorec anketirancev. Glede na rezultate našega raziskovanja predlagamo redna izobraževanja o uporabi PVU, ne samo praktičnih delavnic, temveč tudi seznanitev zaposlenih z vsemi pravnimi, kazenskimi in predvsem etično moralnimi dilemami. Ker je pri več kot polovici zaposlenih prisoten ob in med uporabo PVU stres, predlagamo tudi organizacijo delavnic z vsebino odprave in samopomoči pri stresu. Anketne vprašalnike bi lahko uvedli v letno rutino, saj bi s tem lahko spremljali napredek v znanju in občutkih pri zaposlenih medicinskih sestrah med postopki PVU.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, da si zaposleni v zdravstveni negi na kirurškem, internem, ter na oddelku za zdravstveno nego kljub temu, da so pokazali dobro poznavanje Protokola o omejevanju, še vedno želijo dodatnih izobraževanj s področja uporabe PVU. Ker izvedba PVU pri zaposlenih predstavlja tudi stresni dogodek, je zelo pomembno, da jim delodajalec zagotovi redna letna izobraževanja v obliki praktičnih delavnic izvedbe fizičnega oviranja, dodatna izobraževanja iz področja etike, ter izmenjave izkušenj. Pomembno je tudi, da se medicinske sestre zavedajo vseh pravnih, kazenskih in etičnih vidikov uporabe PVU. Splet vrednot zdravstvene nege, naših osebnih vrednot in sposobnost empatije prinaša zaupanje in sodelovanje pri delu. Bistveno je, da imajo zaposleni dovolj potrebnega znanja iz zgoraj navedenih področij, sa bo le zdravstvena nega, ki bo temeljila na moralno etičnih odločitvah zadovoljila potrebe pacienta, zadovoljstvo pri delu, ter odpravo stresa pri medicinskih sestrah.

Raziskavo, ki smo jo izvedli, bomo predstavili v Splošni bolnišnici Jesenice. Vse zaposlene na kirurškem, internem, ter na oddelku za zdravstveno nego bomo seznanili z rezultati raziskave.

»Ni srečen tisti, ki veliko ve, temveč óni, ki dela tisto, za kar ve, da je dobro«

(latinski pregovor)

5 LITERATURA

Balantič M. Vloga medicinske sestre pri sprejemu proti volji na enoto za intenzivno zdravljenje psihiatrične bolnišnice: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=10001> (20.3.2013).

Berzlanovich A, Schöpfer J, Keil W. Deaths Due to Physical Restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2012;109(3):27-32.

Bregar B, Možgan B. Posebni varovalni ukrepi - primerjava s tujino. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, april 2012. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 13-21.

Bregar B, Kadivec S, Kramar Z, Marinšek N, Naka S. Protokol fizičnega oviranja s pasovi pacientov v bolnišnicah. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2012. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/protokol-fizicnega-oviranja-s-pasovi-pacientov-v-bolnisnicah> (10.7.2013).

Dolčič T. Delo s stanovalci z demenco. Posvet MDDSZ in skupnosti socialnih zavodov, Ljubljana, maj 2011. Dostopno na: www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/lp/LP10.pdf (10.3.2013).

Dernovšek M, Novak Grubič V. Priporočila in smernice za uporabo posebnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Slovenske psihiatrične publikacije; 2001: 4-11.

Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist*. 2008;48(4):442-52.

Fošnarič L. Etični in kazenski vidik strokovnih napak v zdravstveni negi: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=17164> (20.3.2013).

Gabrovec B. Smernice fizičnega oviranja. In: Počele U, ed. Nasilno vedenje v duhu novih prak: zbornik prispevkov, Ljubljana, 6. november 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009.

Gastmans C, Millisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical ethical considerations. *J Med Ethics*. 2006;32(3):148-52.

Glezer A, Brendel RW. Beyond emergencies: the use of physical restraints in medical and psychiatric settings. *Harv Rev Psychiatry*. 2010;18(6):353-8.

Goethals S, Dierckx de Casterle B, Gastman C. Nurses' decision - making process in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2012;50(5):603-12.

Gosak S. Uporaba posebnih varovalnih ukrepov v socialno varstvenem zavodu: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Grbec V. Prvi kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*, Ljubljana, 2003. 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. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=10881> (20.3.2013)

Jug M. Pristojnosti zdravstvene nege v luči slovenske zakonodaje: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=21952> (20.3.2013).

Johnson ME. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(3):181-97.

Kacin K. Dostojanstvo bolnika ob koncu življenja: Pravni vidiki in etične dileme: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012.

