



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**MORALNE STISKE ZAPOSLENIH V
ZDRAVSTVENI NEGI PRI DELU V
KLINIČNEM OKOLJU**

**MORAL DISTRESS IN NURSING
EMPLOYEES WORKING IN THE CLINICAL
SETTING**

Magistrsko delo

Mentorica:
doc. dr. Helena Jeriček Klanšček

Kandidatka:
Simona Tomažević

Somentorica:
doc. dr. Saša Kadivec

Ljubljana, marec, 2021

ZAHVALA

Najprej se zahvaljujem mentorici, doc. dr. Heleni Jeriček Klanšček in somentorici, doc. dr. Saši Kadivec za vso podporo, spodbude in usmeritve ob ustvarjanju tega magistrskega dela.

Zahvaljujem se recenzentkama doc. dr. Radojki Kobentar in prim. doc. dr. Mercedes Lovrečič za strokovni pregled in usmeritve.

Zahvaljujem se lektorici Mileni Ilić za lektoriranje magistrskega dela, Sašu Sever za pomoč pri statistični obdelavi in Yvonne Bernik za pomoč pri prevajanju povzetka in anketnega vprašalnika.

Nenazadnje, a zelo pomembna zahvala pa gre moji družini – tebi, Aleš in najinim trem dekletom. Hvala, ker ste me spodbujali in me opogumljali ter skupaj z mano čakali na pričujoče delo. Rada vas imam!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, se pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene nege srečujejo z mnogimi izzivi, med katerimi ima moralna stiska pomembno vlogo.

Cilj: Ugotoviti pogostost in intenziteto moralne stiske v kliničnem okolju ter prikazati povezanost le-te z etično klimo, redno obravnavo etičnih dilem ter namero po zapustitvi delovnega mesta.

Metoda: Uporabljen je bil neeksperimentalni kvantitativni eksplorativni dizajn. Anketirani so bili zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, v treh gorenjskih bolnišnicah na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva. Podatki so bili zbirani s pomočjo strukturiranega vprašalnika (Chronbach alfa koeficient = 0,966), za dodatno zanesljivost je bila izvedena eksploratorna faktorska analiza. Rezultati temeljijo na vzorcu 178 izpolnjenih anket, za analizo so uporabljene različne eksplorativne metode in orodja.

Rezultati: Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, doživljajo moralno stisko veliko intenzivneje (PV = 2,69; SO = 1,78), kot pogosteje (PV = 2,32; SO = 1,45), razlikuje pa se glede na področje dela. Obstaja šibka do zmerna pozitivna povezanost med pogostostjo moralne stiske in razmišljanjem o spremembi delovnega mesta ($r_s = 0,402$; $p < 0,001$). Ugodna etična klima je šibko do zmerno negativno povezana s pogostostjo moralne stiske ($r_s = -0,487$; $p = 0,01$) in intenziteto moralne stiske ($r_s = -0,312$; $p = 0,000$). Redna obravnava etičnih dilem je pozitivno povezana s pogostostjo ($r_s = 0,268$; $p < 0,001$) in intenziteto moralne stiske ($r_s = 0,329$; $p < 0,01$).

Razprava: Poznavanje in zaznavanje moralne stiske pomaga zdravstvenim delavcem, zaposlenim v zdravstveni negi pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacienta. Na doživljanje moralne stiske vpliva mnogo dejavnikov, ki so med seboj povezani. Pomanjkanje znanja s področja etike in pomanjkanje komunikacije v timu povečujeta verjetnost doživljanja moralne stiske, zato je smiselno iskati ustrezne strategije za ublažitev posledic, ki jih nerešena moralna stiska pusti na zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi.

Ključne besede: moralna stiska, etična dilema, etična klima, zdravstvena nega

SUMMARY

Background: As they work to ensure quality and safety in medical care, nursing care employee encounter many challenges, among which moral distress is prominent.

Goals: This paper aims to determine the frequency and intensity of moral distress in clinical environments and to identify how it correlates to the ethical climate, the regular treatment of ethical dilemmas and the intent of leaving the job.

Methods: A non-experimental quantitative exploratory design was used. Nursing employees at three Gorenjska hospitals at secondary and tertiary levels of health care were surveyed. The information was collected using a structured questionnaire (Cronbach's alpha coefficient = 0.966) and an exploratory factor analysis was used for additional reliability. The results are based on a sample of 178 completed surveys and the analysis was carried out using various exploratory methods and tools.

Results: Nursing care employees experience moral distress more intensely ($AV = 2.69$; $SD = 1.78$) than frequently ($AV = 2.32$; $SD = 1.45$) although the difference depends on the area of work. There is a weak to moderate positive correlation between the frequency of moral distress and thoughts about changing jobs ($r_s = 0,402$; $p < 0.001$). A favourable ethical climate has a weak to moderate negative correlation to the frequency of moral distress ($r_s = - 0.487$; $p = 0.01$) and the intensity of moral distress ($r_s = - 0.312$; $p = 0.000$). Regular treatment of ethical dilemmas is positively correlated to lower frequency ($r_s = 0.286$; $p < 0.001$) and intensity of moral distress ($r_s = 0.329$; $p < 0.01$).

Discussion: The knowledge and awareness of moral distress helps nursing care employees deliver quality and safe health care to patients. Many interrelated factors affect the experience of moral distress. The lack of knowledge about ethics, coupled with a lack of communication within the team, increases the likelihood of experiencing moral distress. Therefore, it is important to find suitable strategies to mitigate the consequences of unresolved moral distress on nursing staff.

Key words: moral distress, ethical dilemma, ethical climate, nursing care

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	3
2.1 ETIKA.....	3
2.1.1 Etična vprašanja.....	4
2.1.2 Dejavniki, ki vplivajo na profesionalno etiko	6
2.1.3 Etične vrednote	8
2.1.4 Kodeks etike	9
2.1.5 Etična dilema	10
2.2 MORALNA STISKA.....	10
2.2.1 Pojmi pri prepoznavanju in obravnavanju moralne stiske	13
2.2.2 Model moralne stiske	20
2.2.3 Vzroki za nastanek moralne stiske	23
2.2.4 Posledice moralne stiske.....	25
2.3 ETIČNA KLIMA	26
3 EMPIRIČNI DEL	30
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	30
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE	31
3.3 METODE RAZISKOVANJA.....	31
3.3.1 Dizajn raziskave	31
3.3.2 Instrument raziskave.....	32
3.3.3 Udeleženci raziskave	34
3.3.4 Potek raziskave in soglasja.....	37
3.3.5 Obdelave podatkov	38
3.4 REZULTATI.....	39
3.4.1 Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah.....	39
3.4.2 Faktorska analiza	44
3.4.3 Preverjanje hipotez	49
3.5 RAZPRAVA	65
3.5.1 Omejitve	77
3.5.2 Izzivi za nadaljnje raziskave.....	79

4 ZAKLJUČEK.....	80
5 LITERATURA.....	82
6 PRILOGE.....	99
6.1 INSTRUMENT	99
6.2 SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU	107

KAZALO SLIK

Slika 1: Faktorji, ki vplivajo na profesionalno etiko	7
Slika 2: Model crescendo efekta.....	16
Slika 3: Delež anketirancev po starostnih skupinah (N = 178)	35
Slika 4: Delež anketirancev glede na trajanje zaposlitve na aktualnem delovnem mestu (N = 178).....	35
Slika 5: Delež anketirancev po področjih dela (N = 173)	36
Slika 6: Delež anketirancev glede na pridobljeno stopnjo izobrazbe na področju zdravstvene nege (N = 178)	36

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opisna statistika za pogostost moralne stiske.....	39
Tabela 2: Opisna statistika za intenziteto moralne stiske	41
Tabela 3: Opisna statistika za etično klimo	43
Tabela 4: Faktorske uteži pri pogostosti moralne stiske	45
Tabela 5: Faktorske uteži pri intenziteti moralne stiske	46
Tabela 6: Faktorske uteži pri etični klimi.....	48
Tabela 7: Pogostost moralne stiske pri faktorju 1: »Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta« glede na področje dela.....	50
Tabela 8: Pogostost moralne stiske pri faktorju 2: »Nezakonita pomoč pri smrti« glede na področje dela	50
Tabela 9: Pogostost moralne stiske pri faktorju 3: »Nekompetentnost zaposlenih« glede na področje dela	51
Tabela 10: Pogostost moralne stiske pri faktorju 4: »Zloraba avtoritete« glede na področje dela	52
Tabela 11: Pogostost moralne stiske pri faktorju 5: »Podaljševanje trpljenja« glede na področje dela	52
Tabela 12: Intenziteta moralne stiske pri faktorju 1: »Podaljševanje pacientovega trpljenja« glede na področje dela	53
Tabela 13: Intenziteta moralne stiske pri faktorju 2: »Ignoriranje strokovnih napak«	

glede na področje dela.....	54
Tabela 14: Intenziteta moralne stiske pri faktorju 3: »Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev« glede na področje dela	54
Tabela 15: Intenziteta moralne stiske pri faktorju 4: »Neupoštevanje pacientove avtonomije« glede na področje dela.....	55
Tabela 16: Pogostost misli o spremembi delovnega mesta zaradi moralne stiske in/ali nekonstruktivnega reševanja etičnih dilem	56
Tabela 17: Povezanost med pogostostjo moralne stiske in mislimi o spremembi delovnega mesta	56
Tabela 18: Povezanost med intenziteto moralne stiske in mislimi o spremembi delovnega mesta	57
Tabela 19: Povezanost med etično klimo in pogostostjo moralne stiske	58
Tabela 20: Povezanost med etično klimo in intenziteto moralne stiske.....	59
Tabela 21: Pogostost obravnave etičnih dilem in etičnih vprašanj na oddelčnih sestankih	60
Tabela 22: Povezanost etične klime in redne obravnave etičnih dilem.....	61
Tabela 23: Pogostost izkušnje z etičnimi dilemami na trenutnem delovnem mestu.....	61
Tabela 24: Povezanost pogostosti izkušnje z etičnimi dilemami in pogostostjo moralne stiske.....	62
Tabela 25: Povezanost pogostosti izkušenj z etičnimi dilemami in intenziteto moralne stiske.....	63
Tabela 26: Povezanost med obravnavo etičnih dilem in pogostostjo moralne stiske	63
Tabela 27: Povezanost redne obravnave etičnih dilem in intenzitete moralne stiske	64

1 UVOD

Zdravstveni delavci se pri svojem delu ne srečujejo le s pacienti, njihovo boleznijo in njihovimi svojci, ampak tudi »s številnimi stiskami in dilemami, ki se nanašajo na etičnost ali neetičnost (našega) ravnanja« (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza), 2014) in potrebo po zagotavljanju varne in kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov (Ulrich, et al., 2010). Zdravstvena oskrba pomeni vključenost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev »za preprečevanje bolezni in krepitev zdravja, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter druge storitve oz. postopke, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravijo pri obravnavi pacienta« (Prevolnik, et al., 2014, p. 97). Etično vprašanje se lahko pojavi v vseh zdravstvenih okoljih, kjer moralna vprašanja »pravilnosti« ali »nepravilnosti« temeljijo na strokovnem odločanju in koristni zdravstveni oskrbi pacientov (Ulrich, et al., 2010). Naraščajoča zapletenost sodobnih etičnih dilem v praksi zdravstvene nege predstavlja velik izziv za vodenje v zdravstveni negi, zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi in pedagoge (Davis, et al., 2012). Razumljivo je, da lahko vsi člani zdravstvenega tima, vključno z zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v zdravstveni negi, vplivajo na etične odločitve, saj opravljajo stresno in včasih naporno delo, povezano z etičnimi težavami (Ulrich, et al., 2010). Kadar se zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, soočajo z omejitvami glede ne/ustrezne etične prakse, se počutijo prisiljene ogroziti svoje osebne vrednote in norme in lahko doživijo moralno stisko (Barlem, et al., 2013).

Moralna stiska je fenomen, ki ga ni mogoče enostavno opisati oz. definirati (Mareš, 2016). Poimenovaje moralne stiske je bilo skozi zgodovino različno. Skupno pa je, da gre za primer v praksi, ko zaposleni vedo, kaj je prav in kaj bi morali storiti, pa tega ne morejo zaradi različnih vzrokov (npr. oskrba brez informiranega soglasja, aplikacija ustrezne protibolečinske terapije). Če bi bilo ravnanje odvisno le od njih samih, bi storili kar menijo, da je prav. Pojavijo se notranji konflikti, zaskrbljenost, ker niso ravnali, kot bi morali, ampak so sledili navodilom nadrejenih ali pa zaradi drugih ovir niso mogli ravnati v skladu s tem, kar je po njihovem mnenju prav. Ob tem se lahko zavedajo, da njihova dejanja niso bila pravična, še več, da so bila dejanja moralno in etično napačna (Mareš,

2016). Nerealno je pričakovati, da se je moralnim stiskam mogoče izogniti. Moralne stiske dejansko ponujajo možnosti za zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi, da se naučijo ali obnovijo kako lahko ohranijo svojo integriteto in dobro počutje (Rushton, 2016).

Primeri in okoliščine, ki pogosto vodijo v moralno stisko zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, so: zagotavljanje oskrbe v procesu umiranja, nesposobnost/neznanje sodelavcev, pomanjkanje komunikacije, slaba organizacijska etična klima in priča trpljenju, ki bi ga zdravstveni delavec, zaposlen v zdravstveni negi, lahko preprečil (Varcoe, et al., 2012; DeVeer, et al., 2013; Woods, et al., 2015). Ko zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, doživijo moralno stisko, lahko paciente obravnavajo neustrezno in agresivno (Bollmann & Gorke, 2017), pa tudi svoje sodelavce in/ali pacientove svojce (Lachman, 2012), vse to ima negativni vpliv na celoten zdravstveni sistem (Pauly, et al., 2012). Razumevanje moralne stiske omogoča zdravstvenim delavcem, zaposlenim v zdravstveni negi, lažje reševanje problemov, omogoči razvoj na področju etike in ponuja široke priložnosti za razvoj odnosa do samega sebe (Barlem, et al., 2013). Za zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi, je torej pomembno, da znajo prepoznati, kdaj doživljajo moralno stisko in vedo, kako ukrepati ob pojavu le-te (Sirilla, et al., 2017). Zato je bistveno, da prenehajo gledati na sebe kot na nemočne žrtve moralne stiske. Namesto tega bi morali priznati, da njihova moralna stiska izhaja iz močnega moralnega kompasa njihovih globoko uveljavljenih vrednot in zavezanosti za lajšanje trpljenja pacientov in k spodbujanju njihove blaginje (Rushton, et al., 2013).

Moralna stiska je torej večplasten pojav, ki ga različno doživljamo. Zato ga je potrebno obravnavati celostno, da se razumejo njegovi pozitivni in negativni vidiki. Že manjše spremembe lahko moralno stisko močno spremenijo, zato je moralno stisko potrebno obravnavati nadzorovano in zelo previdno (Bollmann & Gorke, 2017).

2 TEORETIČNI DEL

Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, potrebujejo visok nivo znanja s področja poklicne etike za to, da bi bolje razumeli in se ustreznejše odzivali glede na vse hitrejše spremembe v zdravstvu in družbi (Kangasniemi, et al., 2015). Razlog tiči tudi v dejstvu, da za svoje profesionalno delo potrebujejo visoko stopnjo etičnega zavedanja. Pri tem jim je v veliko pomoč in vodilo profesionalni kodeks etike (Mlinšek, 2012). Poklicna etika opisuje splošne moralne norme oz. pravila, ki so določena za posamezno poklicno skupino za reševanje etičnih vprašanj z namenom preprečevanja in izogibanja etični škodi (Brecher, 2013).

2.1 ETIKA

Etika (iz grške besede *ethos*) je filozofska disciplina, ki obravnava merila človeškega hotenja in ravnanja glede na dobro in zlo, morala (iz latinske besede *mos, moralis*) pa je vrednotenje in usmerjanje medsebojnih odnosov ljudi kot posledica pojmovanja dobrega in slabega (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2014). Razlika med etiko in moralo je v tem, da morala opredeljuje bolj značaj posameznika, etika pa z opisanimi pravili narekuje delovanje družbenega sistema, kot npr. kodeksi etike (Mattingly & Throop, 2018).

Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, se v klinični praksi pogosto počutijo neprijetno, ko obravnavajo etična vprašanja, s katerimi se srečujejo pri zdravstveni oskrbi bolnikov (Ulrich, et al., 2010) zaradi zelo raznovrstnih in zapletenih dejavnikov. Na kakovost zdravstvene oskrbe po mnenju zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, najpogosteje vplivajo zmanjševanje bolnišničnih zmogljivosti, tehnološki napredek, spremembe v postopkih in intervencijah v zdravstveni oskrbi, proračunske omejitve, reforme za izboljšanje produktivnosti v zdravstvenem varstvu (Davis, et al., 2012, DeKeyser & Berkovitz, 2012; Aitamaa, et al., 2016), naraščajoča ozaveščenost o pacientovih pravicah in krepitev regulativnih sistemov, zakonodaje in zdravstvene politike (Davoodvand, et al., 2016).

2.1.1 Etična vprašanja

Kakovostna zdravstvena oskrba pacientov je ogrožena zaradi vse pogostejših in zapletenih etičnih izzivov, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi in njihove vodje pri vsakodnevnih delovnih aktivnostih (Ulrich, et al., 2010; Davis, et al., 2012). Etična vprašanja v zdravstveni negi namreč pogosto vključujejo poleg dilem, povezanih z izvajanjem zdravstvene oskrbe, tudi dileme na organizacijskem nivoju, kot sta skrb za ustrezen organizacijski sistem, ki omogoča zagotavljanje izvajanja kakovostne in varne zdravstvene oskrbe ter določanje načinov za sodelovanje različnih strokovnjakov s ciljem spodbujanja in vzdrževanja pozitivnih odnosov in mesebojnega zaupanja (Epstein & Turner, 2015).

Med zdravstvenimi delavci je velikokrat zaznati konflikte in nasprotujoča si mnenja, kar lahko vpliva na kakovost oskrbe pacientov (Patton, 2014). Pojavljajo se etične negotovosti, predvsem na področjih prekinitve življenjske podpore, dodeljevanje ustreznih finančnih sredstev in ustreznosti informiranega soglasja. Take negotovosti se razlagajo kot etične situacije in so pogostokrat obravnavane kot spori med zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v zdravstveni negi in zdravstvenimi delavci drugih strok (npr. zdravniki), pacienti in svojci (Robichaux, 2012).

Etika ima osrednjo vlogo pri moralnem vedenju zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, do pacientov, kar močno vpliva na izboljšanje zdravja pacientov. Poklicna etika predstavlja legitimne norme in standarde, ki urejajo poklicno vedenje izvajalcev zdravstvene nege. Dejansko poklicna etika obravnava obveznosti poklica oziroma zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi, do posameznikov ali skupin, ki so oskrbovani in se nanaša na dosledno komunikacijo, znanje, klinične veščine, čustva in vrednote v zdravstveni negi (Poorchangizi, et al., 2017).

Obravnava etičnih vprašanj je neprijetna, pa vendar zelo pomembna, saj jih zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, doživljajo v številnih etičnih okoljih klinične prakse (Ulrich, et al., 2010). Če se o etičnih vprašanjih nikoli ne razpravlja, morajo imeti zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, močna prepričanja, da jih vseeno

omenjajo in se z njimi »ukvarjajo«. Zdi se, da odsotnost takšne razprave povzroča pomanjkanje poklicnega samospoštovanja. To ustvarja začaran krog: pomanjkanje občutka, da si razumljen, vodi do osiromašenja sebe in poklica, kar vodi k nizkemu samospoštovanju (pomanjkanje samospoštovanja) ter naprej v fluktuacijo. Ta začaran krog prekineta usposabljanje zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, za izvajanje prakse po veljavnih poklicnih standardih ter uporaba strokovnega znanja (Lu, et al., 2012).

Temeljna naloga zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, na vseh nivojih zdravstvenega varstva pri soočanju z etičnimi dilemami, je ohranjanje moralne integritete, kar pomeni poštenost, zaupnost in sposobnost, da se vedno zavzamejo in delajo kar je prav. Kar ohranja moralno integriteto enemu zdravstvenemu delavcu, zaposlenemu v zdravstveni negi, lahko integriteto drugega okrni (Laabs, 2011), pa vendar lahko vsi člani zdravstvenega tima vplivajo na etične odločitve (Ulrich, et al., 2010).

Moralna občutljivost je najpomembnejši predpogoj za etično delovanje, vendar literatura navaja, da zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ne pokažejo vedno te kvalitete (Borhani, et al., 2017). Z vidika etičnosti so pomembni prepoznavanje etičnih vprašanj, razvoj spretnosti za razumevanje in etično razlago situacije, njeno utemeljitev ter sposobnost implementacije etičnih rešitev (Robichaux, 2012).

Uporaben pristop za razvoj etičnih spretnosti je Restov model, ki vključuje štiri stopnje:

- *etična občutljivost* - spretnost/sposobnost interpretacije reakcij in čustev drugih in tudi vpliv njihovih dejanj na ostale (sodelavce, paciente, svoje) ter prevzemanje občutka odgovornosti oz. obveznosti,
- *etična presoja* – organiziran odziv na etično vprašanje,
- *etična motivacija* – je motivacija biti etičen in delati na način, ki je skladen z moralnimi vrednotami, je most med poznavanjem pravic, kaj bi bilo potrebno storiti in kaj se dejansko stori v praksi,
- *etično ukrepanje* – določitev najboljšega načina za izvajanje izbrane odločitve, vključno z zavedanjem zmožnosti in vztrajanje do uspešnega zaključka (Robichaux, 2012).

Podobno kot klinične veščine se tudi etične veščine izkustveno lahko nauči preko izkušenj in z uporabo ustreznih strategij, npr. igranje vlog, nenehno izobraževanje o etičnih vsebinah, razvoj skupne etične drže v organizaciji, multidisciplinarni pogovori (Robichaux, 2012). Etična občutljivost je začetna stopnja Restovega modela; to je zavedanje zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi, da bodo imele posledice etične dileme, ki jo je izkusil, pozitiven vpliv na nadaljnja dejanja drugih sodelavcev. V stopnji etične presoje pride do odločitve, katera/e bo/do najboljša/e možne etične odločitve/ve za določeno situacijo. Na stopnji moralne motivacije se posameznik odloči za uporabo etične odločitve in jo v stopnji etičnega ukrepanja dejansko uporabi. Posameznikovo delovanje je na tej stopnji močno odvisno od osebnih značilnosti (ali je sposoben izvesti določeno etično odločitev, ki jo je sprejel po opisanem modelu) (Novak, 2011). Zdravstvenim delavcem, zaposlenim v zdravstveni negi, se z opisanim Restovim modelom razvoja etičnih spretnosti poveča samozavest, verjamejo v svoje etične sposobnosti in sposobnost moralnega ukrepanja (Robichaux, 2012).

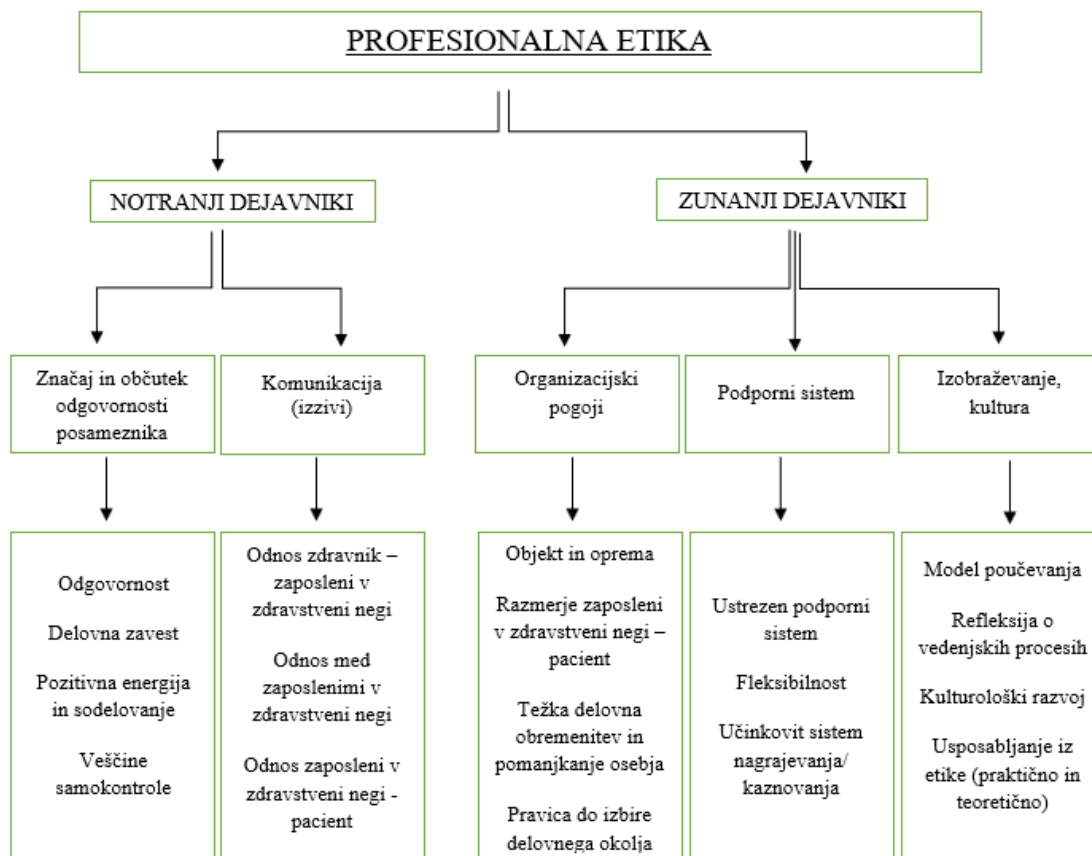
Ulrich, et al. (2010) navajajo priporočila za politiko in prakso za prepoznavo etičnih vprašanj in razvoj ustreznih etičnih spretnosti :

- obravnavanje etičnih vprašanj, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, v zdravstvenem sistemu, je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne oskrbe pacientov in ohranjanje usposobljenega osebja,
- potreben je dialog o vlogi etičnega izobraževanja pri zmanjševanju stresa in potrebi po nudenju pomoči zdravstvenim delavcem, zaposlenim v zdravstveni negi, da se počutijo udobno, ko razpravljajo o etičnih vprašanjih,
- potrebne so nacionalne in mednarodne strategije, ki bi obravnavale etična vprašanja v klinični praksi in njihov učinek na izid oskrbe.