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

Kadivec S. Uporaba ovirnic. In: Blažun A, ed. NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: Predstavitev izkušenj v kliniki Golnik, Golnik, 30. marec 2012. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergije Golnik; 2012:37-41.

Kälvemark S, Högluna A, Hansson M, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med.* 2004;58(6):1075-84.

Klemenc D. Medicinska sestra - zagovornica pacientovih pravic. *Obzor Zdrav Neg.* 2004;38(4):288.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije - 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 40/2010.

Kovačič M. Sprejem pacienta z duševno motnjo na oddelek psihiatrije: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Kovač P. Fizično oviranje pacientov v klinični praksi. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo,

Ljubljana, april 2012. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012:5-12.

Kvas A, Seljak J. Ocena vodstvenih kompetenc na področju etike za vodje v zdravstveni negi. *Obzor Zdrav Neg.* 2013;47(1):8-17.

Lapanja A. Zdravstvena nega agresivnega pacienta. In: Petkovšek - Gregorin R, ed. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti; 2010:18-27.

Legemaate J, Frederiks BJM, de Rode RP. The Special Admission to Psychiatric Hospital Act in international perspective. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.* 2007;4:268- 81.

Marinšek N, Kramar Z. Humana fiksacija pacientov? In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K, eds. Varnost- rdeča nit celostne obravnave pacientov, *Gozd Martuljek* 7 - 8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011:110-3.

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*, Velenje, 2009. Velenje: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2009:19-25.

McFadden D. International Council of Nurses Code of Ethics for Nurses, 2006. Dostopno na: http://www.ehow.com/about_6512131_international-nurses-code-ethics-nurses.html (12.3.2013).

Meredith C, Taslaq S, Kon OM, Henry J. The cardiopulmonary effects of physical restraint in subjects with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Forensic Med.* 2005;12(3):133-6.

Millisen K, Abraham I, Siebens K, Darras E, Dierckx de Casterlé B. Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(6):745-54.

Možgan B. Posebni varovalni ukrepi. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009:439-43.

Naka S, Kvas A. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. *Obzor Zdrav Neg.* 2004;38(4):305-12.

Naka S. Uporaba fizičnega oviranja na oddelku splošne bolnišnice. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo,* Ljubljana, april 2012. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012:29-32.

Nirman M, Dark P, Nightingale P. Physical and pharmacological restraint of critically ill patient: clinical facts and ethical considerations. *Br J Anaesth.* 2004;92(6):789-92.

Prebil A, Mohar P, Fink A. *Etika in zakonodaja v zdravstvu. Učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu zdravstvena nega.* Ljubljana: Založba Grafenauer; 2011.

Protokol omejevanja pacienta, verzija 2: [interno gradivo]. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2013.

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints; 2012:19-21.

Robar A. Zdravstvena nega agresivnega pacienta. In: Kores Plesničar B, ed. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2011:43-47.

Rojko N. Etične dileme pri sprejemu pacienta z duševno motnjo: [diplomsko delo] Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones J. A review of intervention to reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(6):413-24.

Šemrl S. Moralno etični vidik fiksacije pacientov. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K, eds. Varnost- rdeča nit celostne obravnave pacientov, *Gozd Martuljek* 7 - 8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011:125-9.

Škerbinek A. Etika v psihiatrični zdravstveni negi. In: Možgan B, ed. Zakon o duševnem zdravju, zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege: Zbornik prispevkov, Ljubljana, 10. april 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009:21-4.

Šmitek J. Uporabnost teorije etike v zdravstveni negi. In: Klemenc D, Kvas A, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike, Ljubljana, 2003. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003:13-19.

Šmitek J. »Raje imam bolnike, ki so zahtevni« (pomen pripovedi v zdravstveni negi s stališča etike). In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike, Ljubljana, 2003. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003:344-67.

Trampuž R. Medicinska sestra in etične dileme. In: Trampuž R, ed. Medicinska sestra in etične dileme: zbornik prispevkov, Nova Gorica, 2. oktober 2008. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2008.

Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: Razmerje skrbi. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004:37-51.

Yeh SH, Hsiao CY, Ho TH, Chiang MC, Lin WL et al. The effects of Continuing Education in Restraint Reduction on Novice Nurses in Intensive Care Units. *Int J Nurs Stud.* 2004;12(3)246-53.

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB1). Uradni list Republike Slovenije št.36/2004.