2.1.2 Dejavniki, ki vplivajo na profesionalno etiko

Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, se nagibajo k odločanju in utemeljevanju svojih moralnih dejanj tako, da se zavedajo svojih osebnih vrednot in izkušenj, namesto da bi uporabili etično in kritično razmišljanje ali ustrezne teoretične osnove. Etične odločitve v praksi tako temeljijo bolj na osebnih in verskih prepričanjih,

družinskih vrednotah, izobraževanju, intuiciji in občutkih ali kolektivnih željah in ne na etičnih strokovnih kodeksih (Davis, et al., 2012; Johnstone & Hutchinson, 2015).



Slika 1: Faktorji, ki vplivajo na profesionalno etiko

(Vir: Dehghani, et al., 2015)

(pridobljeno soglasje za objavo slike: Dehghani, A., 11. 1. 2021)

Zavedanje o pomenu profesionalne etike in njenih dejavnikov lahko občutno prispeva h kakovostni in varni zdravstveni negi. Na pridobivanje znanja in veščin s področja profesionalne etike vplivajo notranji in zunanji dejavniki (slika 1). Notranji dejavniki so povezani z osebnostnimi lastnostmi posameznega zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi, njegovo odgovornostjo in komunikacijskimi spretnostmi, zunanji dejavniki pa so vezani na zunanje okolje in predstavljajo organizacijske pogoje, podporne sisteme, vključujejo vidik kulture okolja in izobraževalni sistem (Dehghani, et al., 2015). Ti dejavniki bi lahko vodili v izdelavo standardov in pravil, ki urejajo profesionalno

vedenje zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, v odnosih s pacienti. Dobra komunikacija med zaposlenimi v celotnem zdravstvenem varstvu, izboljšanje organizacijskih pogojev, ustrezen podporni sistem ter razvoj izobraževanja in kulture vodijo k napredovanju poklicne etike v klinični praksi (Dehghani, et al., 2015).

Bollmann in Gorke (2017) poudarjata, da so profesionalni etični kodeksi v praksi manj priznani kot v literaturi in da osebno doživljanje in čustva pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, predstavljajo pomembnejšo vlogo.

2.1.3 Etične vrednote

Vrednote, povezane z etiko, so hrbtenica, ki usmerjajo zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi, pri delovanju, vedenju in obvladovanju različnih moralnih situacij (Jonasson, et al., 2010) in so osnova za prakso zdravstvene nege. Uporabljajo se kot vodilo za interakcijo s pacienti, zdravimi posamezniki in družbo, za reševanje etičnih problemov in sprejemanje odločitev (Kim, et al., 2015). Poleg tega strokovne vrednote izboljšujejo kakovost poklicnega življenja zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, zmanjšujejo njihovo čustveno izčrpanost in depersonalizacijo, povečujejo osebni uspeh in pogosteje pomagajo izboljšati sodelovanje med člani zdravstvenega tima. Na drugi strani pa pomanjkanje strokovnih vrednot pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, zmanjšuje učinkovitost v stroki zdravstvene nege, slabo vpliva na razvoj poklica in njegovo slabšo javno podobo (Brown, et al., 2015). Shahriari, et al. (2013) so profesionalne vrednote v zdravstveni negi opredelili kot:

- *človekovo dostojanstvo*: upoštevanje posameznikovih prirojnih vrednot, prepričanj, ohranjanje dostojanstva in zasebnosti med kliničnimi postopki in komunikacijo, razumevanje potreb pacienta,
- *socialno pravičnost*: pravična porazdelitev sredstev za zagotavljanje enake obravnave in oskrbe,
- *altruizem*: pomeni imeti zavedanje o nesebičnosti in uslužnosti do drugih,
- *avtonomijo in odločanje*: neodvisnost pri sprejemanju odločitev v zvezi zdravljenjem in oskrbo, (ne)podajanje ustreznih informacij,
- *natančnost in pravočasnost oskrbe*: natančna, varna, ustrežna, večdimenzionalna

- in prijazna oskrba, torej celostna in ustrezna strokovna oskrba, ki preprečuje bolezni, spodbuja zdravje, je udobna in varna za pacienta,
- *odgovornost zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi*: odgovornost tako za dobro počutje pacientov in njihovo celovito obravnavo kot tudi za svoja dejanja in dolžnosti,
 - *človeški pristop/odnos*: verbalna in neverbalna komunikacija, medsebojno spoštovanje, zaupanje in spoštovanje zasebnosti,
 - *strokovno usposobljenost*: ohranjanje usposobljenosti za dejavnosti in sodelovanje v poklicnih programih nadaljnjega izobraževanja skozi celotno poklicno življenje,
 - *empatijo*: razumevanje potreb pacientov in njihovih družin,
 - *zaupanje*: se uresničuje, ko zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, z iskreno in pošteno komunikacijo in prakso pridobijo zaupanje pacientov.

2.1.4 Kodeks etike

Predgovor Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije navaja, da »zdravstvena nega in oskrba močno vplivata na zdravje in življenje ljudi. S tem izvajalci zdravstvene nege in oskrbe prevzemajo veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža prav vsakega posameznika ter kontinuiran razvoj njegovih moralnih vrednot« (Zbornica – Zveza, 2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je leta 2014 sprejela prenovljen in dopolnjen Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in je namenjen vsem izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe v Sloveniji, ki sodelujejo v negovalnih timih oz. delujejo kot samostojni izvajalci zdravstvene nege in oskrbe. Za zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi, pomeni kodeks etike podlago za etično presojo njihovega dela, za učečo se populacijo pa »vodilo pri oblikovanju profesionalnih etičnih in moralnih stališč, vir znanja in refleksije«.

V *Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* je navedenih deset načel, ki opredeljujejo etični vidik povezovanja in obveznosti zdravstvene nege in oskrbe do

pacientov, prakse, raziskovanja, sodelavcev, družbe in stanovske organizacije (Zbornica – Zveza, 2014).

Etični kodeksi za zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi, so postali običajni etični in pravni instrumenti za navajanje obveznosti do pacientov, njihove skupnosti (družina), izvajanja zdravstvene oskrbe in do sodelavcev znotraj stroke in zunaj nje (Carnevale, 2013). Prizadevajo si postaviti temelje za etično ravnanje v zdravstveni negi, tako da povzemajo moralne odgovornosti zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi (Iacobucci, et al., 2013; Fida, et al., 2016). Predvidevamo, da je krovni kodeks za vse nacionalne kodekse etike mednarodni »Kodeks etike za medicinske sestre«. Da bi ta dokument dosegel svoj namen, je potrebno, da ga zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, razumejo, ponotranjijo in uporabljajo na vseh področjih svojega profesionalnega delovanja (International Council of Nurses, 2012).

2.1.5 Etična dilema

Etična dilema nastane takrat, ko za problem obstaja več možnih rešitev, med katerimi so vse enako dobre ali slabe in imajo lahko pozitivne in negativne posledice. Pri etični dilemi tudi ob natančnem sledenju etičnim standardom ni mogoče priti do enega pravega odgovora/rešitve (Weiss, et al., 2012), saj gre za nezmožnosti odločanja v konfliktu vrednot, kar pomeni, da je v določeni situaciji več kot ena pravilna odločitev, toda pri odločanju o eni izmed alternativ je druga nujno razveljavljena (Ramos, et al., 2016). O etični dilemi govorimo, kadar je prisoten konflikt med etiko prepričanja, dolžnostmi, načeli in teorijami (Chiaranai, 2011). Ramos, et al. (2016) navajajo, da gre v tem primeru za vrednostni konflikt. Etična dilema je torej vsaka situacija, v kateri vodilna etična načela ne morejo določiti, kateri način ravnanja je pravilen ali napačen (Hamaideh, 2014).

2.2 MORALNA STISKA

Moralno delovanje ni prostovoljna izbira, ampak je del poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, saj pacienti pričakujejo, da bodo le-ti imeli občutek empatije in nudili kakovostno in varno zdravstveno oskrbo v času

njihove bolezni (Lachman, 2012). Moralna stiska je vedno prisoten pojav v zdravstvenem varstvu in vpliva na strokovnjake na različnih področjih zdravstvenega varstva, tudi na zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi (Wilson, 2017). Povezana je z zmanjšano zdravstveno oskrbo pacientov, izgorelostjo zaposlenih, zapustitvijo delovnih mest (fluktuacija) in poklica (Bollmann & Gorke, 2017).

Moralno stisko v praksi zdravstvene nege so začeli raziskovati od osemdesetih let prejšnjega stoletja dalje. V učbenikih za medicinsko etiko je bila opredeljena kot poznavanje »prave stvari« upoštevajoč predvsem institucionalne omejitve (Peter & Liaschenko, 2013).

Moralno stisko je prvotno opredelil Jameton (1984 cited in Epstein & Delgado, 2010), in sicer kot pojav, ko je ukrepanje v praksi prepoznano kot ustrezno in pravilno, vendar hkrati omejeno zaradi različnih dejavnikov. Avtor navaja, da se moralna stiska razlikuje od klasične etične dileme, saj je za slednjo vedno na voljo vsaj ena, lahko tudi več etično nespornih rešitev. Za moralno stisko je značilno, da posameznik prepozna etično ustrezno ukrepanje, ampak ga zaradi različnih vzrokov ne uspe ustrezno izvesti (Epstein & Delgado, 2010). Jameton je razlikoval med moralno stisko, moralno negotovostjo (se pojavi, kadar nismo prepričani, katera moralna načela ali vrednote veljajo ali kakšen je moralni problem) in moralno dilemo (nastane, ko sta na voljo dve/ali več jasni moralni načeli, vendar podpirata medsebojno neskladne smeri delovanja), pri čemer je navedel, da gre za tri različne etične težave v zdravstvu (Jameton 1984 cited in Wilson, 2017). V novejšem delu isti avtor, tj. Jameton (1993 cited in Ramos, et al., 2016) definicijo moralne stiske razširja še na omejitve s strani sodelavcev, ki zdravstvenim delavcem, zaposlenim v zdravstveni negi, otežijo oz. onemogočijo pravo ukrepanje (Musto & Schreiber, 2012; Edwards, et al., 2013) in na družbo (Jameton, 1993 cited in Ramos, et al., 2016), ko moralno stisko dodatno opredeljuje kot skupno izkušnjo kompleksnih družb. Razlikoval je med začetno in reaktivno moralno stisko:

- začetna moralna stiska: v tej fazi zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, doživljajo občutke frustracije, jeze, tesnobe, ko se srečujejo z institucionalnimi omejitvami in medosebnimi konflikti,
- reaktivna moralna stiska nastopi, kadar se posamezniki ne morejo spoprijeti z

začetno fazo moralne stiske. Za to fazo je značilen kumulativni učinek (Jameton, 1993 cited in Ramos, et al., 2016).

Corleyjeva (2002), ki je razvila teorijo moralne stiske, je v svojo definicijo pojava moralne stiske vnesla Jametonovo pojmovanje moralne stiske in dodala, da je moralna stiska psihološko neravnovesje, torej stanje negativnega občutka in trpljenja, ko zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, sprejmejo moralno odločitev in ne morejo ali so mnenja, da ne morejo izvesti ustreznega ukrepa zaradi že navedenih omejitev (Range & Rotherham, 2010). Hamric (2014) opredeljuje, da se moralna stiska zgodi, ko je moralna integriteta posameznika resno ogrožena, bodisi zato, ker se ne more ravnati v skladu s temeljnimi vrednotami in obveznostmi ali če poskusi ne dosežejo zelenega rezultata. Barlem & Ramos (2014) moralno stisko primerjata z občutkom nemoči, ki ga doživljajo zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, v mikro prostorih delovanja. Ista avtorja opozarjata, da to predstavlja oviro za proces moralnega razmišljanja, ogroža zagovornišvo in moralno občutljivost, kar ima za posledico etično, politično in zagovorniško neizrazitost ter vrsto fizičnih, psihičnih in vedenjskih manifestacij, ki pustijo le minimalne možnosti za moralno delovanje. Fourie (2015) moralno stisko primerja s psihološkim odzivom na moralno zahtevne situacije, kot so moralne ovire ali moralni konflikti ali oboje. Wilson (2017) navaja, da je moralna presoja nujen in/ali zadosten pogoj za moralno stisko, vendar je h konceptualni opredelitvi uporaba prilagojene terminologije prispevala dodatno zmedenost; pojavlja se vse več poimenovanj, npr.: „moralna presoja“, „moralna odločitev“, „moralno prepričanje“, „moralno zavedanje“ in „moralna ozaveščenost“ (Wilson, 2017). Poudarjanje širine čustev v koncept moralne stiske po mnenju Morleyeve (2016) ne prinese jasnosti, saj je sama beseda »stiska« povezana z mnogimi čustvi, ne le enim (Wilson, 2017).

Pojem moralnega problema je izhodišče ali temeljni element v procesu moralne stiske. Moralna odločitev ne obstaja, če se posameznik ne sooča s problemom, ki zahteva odločitev. Prav tako ni moralnega trpljenja, če sprejeta odločitev prinaša v praksi pričakovane učinke. V tem primeru moralnega problema ni (Ramos, et al., 2016).

2.2.1 Pojmi pri prepoznavanju in obravnavanju moralne stiske

Sodobni znanstveniki obravnavajo pogum v zdravstvu kot zavezanost za zavzemanje na strani etičnih vrednot, ki so danes ključna vrлина za vse zdravstvene delavce. Ta vrsta poguma, imenovana **moralni pogum** (angl. moral courage), je ključnega pomena za pripravljenost posameznikov, da prevzamejo in popolnoma podpirajo etične odgovornosti, ki so bistvene za poklicne vrednote (Lachman, 2009 cited in Lachman, 2010). Moralni pogum je najbolj osnovna značilnost človeških bitij, je etični akt in ena temeljnih vrednot v zdravstveni negi, ki se ji posveča premalo pozornosti. Je bistvena vrлина in zagotavlja nekakšno podlago za druge vrline (Sadooghiasl, et al., 2016) in je zelo cenjena lastnost posameznikov, ki si prizadevajo narediti pravo stvar, tudi kadar drugi izberejo manj etično vedenje, kamor spada tudi neukrepanje (Lachman, 2009 cited in Lachman, 2010). Moralni pogum je v literaturi opredeljen tudi kot posameznikova sposobnost, da premaga strah pri upoštevanju temeljnih etičnih in osebnih vrednot v praksi. To je sposobnost strokovnjaka, da govori in dela kar je prav in se pri tem ne čuti zastraševanega (Lachman, 2010), premaguje osebne strahove in pretvori moralne namere v dejanja kljub notranjim in /ali zunanjim pritiskom, da bi storil drugače (Rather, et al., 2016).

Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ki delujejo z moralnim pogumom, to počnejo, ker njihova predanost pacientu odtehta vse pomisleke (LaSala & Bjarnason, 2010). Zmerna raven poguma je občudovanja vredna, navajajo Sadooghiasl, et al. (2016), Dinndorf-Hogenson (2015) pa dodaja, da še tako jasne vrednote brez moralnega poguma nimajo prave vrednosti.

Moralni pogum v zdravstveni negi pomeni za zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi, biti odločen, delati pravo stvar na podlagi moralnih vrednot, vključno s prepoznavanjem tveganj, s katerimi se sooča (Sadooghiasl, et al., 2016). Za moralni pogum je značilno, da se zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, v času težke izkušnje soočajo s strahom in obvladovanjem tveganja. Gre za ustrezen odziv in premagovanje strahu, sprejemanje tveganj, ustreznih stališč glede zahtevnih vprašanj in zagovarjanje vrednot (Sadooghiasl, et al., 2016). Z moralnim pogumom se oblikujejo

moralne sposobnosti, s katerimi je lažje opravljati poklicno delo. Tako se lažje premaguje ovire, pogosteje uporablja strokovno znanje za razumevanje, interpretacijo in presojanje kliničnih situacij ter zagotavlja podlago za spoštovanje človekovih pravic, varnosti in pravičnosti, vse za dobrobit pacienta (Lindh, 2009 cited in Numminen, et al., 2017).

Rezultat moralnega poguma zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, je profesionalna odličnost, ki vključuje strokovno skrb, pravilno odločanje, uspešnost in duševni mir (Sadooghiasl, et al., 2016).

Lachman (2010), predlaga delo po načelih »CODA«, da bi si zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, lažje zapomnili kaj velja za moralno pogumno: »pogum, obveznosti, obvladovanje nevarnosti in izražanje«. Okrajšava »CODA«, prirejeno po doktorici Lachman (2010):

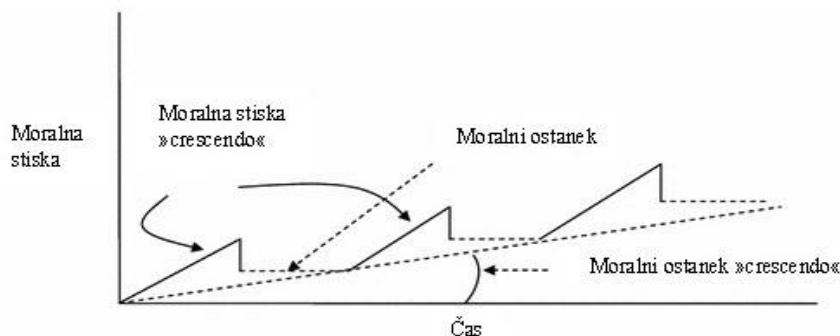
- Celovito zagovarjanje temeljnih vrednot in pripravljenost premagovanja strahu, kar predstavlja (moralni) pogum zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi,
- Obveznost sledenju pravil kodeksa etike,
- Dejavnosti za obvladovanje nevarnosti, s poudarkom na razvoju kognitivnih strategij in pripravljenost na spreminjajoče dejavnike,
- Asertivnost pri uporabi pogajalskih strategij ob posameznih kliničnih primerih.

Ista avtorica tudi navaja, da bi morali zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, poznati svoje obveznosti, se znati umiriti v situacijah, v katerih imajo občutek, da se je lahko nevarno upreti in poučiti, kako ukrepati naprej (Lachman, 2012).

Raziskovalci poudarjajo, da je v pozitivnem delovnem okolju, v katerem se poudarja in spodbuja uporabo moralnega poguma, obravnava in reševanje moralne stiske lažja in uspešnejša (Musto, et al., 2015).

Moralni ostanek (angl. moral residue) opisuje dolgotrajna čustva, ki vztrajajo tudi potem, ko je moralno naporno dejanje že minilo (Epstein & Hamric, 2009). Ti "ostanki" zagotavljajo nov temelj za prihodnjo moralno stisko torej, če zdravstveni delavci,

zaposleni v zdravstveni negi, večkrat dovoljujejo, da so resno ogroženi zaradi moralne stiske, bodo njihovi moralni ostanki naraščajoči (Epstein & Delgado, 2010). Ponavljajoče se izkušnje moralne stiske z moralnimi ostanki in izguba moralne integritete se kažejo tako na osebnem (anksioznost, depresija) kot tudi na strokovnem nivoju (izogibanje pacientom, izgorelost). Moralni ostanek je težko raziskovati in še težje opredeliti, saj se ne pojavlja po nekem vnaprej predvidenem vzorcu in ni časovno opredeljen (Epstein & Hamric, 2009). V literaturi je pogosto opisan pojav »**crescendo učinek**« (naraščajoč učinek), ki združuje interakcijo dveh pomembnih dejavnikov, ki jih doživljajo zaposleni v zdravstvu: povečanje moralne stiske in povečanje moralnih ostankov. Crescendo učinek lahko opišemo kot proces, ki ga zdravstveni delavec, zaposleni v zdravstveni negi, doživlja v času zdravljenja in zdravstvene oskrbe pacienta. V zaključku pacientovega akutnega zdravljenja (ko je zdravljenje ustavljeno ali se je njegovo stanje izboljšalo) se akutna moralna stiska zmanjša. Vendar boleča občutja za zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi, niso popolnoma odpravljena. Ostaja nekaj moralnega ostanka, ki služi kot nova osnova za naslednjo moralno stisko. Ko se pojavijo ponavljajoči in vse močnejši *crescendo učinki*, se moralni ostanek postopoma poveča in nastane drug *crescendo*. Takšno stalno povečevanje izhodiščnega moralnega ostanka lahko ustvari vedno višje *učinke crescenda*. V novih situacijah se pojavijo vedno močnejše reakcije in zgodnejše stiske. Moralni ostanek je posebej opazen, ko se v posamezni enoti, timu ali posamezniku etični problemi in pojavljanje moralne stiske ne obravnavajo sproti. Enake oz. podobne izkušnje imajo zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, pri zdravstveni oskrbi pacientov s podobno problematiko, posledično se pojavi večja moralna stiska in vedno večji moralni ostanek. To pomeni slabšo zdravstveno oskrbo vseh nadaljnjih pacientov, pri kateri čuti zdravstveni delavec, zaposlen v zdravstveni negi, podobno stisko (Epstein & Hamric, 2009).



Polna črta pomeni moralni stres, prekinjena črta pa pomeni moralni ostanek.

Slika 2: Model crescendo efekta

(Vir: Epstein & Hamric, 2009)

This figure is copyrighted by The Journal of Clinical Ethics, and is used with its permission. It originally appeared in E.G. Epstein and A.B. Hamric, "Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect," *The Journal of Clinical Ethics* 20, no. 4 (Winter 2009): 330-42.

Pridobljeno soglasje za objavo slike: LeBlanc, Leslie. Managing Editor, *The Journal of Clinical Ethics*, 7. 1. 2021.

Model crescendo učinka (slika 2) prikazuje, kako so moralne stiske in moralni ostanki tesno povezani, čeprav govorimo o različnih konceptih. Kopičenje moralnih ostankov je odvisno od ponavljajočih se izkušenj moralne stiske. Po zmanjšanju moralne stiske in po modelu crescendo učinka se predvideva, da se ostanek zadrži, če stiske ne rešimo na zadovoljiv način. Moralni ostanek crescendo je vsekakor dolgoročno zelo škodljiv. Ukrepanje pa mora biti po mnenju strokovnjakov že v zgodnejših fazah – ob pojavu moralne stiske. Glede na negativne učinke, ki so povezani s tem pojavom, je prvo ukrepanje možno s priznanjem in z ustrezno obravnavo moralne stike pri zaposlenih, ki to občutijo in ki so vključeni v konkretne situacije. Ostanek moralne stiske se nalaga počasi, pa vendar je odziv pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, vedno močnejši, saj ključno nalogo opravijo pretekle nerešene izkušnje. Močne reakcije namreč dosežejo visoko intenziteto predvsem na emocionalnem področju, kar so raziskovalci povezali z ogrožanjem moralne integritete, kjer pa pacienti verjetno niso pravo žarišče moralne stiske. Ponavljajoče izkušnje moralne stiske kažejo na globlje sistemske probleme, na slabo komunikacijo, neustrezno sodelovanje med posameznimi strokami v zdravstvenem sistemu, zaznana je lahko neustrezna razporeditev moči v sistemu. Crescendo učinek je multidisciplinarno vprašanje, ki izhaja iz struktur, v katerih se zagotavlja ustrezna oskrba (Epstein & Hamric, 2009).

Crescendo učinek se doživlja kot posledica povečane moralne stiske in povečanih moralnih ostankov. Neupoštevanje katerega koli od teh (ne)povezanih pojavov lahko privede do treh možnih vzorcev vedenja:

- izkušnje močne moralne občutljivosti in umik iz situacij z etično zahtevnimi bolniki,
- ugovor vesti kot izražanje mnenja, npr. zavrnitev skrbi za pacienta na umetni življenjski podpori, ki jo zdravstveni delavec, zaposlen v zdravstveni negi, dojema kot nesmiselno za pacientovo okrevanje,
- izgorelost in zapustitev službe ali celo poklica (Epstein & Hamric, 2009; Shepard, 2010; Wiegand & Funk, 2012).

Možne posledice moralne stiske in moralnega ostanka vključujejo poznejšo otplost do etično zahtevnih situacij in/ali zapustitev delovnega mesta ali poklica (Epstein & Delgado, 2010).

Moralnega problema ne zaznajo vsi na enak način in v enaki intenziteti. Da je moralni problem viden – opažen, je potrebna **moralna občutljivost** (angl. moral sensitivity). O moralni občutljivosti govorimo, kadar so prisotni: zaznavna sposobnost, zavedanje za izboljševanje, zaznana potreba po dodatnem znanju in usmerjanju. Posameznik z opazovanjem razvija opažanja, uveljavlja svojo občutljivost in vse to nadgrajuje z lastnimi ali tujimi izkušnjami iz prakse. Torej samo izkušnje iz prakse niso dovolj (Ramos, et al., 2016).

Moralna občutljivost je pozitivna, je spretnost za prepoznavo etičnega problema ali etično razsežnost situacije, tudi ko konflikt ni zaznan. To vključuje vsestransko razumevanje pacientove ranljivosti, vključujoč etične posledice odločitve, ki jo sprejeme zdravstveni delavec, zaposleni v zdravstveni negi, v pacientovem imenu. Je predpogoj za odločanje in angažiranje (Huang, et al., 2015). Moralna občutljivost je dinamična, se razvija in je tesno povezana z negotovostjo in moralnim neudobjem (Ramos, et al, 2016). Lützén in sodelavci (2010) navajajo, da moralna občutljivost zahteva empatijo, razumevanje drugih in tudi poklicno obveznost zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi, da ohrani integriteto pacienta.

Kadar zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, opravijo moralno pomembno dejanje, pogosto pričakujejo pohvalo; nasprotno pa, kadar ne izvedejo moralno pomembnega dejanja, pogosto pričakujejo obsojanje ali drugo obliko obsodbe. To je Eshleman (2018) opredelil kot **moralno odgovornost** (moral responsibility). Pravi, da je osebno moralno odgovornost mogoče pripisati samemu sebi (npr. prevzeti moralno odgovornost za moralno pomembno dejanje). Isti avtor navaja, da ima moralna odgovornost v filozofiji več razsežnosti: opredelitev pojma moralna odgovornost, z upoštevanjem določenih meril (kdo ali kaj opredeljuje moralno odgovornost), opredelitev pogojev, pod katerimi velja moralna odgovornost in vpliv dodatnih dejavnikov, ki vplivajo nanjo (značajske poteze zaradi katerih se je ukrepanje/neukrepanje izvedlo, posledice).

Moralna vzdržljivost/odpornost/vztrajnost (moral resilience) je bila opredeljena kot „sposobnost posameznika, da ohrani ali obnovi svojo integriteto kot odziv na moralno kompleksnost, zmedo, stisko ali nazadovanje“ (Rushton, 2016). Moralna odpornost je tako kot druge oblike odpornosti zgrajena kot odziv na težave in je specifičen kontekst, v katerem je odpornost mogoče razumeti in uporabiti za moralne vidike življenja s posebnim poudarkom na integriteti (Mealer & Jones, 2013).

Moralna negotovost (moral uncertainty) je značilnost človeškega življenja in se razume kot negotovost glede etičnosti izvedenega dejanja ali težave pri opredelitvi ukrepa kot pravilnega ali ne (Ramos, et al., 2016), oz. ko nismo prepričani, katera moralna načela ali vrednote veljajo ali kakšen je moralni problem (Jameton 1984 cited in Wilson, 2017).

Moralna **avtonomija** (moral agency) pomeni bogatejšo moralno razsežnost zdravstvene nege, kot je opredeljena v kodeksih etike. Kodeksi zagotavljajo dragocene osnutke deontoloških pravil, ki jim poklic mora slediti, vendar so tam opredeljeni le skopi vidiki razsežnosti zdravstvene nege (Carnevale, 2013). V filozofiji je avtonomija opredeljena kot zmožnost osebe, da sodeluje pri namernem ukrepanju, ki je moralno pomembno, to je spretnost odločitve med: dobro –slabo, prav – narobe, pravično – nepravično (Rodney, et al., 2012 cited in Carnevale, 2013). Carnevale (2013) ugotavlja, da je strategija za boljše prepoznavanje moralne avtonomije zdravstvenih delavcev, zaposlenih v

zdravstveni negi, verbalno in neverbalno sodelovanje in izražanje ustreznih stališč zdravstvene nege tako v praksi kot na raznih razpravah. »Glas« je ključni vidik avtonomije in zagovornišva. Osebe, ki v svojih delovnih okoljih uspešno uporabljajo moralno avtonomijo, oz. zagovornišvo, imenujemo **moralni posredniki/zagovorniki** (moral agent). Moralne posrednike lahko opredelimo kot strokovnjake, ki si prizadevajo najti/poiskati ustrezno stališče in ga aplicirajo v praksi. Moralni posrednik je torej tisti, ki ima pogum za delovanje po etičnih načelih in kompetencah v praksi (Lachman, 2010).

Neka oblika **moralne napetosti** (moral tension) je verjetno neizogibna v zdravstveni oskrbi, saj ni vedno mogoče zagotoviti oskrbe glede na lastne ideale. Lahko bi celo trdili, da lahko stopnja moralne napetosti izboljša kakovost oskrbe, saj ohranja določeno občutljivost za moralna vprašanja. Strokovnjaki z najvišjimi standardi glede dobre oskrbe so bolj nagnjeni k doživljanju moralne napetosti in to so tisti strokovnjaki, ki jih praksa najbolj potrebuje. Če moralna napetost postane moralna stiska, je kakovost oskrbe ogrožena, ker lahko utrpi škodo notranja motivacija posameznika, ki zagotavlja dobro oskrbo. Zato sklepamo, da je potrebno intenzivnost moralne stiske čim bolj zmanjšati (de Veer, et al., 2013).

Koncept **moralne učinkovitosti** (moral efficacy) izhaja iz socialne kognitivne teorije Alberta Bandure o lastni učinkovitosti, torej samoučinkovitosti (Hannah, et al., 2011). Socialna kognitivna teorija meni, da so posamezniki posredniki, katerih namerna dejanja vplivajo na potek dogodkov v njihovem življenju. V skladu s tem nanje vplivajo zunanje okolje, intrapersonalne spremenljivke in specifična vedenja, ki jih izberejo, vsaka od njih pa na vzajemen način vpliva na druge. Samoučinkovitost pomeni, da posamezniki verjamejo v ustrezno vedenje, ki vodi k želenemu rezultatu. Učinkovitost ni stabilna lastnost, ampak se močno razlikuje po področjih in situacijah. To pomeni, da ima posameznik lahko nizko samoučinkovitost za eno nalogo, hkrati pa ima visoko učinkovitost pri drugačni vrsti naloge (Bandura, 2012).

Samoučinkovitost je zanimiva za proučevanje moralne stiske, ker teorija obravnava, v kolikšnem obsegu bodo posamezniki vztrajali in se motivirali v nasprotju s stisko. Ravni samoučinkovitosti vplivajo na sposobnost spoprijemanja s težavnimi situacijami in

regulacijo čustvenih stanj. Poleg tega se je izkazalo, da samoučinkovitost vpliva na izločanje kateholamina (hormon nadledvične žleze, ki se izloča v času izrazitega fizičnega ali/in psihičnega stresa), ki ima pomemben vpliv na stres in depresijo. V skladu s socialnokognitivno teorijo lahko posamezniki z ustreznimi smernicami povečajo raven lastne učinkovitosti. Samoučinkovitost se lahko poveča na štiri načine:

- obvladovanje izkušenj, v katerih posamezniki uspešno premagujejo izzive,
- socialno modeliranje, v katerem ljudje opazujejo druge pri premagovanju izzivov v podobnih situacijah,
- družbeno prepričanje, če so ljudje prepričani, da verjamejo vase, so vztrajnejši,
- spremljanje čustvenih stanj – učinkovitost se krepi z gradnjo fizične moči in vzdržljivosti ter z zmanjševanjem tesnobe.

Vsi ti koraki skupaj vplivajo na odločitve ljudi in samorazvoj. Tako lahko igra samoučinkovitost, zlasti moralna samoučinkovitost, ključno vlogo pri izkušnjah zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi in odzivih na moralno stisko (Bandura, 2012).

2.2.2 Model moralne stiske

Spodaj opisan model moralne stiske je le eden od modelov, ki so dostopni v literaturi. Zaradi kompleksnega opisa smo izbrali model moralne stiske avorice Georgina Morley (2018), ki ga opisuje v svoji doktorski disertaciji z naslovom »What is 'moral distress' in nursing and how should we respond to It?« Njen Model moralne stiske zajema opredelitev moralne stiske, rizične dejavnike, ki povečujejo/ublažujejo moralne dogodke, odzive na moralno stisko in interakcijo moralne stiske z drugimi sorodnimi pojmi.

Tessman (2015 cited in Morley, 2018) navaja, da se zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, pogosto soočajo z etično dilemo, v kateri se nenehno pogojujejo moralne zahteve in hkrati soočajo z neizogibnim moralnim neuspehom. Zaradi narave oskrbe, kompleksnosti etičnega odločanja in moralne zahteve se počutijo obsojeni na moralni neuspeh in zato občutijo negativna čustva, povezana z moralno stisko.

Morley (2018) navaja ta čustva:

- jeza in ogorčenje – prevladujoča in močna čustva, ki so najpogosteje izražena tako

- z besedo kot z govorico telesa in obrazno mimiko (Morley, 2018). Jeza je pogosto povezana s sodbami o pravičnosti in spoštovanju (Molewijk, et al., 2011),
- frustracija – povezana je z občutkom krivde, omejenosti in vpletenosti v izvajanje moralne napake, pojavlja se tudi v kontekstu moralne negotovosti,
 - občutek krivde – pojavi se zaradi dejanj in nedejavnosti med moralnimi dogodki. Krivda je povezana z moralnimi omejitvami (narejen kompromis) in moralno negotovostjo (dvom o pravilnosti izvedenih dejanj),
 - obžalovanje – povezano z občutkom neuspeha, npr. pri komunikaciji,
 - žalost – izražena v moralnih konfliktih in dilemah, predvsem v čustveno težkih situacijah zaradi neizpolnjenih moralnih zahtev in se čuti še dolgo po začetnem dogodku,
 - občutek raztrganosti – pogosto povezan z moralno negotovostjo in dilemami. Pojavi se, ko se posameznik ne zmore odločiti, katera moralna zahteva mora biti izpolnjena,
 - nemoč – pojavi se, ko gre za etično odločanje v klinični praksi. Nemoč je skupek mnogih čustev, npr. razočaranje, jeza in se zgodi med moralnimi konflikti in/ali ob izkušnjah omejitve,
 - stres – simptomi stresa, kot npr. težave s spanjem in nočne more (Morley, 2018).

Morley (2018) opisuje pet stopenj moralnega dogodka, ki so povezani s čustvi:

1. *Moralna omejitev* – posameznik občuti jezo, frustracijo, nemoč, krivdo, kar ga omejuje pri izvedbi dejanja, ki bi ga bi bilo potrebno izvesti. Posameznik čuti/ve/verjame, katere moralne zahteve bi moral izpolnjevati, vendar tega ne more zaradi zaznanih ali realnih omejitev. Omejitve so zunanje in notranje (Epstein & Hamric 2009), med seboj jih je težko razmejiti, se pa med seboj povezujejo (Morley, 2018). Pri tovrstnih dogodkih ne pride do moralnega ostanka.
2. *Moralni konflikt* – posameznik občuti žalost, krivdo, obžalovanje, nemoč; ni trajnih posledic, torej ni zaslediti moralnega ostanka. Posameznik čuti/ve/verjame, katero moralno zahtevo je potrebno zamenjati z drugo, ustrežnejšo, pa je zaradi omejitev posamezniku preprečeno, da bi jo sprejel.
3. *Moralna dilema* – negativna čustva, ki jih izkusi posameznik, imajo dolgoročne posledice, zato ob moralnih dilemah ostajajo moralni ostanki. Posameznik se ne

more odločiti oz. ne more izpolniti dveh ali več dokončnih moralnih zahtev, ki niso nadomestljive.

4. *Moralna napetost* – zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, lahko čuti/ve/verjame (za namen akcijskega vodenja), katero moralno zahtevo je treba izpolniti, vendar se počuti omejeno/prisiljeno in se zato vzdrži dejanskega konflikta. Prepričan je, da je bila storjena moralna napaka. Ni moralnega ostanka.
5. *Moralna negotovost* – posameznik je negotov ali se ne more odločiti, katero moralno zahtevo je treba izpolniti. Občuti lahko raztrganost, frustracijo, krivdo, razburjenje. Če je moralna zahteva dokončna, potem lahko izkusi moralni ostanek (Morley, 2018).

Vzročni dejavniki, ki poleg negativnih čustev vplivajo, da določena izkušnja posameznika »postane« moralna stiska, so (Morley, 2018):

- empatija – osebna ali poklicna povezava med zdravstvenim delavcem, zaposlenim v zdravstveni negi, in pacientom preko moralnih dogodkov (Morley, 2018). Empatija se nanaša na sposobnost razumevanja in deljenja občutkov drugega. Čeprav se lahko opiše kot hoja v tujih čevljih, zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ne bi smeli preveč trpeti s pacientom (Bollmann & Gorke, 2017). Tisti, ki imajo večji občutek za empatijo, bodo bolj verjetno doživeli moralno stisko (Morley, 2018),
- bližina – zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, zaradi nenehne bližine in delitve čustvene izkušnje s pacientom težje najde čustveno razdaljo, kar pomeni večjo čustveno stisko,
- odgovornost – spoznavanje in sprejemanje poklicne odgovornosti povezuje posameznika z moralnim dogodkom in posledično ustvarja moralno stisko.

Morley (2018) trdi, da obstajajo vzročne povezave med moralnimi dogodki in čustvenimi odzivi zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi. To lahko pojasni dvom, zakaj nekateri posamezniki doživljajo moralno stisko, medtem ko drugi ne:

- občutki posameznika: drugačne ali samousmerjene empatije za posameznika, ki sodeluje pri moralnem dogodku; in/ali priznanje in sprejemanje občutka osebne/poklicne odgovornosti do tistih, ki so vključeni v moralni dogodek, tudi

- do sebe,
- zdravstveni delavec, zaposlen v zdravstveni negi, ima v času in prostoru edinstven odnos do moralnega dogodka,
 - zdravstveni delavec, zaposlen v zdravstveni negi, doživlja sebi specifično kombinacijo čustev po vključitvi v moralni dogodek.

Morley (2018) navaja štiri možne odzive na moralno stisko:

- umik: zgodi se po večkratni izpostavljenosti moralnim vprašanjem in neuspešnim poskusom spreminjanja izida ali vpliva,
- privolitev: strinjanje, zavedanje moralnega dogodka, vendar se izid preprosto sprejme brez pogajanja, oz. se poskuša od dejanja zavestno distancirati:
 - nezmožnost sočutja,
 - izgorelost,
 - zapustitev poklica in delovnega mesta,
- boj: odločenost za obravnavanje moralnih vprašanj, torej moč za vzpostavitev in obnovitev skrbnih odnosov s pacienti, pridobitev nadzora, nadaljevanje s poklicnimi obveznostmi,
- nezadovoljiva rešitev: pomeni dolgotrajno doživljanje občutka krivde in obžalovanja, ki je povezan z moralnimi ostanki.

Moralni neuspeh je neizogibna posledica moralne stiske, ko so zahteve tako velike, da ostanejo moralne zahteve neizpolnjene (Morley, 2018). Tessman (2015 cited in Morley, 2018) trdi, da v moralnem neuspehu ne more biti (polnega) okrevanja in da pri etičnih odločitvah vedno ostaja dvom v pravilno delovanje. Zaradi takih negativnih posledic je ustrezna strategija za obvladovanje moralne stiske preoblikovanje poučevanja etičnih znanj (Morley, 2018), natančneje, navajata Morley in Ives (2017), da naj učenje zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, poteka tako, da bodo etične rešitve predstavljene kot občutljiva tema tudi z neurejenimi in nezadovoljivimi izidi.

2.2.3 Vzroki za nastanek moralne stiske

Kadar zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ne razumejo etične vloge v svoji

praksi in niso podprti s pozitivno etično klimo, lahko oklevajo pri nudenju ustrezne pomoči in zagovarjanju pacientovih pravic. Pri svojem delu ne opravljajo vloge pacientovega zagovornika, kar ni v skladu s politiko profesionalnega vedenja in z etičnimi vrednotami (Robert, 2011 cited in Sauerland, et al., 2014). Pomanjkanje razumevanja in nadaljnje neukrepanje lahko povzročita moralno stisko in moralni ostanek ter na koncu vplivata na sposobnost bolnišnice oz. druge zdravstvene ustanove, da obdrži zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi (Ulrich, et al., 2010; Wilson, et al., 2013).

Raziskovalci, ki raziskujejo področje zdravstvene nege in moralne stiske, opisujejo sodelovanje z manj kompetentnimi sodelavci in manj ustrezni odnosi med strokovnjaki različnih strok, ekonomske omejitve (ustreznost zdravstvenega zavarovanja), pomanjkanje zdravstvenega osebja, njihovo časovno stisko (Eizenberg, et al., 2009 cited in Chen, et al., 2016) in uveljavljene manj primerne ukrepe za podaljšanje življenja kot glavne razloge, da zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ne zmorejo udejanjiti moralne pravice, ki si jo pacienti po njihovem mnenju zaslužijo (Whitehead, et al., 2015; Woods, et al., 2015).

Sektor zdravstvenega varstva je pod velikim pritiskom zaradi finančnih omejitev, ki pogosto najbolj prizadenejo zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi (Fida, et al., 2016). Poleg tega imajo zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, danes pogosto enako količino dela ali še več nalog - čeprav je osebja manj, zdravstvena nega pa postaja vse bolj kompleksna, na primer zaradi novih tehnologij, ki ohranjajo življenja pacientov (Winters & Neville, 2012).

Gaudine, et al. (2011a, 2011b) opredeljujejo najpogostejše etične spore med zdravniki in zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v zdravstveni negi, v kliničnih okoljih, ki so pogosto opisani kot vzrok za nastanek moralne stiske:

- nesoglasje glede načina in/ali možnosti zdravstvene oskrbe in zdravljenja,
- nespoštovanje pacientovih želja,
- pacienti ne prejemajo dovolj kakovostne in varne zdravstvene oskrbe ob izteku življenja,
- neustrezno vedenje pacienta ali njegovih svojcev preprečujejo izvajanje

- kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- pacient in/ali svojci nima/jo popolnega informiranega soglasja ali nimajo vseh potrebnih informacij o zdravstvenem stanju in zdravljenju,
 - zaposleni ne prepoznajo »narediti pravo stvar«,
 - sistemske omejitve za kakovostno oskrbo,
 - osebne vrednote so v nasprotju s pacientovimi vrednotami ali življenjskimi odločitvami,
 - možno ali zaznano pomanjkanje oskrbe zaradi pomanjkanja strokovne usposobljenosti.

Hamric (2012) je opredelil tri skupine dejavnikov, ki najpogosteje povzročijo moralno stisko:

- klinične situacije (umiranje, neinformirano soglasje/privolitev v zdravljenje, delo z nekompetentnimi sodelavci),
- notranje omejitve (pomanjkanje moralne občutljivosti/kompetenc, pomanjkanje znanja, pomanjkanje razumevanja celovitosti situacije, zaznano pomanjkanje avtonomije in moči za ukrepanje),
- zunanje omejitve (hierarhije v zdravstvenem sistemu, neustrezna komunikacija med sodelavci v timu, organizacijska politika, prednostne naloge, ki so v nasprotju s potrebami pacientov).

2.2.4 Posledice moralne stiske

Literatura navaja, da je moralna stiska pomembna v stroki zdravstvene nege, ker lahko vodi v temeljito spremembo osebnih izkušenj vse do izgorelosti (Dalmolin, et al., 2012).

Moralna stiska je povezana z nezadovoljstvom pri delu, fluktuacijo in prezgodnjim upokojevanjem. To so negativne posledice in zaradi njih bi se morala moralna stiska reducirati. Malo raziskav zasledimo o dejavnikih na delovnem mestu, ki bi pojasnili katere situacije lahko povzročijo moralno stisko. Zadovoljstvo na delovnem mestu je povezano s pogoji in okoliščinami, ki povzročijo moralno stisko (de Veer, et al., 2013), izgorelostjo in fluktuacijo (Cavaliere, et al., 2010; Potter, et al., 2010). Raziskovalci in

teoretiki trdijo, da ima moralna stiska tako kratkoročne kot dolgoročne posledice tako na osebno, privatno življenje (slabo razpoloženje, razdražljivost) kot tudi poklicno življenje (težave s koncentracijo, občutki neučinkovitosti) (Pauly, et al., 2012).

Psihične težave, povezane z moralno stisko se občutijo kot jeza, krivda, frustracija, brezup (Dodek, et al., 2016), zamera, občutek nekoristnosti, žalosti, tesnobe, nemoči, sramote, zadrege, bede, trpljenja, strahu, gnusa, ogrožena je osebna integriteta zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi (Gallagher, 2010). Fizični znaki oz. težave pa se kažejo z glavobolom, bolečinam v mišicah, želodčnimi težavami, diarejo, motnjami spanja, utrujenostjo (Dodek, et al., 2016). Negativne posledice moralne stiske prispevajo k čustveni stiski, nepopolni oskrbi, ki se kaže z izogibanjem pacientom ali celo z umikom od pacientov, s slabo in nevarno zdravstveno oskrbo pacientov (Cavaliere, et al., 2010). Ko zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, doživijo moralno stisko, lahko paciente obravnavajo neustrezno in agresivno (Bollmann & Gorke, 2017). Možne posledice moralne stiske in moralnega ostanka vključujejo poznejšo otrplost do etično zahtevnih situacij in/ali zapustitev delovnega mesta ali poklica (Epstein & Delgado, 2010).

Tudi če se moralna stiska večinoma obravnava kot negativna, jo nekateri raziskovalci ocenjujejo tudi kot pozitiven boj, ki omogoča, da se iz lastnih izkušenj učinkoviteje (na)učimo obvladovanja moralne stiske in zavedanja, da se nenehno pojavljajo moralno zahtevne okoliščine (Burston & Tuckett, 2013). Včasih lahko pojav moralne stiske ublažijo že majhni ukrepi. Pozitivne posledice so zadovoljstvo, zaposlovanje tj. pridobivanje in ohranjanje zaposlenih in zagotavljanje varne in kompetentne oskrbe bolnikov (Pauly, et al., 2012).

2.3 ETIČNA KLIMA

Taraz, et al. (2019) so prepričani, da je etična klima »osebnost« vsake organizacije. Koskenvuori, et al., (2017) so etično klimo opisali kot vrsto organizacijske delovne klime in skupno dojetje etično pravilnega vedenja in delovanja ter politiko obravnavanja etičnih vprašanj v organizaciji. Etična klima v zdravstveni negi pomeni, da zdravstveni

delavci, zaposleni v zdravstveni negi, prepoznajo potrebe po obravnavi etičnih vprašanj v svojem delovnem okolju (Olson, 1995) in v kakšnem kontekstu zmorejo sprejemati etično korektno vedenje (Victor & Cullen, 1988 cited in Atabay, et al., 2015). Etična klima odraža politiko, postopke in prakse organizacije v zvezi z moralnimi vprašanji in njihov vpliv na etična prepričanja in vedenje zaposlenih (Olson, 1998). Etična klima delovne enote je pomemben element, ki vpliva na strokovno in etično prakso zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi. Kljub temu pa se pričakuje, da bodo le-ti, ne glede na okoljske razmere, strokovno usposobljeni za zagotavljanje kakovostne oskrbe iz etičnega in kliničnega vidika (Numminen, et al., 2015).