Žagar M. Zagotavljanje varnosti- pomen varovalne fizične omejitve pacienta. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K, eds. Varnost - rdeča nit celostne obravnave pacientov – strokovno srečanje, zbornik prispevkov, Gozd Martuljek, 7 – 8 april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2011: 114-8.

Železnik D. Poklicne kompetence in aktivnosti v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2008:8.

Železnik D. Etika v izobraževalnem programu medicinskih sester. In: Klemenc D, ed. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003:111-4.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Anketni vprašalnik za zaposlene

ANKETNI VPRAŠALNIK POSEBNI VAROVALNI UKREPI V LUČI ETIKE

Spoštovani!

Sem Renata Lukančič, študentka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego na Jesenicah (VŠZNJ). Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom »Posebni varovalni ukrepi v luči etike«. V nalogi želim raziskati, kako dobro zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) poznajo Protokol omejevanja pacienta in alternativne metode pred uporabo posebnih varovalnih ukrepov, katere etično moralne dileme se najbolj pogosto pojavljajo med zaposlenimi in v kolikšni meri starost, delovne izkušnje, ter izobrazba zaposlenih vpliva na pojav etično moralnih dilem.

Vljudno vas prosimo za sodelovanje v raziskavi. Zagotavljamo vam anonimnost pri izpolnjevanju vprašalnika in obdelavi podatkov. Rezultati raziskave bodo uporabljeni samo za pripravo diplomskega dela na VŠZNJ.

Hvala za vaše sodelovanje.

Renata Lukančič, študentka 3. letnika VŠZNJ

Sklop 1: DEMOGRAFSKI PODATKI

Obkrožite ustrezen odgovor.

Spol:

- a) moški
- b) ženski

Starost (v letih):

- a) 19-30
- b) 31-40
- c) 41-50
- d) več kot 50

Delovna doba (v letih):

- a) 1-5
- b) 6-10
- c) 11-20
- d) več kot 20

Strokovna izobrazba :

- a) diplomirana medicinska sestra (dipl. m. s.) / diplomirani zdravstvenik (dipl. zn.)
- b) tehnik zdravstvene nege (TZN)

Oddelek:

- a) kirurški oddelek
- b) interni oddelek
- c) oddelek za zdravstveno nego

Sklop 2: POZNAVANJE PROTOKOLA FIZIČNEGA OVIRANJA S PASOVI V BOLNIŠNICAH

Spodaj našteje trditve se nanašajo na poznavanje Protokola omejevanja pacienta v SBJ. Za izraz posebni varovalni ukrep se uporablja kratica PVU.

1. Kako pogosto se na oddelku srečate z uporabo PVU?

- a) vsakodnevno - tedensko
- b) enkrat mesečno
- c) zelo redko
- d) nikoli

2. Obkrožite pravilno trditev:

TRDITEV	DA	NE	NE VEM
PVU (fizični ali medikamentozni) izvedemo vedno po naročilu zdravnika	DA	NE	NE VEM
V primeru nujne zadržanosti zdravnika lahko le-ta odredi PVU po telefonu	DA	NE	NE VEM
Ukrep PVU je lahko predpisan za največ 24 ur	DA	NE	NE VEM
Uporaba PVU mora biti zabeležena in načrtovana v procesu zdravstvene nege	DA	NE	NE VEM
Za uporabo PVU se odločimo zato, da preprečimo padec	DA	NE	NE VEM
Za uporabo PVU se odločimo zato, da preprečimo pacientu odstranitev medicinsko tehničnega pripomočka (tubus, kanila...)	DA	NE	NE VEM
Med PVU spada tudi uporaba varovalnih ograjic	DA	NE	NE VEM
PVU lahko uporabimo na zahtevo pacienta	DA	NE	NE VEM
Pacientu vedno razložimo potrebo po izvedbi ukrepa in način izvedbe	DA	NE	NE VEM
Zdravnik pacienta vedno pregleda preden odredi PVU	DA	NE	NE VEM
Svojci so z uvedbo PVU vedno seznanjeni	DA	NE	NE VEM
Pred uvedbo PVU se vedno poslužimo alternativnih metod umirjanja pacienta (pogovor, spremstvo na WC)	DA	NE	NE VEM
Pacientu pri katerem uporabimo PVU moramo vedno zagotoviti nadzor	DA	NE	NE VEM
Pacientu pri katerem uporabimo fiksacijo s pasovi beležimo vitalne funkcije v prvi uri izvajanja ukrepa na 15 minut, nato na dve uri	DA	NE	NE VEM
Opazujemo in beležimo izgled in barvo kože na mestu, kjer so nameščene fiksacijske manšete	DA	NE	NE VEM
Vsaj enkrat v opazovalnem obdobju sprostimo ovirnice in poskrbimo, da pacient okončino razgiba	DA	NE	NE VEM
Na oddelku imamo zadostno število Segufix pasov	DA	NE	NE VEM
Ob pomanjkanju Segufix pasov na oddelku, je izjemoma dovoljena improvizacija s povoji in rutami	DA	NE	NE VEM

3. Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite z:

1 – se sploh ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – se niti ne strinjam niti strinjam

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam

TRDITEV	1	2	3	4	5
V SBJ imamo dobro in razumljivo izdelan Protokol omejevanja pacienta	1	2	3	4	5
Več zaposlenih v posamezni izmeni bi zmanjšalo število pacientov pri katerih bi morali uporabiti PVU	1	2	3	4	5
Uporaba tehnike vedenjskih pristopov (deeskalacijske tehnike) pripomore k zmanjšanju uporabe PVU	1	2	3	4	5
Uporaba moči in avtoritete (pretežno moška sestava negovalnega tima), bi pripomogla k zmanjšani uporabi PVU	1	2	3	4	5
Prepoznavanje pacientov, ki so ogroženi za padeč (posebna barvna obleka), bi pripomoglo k zmanjšanju števila padcev	1	2	3	4	5

4. Katerih alternativnih ukrepov se največkrat poslužite pred uvedbo PVU?

5. Ali bi si želeli pridobiti še dodatna znanja s področja uporabe PVU?

a) da, menim, da bi bilo to nujno potrebno

b) ne, menim, da imam dovolj znanja s področja uporabe PVU

Sklop 3: ETIČNO MORALNE DILEME OB UVAJANJU PVU

Spodaj našteje trditve se nanašajo **na pojavnost etično moralnih dilem ob uvajanju PVU pri zaposlenih v Splošni bolnišnici Jesenice**. Pri posamezni trditvi obkrožite ustrežno vrednost, ki velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite z:

1 – se sploh ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – se niti ne strinjam niti strinjam

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam

TRDITEV	1	2	3	4	5
Naloga zaposlenih v zdravstveni negi je zagotavljanje varnosti pacienta	1	2	3	4	5
Upoštevanje načel Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je obvezno za vse delavce v zdravstveni negi	1	2	3	4	5
Etična načela so osnova za etično ravnanje	1	2	3	4	5
Vedno izvajam zdravstveno nego v skladu z etičnimi načeli	1	2	3	4	5
Vse kar naredimo proti volji pacienta je kaznivo dejanje	1	2	3	4	5

2. Obkrožite pravilno trditev:

TRDITEV	DA	NE
Pri uporabi PVU se krši načelo avtonomije	DA	NE
Pri uporabi PVU se krši načelo dobronamernosti	DA	NE
Pri uporabi PVU se krši načelo neškodljivosti	DA	NE
PVU posegajo v integriteto posameznika	DA	NE

3. Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite z:

1 – nikoli

2 – redko

3 – občasno

4 – pogosto

5 – zelo pogosto

TRDITEV	1	2	3	4	5
Ob uporabi PVU občutim jezo	1	2	3	4	5
Ob uporabi PVU občutim tesnobo	1	2	3	4	5
Ob uporabi PVU občutim stres	1	2	3	4	5
Ob uporabi PVU čutim zadovoljstvo, saj je pacient varen	1	2	3	4	5
Ob uporabi PVU imam občutek, da je pacient kaznovan	1	2	3	4	5
Ob uporabi PVU mi je neprijetno, ker pacientu odvzamemo svobodo	1	2	3	4	5

4. Menite, da ste dovolj obveščeni o etičnih dilemah, ki se pojavljajo med PVU?

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

5. Ali vam izvedba PVU pri pacientih predstavlja težavo oziroma skrb?

- a) vedno
- b) pogosto
- c) redko
- d) nikoli

če da, kakšno?

- a) stres
- b) težko fizično obremenitev
- c) neznanje
- d) strah
- e) drugo _____

6. S kom se lahko pogovorite o svojih etično moralnih dilemah v zvezi z uporabo PVU?

- a) s sodelavci
- b) z nadrejenimi
- c) s svojo družino
- d) z nikomer
- e) drugo _____

7. Katere so po vašem mnenju najpogostejše kršitve etičnih načel ob uporabi PVU?

8. Kaj menite, da bi bilo potrebno še storiti, da do potrebe po PVU ne bi prišlo?