V literaturi lahko zasledimo več vrst etične klime:

- *etična klima skrbi* – ustreza organizacijam, v katerih posamezniki dajejo prednost dobremu počutju vseh interesnih skupin. V takem ozračju se zaposleni zavedajo, da se etična vprašanja dotikajo vseh, vključno s celotno družbo (Atashzadeh Shorideh, et al., 2012),
- *deontološka etična klima* – predstavlja delovno okolje, v katerem so najpomembnejša skrb zaposleni, da se čim bolj držijo organizacijskih pravil in prepisov (Victor & Cullen, 1988 cited in Atabay, et al., 2015),
- *organizacijska etična klima* – to je okolje, kjer se pričakuje, da zaposleni upoštevajo kodekse svojih poklicev in obstoječi pravni sistem (Victor & Cullen, 1988 cited in Atabay, et al., 2015),
- *neodvisna etična klima* – označuje vzdušje, v katerem se deontološka perspektiva uporablja na individualni ravni. Zaposlene se spodbuja, da ravnajo v skladu z etičnimi vrednotami (Victor & Cullen, 1988 cited in Atabay, et al., 2015),
- *instrumentalna etična klima* – ustreza izkoriščanju z vidika egoizma tako na individualni kot lokalni ravni. Zaposleni se večinoma zanimajo za zadovoljitev lastnih interesov (Atashzadeh Shorideh, et al., 2012).

Skrbno etično okolje je sestavljeno iz pozitivnih skupinskih procesov, sodelovanja in medsebojnega sodelovanja med člani enote ali organizacije. Odprto in skrbno okolje bi moralo olajšati moralno učinkovitost zaradi socialnega modeliranja in obvladovanja izkušenj. Rathert, et al. (2016) trdijo, da lahko bolj skrbna, sodelovalna in pozitivna etična

klima pomaga zaposlenim, da lažje razvijejo spretnosti za reševanje etičnih sporov in dilem.

Pri uresničevanju etično in klinično kakovostne oskrbe bi morali sodobni sistemi zdravstvenega varstva upoštevati povezavo etične klime z naslednjimi vprašanji: problem odhajanja/zapustitev delovnega mesta in poklica zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, zadovoljstvo pri delu, usposobljenost zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi in ustrezno usmerjanje ob nastopu etičnih problemov (Aiken, et al., 2012).

Kot najpomembnejši dejavnik za spodbujanje pozitivne etične klime so Silén, et al. (2012) izpostavili zagotavljanje ne le ustrezne, ampak tudi kvalitetne zdravstvene oskrbe. To se kaže v dobrem timskem delu in visoko postavljenem standardu vedenja, kar pa je predpogoj za zagotavljanje dobre oskrbe. Drugi dejavniki, ki vplivajo na etično klimo pa so še: sprejemanje in dajanje podpore (vzajemnost in zadovoljevanje potreb po informacijah) ter skupna odgovornost (timsko delo, določitev pravil vedenja). Etična klima je eden od osnovnih elementov etičnega odločanja in zagotavlja kontekst za dobro poklicno delovanje (Hwang & Park, 2014).

Moralna stiska je torej močno povezana z etično klimo v organizaciji in tudi z zadovoljstvom pri delu (de Veer, et al., 2013), s pomanjkanjem časa za pacienta, pomanjkanjem materialov in opreme za strokovno oskrbo (Atabay, et al., 2015), z izvajanjem slabše zdravstvene oskrbe pacienta, kot bi jo morali, kadar opazujejo trpljenje pacienta in kadar je povzročena škoda pacientu zaradi napak v komunikaciji med osebjem (Woods, et al., 2015). Slaba komunikacija in nezaupanje nekompetentnim sodelavcem v zdravstveni negi sta dva med glavnimi razlogi za doživljanje moralnih stisk (Trautmann, et al., 2015; Woods, et al., 2015), prav tako pa so razlog tudi slabi medosebni odnosi in pomanjkanje komunikacije z zdravniki (Sauerland, et al., 2014).

Raziskave v Sloveniji kažejo dokaj dobro raziskanost področja stresa in izgorelosti na delovnem mestu pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, ki delujejo na različnih področjih dela, npr. psihiatrija, bolnišnica, klinika (Bregar, et al., 2011;

Milojčić, 2012; Strauch, 2012; Ovčar, 2015) in ob specifičnih – neželenih dogodkih (Filipovič, 2011). Moralne stiske zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, pa je področje, ki je v našem prostoru zelo slabo raziskano. Jeršin (2013) je raziskovala moralni stres pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, v dveh slovenskih bolnišnicah pri hudo bolnih in umirajočih. Ugotavlja, da se le-ti vsakodnevno srečujejo z moralnim stresom, ki je povzročen z moralno etičnimi dilemami. Nekaj raziskav je zaslediti tudi s področja etičnih dilem (Hošnjak, 2009; Ham, 2012), katerih prisotnost in nepravilno reševanje vodi v moralno stisko, vendar le-ta ni natančneje opredeljena.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Zdravstvena obravnava je zelo zahtevna naloga za vse poklicne skupine, ki se vključujejo v sistem obravnave pacienta, družine ali celotne skupnosti. Pogosto se srečujejo s težkimi situacijami, ki zahtevajo visoko raven strokovnega in etičnega znanja. Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, morajo biti v procesu odločanja občutljivi na vprašanja iz področja etike in moralnega odločanja, saj so v proces obravnave nenehno vključeni. Izkušnja moralne stiske in njihove posledice imajo na izvajalce zdravstvene oskrbe pogosto negativni vpliv. S pomočjo poznavanja teoretičnih pojmov, raziskovanja in strategij obvladovanja tega pojava lahko zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, pridobijo moč za implementacijo teorije v prakso in tako lažje obvladujejo moralno stisko. Namen raziskovanja je torej proučiti razširjenost pojava »moralna stiska« med zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v zdravstveni negi, na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva v Gorenjski regiji ter povezati moralno stisko z etično klimo, katero zaznavajo zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, v posameznih kliničnih okoljih.

Cilj magistrskega dela je opredeliti moralno stisko in ugotoviti njeno pojavnost (pogostost in intenziteto) v omenjeni regiji. Z raziskavo želimo ugotoviti tudi v kakšni povezavi so pogostost in intenziteta moralnih stisk ter etična klima v kliničnih okoljih. S pomočjo literature želimo opredeliti dejavnike, ki vplivajo na pozitivno etično klimo v kliničnih okoljih.

Cilji magistrskega dela so:

1. ugotoviti pogostost in intenziteto moralnih stisk pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi,
2. ugotoviti povezanost etične klime s pogostostjo in intenziteto moralne stiske,
3. ugotoviti povezanost pojava moralne stiske s pogostostjo pojavljanja etičnih dilem in redno obravnavo le-teh ter namero po zapustitvi delovnega mesta oziroma poklica,

4. ugotoviti povezanost etične klime z obravnavo etičnih dilem.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Za proučevanje pojava moralne stiske v posameznih kliničnih okoljih smo v okviru magistrskega dela postavili naslednje hipoteze:

- H1a: Pogostost moralne stiske pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi se razlikuje glede na področje dela.
- H1b: Intenziteta moralne stiske pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi se razlikuje glede na področje dela.
- H2a: Višja pogostost moralne stiske je povezana s pogostejšimi mislimi o spremembi delovnega mesta.
- H2b: Višja intenziteta moralne stiske je povezana s pogostejšimi mislimi o spremembi delovnega mesta.
- H3a: Ugodna etična klima je negativno povezana s pogostostjo moralne stiske.
- H3b: Ugodna etična klima je negativno povezana z intenziteto moralne stiske.
- H4: Redna obravnava etičnih dilem je pozitivno povezana z ugodno etično klimo.
- H5a: Pogostost izkušenj z etičnimi dilemami je pozitivno povezana s pogostostjo moralne stiske.
- H5b: Pogostost izkušenj z etičnimi dilemami je pozitivno povezana z intenziteto moralne stiske.
- H6a: Redna obravnava etičnih dilem je negativno povezana s pogostostjo moralne stiske.
- H6b: Redna obravnava etičnih dilem je negativno povezana z intenziteto moralne stiske.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

3.3.1 Dizajn raziskave

V teoretični del magistrske naloge smo vključili sistematičen pregled literature, metasintezo pregleda dostopne znanstvene in strokovne literature. Za iskanje tuje literature smo uporabili podatkovne baze CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY ONLINE LIBRARY in PUB MED. Pri tem smo uporabili naslednje ključne iskalne zveze: »nurse«, »ethical dilemmas«, »moral distress«, »ethical

climate« v angleškem jeziku. Postavili smo naslednje omejitvene kriterije: obdobje od 2008 do 2018, celotno besedilo članka in jezik besedila v angleščini. Z različno kombinacijo smo ključne besede s pomočjo Boolovih operaterjev OR (ALI) in AND (IN) povezovali med seboj in dobili skupaj 2102 zadetka. Po izločitvi dvojnikov, pregledu izvlečka in celotnega besedila smo v končnem pregledu uporabili 140 člankov. Pregled literature je potekal od junija 2018 do junija 2019.

Za iskanje slovenske literature smo uporabili podatkovno bazo Vzajemna bibliografsko–kataložna baza podatkov COBIB.SI (slovenska podatkovna baza), kjer smo za kriterij postavili slovenski jezik, ključne besede »zdravstvena nega«, »etična dilema« in uporabili Boolov operator IN. Dobili smo 125 zadetkov, od katerih smo po pregledu izvlečka in celotnega besedila uporabili 13 znanstvenih in drugih prispevkov.

V empiričnem delu magistrske naloge smo uporabili neeksperimentalni kvantitativni eksplorativni dizajn. Podatke smo pridobili z enkratnim zbiranjem, uporabili smo tehniko anketiranja.

3.3.2 Instrument raziskave

Uporabili smo strukturiran vprašalnik, sestavljen iz štirih delov. Prva dva dela vključujeta strukturirana validirana vprašalnika, katere smo s pomočjo strokovnjaka za angleški jezik prevedli iz angleščine v slovenski jezik in nato še enkrat v angleški jezik ter primerjali obe različici vprašalnikov. Z manjšimi popravki smo uporabili slovensko različico vprašalnikov. V slovenskem jeziku namreč ob pregledu literature nismo zasledili podobnega vprašalnika, katerega bi lahko uporabili za zbiranje podakov v naši nalogi. Tretji del anketnega vprašalnika vsebuje vprašanja, ki se nanašajo na etične dileme v kliničnem okolju in smo jih sami sestavili za potrebe preverjanja hipotez. S četrtem delom vprašalnika smo zbirali demografske podatke.

Prvi del vprašalnika vključuje validiran vprašalnik, in sicer Moral Distress Scale – MDS (Rice, 2008), ki meri moralno stisko v dveh dimenzijah - pogostost in intenziteto moralne stiske. Vprašalnik Moral Distress Scale temelji na Jametonovem konceptu moralne stiske

v zdravstveni negi (Jameton, 1984, 1992, 1993 cited in Corley, et al., 2008), teoriji konfliktov (House & Rizzo, 1972 cited in Corley, et al., 2008) in teoriji vrednot (Rokeach, 1973 cited in Corley, et al., 2008). Vprašalnik vsebuje 38 trditev, ki jih opredeljujejo naslednji tematski sklopi: delo z zdravnikom, zdravstvena nega, institucionalni dejavniki, akutna oskrba in evtanazija. Stopnja strinjanja je merjena s pomočjo Likertove lestvice, in sicer od 0 do 6, kjer pri merjenju pogostosti moralne stiske 0 pomeni, da se anketiranec v praksi nikoli ni srečal z moralno stisko, ki jo opredeljuje trditev, 6 pa pomeni anketirančevo pogosto doživljanje moralne stiske, ki jo opredeljuje trditev. Pri merjenju intenzitete moralne stiske je prav tako uporabljena Likertova lestvica od 0 do 6, kjer postavka 0 pomeni, da pri navedeni trditvi ni bilo prisotne moralne stiske, 6 pa pomeni najvišjo intenzivnost moralne stiske glede na navedeno trditev.

Drugi del vprašalnika vsebuje validiran vprašalnik o etični klimi – Hospital Ethical Climate Scale – HECS (Sauerland, 2014). Vprašalnik je bil razvit s pomočjo 74 trditev, ki so izhajale iz vsakdanje prakse in so bile skladne z etičnimi vrednotami (Olson, 1998). S pomočjo vzorca so izluščili najzanesljivejše trditve. Vprašalnik tako vključuje 26 trditev o zaznavanju odnosov s sodelavci (4 trditve), s pacienti (4 trditve), z vodji (6 trditev), z ustanovo (6 trditev) in z zdravniki (6 trditev). Stopnjo strinjanja so anketiranci opredelili s pomočjo Likertove lestvice 1-5, kjer 1 pomeni, da se s trditvijo ne strinjajo, stopnja 5 pa pomeni, da se s trditvijo popolnoma strinjajo.

V tretji del vprašalnika smo vključili tri vprašanja o pogostosti doživljanja etičnih dilem na trenutnem delovnem mestu in obravnavi etičnih dilem z vodjem in na oddelčnih sestankih, eno vprašanje po nameri menjave delovnega mesta/slужbe zaradi prisotne moralne stiske in/ali nekonstruktivnega reševanja etičnih dilem ter vprašanje o zadovoljstvu s poklicnim delom.

Vprašalnik smo zaključili s četrtem, tj. zadnjim delom, s katerim smo zbirali demografske podatke.

Zanesljivost instrumenta smo merili s koeficientom Cronbachova alfa (Cronbach α). Čim bližje je vrednost koeficienta Cronbach α 1, večja je zanesljivost vprašalnika; zanesljivost

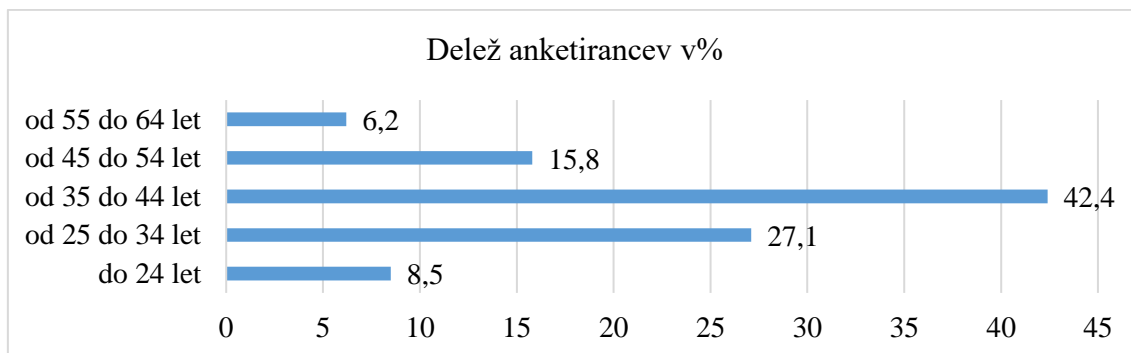
je zelo dobra, če znaša koeficient 0,80 ali več, zmerna, če je vrednost od 0,60 do 0,80 in slaba, če je vrednost koeficienta manj kot 0,60, oz. če ni podatka o zanesljivosti (Sullivan, 2011).

Za vprašalnik Moral Distress Scale – MDS literatura navaja visoko zanesljivost instrumenta, ki je bil merjen s formulo, poznano kot Cronbach α in je znašal 0,82 (Pauly, et al., 2009) oziroma 0,98 (Sauerland, et al., 2014). Pri vprašalniku za merjenje etične klime – Hospital Ethical Climate Scale- HECS, je bila v literaturi prav tako zmerjena visoka vrednost zanesljivosti instrumenta, saj je Cronbach α znašal 0,87 (Hamric, 2012) in 0,90 (Whitehead, et al., 2015) za skupino zaposlenih v zdravstveni negi ter 0,91 (Silén, et al., 2011) za celoten vzorec.

3.3.3 Udeleženci raziskave

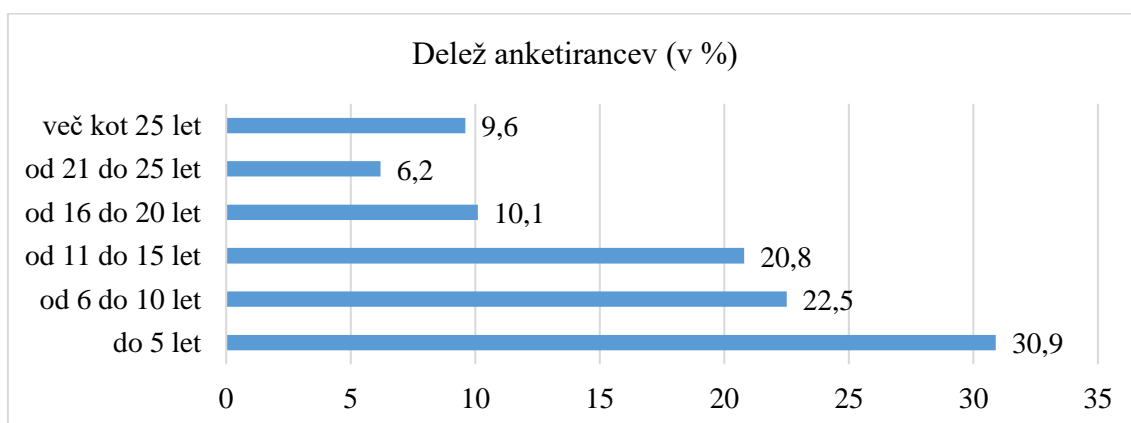
V raziskavo smo povabili vse zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi, na sekundarnem in terciarnem zdravstvenem nivoju na področju Gorenjske (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Splošna bolnišnica Jesenice in Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik), vseh izobrazbenih nivojev (srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege, višja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik, profesor zdravstvene vzgoje in magistrica/magister zdravstvene nege). Predvidena populacija srednjih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov, višjih medicinskih sester, diplomiranih medicinskih sester, profesorice zdravstvene vzgoje in magistrice zdravstvene nege zaposlenih je 438 na sekundarnem in 205 na terciarnem nivoju zdravstvenega varstva (Finančni načrti zavodov za leto 2019).

Soglasje k raziskavi so podale tri ustanove, ena se za sodelovanje ni odločila. Skupaj smo razdelili 318 anketnih vprašalnikov, od tega je bilo vrnjenih 178 vprašalnikov, kar pomeni kar 55,9 % realizacijo vzorca.



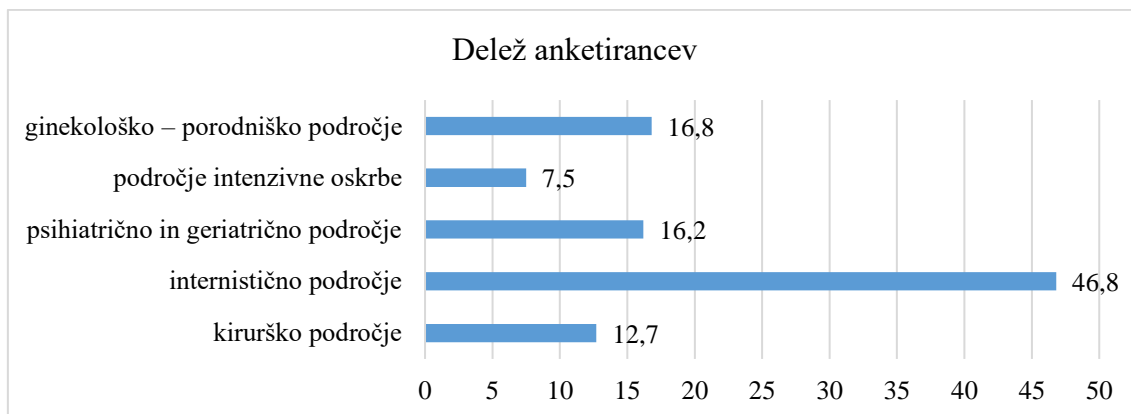
Slika 3: Delež anketirancev po starostnih skupinah (N = 178)

V raziskavi je sodelovalo 86 % žensk (N = 153) in 14 % moških (N = 25). Kot je razvidno s slike 3, je med anketiranimi največji delež pripadel starostni skupini 35 – 44 let.



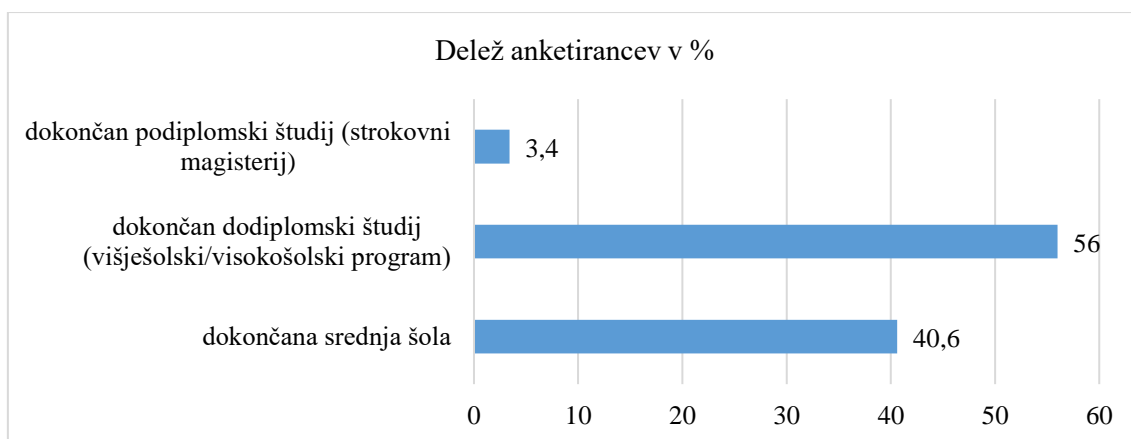
Slika 4: Delež anketirancev glede na trajanje zaposlitve na aktualnem delovnem mestu (N = 178)

Anketiranci na aktualnem delovnem mestu delujejo različno dolgo, natančneje je prikazano v sliki 4.



Slika 5: Delež anketirancev po področjih dela (N = 173)

Glede na področja dela, na katerih anketiranci delujejo, je pripadel največji delež internističnemu področju (46,8 %), ostala področja si sledijo kot je razvidno iz slike 5. Ker smo želeli z namenom lažje statistične analize prikazati izrazitejšo razliko med skupinami, smo manjše skupine po področjih dela poskušali združiti. Tako smo združili skupini »psihiatrično področje« in »geriatrično področje«. Področje »pediatricne zdravstvene nege« pa smo zaradi majhnega odstotka (1,7 %) iz nadaljnje analize izločili v tistem delu obdelave rezultatov, katere hipoteze se nanašajo na področja dela.



Slika 6: Delež anketirancev glede na pridobljeno stopnjo izobrazbe na področju zdravstvene nege (N = 178)

Slika 6 prikazuje stopnjo pridobljene izobrazbe na področju zdravstvene nege. Največji delež anketirancev je pridobilo višješolski/visokošolski naziv, najnižji delež pa je pripadel podiplomski stopnji izobrazbe – podiplomski študij (strokovni magisterij).

Poleg omenjene stopnje izobrazbe, se je 33 anketirancev dodatno izobrazilo še na drugih področjih, in sicer:

- N = 23 anketirancev na visokošolski strokovni ravni,
- N = 6 anketirancev na univerzitetni ravni in
- N = 4 na ravni strokovnega magisterija, ki ga nismo natančneje raziskovali.

Nihče od anketirancev ni pridobil znanstvenih naslovov (znanstveni magisterij in doktor znanosti).

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Po odobritvi dispozicije magistrskega dela (Komisija za magistrska dela), smo po telefonu poklicali pomočnice/pomočnike direktorjev za zdravstveno nego ali se preko elektronske pošte dogovorili za sestanek, kjer smo razložili namen raziskave in predstavili cilje. Po odobritvi izvedbe raziskave v posameznih ustanovah (soglasja: priloga 6.2.1, priloga 6.2.2, priloga 6.2.3), smo se dogovorili za način nadaljnjega sodelovanja. Preden smo anketo začeli v celoti izvajati, smo naredili pilotno anketiranje v eni zdravstveni ustanovi. Anketirali smo 15 anketirancev. Ker nismo zaznali večjih težav pri anketiranju, smo v nadaljevanju izvedli glavno anketiranje. V končno analizo smo vključili tudi ankete pilotnega anketiranja. Pomočnicam/pomočnikom direktorjev za zdravstveno nego sodelujočih zdravstvenih ustanov smo izročili dogovorjeno število anketnih vprašalnikov in v pisni obliki priložili prošnjo za izvedbo raziskave. V svojih ustanovah so razdelili anketne vprašalnike v papirni obliki in jih izpolnjene zbirali v posebnih zaprtih škatlah. Nato so izpolnjene vprašalnike preko poštnih storitev Pošte Slovenije poslali na naš naslov. S tem je bila zagotovljena anonimnost pri zbiranju podatkov. Anketiranje smo izvajali od decembra 2018 do februarja 2019.

3.3.5 Obdelave podatkov

Za analizo pridobljenih podatkov smo uporabili opisno statistiko, kjer smo pri posameznih spremenljivkah določili povprečno vrednost, standardni odklon in deleže. Za ugotovitev razlik med posameznimi skupinami spremenljivk smo uporabili naslednje statistične metode: Kruskal-Wallisov test, t-test za neodvisne vzorce, Levenov test, ANOVO, faktorsko analizo, Post Hoc in Spearmanov koeficient korelacije (povezanosti), kjer pomeni 0,01–0,19 – neznatno povezanost, 0,2–0,39 – šibko povezanost, 0,40–0,69 – zmerno povezanost, 0,70–0,89 – močno povezanost, 0,90–0,99 – zelo močno povezanost in 1,00 – popolno (funkcijsko) povezanost. Mejo statistične pomembnosti je določala vrednost $p \leq 0,05$.

V naši raziskavi smo v prvem sklopu odgovore na vprašanja o *pogostosti moralne stiske* in *intenziteti moralne stiske* obravnavali ločeno, torej smo iz istih vprašanj rezultate delili v dva podsklopa. Iz omenjenih dveh podsklopov vprašalnika o *moralni stiski* in sklopa vprašalnika *etična klima* smo izvedli faktorsko analizo, pri čemer smo uporabili metodo glavnih osi ter poševnokotno rotacijo Direct Oblimin. Z Bartlettovim testom ter mero Keiser-Meier-Olkin (KMO) smo najprej preverili primernost podatkov za uporabo faktorske analize (Gaskin & Happell, 2014). Pri izbiri števila faktorjev smo upoštevali več kriterijev – pojasnjeno varianco, lastne vrednosti, kolenski diagram ter vsebinsko skladnost faktorjev. Iz analize smo izločili vse spremenljivke, katerih faktorske uteži niso dosegle vrednosti 0,4 in tiste, pri katerih so faktorske uteži presegle vrednost 0,4 pri več kot enem faktorju (Pallant, 2010; Kassouf, et al., 2018). Poleg tega smo tudi preverili zanesljivost faktorjev s Cronbach α . Na koncu smo za vsak faktor izračunali novo spremenljivko kot povprečje vseh trditev posameznega faktorja. Cronbach α za vse tri sklope skupaj znaša 0,966, kar pomeni zelo dobro zanesljivost vprašalnika.

Pri pogostosti moralne stiske je bil Bartlettov test statistično značilen ($p < 0,01$), KMO pa je znašal 0,907, torej so podatki primerni za faktorsko analizo. Ustvarili smo pet faktorjev, katerih skupna pojasnjena varianca po rotaciji znaša 61,9 %. Po izločitvi spremenljivk, ki niso zadostovale kriterijem, je od začetnih 38 spremenljivk ostalo 31 spremenljivk, iz katerih smo ustvarili pet faktorjev.

Pri intenziteti moralne stiske je bil Bartlettov test statistično značilen ($p < 0,01$), KMO pa je znašal 0,908, torej so podatki primerni za faktorsko analizo. Ustvarili smo štiri faktorje, katerih skupna pojasnjena varianca po rotaciji znaša 58,0 %. Po izločitvi spremenljivk, ki niso zadostovale kriterijem, je od začetnih 38 spremenljivk ostalo 34 spremenljivk, iz katerih smo ustvarili štiri faktorje.

Pri vprašalniku o etični klimi je bil Bartlettov test statistično značilen ($p < 0,001$), KMO pa je znašal 0,956, torej so podatki primerni za faktorsko analizo. Ustvarili smo tri faktorje, katerih skupna pojasnjena varianca po rotaciji znaša 63,2 %. Po izločitvi spremenljivk, ki niso zadostovale kriterijem, je bila od 26 spremenljivk izločena le 1 spremenljivka.

Ob koncu anketiranja smo zanesljivost merskega instrumenta preverjali s Cronbach alfa koeficientom. Za celotni vprašalnik je Cronbach alfa koeficient znašal 0,966.

3.4 REZULTATI

Rezultati bodo prikazani v obliki frekvenčnih tabel z opisno statistiko za posamezne sklope trditvev (pogostost moralne stiske, intenziteta moralne stiske in etična klima). Nato bodo sledili rezultati faktorske analize s prikazom faktorskih uteži in na koncu še posamezni statistični testi, ki bodo podali odgovore na zastavljene hipoteze.

3.4.1 Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah

Tabela 1: Opisna statistika za pogostost moralne stiske

	N	PV	SO
Slediti moram želji svojcev tudi takrat, ko se ne strinjam, saj ustanova ne želi imeti pravnih tožb.	178	2,87	1,57
Upoštevam želje svojcev o nadaljevanju izvajanja aktivnosti, ki ohranjajo življenje, čeprav to ni dobro za pacienta	177	2,79	1,59
Upoštevam zdravnikovo naročilo za nepotrebne preiskave oz. zdravljenje pacienta.	178	3,80	1,99
Pomagam zdravniku, ki pacienta zdravi brez informiranega soglasja pacienta	178	2,54	1,50

	N	PV	SO
Spodbujam intenzivne aktivnosti za ohranjanje življenja, čeprav pomeni to samo dodatno trpljenje za pacienta.	177	2,59	1,42
Ignoriram domnevne zlorabe pacienta strani zdravstvenega osebja.	177	2,07	1,29
Ignoriram situacije, v katerih pacient ni dobil dovolj potrebnih informacij za zagotovitev potrebnega informiranega soglasja.	177	2,33	1,43
Izvajam dela in naloge, za katere se ne počutim dovolj usposobljenega.	177	2,50	1,52
Izogibam se ukrepanju, ko sodelavec naredi napako in o tem ne poroča.	178	2,46	1,44
Prav je, da študentje različnih strok izvajajo boleče postopke pri pacientu, da si pridobijo pozitivne izkušnje in večjo strokovnost	176	2,60	1,40
Asistiram zdravnikom, ki vadijo različne postopke na pacientu, pri katerem je bilo oživljanje neuspešno	177	1,79	1,22
Upoštevam zdravnikova naročila za dodatne preiskave pacienta v terminalni fazi bolezni.	176	3,09	1,84
Delam s sodelavci, za katere menim, da ne delajo varno.	176	2,56	1,55
Sledim navodilom nadrejenih: zdravljenje pacienta se zaključi, ker ne zmore plačati stroškov oskrbe.	175	1,99	1,35
Še naprej sodelujem pri oskrbi hudo poškodovanega pacienta, čigar zdravstveno stanje je brezupno; pacient je na umetni ventilaciji in nihče se ne odloči za prekinitvev.	178	2,53	1,75
Ne ukrepam, kadar ugotovim, da moji sodelavci ne spoštujejo pacientove zasebnosti.	177	2,49	1,47
Sledim zdravnikovemu naročilu in pacientu ne povem resničnih podatkov, za katere me prosi.	178	2,47	1,58
Pomagam zdravniku, ki po mojem mnenju ne nudi ustrezne oskrbe.	178	2,40	1,42
Pomagam pripraviti starejšo osebo na poseg ustavitve NGS ali PEG; pacient je v terminalni obravnavi zaradi demence in z dogovorom o neoživljanju.	178	2,51	1,66
Pacienta, čigar oskrba se je po klinični poti zaključila, moramo odpustiti, čeprav bi moral za uspešno obvladovanje v domačem okolju usvojiti še veliko znanja.	178	2,67	1,55
Boljšo obravnavo zagotavljamo tistim, ki si lahko zagotovijo plačilo storitev.	177	1,95	1,34
Upoštevam željo svojcev in ne razpravljam o smrti z umirajočim pacientom, čeprav me on to prosi.	178	2,16	1,36
Naša oskrba pacientom ne prinese lajšanja trpljenja, ker se zdravniki zaradi strahu povzročitve smrti ne odločijo za zvišanje odmerka analgetikov.	178	2,40	1,60
Zdravilo dajem venozno tudi takrat, ko imamo jasen dogovor o neoživljanju.	176	2,39	1,74
Sledim prošnji zdravnika, da s pacientom ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.	178	2,22	1,57
Sledim želji zdravnika, da z njegovo družino ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.	177	2,23	1,54
V naši ustanovi ne nudimo zdravljenja tistim, katerih zdravstveno zavarovanje ne krije stroškov.	177	1,95	1,37
Namerno bi povečal odmerek venozne aplikacije pri nezavestnem pacientu z namenom pospešitve smrti.	178	1,60	0,98
Odzovem se na pacientovo prošnjo za pomoč pri samomoru, kadar ima pacient slabo prognozo.	178	1,74	1,15
Upoštevam zdravnikovo zahtevo in ne razpravljam o smrti z umirajočim, čeprav me on to prosi.	178	2,11	1,55
Sledim naročilu aplikacije analgetične terapije, čeprav predpisana zdravila ne obvladujejo bolečine.	178	2,74	1,71

	N	PV	SO
Delam z medicinskimi sestrami, ki za svoje delo, ki ga opravljajo niso dovolj kompetentne.	177	2,15	1,31
Delam s sodelavci (druge stroke), ki za svoje delo, ki ga opravljajo niso dovolj kompetentni.	177	2,01	1,29
Delam s sodelavci, ki nimajo dovolj formalne izobrazbe za delo, ki ga opravljajo.	178	1,92	1,29
Delam z zdravniki, ki niso dovolj usposobljeni za ustrezno delo s pacienti.	177	1,98	1,30
Delam s sodelavci podpornih služb (kuhinja, vzdrževalci, čistilni servis...), ki niso dovolj usposobljeni za svoje delo.	178	1,78	1,12
Kadar je smrt pacienta neizogibna, se z njegovimi svojci pogovarjam o možnosti darovanja organov.	178	1,69	1,12
Za pacienta moram skrbeti, čeprav nisem dovolj kompetenten.	178	2,02	1,27

Legenda: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica, kjer postavka 0 opredeljuje, da se anketiranec v praksi ni nikoli srečal z moralno stisko, ki jo opredeljuje trditev, 6 pa pomeni anketirančevo pogosto doživljanje moralne stiske, ki jo opredeljuje trditev v praksi), SO = standardni odklon.

V tabeli 1 so navedene povprečne vrednosti in standardni odklon po posameznih trditvah pri sklopu *pogostost moralne stiske*. Ugotavljamo, da sta najvišjo stopnjo pogostosti dosegli trditvi »Upoštevam zdravnikovo naročilo za nepotrebne preiskave oz. zdravljenje pacienta« (PV = 3,80; SO = 1,99) in »Upoštevam zdravnikova naročila za dodatne preiskave pacienta v terminalni fazi bolezni« (PV = 3,09; SO = 1,84). Najnižjo stopnjo pogostosti pa so anketiranci namenili trditvi »Namerno bi povečal odmerek venozne aplikacije pri nezavestnemu pacientu z namenom pospešitve smrti« (PV = 1,60; SO = 0,98) in »Kadar je smrt pacienta neizogibna, se z njegovimi svojci pogovarjam o možnosti darovanja organov« (PV = 1,69; SO = 1,12).

Tabela 2: Opisna statistika za intenziteto moralne stiske

	N	PV	SO
Slediti moram želji svojcev tudi takrat, ko se ne strinjam, saj ustanova ne želi imeti pravnih tožb.	178	3,06	1,64
Upoštevam želje svojcev o nadaljevanju izvajanja aktivnosti, ki ohranjajo življenje, čeprav to ni dobro za pacienta	178	3,00	1,83
Upoštevam zdravnikovo naročilo za nepotrebne preiskave oz. zdravljenje pacienta.	177	3,46	1,95
Pomagam zdravniku, ki pacienta zdravi brez informiranega soglasja pacienta	178	2,79	1,81
Spodbujam intenzivne aktivnosti za ohranjanje življenja, čeprav pomeni to samo dodatno trpljenje za pacienta.	176	3,23	1,93
Ignoriram domnevne zlorabe pacienta strani zdravstvenega osebja.	177	2,82	1,87
Ignoriram situacije, v katerih pacient ni dobil dovolj potrebnih informacij za zagotovitev potrebnega informiranega soglasja.	178	2,93	1,79
Izvajam dela in naloge, za katere se ne počutim dovolj usposobljenega.	178	2,89	1,88

	N	PV	SO
Izogibam se ukrepanju, ko sodelavec naredi napako in o tem ne poroča.	178	3,16	1,90
Prav je, da študentje različnih strok izvajajo boleče postopke pri pacientu, da si pridobijo pozitivne izkušnje in večjo strokovnost	178	2,88	1,64
Asistiram zdravnikom, ki vadijo različne postopke na pacientu, pri katerem je bilo oživljanje neuspešno	178	2,34	1,76
Upoštevam zdravnikova naročila za dodatne preiskave pacienta v terminalni fazi bolezni.	177	3,31	1,97
Delam s sodelavci, za katere menim, da ne delajo varno.	177	2,91	1,89
Sledim navodilom nadrejenih: zdravljenje pacienta se zaključi, ker ne zmore plačati stroškov oskrbe.	177	2,45	1,80
Še naprej sodelujem pri oskrbi hudo poškodovanega pacienta, čigar zdravstveno stanje je brezupno; pacient je na umetni ventilaciji in nihče se ne odloči za prekinitev.	177	2,74	1,83
Ne ukrepam, kadar ugotovim, da moji sodelavci ne spoštujejo pacientove zasebnosti.	178	3,31	1,94
Sledim zdravnikovemu naročilu in pacientu ne povem resničnih podatkov, za katere me prosi.	177	2,88	1,88
Pomagam zdravniku, ki po mojem mnenju ne nudi ustrezne oskrbe.	177	2,89	1,91
Pomagam pripraviti starejšo osebo na poseg ustavitve NGS ali PEG; pacient je v terminalni obravnavi zaradi demence in z dogovorom o neoživljanju .	175	2,75	1,85
Pacienta, čigar oskrba se je po klinični poti zaključila, moramo odpustiti, čeprav bi za uspešno obvladovanje v domačem okolju moral usvojiti še veliko znanja.	176	3,02	1,88
Boljšo obravnavo zagotavljamo tistim, ki si lahko zagotovijo plačilo storitev.	178	2,20	1,66
Upoštevam željo svojcev in ne razpravljam o smrti z umirajočim pacientom, čeprav me on to prosi.	177	2,69	1,84
Naša oskrba pacientom ne prinese lajšanja trpljenja, ker se zdravniki zaradi strahu povzročitve smrti ne odločijo za zvišanje odmerka analgetikov.	177	2,80	1,89
Zdravilo dajem venozno tudi takrat, ko imamo jasen dogovor o neoživljanju.	178	2,68	1,81
Sledim prošnji zdravnika, da s pacientom ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.	177	2,59	1,84
Sledim želji zdravnika, da z njegovo družino ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.	178	2,52	1,78
V naši ustanovi ne nudimo zdravljenja tistim, katerih zdravstveno zavarovanje ne krije stroškov.	177	2,12	1,60
Namerno bi povečal odmerek venozne aplikacije pri nezavestnemu pacientu z namenom pospešitve smrti.	178	2,24	1,77
Odzovem se na pacientovo prošnjo za pomoč pri samomoru, kadar ima pacient slabo prognozo.	176	2,30	1,77
Upoštevam zdravnikovo zahtevo in ne razpravljam o smrti z umirajočim, čeprav me on to prosi.	178	2,62	1,90
Sledim naročilu aplikacije analgetične terapije, čeprav predpisana zdravila ne obvladujejo bolečine.	177	3,02	1,91
Delam z medicinskimi sestrami, ki za svoje delo, ki ga opravljajo niso dovolj kompetentne.	178	2,62	1,80
Delam s sodelavci (druge stroke), ki za svoje delo, ki ga opravljajo niso dovolj kompetentni.	178	2,42	1,77
Delam s sodelavci, ki nimajo dovolj formalne izobrazbe za delo, ki ga opravljajo.	178	2,24	1,64
Delam z zdravniki, ki niso dovolj usposobljeni za ustrezno delo s pacienti.	177	2,29	1,73

	N	PV	SO
Delam s sodelavci podpornih služb (kuhinja, vzdrževalci, čistilni servis...), ki niso dovolj usposobljeni za svoje delo.	178	1,88	1,28
Kadar je smrt pacienta neizogibna, se z njegovimi svojci pogovarjam o možnosti darovanja organov.	178	1,87	1,36
Za pacienta moram skrbeti, čeprav nisem dovolj kompetenten.	178	2,27	1,61

Legenda: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica: postavka 0 pomeni, da pri navedeni trditvi ni bilo prisotne moralne stiske, 6 pa pomeni najvišjo intenzivnost moralne stiske glede na navedeno trditev) SO = standardni odklon.

Tabela 2 prikazuje *intenziteto moralne stiske* po posameznih trditvah. Ugotavljamo, da anketiranci najvišjo intenziteto moralne stiske prepoznajo v trditvah »Upoštevam zdravnikovo naročilo za nepotrebne preiskave oz. zdravljenje pacienta« (PV = 3,46; SO = 1,95), »Upoštevam zdravnikova naročila za dodatne preiskave pacienta v terminalni fazi bolezni« (PV = 3,31; SO = 1,97) in »Ne ukrepam, kadar ugotovim, da moji sodelavci ne spoštujejo pacientove zasebnosti« (PV = 3,31; SO = 1,94). Pri trditvah »Delam s sodelavci podpornih služb (kuhinja, vzdrževalci, čistilni servis...), ki niso dovolj usposobljeni za svoje delo« (PV = 1,88; SO = 1,28) in »Kadar je smrt pacienta neizogibna, se z njegovimi svojci pogovarjam o možnosti darovanja organov« (PV = 1,87; SO = 1,36) pa anketiranci namenljajo najnižjo stopnjo intenzivnosti moralne stiske.

Tabela 3: Opisna statistika za etično klimo

	N	PV	SO
Moji sodelavci poslušajo moje skrbi glede oskrbe pacientov.	177	3,80	0,87
Pacienti vedo, kaj lahko pričakujejo od oskrbe.	178	3,56	0,92
Vodja mi pomaga, ko se ne morem odločiti, kaj je prav ali narobe v določeni situaciji.	178	3,76	1,01
Bolnišnična politika mi pomaga pri reševanju težkih problemov/ težav v zvezi z oskrbo pacienta.	177	3,38	0,93
Medicinske sestre in zdravniki zaupamo drug drugemu.	177	3,45	0,87
Medicinske sestre imamo dostop do informacij, ki so potrebne za reševanje problemov pri zdravljenju	176	3,64	0,95
Moj vodja me podpira pri odločitvah o oskrbi pacienta.	176	3,78	0,94
Bolnišnično poslanstvo in vizija sta skladna z vizijo in poslanstvom zdravstvene nege.	178	3,65	0,96
Zdravniki vprašajo medicinske sestre za mnenja pri odločitvah o zdravljenju.	178	3,08	0,92
Moji sodelavci mi pomagajo pri reševanju težkih problemov pri oskrbi pacienta.	178	3,81	0,91
Medicinske sestre potrebujemo informacije za uspešno reševanje pacientovih potreb.	177	4,06	0,93
Moj vodja me posluša, ko se pogovarjam o vprašanih / težavah o oskrbi pacienta.	177	3,87	0,90
Profesionalne vrednote in lastni občutki vseh sodelavcev so upoštevani, ko se odločamo o poteku aktivnosti.	178	3,58	0,90

	N	PV	SO
Sodelujem pri odločitvah o zdravljenju pacientov.	177	3,38	0,94
Moj vodja je nekdo, ki mu lahko zaupam.	178	3,75	1,02
Konflikt obravnavamo odkrito in se mu ne izogibamo.	178	3,46	1,05
Medicinske sestre in zdravniki spoštujemo mnenja drugih, tudi če se ne strinjamo o tem, kaj je najbolje za paciente.	176	3,40	0,92
Delam s sodelavci, ki so kompetentni.	177	3,85	0,89
V naši ustanovi spoštujemo pacientove želje.	177	3,86	0,93
Kadar se moji sodelavci v določeni situaciji ne morejo odločiti, kaj je prav ali narobe, prosim vodjo za pomoč.	178	3,76	0,90
V naši ustanovi imamo čut za učenje in iskanje odgovorov na vprašanja o oskrbi pacientov.	177	3,67	0,91
Medicinske sestre in zdravniki se spoštujemo.	178	3,49	0,93
Pri nas so pacienti deležni varne obravnave.	178	3,87	0,91
Moj vodja je nekdo, ki ga spoštujem.	177	3,90	0,98
Pacientom lahko nudim oskrbo, kot je predpisano v standardih in bi se morala izvajati.	178	3,76	0,90
V naši bolnišnici smo medicinske sestre spoštovane, sodelavci drugih panog nas podpirajo.	177	3,40	0,94

Legenda: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5 stopenjska Likertova lestvica: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - ne strinjam se, 3 - niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 - strinjam se, 5 - popolnoma se strinjam) SO = standardni odklon.

Pri sklopu *etična klima* ugotavljamo visoko stopnjo strinjanja z vsemi navedenimi trditvami. Najvišjo stopnjo strinjanja so anketiranci namenili v trditvah »Medicinske sestre potrebujemo informacije za uspešno reševanje pacientovih potreb« (PV = 4,06; SO = 0,93) in »Moj vodja je nekdo, ki ga spoštujem« (PV = 3,90; SO = 0,98), najnižjo pa »Zdravniki vprašajo medicinske sestre za mnenja pri odločitvah o zdravljenju« (PV = 3,08; SO = 0,92) in »Bolnišnična politika mi pomaga pri reševanju težkih problemov/ težav v zvezi z oskrbo pacienta« (PV = 3,38; SO = 0,93). Rezultati so navedeni v tabeli 3.

3.4.2 Faktorska analiza

V nadaljevanju navajamo rezultate faktorске analize, s pomočjo katere smo definirali nove spremenljivke za posamezen sklop trditev. Posamezne faktorje smo določili in poimenovali za prva dva sklopa vprašalnika (pogostosti in intenziteta moralne stiske ter etična klima).

Tabela 4: Faktorske uteži pri pogostosti moralne stiske

	α			
Faktor 1	0,908*			
Sledim prošnji zdravnika, da s pacientom ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.	0,864			
Sledim želji zdravnika, da z njegovo družino ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.	0,851			
Upoštevam zdravnikovo zahtevo in ne razpravljam o smrti z umirajočim, čeprav me on to prosi.	0,604			
Upoštevam željo svojcev in ne razpravljam o smrti z umirajočim pacientom, čeprav me on to prosi.	0,569			
Pomagam pripraviti starejšo osebo na poseg ustavitve NGS ali PEG; pacient je v terminalni obravnavi zaradi demence in z dogovorom o neoživljanju .	0,544			
Pacienta, katerega oskrba se je po klinični poti zaključila, moramo odpustiti, čeprav bi za uspešno obvladovanje v domačem okolju moral usvojiti še veliko znanja.	0,513			
Sledim naročilu aplikacije analgetične terapije, čeprav predpisana zdravila ne obvladujejo bolečine.	0,504			
Faktor 2	0,890*			
Namerno bi povečal odmerek venozne aplikacije pri nezavestnemu pacientu z namenom pospešitve smrti.	-0,924			
Odzovem se na pacientovo prošnjo za pomoč pri samomoru, kadar ima pacient slabo prognozo.	-0,825			
Kadar je smrt pacienta neizogibna, se z njegovimi svojci pogovarjam o možnosti darovanja organov.	-0,717			
Asistiram zdravnikom, ki vadijo različne postopke na pacientu, pri katerem je bilo oživljanje neuspešno	-0,715			
Boljšo obravnavo zagotavljamo tistim, ki si lahko zagotovijo plačilo storitev.	-0,579			
Faktor 3	0,913*			
Delam s sodelavci (druge stroke), ki za svoje delo, ki ga opravljajo niso dovolj kompetentni.	-0,776			
Delam s sodelavci, ki nimajo dovolj formalne izobrazbe za delo, ki ga opravljajo.	-0,743			
Delam z zdravniki, ki niso dovolj usposobljeni za ustrezno delo s pacienti.	-0,677			
Delam z medicinskimi sestrami, ki za svoje delo, ki ga opravljajo niso dovolj kompetentne.	-0,639			
Delam s sodelavci, za katere menim, da ne delajo varno.	-0,574			
Delam s sodelavci podpornih služb (kuhinja, vzdrževalci, čistilni servis...), ki niso dovolj usposobljeni za svoje delo.	-0,561			
Faktor 4			0,854*	
Izogibam se ukrepanju, ko sodelavec naredi napako in o tem ne poroča.			0,680	
Ignoriram situacije, v katerih pacient ni dobil dovolj potrebnih informacij za zagotovitev potrebnega informiranega soglasja.			0,627	
Ignoriram domnevne zlorabe pacienta strani zdravstvenega osebja.			0,598	
Pomagam zdravniku, ki pacienta zdravi brez informiranega soglasja pacienta			0,517	
Ne ukrepam, kadar ugotovim, da moji sodelavci ne spoštujejo pacientove zasebnosti.			0,512	

	α			
Sledim zdravnikovemu naročilu in pacientu ne povem resničnih podatkov, za katere me prosi.				0,501
Spodbujam intenzivne aktivnosti za ohranjanje življenja, čeprav pomeni to samo dodatno trpljenje za pacienta.				0,481
Faktor 5				0,821*
Upoštevam zdravnikovo naročilo za nepotrebne preiskave oz. zdravljenje pacienta.				0,653
Upoštevam zdravnikova naročila za dodatne preiskave pacienta v terminalni fazi bolezni.				0,637
Prav je, da študentje različnih strok izvajajo boleče postopke pri pacientu, da si pridobijo pozitivne izkušnje in večjo strokovnost				0,487
Slediti moram želji svojcev tudi takrat, ko se ne strinjam, saj ustanova ne želi imeti pravnih tožb.				0,463
Upoštevam želje svojcev o nadaljevanju izvajanja aktivnosti, ki ohranjajo življenje, čeprav to ni dobro za pacienta				0,456
Zdravilo dajem venozno tudi takrat, ko imamo jasen dogovor o neoživljanju.				0,444

Legenda: F 1 = vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta, F 2 = nezakonita pomoč pri smrti, F 3 = nekompetentnost zaposlenih, F 4 = zloraba avtoritete, F 5 = podaljševanje trpljenja, α = Cronbach alfa koeficient

*Odebeljene vrednosti predstavljajo Cronbachove α za posamezen faktor.

V tabeli 4 smo poimenovali posamezne novonastale faktorje in določili Cronbach α , ki prikazuje zanesljivost novonastalih faktorjev:

- faktor 1 – vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta ($\alpha = 0,908$),
- faktor 2 – nezakonita pomoč pri smrti ($\alpha = 0,890$),
- faktor 3 – nekompetentnost zaposlenih ($\alpha = 0,913$),
- faktor 4 – zloraba avtoritete ($\alpha = 0,854$),
- faktor 5 – podaljševanje trpljenja ($\alpha = 0,821$).

Tabela 5: Faktorske uteži pri intenziteti moralne stiske

	α			
Faktor 1	0,940*			
Sledim prošnji zdravnika, da s pacientom ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.	0,821			
Sledim želji zdravnika, da z njegovo družino ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.	0,816			
Pomagam pripraviti starejšo osebo na poseg ustavitve NGS ali PEG; pacient je v terminalni obravnavi zaradi demence in z dogovorom o neoživljanju .	0,812			
Upoštevam zdravnikova naročila za dodatne preiskave pacienta v terminalni fazi bolezni.	0,739			
Naša oskrba pacientom ne prinese lajšanja trpljenja, ker se zdravniki zaradi strahu povzročitve smrti ne odločijo za zvišanje odmerka analgetikov.	0,714			

	α			
Upoštevam željo svojcev in ne razpravljam o smrti z umirajočim pacientom, čeprav me on to prosi.	0,643			
Upoštevam zdravnikovo zahtevo in ne razpravljam o smrti z umirajočim, čeprav me on to prosi.	0,636			
Zdravilo dajem venozno tudi takrat, ko imamo jasen dogovor o neoživljanju.	0,574			
Sledim naročilu aplikacije analgetične terapije, čeprav predpisana zdravila ne obvladujejo bolečine.	0,553			
Še naprej sodelujem pri oskrbi hudo poškodovanega pacienta, čigar zdravstveno stanje je brezupno; pacient je na umetni ventilaciji in se nihče ne odloči za prekinitev.	0,497			
Odzovem se na pacientovo prošnjo za pomoč pri samomoru, kadar ima pacient slabo prognozo.	0,488			
Pacienta, katerega oskrba se je po klinični poti zaključila, moramo odpustiti, čeprav bi moral za uspešno obvladovanje v domačem okolju usvojiti še veliko znanja.	0,459			
Boljšo obravnavo zagotavljamo tistim, ki si lahko zagotovijo plačilo storitev.	0,452			
Faktor 2			0,916*	
Delam s sodelavci, za katere menim, da ne delajo varno.			0,758	
Izvajam dela in naloge, za katere se ne počutim dovolj usposobljenega.			0,662	
Izogibam se ukrepanju, ko sodelavec naredi napako in o tem ne poroča.			0,662	
Sledim zdravnikovemu naročilu in pacientu ne povem resničnih podatkov, za katere me prosi.			0,656	
Ne ukrepam, kadar ugotovim, da moji sodelavci ne spoštujejo pacientove zasebnosti.			0,633	
Ignoriram domnevne zlorabe pacienta strani zdravstvenega osebja.			0,622	
Pomagam zdravniku, ki po mojem mnenju ne nudi ustrezne oskrbe.			0,531	
Ignoriram situacije, v katerih pacient ni dobil dovolj potrebnih informacij za zagotovitev potrebnega informiranega soglasja.			0,529	
Asistiram zdravnikom, ki vadijo različne postopke na pacientu, pri katerem je bilo oživljanje neuspešno			0,460	
Prav je, da študentje različnih strok izvajajo boleče postopke pri pacientu, da si pridobijo pozitivne izkušnje in večjo strokovnost			0,459	
Sledim navodilom nadrejenih: zdravljenje pacienta se zaključi, ker ne zmore plačati stroškov oskrbe.			0,444	
Faktor 3			0,891*	
Delam s sodelavci (druge stroke), ki za svoje delo, ki ga opravljajo niso dovolj kompetentni.			0,767	
Delam z zdravniki, ki niso dovolj usposobljeni za ustrezno delo s pacienti.			0,724	
Delam s sodelavci, ki nimajo dovolj formalne izobrazbe za delo, ki ga opravljajo.			0,691	
Delam s sodelavci podpornih služb (kuhinja, vzdrževalci, čistilni servis...), ki niso dovolj usposobljeni za svoje delo.			0,656	
Kadar je smrt pacienta neizogibna, se z njegovimi svojci pogovarjam o možnosti darovanja organov.			0,584	
Delam z medicinskimi sestrami, ki za svoje delo, ki ga opravljajo niso dovolj kompetentne.			0,582	
Za pacienta moram skrbeti, čeprav nisem dovolj kompetenten.			0,445	
Faktor 4				0,859*

	α		
Upoštevam zdravnikovo naročilo za nepotrebne preiskave oz. zdravljenje pacienta.			0,598
Upoštevam želje svojcev o nadaljevanju izvajanja aktivnosti, ki ohranjajo življenje, čeprav to ni dobro za pacienta			0,587
Slediti moram želji svojcev tudi takrat, ko se ne strinjam, saj ustanova ne želi imeti pravnih tožb.			0,585

Legenda: F 1 = podaljševanje pacientovega trpljenja, F 2 = ignoriranje strokovnih napak sodelavcev, F 3 = usposobljenost in kompetentnost sodelavcev, F 4 = neupoštevanje pacientove avtonomije, α = Cronbach alfa

*Odebeljene vrednosti predstavljajo Cronbachove α za posamezen faktor.

V tabeli 5 smo glede na vsebovane spremenljivke pri merjenju intenzitete moralne stiske faktorje poimenovali in jim izmerili zanesljivost:

- faktor 1 – podaljševanje pacientovega trpljenja ($\alpha = 0,940$),
- faktor 2 – ignoriranje strokovnih napak sodelavcev ($\alpha = 0,916$),
- faktor 3 – usposobljenost in kompetentnost sodelavcev ($\alpha = 0,891$),
- Faktor 4 – neupoštevanje pacientove avtonomije ($\alpha = 0,859$).

Tabela 6: Faktorske uteži pri etični klimi

	α		
Faktor 1	0,962*		
Medicinske sestre potrebujemo informacije za uspešno reševanje pacientovih potreb.	0,922		
Moj vodja me posluša, ko se pogovarjam o vprašanjih / težavah o oskrbi pacienta.	0,878		
Moj vodja je nekdo, ki ga spoštujem.	0,825		
Kadar se moji sodelavci v določeni situaciji ne morejo odločiti, kaj je prav ali narobe, prosim vodjo za pomoč.	0,733		
Moji sodelavci mi pomagajo pri reševanju težkih problemov pri oskrbi pacienta.	0,686		
Moj vodja je nekdo, ki mu lahko zaupam.	0,676		
Pri nas so pacienti deležni varne obravnave.	0,661		
Pacientom lahko nudim oskrbo, kot je predpisano v standardih in bi se morala izvajati.	0,661		
Delam s sodelavci, ki so kompetentni.	0,659		
V naši ustanovi spoštujemo pacientove želje.	0,617		
V naši ustanovi imamo čut za učenje in iskanje odgovorov na vprašanja o oskrbi pacientov.	0,538		
Profesionalne vrednote in lastni občutki vseh sodelavcev so upoštevani, ko se odločamo o poteku aktivnosti.	0,531		
Faktor 2		0,850*	
Zdravniki vprašajo medicinske sestre za mnenja pri odločitvah o zdravljenju.		0,609	
Medicinske sestre in zdravniki spoštujemo mnenja drugih, tudi če se ne strinjamo o tem, kaj je najbolje za paciente.		0,565	
Sodelujem pri odločitvah o zdravljenju pacientov.		0,543	
Medicinske sestre in zdravniki se spoštujemo.		0,538	

	α	
V naši bolnišnici smo medicinske sestre spoštovane, sodelavci drugih panog nas podpirajo.	0,411	
Faktor 3		0,910*
Bolnišnično poslanstvo in vizija sta skladna z vizijo in poslanstvom zdravstvene nege.		0,811
Moj vodja me podpira pri odločitvah o oskrbi pacienta.		0,776
Bolnišnična politika mi pomaga pri reševanju težkih problemov/ težav v zvezi z oskrbo pacienta.		0,748
Vodja mi pomaga, ko se ne morem odločiti, kaj je prav ali narobe v določeni situaciji.		0,742
Moji sodelavci poslušajo moje skrbi glede oskrbe pacientov.		0,651
Medicinske sestre imamo dostop do informacij, ki so potrebne za reševanje problemov pri zdravljenju		0,636
Medicinske sestre in zdravniki si zaupamo drug drugemu.		0,623
Pacienti vedo, kaj lahko pričakujejo od oskrbe.		0,530

Legenda: F 1 = varna in etična obravnava, F 2 = zaupanje v tim, F 3 = spoštovanje pacienta in njegovega dostojanstva, α = Cronbach alfa

*Odebeljene vrednosti predstavljajo Cronbachove α za posamezen faktor.

Iz 25 spremenljivk smo ustvarili tri nove faktorje, kar je razvidno iz tabele 6. Glede na vsebovane spremenljivke smo te faktorje poimenovali:

- faktor 1 - varna in etična obravnava ($\alpha = 0,962$),
- faktor 2 - zaupanje v tim ($\alpha = 0,850$),
- faktor 3 - spoštovanje pacienta in njegovega dostojanstva ($\alpha = 0,910$).

Iz tabele 4, tabele 5 in tabele 6 je razvidno, da je zanesljivost vseh novonastalih faktorjev zelo dobra, saj znaša Cronbach koeficient alfa več kot 0,8.

3.4.3 Preverjanje hipotez

V nadaljevanju prikazujemo rezultate glede na postavljene hipoteze; za dokazovanje letih smo uporabili spremenljivke, ki smo jih pridobili s faktorsko analizo.

H1a: Pogostost moralne stiske pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, se razlikuje glede na področje dela.

S prvo postavljeno hipotezo smo želeli dokazati, da se pogostost moralne stiske pri anketirancih razlikuje po posameznih področjih dela.

Tabela 7: Pogostost moralne stiske pri faktorju 1: »Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta« glede na področje dela

Področje zdravstvene nege	N	PV	SO	\bar{R}	χ^2	p
Kirurško	22	2,37	1,38	85,59	30,553	<0,001
Internistično	81	2,73	1,17	104,60		
Geriatrično/psihiatrično	28	2,11	1,42	74,43		
Intenzivna oskrba	13	2,44	1,10	95,23		
Ginekološko-porodniško	29	1,53	0,89	47,34		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica, kjer postavka 0 opredeljuje, da se anketiranec v praksi ni nikoli srečal z moralno stisko, ki jo opredeljuje trditev, 6 pa pomeni anketirančevo pogosto doživljanje moralne stiske, ki jo opredeljuje trditev v praksi), SO = standardni odklon, \bar{R} = povprečni rang, χ^2 = vrednost koeficienta, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 7 je razvidno, da je pogostost moralne stiske za novonastali faktor »Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta« pri zaposlenih v zdravstveni negi v povprečju najvišja pri zaposlenih na internističnem področju (PV = 2,73; SO = 1,17), sledijo zaposleni na intenzivni oskrbi (PV = 2,44; SO = 1,10) in zaposleni na kirurškem področju (PV = 2,37; SO = 1,38). Pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih na ginekološko-porodniškem področju je pri navedenem faktorju najnižja pogostost moralne stiske (PV = 1,53; SO = 0,89). Kruskal-Wallisov test ($\chi^2 = 30,553$; $p < 0,001$) je potrdil statistično pomembne razlike med skupinami anketirancev saj je najvišji povprečni rang ($\bar{R} = 104,60$) na internističnem področju, najnižji pa pri anketirancih zaposlenih na ginekološko-porodniškem področju ($\bar{R} = 47,34$).

Tabela 8: Pogostost moralne stiske pri faktorju 2: »Nezakonita pomoč pri smrti« glede na področje dela

Področje zdravstvene nege	N	PV	SO	\bar{R}	χ^2	p
Kirurško	22	1,78	1,05	90,07	9,270	0,055
Internistično	81	1,85	0,97	95,22		
Geriatrično/psihiatrično	28	1,49	0,75	78,55		
Intenzivna oskrba	13	2,00	1,14	94,50		
Ginekološko-porodniško	29	1,35	0,78	66,52		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica, kjer postavka 0 opredeljuje, da se anketiranec v praksi ni nikoli srečal z moralno stisko, ki jo opredeljuje trditev, 6 pa pomeni anketirančevo pogosto doživljanje moralne stiske, ki jo opredeljuje trditev v praksi), SO = standardni odklon, \bar{R} = povprečni rang, χ^2 = vrednost koeficienta, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 8 je razvidno, da je pogostost moralne stiske pri faktorju »Nezakonita pomoč pri smrti« pri zaposlenih v zdravstveni negi v povprečju najvišja pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi v intenzivni oskrbi (PV = 2,00; SO = 1,14), sledijo

zaposleni na internističnem področju (PV = 1,85; SO = 0,97) in na kirurškem področju (PV = 1,78; SO = 1,05). Razlik v pogostosti moralne stiske pri faktorju »Nezakonita pomoč pri smrti« med zaposlenimi v zdravstveni negi na različnih področjih dela pa Kruskal-Wallisov test ni potrdil, saj rezultat ni statistično značilen ($\chi^2 = 9,270$; $p = 0,055$). Torej ne moremo trditi, da se pogostost moralne stiske pri tem faktorju pri zaposlenih v zdravstveni negi razlikuje glede na področje dela.

Tabela 9: Pogostost moralne stiske pri faktorju 3: »Nekompetentnost zaposlenih« glede na področje dela

Področje zdravstvene nege	N	PV	SO	\bar{R}	χ^2	p
Kirurško	22	2,08	1,16	88,52	11,392	0,022
Internistično	81	2,14	1,05	94,72		
Geriatrično/psihiatrično	28	2,11	1,26	89,63		
Intenzivna oskrba	13	2,17	1,25	92,81		
Ginekološko-porodniško	29	1,63	0,99	59,14		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica, kjer postavka 0 opredeljuje, da se anketiranec v praksi ni nikoli srečal z moralno stisko, ki jo opredeljuje trditev, 6 pa pomeni anketirančevo pogosto doživljanje moralne stiske, ki jo opredeljuje trditev v praksi), SO = standardni odklon, \bar{R} = povprečni rang, χ^2 = vrednost koeficienta, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Tabela 9 nam prikazuje pogostost moralne stiske pri novonastalem faktorju »Nekompetentnost zaposlenih«. Področja zaposlenih v zdravstveni negi si po pogostosti moralne stiske sledijo: intenzivna oskrba (PV = 2,17; SO = 1,25), internistično področje (PV = 2,14; SO = 1,05), geriatrično/psihiatrično (PV = 2,11; SO = 1,26) ter kirurško področje (PV = 2,08; SO = 1,16).

Za faktor »Nekompetentnost zaposlenih« zasledimo najnižjo pogostost moralne stiske (PV = 1,63; SO = 0,99) pri zaposlenih v zdravstveni negi na ginekološko-porodniškem področju. Kruskal-Wallisov test potrdi statistično pomembne razlike med skupinami ($\chi^2 = 11,392$; $p = 0,022$). Najvišji povprečni rang ($\bar{R} = 94,72$) ugotavljamo na internističnem področju, najnižjega ($\bar{R} = 59,14$) pa na ginekološko-porodniškem področju.

Tabela 10: Pogostost moralne stiske pri faktorju 4: »Zloraba avtoritete« glede na področje dela

Področje zdravstvene nege	N	PV	SO	\bar{R}	χ^2	p
Kirurško	22	2,44	0,90	90,00	13,791	0,008
Internistično	81	2,53	0,96	94,01		
Geriatrično/psihiatrično	28	2,64	1,23	96,00		
Intenzivna oskrba	13	2,45	1,16	88,15		
Ginekološko-porodniško	29	1,82	1,09	55,93		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica, kjer postavka 0 opredeljuje, da se anketiranec v praksi ni nikoli srečal z moralno stisko, ki jo opredeljuje trditev, 6 pa pomeni anketirančevo pogosto doživljanje moralne stiske, ki jo opredeljuje trditev v praksi), SO = standardni odklon, \bar{R} = povprečni rang, χ^2 = vrednost koeficienta, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 10 je razvidno, da moralno stisko za faktor »Zloraba avtoritete« najpogosteje doživljajo zaposleni v zdravstveni negi na področju geriatrične/psihiatrične zdravstvene nege (PV = 2,64; SO = 1,23), najmanj pogosto pa na ginekološko-porodniškem področju (PV = 1,82; SO = 1,09). Kruskal-Wallisov test ($\chi^2 = 37,705$; p = 0,01) potrди statistično pomembne razlike med skupinami anketirancev, saj je najvišji povprečni rang ($\bar{R} = 96,00$) na geriatrično/psihiatrično področju, najnižji pa pri anketirancih zaposlenih v zdravstveni negi na ginekološko-porodniškem področju ($\bar{R} = 55,93$).

Tabela 11: Pogostost moralne stiske pri faktorju 5: »Podaljševanje trpljenja« glede na področje dela

Področje zdravstvene nege	N	PV	SO	\bar{R}	χ^2	p
Kirurško	22	2,94	1,22	87,00	34,085	<0,001
Internistično	81	3,33	1,18	103,27		
Geriatrično/psihiatrično	28	2,96	1,00	90,91		
Intenzivna oskrba	13	2,73	1,04	81,15		
Ginekološko-porodniško	29	1,81	1,10	40,41		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica, kjer postavka 0 opredeljuje, da se anketiranec v praksi ni nikoli srečal z moralno stisko, ki jo opredeljuje trditev, 6 pa pomeni anketirančevo pogosto doživljanje moralne stiske, ki jo opredeljuje trditev v praksi), SO = standardni odklon, \bar{R} = povprečni rang, χ^2 = vrednost koeficienta, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Ugotavljamo, da pri faktorju »Podaljševanje trpljenja« najpogosteje moralno stisko doživljajo anketiranci na področju internistične obravnave (PV = 3,33; SO = 1,18), sledita geriatrično-psihiatrično področje (PV = 2,96; SO = 1,00) in kirurško področje (PV = 2,94; SO = 1,22). Najnižjo pogostost moralne stiske zasledimo pri anketirancih z ginekološko-porodniškega področja (PV = 1,81; SO = 1,10). Kruskal-Wallisov test ($\chi^2 = 34,085$; p < 0,001) potrди statistično pomembne razlike med skupinami anketirancev, saj je

najvišji povprečni rang ($\bar{R} = 103,27$) na internističnem področju, najnižji pa pri anketirancih zaposlenih v zdravstveni negi na ginekološko-porodniškem področju ($\bar{R} = 40,41$), kar je razvidno iz tabele 11.

Glede na dobljene rezultate po posameznih faktorjih ugotavljamo, da smo pri faktorju 1: »Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta«, faktorju 3: »Nekompetentnost zaposlenih« faktorju 4: »Zloraba avtoritete« in faktorju 5: »Podaljševanje trpljenja« dokazali statistično pomembne razlike med skupinami, ki se nanašajo na različna področja dela. Pri faktorju 2: »Nezakonita pomoč pri smrti« pa nismo dokazali statistično pomembne razlike med skupinami, torej različnimi področji dela.

Hipotezo delno potrdimo.

H1b: Intenziteta moralne stiske pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, se razlikuje glede na področje dela.

Tabela 12: Intenziteta moralne stiske pri faktorju 1: »Podaljševanje pacientovega trpljenja« glede na področje dela

Področje zdravstvene nege	N	PV	SO	\bar{R}	χ^2	p
Kirurško	22	2,64	1,45	85,84	37,705	=0,001
Internistično	81	3,23	1,42	106,51		
Geriatrično/psihiatrično	28	2,15	1,27	66,70		
Intenzivna oskrba	13	2,96	1,04	102,50		
Ginekološko-porodniško	29	1,70	1,08	46,05		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica: postavka 0 pomeni, da pri navedeni trditvi ni bilo prisotne moralne stiske, 6 pa pomeni najvišjo intenzivnost moralne stiske glede na navedeno trditev), SO = standardni odklon, \bar{R} = povprečni rang, χ^2 = vrednost koeficienta, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 12 je razvidno, da se pri faktorju »Podaljševanje pacientovega trpljenja« z moralnimi stiskami najintenzivneje soočajo anketiranci na internističnem področju (PV = 3,23; SO = 1,42), sledijo anketiranci v intenzivni oskrbi (PV = 2,96; SO = 1,04) in zaposleni na kirurškem področju (PV = 2,64; SO = 1,45). Kruskal-Wallisov test ($\chi^2 = 37,705$; p = 0,001), potrdi statistično pomembne razlike med skupinami anketirancev saj je najvišji povprečni rang na internističnem področju ($\bar{R} = 106,51$), najnižji pa pri anketirancih, zaposlenih na ginekološko-porodniškem področju ($\bar{R} = 46,05$).

Tabela 13: Intenziteta moralne stiske pri faktorju 2: »Ignoriranje strokovnih napak« glede na področje dela

Področje zdravstvene nege	N	PV	SO	\bar{R}	χ^2	p
Kirurško	22	2,74	1,44	82,25	18,716	0,001
Internistično	81	3,09	1,32	96,01		
Geriatrično/psihiatrično	28	3,12	1,50	95,02		
Intenzivna oskrba	13	3,07	1,01	100,04		
Ginekološko-porodniško	29	1,97	1,17	51,86		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica: postavka 0 pomeni, da pri navedeni trditvi ni bilo prisotne moralne stiske, 6 pa pomeni najvišjo intenzivnost moralne stiske glede na navedeno trditev), SO = standardni odklon, \bar{R} = povprečni rang, χ^2 = vrednost koeficienta, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Tabela 13 prikazuje, da se z moralnimi stiskami glede na faktor »Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev« najintenzivneje srečujejo anketiranci iz geriatrično/psihiatričnega področja (PV = 3,12; SO = 1,50), sledita internistično področje (PV = 3,09; SO = 1,32) in področje intenzivne oskrbe (PV = 3,07; SO = 1,01). Razlike med zaposlenimi na različnih področjih dela je potrdil tudi Kruskal-Wallisov test, katerega rezultat je statistično značilen ($\chi^2 = 18,716$; p = 0,001).

Tabela 14: Intenziteta moralne stiske pri faktorju 3: »Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev« glede na področje dela

Področje zdravstvene nege	N	PV	SO	\bar{R}	χ^2	p
Kirurško	22	1,84	0,99	73,25	16,554	0,002
Internistično	81	2,46	1,31	98,80		
Geriatrično/psihiatrično	28	2,22	1,48	82,88		
Intenzivna oskrba	13	2,47	0,99	105,19		
Ginekološko-porodniško	29	1,69	0,99	60,31		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica: postavka 0 pomeni, da pri navedeni trditvi ni bilo prisotne moralne stiske, 6 pa pomeni najvišjo intenzivnost moralne stiske glede na navedeno trditev), SO = standardni odklon, \bar{R} = povprečni rang, χ^2 = vrednost koeficienta, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Intenziteta moralne stiske pri faktorju »Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev« je najvišja pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju intenzivne oskrbe (PV = 2,47; SO = 0,99) in internističnem področju (PV = 2,46; SO = 1,31) najnižja pa na ginekološko-porodniškem področju (PV = 1,69; SO = 0,99). Tudi v tem primeru je pomembna statistična razlika med posameznimi področji dela ($\chi^2 = 16,554$; p = 0,002). Rezultati so prikazani v tabeli 14.

Tabela 15: Intenziteta moralne stiske pri faktorju 4: »Neupoštevanje pacientove avtonomije« glede na področje dela

Področje zdravstvene nege	N	PV	SO	\bar{R}	χ^2	p
Kirurško	22	2,82	1,23	77,43	24,771	<0,001
Internistično	81	3,61	1,60	100,80		
Geriatrično/psihiatrično	28	3,39	1,62	93,79		
Intenzivna oskrba	13	3,18	1,54	88,46		
Ginekološko-porodniško	29	2,08	1,46	48,52		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost PV = povprečna vrednost (7 - stopenjska Likartova lestvica: postavka 0 pomeni, da pri navedeni trditvi ni bilo prisotne moralne stiske, 6 pa pomeni najvišjo intenzivnost moralne stiske glede na navedeno trditev), SO = standardni odklon, \bar{R} = povprečni rang, χ^2 = vrednost koeficienta, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Pri novonastalem faktorju 4: »Neupoštevanje pacientove avtonomije« prav tako ugotavljamo statistično pomembne razlike med skupinami glede na področje dela in intenzivnostjo moralne stiske ($\chi^2 = 24,771$; $p < 0,001$), kot prikazuje tabela 15. Anketiranci, ki so zaposleni v zdravstveni negi na internističnem področju izkazujejo najintenzivnejšo stopnjo moralne stiske (PV = 3,61; SO = 1,60), kar potrjuje tudi povprečni rang, ki je najvišji ($\bar{R} = 100,80$); z najnižjo intenzivnostjo moralne stiske se soočajo na ginekološko-porodniškem področju (PV = 2,08; SO = 1,46). Tudi v tem primeru povprečni rang ($\bar{R} = 48,52$) potrjuje najnižjo intenzivnost moralne stiske pri anketirancih, ki so zaposleni na ginekološko-porodniškem področju.

Intenziteta moralne stiske pri zaposlenih v zdravstveni negi se torej razlikuje glede na področje dela, saj smo dokazali statistično pomembne razlike med posameznimi skupinami – različnimi področji dela pri vseh faktorjih.

Hipotezo potrjujemo.

H2a: Višja pogostost moralne stiske je povezana s pogostejšimi mislimi o spremembi delovnega mesta.

Tabela 16: Pogostost misli o spremembi delovnega mesta zaradi moralne stiske in/ali nekonstruktivnega reševanja etičnih dilem

Kako pogosto pomislite na menjavo službe zaradi moralne stiske in/ali nekonstruktivnega reševanja etičnih dilem?		
	N	f(%)
Nikoli	70	39,3
enkrat na mesec ali manj	64	36,0
dvakrat do trikrat na mesec	29	16,3
enkrat na teden	11	6,2
dvakrat do trikrat tedensko	2	1,1
več kot dvakrat do trikrat na teden	2	1,1
Skupaj	178	100,0

Legenda: N = velikost vzorca, f(%) = frekvenca/odstotek.

Anketiranci so se v največjem odstotku opredelili, da ne razmišljajo pogosto o spremembi delovnega mesta zaradi moralne stiske in/ali nekonstruktivnega reševanja etičnih dilem. Na spremembo delovnega mesta zaradi navedenega vzroka nikoli ne pomisli 39,3 % anketirancev, 36,0 % pa enkrat na mesec ali manj, kar je razvidno iz tabele 16.

Tabela 17: Povezanost med pogostostjo moralne stiske in mislimi o spremembi delovnega mesta

	N	r_s	p
Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta	178	0,402	<0,001
Nezakonita pomoč pri smrti	178	0,408	<0,001
Nekompetentnost zaposlenih	178	0,461	<0,001
Zloraba avtoritete	178	0,326	<0,001
Podaljševanje trpljenja	178	0,281	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, r_s = Spearmanov koeficient, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Tabela 17 prikazuje povezanost med pogostostjo moralne stiske in pogostejšimi mislimi o spremembi delovnega mesta. Šibko povezanost med pogostostjo moralnih stisk in mislimi o spremembi delovnega mesta ugotavljamo pri faktorju »Podaljševanje trpljenja« ($r_s = 0,281$; $p < 0,001$) in faktorju »Zloraba avtoritete« ($r_s = 0,326$; $p < 0,001$).

Med faktorji »Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta« ($r_s = 0,402$; $p < 0,001$),

»Nezakonita pomoč pri smrti« ($r_s = 0,408$; $p < 0,001$) in »Nekompetentnost zaposlenih« ($r_s = 0,461$; $p < 0,001$) in mislimi o spremembi delovnega mesta pa ugotavljamo zmerno povezanost.

Dobljeni rezultati kažejo, da obstaja šibka do zmerna pozitivna povezanost med pogostostjo moralne stiske in mislimi o spremembi delovnega mesta.

Hipotezo potrjujemo.

H2b: Višja intenziteta moralne stiske je povezana s pogostejšimi mislimi o spremembi delovnega mesta.

Tabela 18: Povezanost med intenziteto moralne stiske in mislimi o spremembi delovnega mesta

	N	r_s	p
Podaljševanje pacientovega trpljenja	178	0,227	0,002
Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev	178	0,193	<0,001
Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev	178	0,306	<0,001
Neupoštevanje pacientove avtonomije	178	0,146	0,052

Legenda: N = velikost vzorca, r_s = Spearmanov koeficient, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

V tabeli 18 so prikazane korelacijske povezave med intenziteto moralnih stisk in pogostejšimi mislimi o spremembi delovnega mesta anketirancev. Neznatno povezanost intenzitete moralnih stisk in misli o spremembi delovnega mesta ugotavljamo pri faktorju »Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev« ($r_s = 0,193$; $p < 0,001$), šibko povezanost pri faktorju »Podaljševanje pacientovega trpljenja« ($r_s = 0,227$; $p = 0,002$) in faktorju »Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev« ($r_s = 0,306$; $p < 0,001$). Pri faktorju »Neupoštevanje pacientove avtonomije« povezanosti med intenziteto moralnih stisk in mislimi o spremembi delovnega mesta ne ugotavljamo, saj je $p > 0,05$ in je večji od mejne vrednosti, ki dokazuje statistično pomembno vrednost.

Ugotavljamo, da obstaja povezanost med faktorji »Podaljševanje pacientovega trpljenja«, »Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev« in »Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev« in mislimi o spremembi delovnega mesta, medtem ko za faktor

»Neupoštevanje pacientove avtonomije« tega ne ugotavljamo.

Hipotezo delno potrjujemo.

H3a: Ugodna etična klima je negativno povezana s pogostostjo moralne stiske.

Tabela 19: Povezanost med etično klimo in pogostostjo moralne stiske

		Varna in etična obravnava	Zaupanje v tim	Spoštovanje pacienta in njegovega dostojanstva
Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta	r_s	-0,205	-0,299	-0,257
	p	0,06	0,01	0,01
	N	178	178	178
Nezakonita pomoč pri smrti	r_s	-0,487	-0,300	-0,483
	P	0,01	0,01	0,01
	N	178	178	178
Nekompetentnost zaposlenih	r_s	-0,372	-0,418	-0,454
	P	0,01	0,01	0,01
	N	178	178	178
Zloraba avtoritete	r_s	-0,366	-0,383	-0,410
	p	0,01	0,01	0,01
	N	178	178	178
Podaljševanje trpljenja	r_s	-0,109	-0,290	-0,157
	p	0,146	0,01	0,37
	N	178	178	178

Legenda: N = velikost vzorca, r_s = Spearmanov korelacijski koeficient, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Med faktorji iz sklopa *pogostost moralne stiske* »Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta« ($r_s = -0,299$; $p = 0,01$), »Nezakonita pomoč pri smrti« ($r_s = -0,300$; $p = 0,01$), »Zloraba avtoritete« ($r_s = -0,383$; $p = 0,01$) in »Podaljševanje trpljenja« ($r_s = -0,290$; $p = 0,01$) ugotavljamo šibko negativno povezanost ter zmerno negativno povezanost »Nekompetentnost zaposlenih« ($r_s = -0,418$; $p = 0,01$) s faktorjem »Zaupanje v tim« iz sklopa *etična klima*. Zmerno negativno povezanost ugotavljamo med faktorjem iz sklopa *etična klima* »Spoštovanje pacienta in njegovega dostojanstva« in faktorji iz sklopa *pogostost moralne stiske* »Nezakonita pomoč pri smrti« ($r_s = -0,483$; $p = 0,01$), »Nekompetentnost zaposlenih« ($r_s = -0,454$; $p = 0,01$), in »Zloraba avtoritete« ($r_s = -0,410$; $p = 0,01$). Najmočnejšo, a še vedno le zmerno negativno povezanost pa ugotavljamo med faktorjema (sklop *etična klima*) »Varna in etična obravnava« in »Nezakonita pomoč pri smrti« (sklop *pogostost moralne stiske*) ($r_s = -0,487$; $p = 0,01$). Med faktorjem »Podaljševanje trpljenja« iz sklopa *pogostost moralne stiske* in faktorjema

»Varna in etična obravnava« ter »Spoštovanje pacienta in njegovega dostojanstva« iz sklopa *etična klima* pa ne moremo govoriti o povezanosti, saj med njimi ni statistično pomembnih razlik ($p > 0,05$). Rezultati so prikazani v tabeli 19.

Hipotezo delno potrdimo, saj pri vseh novonastalih faktorjih ne moremo govoriti o statistično pomembni povezanosti; kjer pa povezanost obstaja, je le-ta šibko do zmerno negativna.

H3b: Ugodna etična klima je negativno povezana z intenziteto moralne stiske.

Z naslednjo hipotezo želimo ugotoviti, ali obstaja negativna povezanost med sklopoma trditev o etični klimi in intenzivnostjo moralne stiske.

Med povezanostjo *etične klime* in *intenzivnostjo moralnih stisk* ugotavljamo šibko negativno povezanost med faktorji iz sklopa *etična klima*: »Zaupanje v tim« in faktorjema iz sklopa *intenzivnost moralne stiske*: »Podaljševanje pacientovega trpljenja« ($r_s = -0,250$; $p = 0,001$) in »Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev« ($r_s = -0,321$; $p = 0,000$).

Tabela 20: Povezanost med etično klimo in intenziteto moralne stiske

		Varna in etična obravnava	Zaupanje v tim	Spoštovanje pacienta in njegovega dostojanstva
Podaljševanje pacientovega trpljenja	r_s	-0,015	-0,250	-0,136
	p	0,841	0,001	0,70
	N	178	178	178
Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev	r_s	-0,089	-0,321	-0,166
	p	0,236	0,000	0,27
	N	178	178	178
Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev	r_s	-0,218	-0,332	-0,312
	p	0,03	<0,001	0,01
	N	178	178	178
Neupoštevanje pacientove avtonomije	r_s	0,014	-0,204	-0,042
	p	0,853	0,05	0,576
	N	178	178	178

Legenda: N = velikost vzorca, r_s = Spearmanov korelacijski koeficient, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Pri povezanosti faktorja »Zaupanje v tim« z vsemi novo nastalimi faktorji iz sklopa *intenziteta moralne stiske*: »Podaljševanje pacientovega trpljenja« ($r_s = -0,250$;

$p = 0,001$), »Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev« ($r_s = -0,321$; $p = 0,000$), »Uposobljenost in kompetentnost sodelavcev« ($r_s = -0,332$; $p < 0,001$) in »Neupoštevanje pacientove avtonomije« ($r_s = -0,204$; $p = 0,05$) ugotavljamo negativno šibko povezanost. Med ostalimi faktorji iz obeh sklopov ni statistično potrjene povezanosti. Rezultati so prikazani v tabeli 20.

Le med posameznimi faktorji iz sklopa etična klima in intenzivnost moralne stiske lahko dokažemo negativno šibko povezanost.

Hipotezo le delno potrdimo.

H4: Redna obravnava etičnih dilem je pozitivno povezana z ugodnim etičnim okoljem.

V naši raziskavi smo s to hipotezo želeli ugotoviti, ali pomeni redna obravnava etičnih dilem tudi ugodnejšo etično klimo.

Tabela 21: Pogostost obravnave etičnih dilem in etičnih vprašanj na oddelčnih sestankih

Kako pogosto so vaše etične dileme in etična vprašanja obravnavana na rednih sestankih vašega oddelka?		
	N	f (%)
Nikoli	34	19,3
enkrat na mesec ali manj	106	60,2
dvakrat do trikrat na mesec	29	16,5
enkrat na teden	5	2,8
dvakrat do trikrat tedensko	2	1,1
Skupaj	176	100,0

Legenda: N = velikost vzorca, f(%) = frekvenca/odstotek.

Anketiranci so navajali, da se njihove etične dileme obravnavajo enkrat na mesec ali manj v kar 60,2 %, pri skoraj vsakem petem anketirancu pa v delovnem okolju etičnih dilem sploh ne obravnavajo (tabela 21).

Tabela 22: Povezanost etične klime in redne obravnave etičnih dilem

	N	r_s	p
Varna in etična obravnava	176	0,215	0,004
Spoštovanje pacienta in njegovega dostojanstva	176	0,050	0,51
Zaupanje v tim	176	0,202	0,007

Legenda: N = velikost vzorca, r_s = Spearmanov koeficient, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Pri novo nastalih faktorjih sklopa *etične klime* ugotavljamo šibko pozitivno povezanost faktorja »Varna in etična obravnava« (r_s = 0,215; p = 0,004) in »Zaupanje v tim« (r_s = 0,202; p = 0,007). Pri faktorju »Spoštovanje pacienta in njegovega dostojanstva« statistično pomembne razlike nismo zaznali, saj je p>0,05, kar je razvidno iz tabele 22.

Ugotavljamo, da obstaja povezanost etične klime in obravnave etičnih dilem pri dveh novonastalih faktorjih, medtem ko za en faktor te povezanosti ne ugotavljamo.

Hipotezo delno potrdimo.

H5a: Pogostost izkušenj z etičnimi dilemami je pozitivno povezana s pogostostjo moralne stiske.

Zanimalo nas je, ali obstaja povezava med izkušnjami etičnih dilem na trenutnem delovnem mestu in pogostostjo moralnih stisk.

Tabela 23: Pogostost izkušnje z etičnimi dilemami na trenutnem delovnem mestu

Kako pogosto imate izkušnje z etičnimi dilemami na vašem trenutnem delovnem mestu?		
	N	f (%)
Nikoli	8	4,5
enkrat na mesec ali manj	88	49,7
dvakrat do trikrat na mesec	44	24,9
enkrat na teden	25	14,1
dvakrat do trikrat tedensko	7	4,0
več kot dvakrat do trikrat na teden	5	2,8
Skupaj	177	100,0

Legenda: N = velikost vzorca, f(%) = frekvenca/odstotek.

Izkušnje etične dileme anketiranci na trenutnem delovnem mestu doživljajo različno

pogosto. Skoraj polovica anketirancev (49,7 %) meni, da imajo le enkrat na mesec ali manj izkušnje z etičnimi dilemami, slaba četrtina vseh anketirancev (24,9 %) je etično dilemo izkusila 2-krat do 3-krat mesečno, 14,1 % pa enkrat tedensko. Podatki v tabeli 23 kažejo, da skoraj vsak 20 anketiranec v praksi nima izkušnje z etično dilemo na trenutnem delovnem mestu.

Tabela 24: Povezanost pogostosti izkušnje z etičnimi dilemami in pogostostjo moralne stiske

	N	r_s	p
Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta	177	0,477	<0,001
Nezakonita pomoč pri smrti	177	0,331	<0,001
Nekompetentnost zaposlenih	177	0,444	<0,001
Zloraba avtoritete	177	0,409	<0,001
Podaljševanje trpljenja	177	0,482	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, r_s = Spearmanov koeficient,, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Pri vseh novo nastalih faktorjih sklopa *pogostost moralnih stisk* ugotavljamo povezanost s pogostostjo izkušnje z etično/imi dilemo/ami na trenutnem delovnem mestu. Kot je prikazano v tabeli 24, ugotavljamo šibko pozitivno povezanost faktorja »Nezakonita pomoč pri smrti« (r_s = 0,331; p = 0,01), zmerno pozitivno povezanost pa pri vseh ostalih novonastalih faktorjih.

Ugotavljamo, da obstaja pozitivna povezanost med pogostostjo izkušenj z etičnimi dilemami in pogostostjo moralnih stisk.

Hipotezo potrjujemo.

H5b: Pogostost izkušenj z etičnimi dilemami je pozitivno povezana z intenziteto moralne stiske.

Statistično pomembna razlika obstaja v povezanosti novonastalih faktorjev, ki smo jih definirali v naši raziskavi iz skopa trditev intenziteta moralne stiske ter pogostost izkušenj etičnih dilem. Pri dveh faktorjih ugotavljamo šibko pozitivno povezanost: »Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev« (r_s = 0,393; p = 0,01), »Neupoštevanje pacientove

avtonomije« ($r_s = 0,360$; $p = 0,01$).

Tabela 25: Povezanost pogostosti izkušenj z etičnimi dilemami in intenziteto moralne stiske

	N	r_s	p
Podaljševanje pacientovega trpljenja	177	0,421	<0,001
Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev	177	0,393	<0,001
Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev	177	0,433	<0,001
Neupoštevanje pacientove avtonomije	177	0,360	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, r_s = Spearmanov koeficient,, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Pri faktorjih »Podaljševanje pacientovega trpljenja« ($r_s = 0,421$; $p = 0,01$) in »Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev« ($r_s = 0,433$; $p = 0,01$) pa ugotavljamo zmerno pozitivno povezanost, kar je prikazano v tabeli 25.

Iz navedenih rezultatov ugotavljamo, da obstaja pozitivna povezanost med pogostostjo izkušenj z etičnimi dilemami in intenzivnostjo moralnih stisk.

Hipotezo potrjujemo.

H6a: Redna obravnava etičnih dilem je negativno povezana s pogostostjo moralne stiske

Želeli smo ugotoviti, ali obstaja povezanost med redno obravnavo etičnih dilem na rednih oddelčnih sestankih in pogostostjo moralne stiske.

Tabela 26: Povezanost med obravnavo etičnih dilem in pogostostjo moralne stiske

	N	r_s	p
Vpliv zdravnika in svojcev na obravnavo pacienta	176	0,165	0,28
Nezakonita pomoč pri smrti	176	-0,057	0,50
Nekompetentnost zaposlenih	176	0,025	0,74
Zloraba avtoritete	176	0,081	0,28
Podaljševanje trpljenja	176	0,268	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, r_s = Spearmanov koeficient,, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 26 je razvidno, da le pri novonastalem faktorju iz sklopa *pogostost moralne*

stiske :»Podaljševanje trpljenja« obstaja povezanost z rednimi oddelčnimi sestanki, a je ta povezanost šibka in pozitivna ($r_s = 0,268$; $p < 0,001$). Statistično pomembne povezanost z drugimi faktorji nismo dokazali.

Dokazali smo, da obstaja povezanost le z enim novonastalim faktorjem med obravnavo etičnih dilem in pogostostjo moralnih stisk, ki je šibka, a pozitivna.

Hipotezo zavrnamo.

H6b: Redna obravnava etičnih dilem je negativno povezana z intenziteto moralne stiske.

Z zadnjo hipotezo smo želeli ugotoviti povezanost med redno obravnavo etičnih dilem in intenziteto moralnih stisk.

Tabela 27: Povezanost redne obravnave etičnih dilem in intenzitete moralne stiske

	N	r_s	p
Podaljševanje pacientovega trpljenja	176	0,256	0,001
Ignoriranje strokovnih napak sodelavcev	176	0,147	0,51
Usposobljenost in kompetentnost sodelavcev	176	0,073	0,36
Neupoštevanje pacientove avtonomije	176	0,329	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, r_s = Spearmanov koeficient, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Kot je razvidno iz tabele 27, lahko ugotavljamo, da pri faktorjih »Podaljševanje pacientovega trpljenja« ($r_s = 0,256$; $p = 0,001$) in »Neupoštevanje pacientove avtonomije« ($r_s = 0,329$; $p < 0,01$) obstaja pozitivna šibka povezanost. Pri ostalih dveh faktorjih povezanosti ne ugotavljamo, saj je statistično pomembna vrednost $p > 0,05$.

Med redno obravnavo etičnih dilem in intenziteto moralnih stisk obstaja pozitivna povezanost in ne negativna, kot smo v hipotezi H6b predvidevali.

Hipotezo zavrnamo.

3.5 RAZPRAVA

S pričujočo raziskavo smo najprej želeli opredeliti pogostost in intenziteto moralne stiske pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, na območju gorenjskega bolnišničnega zdravstvenega varstva. Kot pravi Corleyeva, et al. (2008) lahko moralno stisko povezujemo s čustvi zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi, ki so izražena, ko moralna kompleksnost situacije iz prakse ne vodi do rešitve. Posamezniku lahko povzroči škodo tako na telesnem kot duševnem področju njegovega zdravja predvsem zaradi zavedanja o moralno primernem ukrepanju, ki pa se kljub njegovim naporom ne more izvesti zaradi omejitev. Skrb za pacienta na najboljši možen način zahteva vzpostavitev tesnega odnosa pacient – zdravstveni delavec, zaposlen v zdravstveni negi (Gastmans, 2013), pri čemer je pomembno videti širok spekter pacientovih potreb z vsemi spremenljivkami.

V našo raziskavo smo vključili nekatere dejavnike, ki po našem mnenju pomembno vplivajo na pogostost in intenziteto moralne stiske pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, opredelili pa smo jih pri pregledu literature. V postavljenih hipotezah smo predvidevali, da se pogostost in intenziteta moralne stiske razlikujeta glede na posamezna področja dela in da je moralna stiska povezana s pogostejšimi mislimi o spremembi delovnega mesta. Prav tako smo predvidevali, da ugodna etična klima, pogostost izkušenj etičnih dilem ter redna obravnava le-teh zmanjšujejo pogostost in intenziteto moralne stiske.

V Sloveniji je moralna stiska zelo malo raziskana. Po nam dostopnih podatkih je na voljo le ena raziskava (Jeršin, 2013), ki je raziskovala moralni stres pri hudo bolnih in umirajočih, kjer pa ni bil uporabljen vprašalnik, ki bi bil primerljiv z našo raziskavo. Drugih raziskav ni zaslediti in naših izsledkov ne moremo primerjati. V tujih raziskavah pa je vidno, da je moralna stiska fenomen, ki ga je raziskovalo več držav, kot npr. Iran (Shoorideh, et al., 2015), Izrael (DeKeyser & Berkovitz, 2012), Japonska (Ohnishi, et al., 2010), Jordanija (Hamaideh, 2014), Malavi (Maluwa, et al., 2012), Nova Zelandija (Woods, et al., 2015) in nekatere evropske države (Carnevale, et al., 2011; Papathanassoglou, et al., 2012).

V naši raziskavi smo ugotavljali nižje vrednosti v intenziteti moralne stiske, kot v tujih raziskavah. Pauly, et al. (2009) definira intenziteto moralne stiske, ki jo doživljajo zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, kot srednje visoko, še višjo pa je zaslediti v raziskavi McAndrew, et al. (2011). Skupni rezultati odgovorov na podlagi ocenjevanja pogostosti in intenzitete moralne stiske so pokazali, da je bila intenzivnost moralne stiske večja od njene pogostosti (Pauly, et al., 2009; McAndrew, et al., 2011), kar je skladno z rezultati naše raziskave. Ko torej anketiranci doživljajo moralno stisko, jo doživljajo zelo intenzivno. Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, namreč doživljajo moralno stisko veliko pogosteje in z večjo intenzivnostjo kot v preteklosti, predvsem zaradi povečane kompleksnosti zdravstvenega sistema, kliničnih napak in pomanjkanja direktne zdravstvene nege (Mrayyan & Hamaideh, 2009).

Moralna stiska je med zaposlenimi raziskana na več področjih zdravstvene nege: v intenzivnih enotah (Browning, 2013; Leggett, et al., 2013; Ulrich, et al., 2014), na kirurškem področju (Rice, et al., 2008), na onkološkem (Shepard, 2010; Sirilla, 2014) in psihiatričnem področju (Ohnishi, et al., 2010; Musto & Schreiber, 2012; Hamaideh, 2014), le malo teh pa primerja pogostost in intenziteto moralne stiske po posameznih področjih dela.

Pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi, ki delujejo na internističnem področju, v naši raziskavi ugotavljamo najvišje vrednosti pogostosti in intenzitete moralne stiske v primerjavi z ostalimi področji (geriatrično/psihiatrično, kirurško področje, področje intenzivne oskrbe in ginekološko-porodniško področje). Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ki delujejo na internističnem področju, so tudi v tujih raziskavah poročali o višjih vrednostih pogostosti in intenzitete moralne stiske kot tisti, ki so delali v kirurških in intenzivnih ustanovah (Lusignani, et al., 2017), kar se torej ujema z izsledki naše raziskave. V naši raziskavi smo predpostavljali, da se pogostost in intenziteta moralne stiske razlikujeta glede na področje dela. Z analizo smo to potrdili za skoraj vse nove spremenljivke, ki smo jih definirali s faktorsko analizo. Predvidevamo, da je razlog za raznoliko pogostost in intenziteto po posameznih področjih dela možno iskati v dejavnikih, ki so prisotni v posameznih delovnih okoljih, v zahtevnosti zdravstvene oskrbe, ki jo pacienti potrebujejo in jim je nudena, v zavedanju o prisotnosti

moralne stiske in možnosti obravnave le-te. Kot ugotavlja Lusignani, et al. (2017), je moralna stiska, ki je najpogostejša in najintenzivnejša na internističnem področju, lahko delno posledica dejstva, da zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ki skrbijo za starejše bolnike (internistično področje – starejši pacienti, več kroničnih obolenj), veljajo za bolj krhke in ranljive, saj velikokrat naletijo na kompleksnejše pogoje in je zato bolj verjetno, da bodo doživeli višje ravni moralne stiske, kot njihovi kolegi na drugih delovnih področjih. Na onkološkem področju pa se zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, spopadajo z etičnimi vprašanji v zvezi z obveščnim soglasjem, dajanjem pravih informacij in splošno kakovostjo življenja pacienta (Pavlish, et al., 2014).

Moralna stiska, ki jo doživljajo zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, na področju intenzivne oskrbe, je v naši raziskavi drugo področje z najvišjimi vrednostmi moralne stiske tako po pogostosti kot intenziteti. Primerjava pogostosti in intenzivnosti moralne stiske naših rezultatov z rezultati tujih raziskav kaže, da zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi v intenzivnih enotah, poročajo o višjih stopnjah intenzitete in frekvence moralne stiske v primerjavi s tistimi, ki niso bili v intenzivnih enotah (Dyo, et al., 2016). V okoljih z intenzivno oskrbo lahko moralne stiske izvirajo iz odločitev o izvedbi aktivnosti, ki vzdržujejo življenje (St Ledger, et al., 2013), pogosto kadar se uporaba naprednih tehnologij in preveč agresivne zdravstvene oskrbe zaznava kot medicinsko slabo učinkovito ali neučinkovito. (Özden, et al., 2013; Cavinder, 2014). V primeru enot za intenzivno oskrbo se zdi, da se moralna stiska kaže tudi v pogojih prenatrpanosti, pomanjkanja prostora in zasebnosti za paciente, kar lahko prispeva k razvoju izgorelosti med zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v zdravstveni negi, ker se zavedajo, da ne zagotavljajo dovolj kakovostne oskrbe (Dalmolin, et al., 2012). Moralne stiske izvirajo tudi iz odločitev o zdravljenju, katerih aktivnosti vzdržujejo življenje (St Ledger, et al., 2013), pogosto kadar se uporaba naprednih tehnologij in preveč agresivne zdravstvene oskrbe zaznava kot medicinsko pomanjkljivo in neuspešno, predvsem pa ni v najboljšo pacientovo korist (Özden, et al., 2013; Cavinder, 2014; Lusignani, et al., 2017).

Na kirurškem področju je v eni od tujih raziskav navedeno, da so zdravstveni delavci,

zaposleni v zdravstveni negi, z več izkušnjami v zdravstveni negi doživeli manj moralne stiske kot tisti z manj izkušnjami v zdravstveni negi (Lusignani, et al., 2017). Raziskava na tem področju primanjkuje, saj je kirurško področje večkrat pridruženo intenzivni oskrbi (Rice, et al., 2008). Anketiranci, ki so sodelovali v naši raziskavi, so se opredelili, da doživljajo moralno stisko v manjši meri v primerjavi s tistimi, ki delujejo na internističnem področju in področju intenzivne oskrbe, ter večjo od tistih, ki delujejo na geriatrično/psihiatričnem oz. ginekološko-porodniškem področju. Predvidevamo, da so aktivnosti zdravstvene nege na tem področju lažje predvidljive, delo poteka po uveljavljenih kliničnih poteh. Pacientova rehabilitacija je hitra in se velikokrat nadaljuje izven bolnišnice. Hospitalizacije so verjetno krajše, a vseeno zahtevne, kar lahko sklepamo tudi iz rezultatov naše raziskave, saj so povprečne vrednosti pogostosti in intenzitete moralne stiske razmeroma visoke. Kot na vseh drugih področjih je tudi pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi na kirurškem področju, značilna višja intenziteta moralne stiske kot njena pogostost.

Anketiranci v naši raziskavi, ki so zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije in geriatrije in tudi v drugih kliničnih okoljih, poročajo o višji intenziteti moralne stiske kot o pogostosti. Piers, et al. (2012) ugotavljajo, da je na geriatričnem področju zdravstvene nege manj moralne stiske kot v intenzivnih enotah. Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi v Jordaniji, so imeli na področju duševnega zdravja zabeleženo zmerno visoko stopnjo moralne stiske, vendar težko primerjamo vrednosti izmerjene moralne stiske z našimi, ker je bil vprašalnik, ki je bil uporabljen v tej raziskavi, prilagojen za psihiatrijo (Hamaideh, 2014). Moralne stiske na tem področju izvirajo iz dejanj, ki omejujejo paciente, kot so neprostoVOLjna hospitalizacija ali prisilna uporaba zdravil, osamitev, elektrokonvulzivna terapija, vendar le takrat, ko za navedene postopke ni medicinskega vzroka ali so neustrezno uporabljeni (Deady & McCarthy, 2010). Ista raziskovalca sta izvedla raziskavo o moralni stiski pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije na Irskem, in sicer z uporabo polstrukturiranega intervjuja. Ugotovila sta, da doživljajo moralno stisko, povezano s tremi temami: (i) poklicni in pravni konflikti; (ii) strokovna avtonomija in obseg prakse; (iii) standard oskrbe in avtonomija odjemalcev. Udeleženci raziskave (Deady & McCarthy, 2010) verjamejo, da njihova opažanja, kot so npr. poslabšanje bolezni ali povečana občutljivost

pacienta, kljub temu da so zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, z njimi porabili več časa kot kolegi iz drugih zdravstvenih strok, nimajo enake pomembnosti kot opažanja kolegov drugih zdravstvenih strok. Če se škoda odraža na pacientu, udeleženci raziskave zaradi omejevanja oz. nestrinjanja z drugimi navajajo večje razočaranje; kot posledica vse te dinamike pa je nerešena moralna stiska. Posledice moralne stiske se odražajo tako v osebnem kot v strokovnem življenju. Zmanjša se samozavedanje, samozavest, prisotni so močni občutki krivde, frustracije, jeze, izgorelosti, pojavljajo se znaki depresije (Deady & McCarthy, 2010), nezadovoljstvo s službo, oddaljevanje od bolnikov in družin (Epstein & Hamric, 2009; Wilson, et al., 2013; Whitehead, et al., 2015). Prav tako kot vsi drugi imajo tudi zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, vzpone in padce – zato je njihovo fiziološko in duševno zdravje zelo pomembno, saj lahko vpliva na zdravstveno oskrbo pacientov (Burston & Tuckett, 2013). Če občutijo breme, ko menijo, da morajo dati prednost ostalim nalogam pred pacientovo zdravstveno oskrbo, pogosto krivijo zdravnike, ker le-ti niso dovolj prisotni, ali menedžerje, da ne vidijo pomanjkanja osebja in potrebe po medosebni komunikaciji znotraj zdravstvene nege z namenom razbremenitve (Vryonides, et al., 2015).

Z zdravstveno oskrbo pacientov ob koncu življenja se pogosto srečujejo na področju onkologije. Za zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi na področju onkologije, pomeni doživljanje moralne stiske predvsem v primerih, ko poskuša dostopati do virov za lajšanje trpljenja, pri zagotavljanju agresivne zdravstvene oskrbe, ki nima očitnih koristi, in kadar sodelujejo družinski člani ali drugi nadomestni odločevalci, katerih razumevanje in vrednote se lahko razlikujejo od pacientovih in vrednot zdravstvenega tima (Piers, et al., 2012; Cavinder, 2014). V bolnišnicah, kjer so zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, skrbeli za paciente z onkološko boleznijo in po transplantacijah, so doživljali več moralne stiske kot tisti, ki so delali na ostalih področjih (Rice, et al., 2008). V naši raziskavi nismo predvideli sodelovanja zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi s področja onkološke zdravstvene nege, ker na izbranem vzorcu ni specialnih oddelkov/enot za onkološke paciente. Predpostavljamo pa, da se omenjeno področje skriva v naših rezultatih predvsem na internističnem področju in področju intenzivne oskrbe. Iz tega lahko sklepamo, da zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ki delujejo na področju onkologije,

doživljajo višjo pogostost in intenziteto moralne stiske v primerjavi s kirurškim in geriatričnim/psihiatričnim področjem.

Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, se zaradi pogostosti in intenzivnosti doživljanja moralnih stisk velikokrat odločijo, da zapustijo svoj položaj. To izkoristijo kot »sredstvo« za obvladovanje težkega delovnega okolja. Obsežne raziskave v ZDA (Allen, et al., 2013; Whitehead, et al., 2015) so ugotovile, da je moralna stiska bistveno višja pri posameznikih, ki so dejansko razmišljali o zapustitvi položaja ali so to naredili, kot pri tistih, ki o tem niso razmišljali. V naši raziskavi smo ugotovili, da obstaja pozitivna povezanost med moralno stisko (pogostost in intenziteta moralne stiske) in mislimi o zapustitvi delovnega mesta, torej se naše ugotovitve skladajo z ugotovitvami tujih raziskav, saj so raziskave v tujini dokazale podobno: Belgija (Piers, et al., 2012), Italija (Papathanassoglou, et al., 2012; Karanikola, et al., 2014), Jordanija (Hamaideh, 2014) in Nova Zelandija (Woods, et al., 2015). Raziskava Shoorideh et al., 2015 je ena redkih raziskav, ki ni našla povezave med namero po zapustitvi poklica in moralno stisko. Zaskrbljujoče je dejstvo, da skoraj več kot polovica anketirancev v naši raziskavi razmišlja o zapustitvi delovnega mesta zaradi doživljanja moralne stiske, medtem ko je, če primerjamo naše rezultate z rezultati tuje literature, na Novi Zelandiji razmišljala o odhodu iz zdravstvene nege zaradi moralnih stisk v kliničnih okoljih manj kot polovica zdravstvenih dečavcev, zaposlenih v zdravstveni negi (Woods, et al., 2015; Lusignani, et al., 2017) in le vsak peti anketiranec v jugazahodnem ameriškem mestu (Sauerland, et al., 2014). Delovno mesto po raziskavi Lusignani in sod. (2017) dejansko zapusti občutno manj zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi (3 %), kot jih o tem razmišlja. Rezultati študije Deady in McCarthy (2010) so skladni z večino drugih študij, ki so pokazale, da zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi tudi na področju duševnega zdravja doživljajo moralno stisko, izgorelost, da razmišljajo o nameri po zapustitvi trenutnega delovnega mesta in izražajo nezadovoljstvo z delom (Mrayyan & Hamaideh, 2009; Ohnishi, et al., 2010; Hamaideh, 2011). V tuji raziskavi (Lusignani, et al., 2017) so najvišje vrednosti pogostosti in intenzitete moralne stiske opredelili zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi na internističnem področju, in sicer v povezavi z namero po zapustitvi delovnega mesta in z dolžino delovnih izkušenj – tisti z manj delovnimi izkušnjami imajo višjo stopnjo moralne stiske (Lusignani, et al., 2017).

Pojava moralne stiske ni mogoče v celoti preprečiti, saj je premalo zaposlenih v zdravstvu pogost pojav (Fida, et al., 2016). Prepričani smo, da je pomembno, kako se ravna z moralno stisko; zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, se bodo lažje soočali s tem pojavom, če sprejmejo obstoj moralne stiske in se zavejo dejstva, da se le-ta lahko ublaži z angažiranjem vsakega posameznika (Jameton, 2013; Bollmann & Gorke, 2017). Večja fluktuacija iz delovnih okolij pomeni manj zaposlenih, to pa lahko vodi v vse večjo pojavnost moralnih stisk pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi. To pa je po mnenju raziskovalcev Rushton, et al. (2013) dokazan napovedovalec vseh treh dimenzij izgorelosti – izčrpanosti, angažiranosti in cinizma. Posledice moralne stiske vplivajo na celostno podobo zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi. Avtorji Dalmolin, et al. (2012) ugotavljajo, da ob dolgotrajnih moralnih stiskah navajajo izgubo lastnih vrednot, poslabšanje medosebnih odnosov, pojavijo se simptomi depresije in anksioznosti. Negativen vpliv pa imajo tudi sledeči dejavniki: slabo prepoznavanje etičnih dilem, socio-demografski dejavniki, psihološki odzivi in življenjske strategije za spoprijemanje z moralnimi stiskami (Huffman & Rittenmeyer, 2012). Musto, et al. (2015) navajajo, da se moralna stiska obravnava kot »utelešeni koncept« in jo zato zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, čutijo kot žalost, jezo in razočaranje; torej jih prizadenejo osebno (Bollmann & Gorke, 2017). Simptomi kažejo podobnost s pojavom izgorelosti, za katerega je značilna izčrpanost in depersonalizacija (Oh & Gastmans, 2015, p. 24). Tuja literatura navaja ključno vprašanje, in sicer kako pritegniti in posledično zadržati osebje v ustanovi. Ena od možnih rešitev je ustvarjanje ugodnega etičnega okolja, saj so raziskovalci ugotavljali, da zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ki pozitivno ocenjujejo svoje etično okolje (z vsemi dimenzijami – pacient, management, ustanova in zdravnik), izkazujejo manj namer po odhodu iz poklica, oz. je pozitivno ocenjena etična klima prispevala k nameram, da ostanejo na delovnih mestih in v stroki (Hwang & Park, 2014). Poleg tega je proces iskanja in zaposlovanja izkušenih zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi zelo dolgotrajen in drag – ta krog negativno vpliva na delovno organizacijo. Managerji bi si morali prizadevati za zdravo delovno silo, ki ve, kako se s popasti z moralno stisko (Bollmann & Gorke, 2017). Trenutni dokazi torej kažejo, da je moralna stiska velika grožnja za dolgotrajno zaposlitev v mednarodni skupnosti zdravstvenega varstva. Vendar

pa ni dovolj dokazov, ki bi podpirali trditev, da etična klima ali moralna stiska vplivata na fluktuacijo zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi (Hwang & Park, 2014). Piers, et al. (2012) ugotavljajo, da pristojnosti zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, pogosto niso dovolj priznane, in navajajo, da imajo premalo vpliva na odločitve, ki vplivajo na pacienta (Winters & Neville, 2012). Zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi, na splošno še vedno obravnavajo kot odgovorne za medosebne odnose in akterje za izvedbo nalog, medtem ko imajo zdravniki vodilno vlogo, zlasti ko gre za medicinske odločitve. Zato ima zdravstvena nega v medijih in javnosti precej nizko kvalificirano sliko, kar lahko vodi do frustracije zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi (Sabatino, et al., 2016). Povezava med moralno stisko in zdravim delovnim okoljem, varnostjo pacientov, zaposlovanjem v zdravstveni negi ter zadržanjem zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, je nesporna (Wilson, 2017). Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, se lahko odzivajo tudi na časovne omejitve, ko poskušajo več delati, da bi nadomestili pomanjkanje osebja, kar vodi do občutka izčrpanosti in utrujenosti (Winters & Neville, 2012). Raziskovalci trdijo, da pogosto skušajo prekriti svojo utrujenost pred pacienti, pa vendar je stopnja odsotnosti zaradi izgorevanja še vedno pogosta in neizogibna. Ko se ne morejo več spopadati s težavami in zapustijo svoj poklic zaradi moralne stiske, se razmere še poslabšajo, zato morajo njihovi kolegi povečati svojo delovno obremenitev. Tako se pojavi začarani krog in bolnišnice morajo vložiti več proračuna v usposabljanje novih sodelavcev, kot prihranijo zaradi manj osebja (deTienne, et al., 2012; Winters & Neville, 2012).

Etična klima je eden od dejavnikov, ki vplivajo na moralno stisko. Opredeljena je kot skupna predstava o tem, kaj je etično korektno obnašanje in kako se etična vprašanja v organizaciji obravnavajo (Hwang & Park, 2014; Atabay, et al., 2015) ter vpliva na odnos do sodelavcev, pacientov in vedenje na delovnem mestu (Olson, 1998). Merjenje etične klime lahko zdravstvenim delavcem, zaposlenim v zdravstveni negi, pomaga razumeti dejavnike, ki vplivajo na njihovo prakso in jih je mogoče uporabiti za prepoznavanje področij organizacijskih sprememb ter za spodbudo pozitivne ocene učinkovitosti organizacijskih posegov (Olson, 1998). To so politike, postopki in praksa organizacije o etičnih vprašanjih, ki lahko vplivajo na obseg tveganj v zvezi z oskrbo pacienta (Olson, 1998). V naši raziskavi so anketiranci etično klimo ocenili nekoliko slabše kot v nekaterih

drugih raziskavah; skupna povprečna vrednost strinjanja je namreč nižja in bolj razpršena v primerjavi s tujo raziskavo (Ulrich, et al., 2010). Na etično klimo vplivajo različni dejavniki: zadovoljstvo pri delu in zavezanost k organizaciji, klinično okolje, vidik bolnišnice, vodenja, delovnih enot, zdravniki, zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, pacienti (Huang, et al., 2012; Silén, et al., 2012).

V naši raziskavi smo potrdili negativno (šibko do zmerno) povezanost etične klime s pogostostjo moralne stiske, medtem ko smo negativno povezanost intenzivnosti doživljanja moralne stiske v povezavi z doživljanjem ugodne etične klime le delno potrdili. Tudi v tujih raziskavah so raziskovalci namenili posebno pozornost proučevanju povezanosti etične klime in pogostostjo in intenzivnostjo moralne stiske in v večini raziskav dokazali pomembno negativno povezavo tako med pogostostjo, kot tudi intenziteto moralne stiske ter ugodno etično klimo (Pauly, et al., 2009; Gallagher, 2010; Silén, et al., 2011; Pauly, et al., 2012; Sauerland, et al., 2014). Predlagali so, da bi zdravstvene organizacije za preprečitev trpljenja ob pojavu moralne stiske razvile etično klimo, ki spodbuja moralni pogum, razsodnost, znanje in integriteto (Gallagher, 2010). Raziskovalci so ugotovili, da močnejša kot je etična klima v organizaciji, manj je moralne stiske, vendar pa lahko različne etične klime različno vplivajo nanjo (Atabay, et al., 2015). Etična klima, ki spodbuja skrb in dobro počutje drugih, pozitivno vpliva na zadovoljstvo pri delu zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, medtem ko etična klima, ki spodbuja instrumentalni pristop in etično odločanje na podlagi osebnih moralnih prepričanj, negativno vpliva na dojetje etične klime (Goldman & Tabak, 2010; Huang, et al., 2012). Podpora zaposlenih bolnišničnemu upravljanju povečuje pozitivno etično klimo (Huang, et al., 2012). Da bi preprečili negativni vpliv etične klime na moralno stisko, literatura priporoča reševanje težav s pomanjkanjem osebja v delovnih okoljih, spodbujanje sodelovanja pri oblikovanju pravil, spodbujanje avtonomije, priznavanje zagovorništva, izboljševanje fizičnih pogojev dela in razširitev finančnih sredstev za zdravstveno varstvo (Atabay, 2015). Etična klima zagotavlja okvir za zdravstveno prakso, ki prispeva k pozitivnim rezultatom za paciente in zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi, vključno z varnostjo pacientov in zaposlovanjem ter njihovo zadrževanje na delovnih mestih (Pauly, et al., 2009), in na ta način zmanjšuje moralno stisko. Raziskovalci svetujejo, da zaposleni najdejo delovno okolje, ki podpira odprto

komunikacijo in izmenjavo občutkov o stiski, tako da se posledično počutijo manj omejene pri tem, kar čutijo, da je moralno pravilno (Bollmann & Gorke, 2017).

V naši raziskavi so anketiranci navajali redko obravnavo etičnih dilem, saj je več kot polovica vprašanih obravnavala etične dileme le enkrat na mesec ali manj. V tujih raziskavah (Ulrich, et al., 2010) lahko zasledimo, da le eden od štirih anketirancev ni prepoznal etične dileme. Kar je zaskrbljujoče, je dejstvo, da v skoraj polovici delovnih organizacij nimajo organizacijskih virov ali procesov, ki bi jim pomagali pri reševanju njihovih etičnih vprašanj (Ulrich, et al., 2010). V naši raziskavi nismo predvideli nadaljnje eksploracije o vzrokih za redko obravnavo etičnih dilem. Vsekakor pa bi bilo smiselno vzroke iskati v pomanjkanju časa, v hierarhiji odnosov na delovnem mestu, v pomanjkanju znanja s področja etike, v prisotnosti občutka nemoči pri reševanju etičnih dilem in strahu pred spremembami ter različnimi pogledi na reševanje etičnih vprašanj v multidisciplinarnem timu, ki lahko pomeni tudi neugodno etično klimo. V literaturi (Esmaelzadeh, et al., 2017) je navedeno, da je ugodno etično okolje lahko odločilno za osebni razvoj in profesionalnost, empatijo in razvoj pozitivnih etičnih vrtilin. Tuja literatura še navaja, da se verjetnost konfliktov in negativnih moralnih izzivov zmanjša v okoljih s pozitivno etično klimo in tam, kjer so prisotne etične vrtiline, kot je moralni pogum (Gallager, 2010). Akbar in Hirani (2018) sta prepričana, da morajo zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ustrezno prepoznati etično dilemo, da lahko kritično analizirajo in preučijo kratkoročne in dolgoročne posledice zavzetih stališč, še preden sprejmejo končno odločitev te etične dileme. Ko pridobijo pogum za *prava* etična dejanja, se počutijo varno in lažje vzpostavijo zaupanje med seboj in do pacientov (Davoodvand, et al., 2016). Nezanemarljiva pa je vsekakor vloga voditeljev na področju etike, saj z opolnomočenjem zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, na področju prepoznave in obravnave etičnih dilem ustvarjajo pozitivno etično klimo v delovni organizaciji (Esmaelzadeh, et al., 2017). Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, ki v praksi nimajo opredeljene vloge za obravnavanje etičnih dilem in niso podprti z ugodnim etičnim okoljem, velikokrat dvomijo v pomen nudenja ustrezne zdravstvene oskrbe pacientom in tudi dvome v pomen ustrezne podpore svojim sodelavcem, ki zagovarjajo pacientove pravice (Sauerland, et al., 2014). Zdravstveni delavci se pogosto srečujejo s kompleksnimi etičnimi dilemami na delovnem mestu. Nekateri strokovnjaki

se z etičnimi vprašanji soočajo neposredno, medtem ko jih drugi zavračajo (Murray, 2010). Etična dilema se lahko pojavi v vseh zdravstvenih razmerah, kjer moralna vprašanja »pravilnosti« ali »nepravilnosti« temeljijo na strokovnem odločanju in koristni zdravstveni oskrbi pacientov. Kakršna koli oskrba lahko povzroči etično dilemo, če moralna vprašanja prav – narobe temeljijo na profesionalnem odločanju glede izvajanja aktivnosti v korist pacienta (Ulrich, et al., 2010). Tudi tuja literatura navaja, da se velikokrat o etičnih dilemah molči zaradi kulture izogibanja. To lahko povzroči čustvene stiske, negativno vpliva na odnose in skupno odločanje. Za zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi, je zelo pomembno, da lahko identificira, kdaj je prisotna etična dilema, ki povzroči moralno stisko, da jo zna reševati in/ali z njo živeti (Sirilla, et al., 2017). Vendar pa odgovornost za obravnavo etičnih dilem, ki privedejo do moralne stiske, ne sme biti popolnoma v rokah zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, ki so ob posteljah pacientov. Čeprav bi se le-ti morali naučiti, kako se poenotiti in ukrepati ob etičnih dilemah, mora tudi njihovo vodstvo razviti strukture in procese za preprečevanje in reševanje takšnih problemov (Barlem, et al., 2013). Gaudine, et al. (2011) predlagajo, da se sredstva zdravstvenih ustanov, ki so namenjena svetovanju, raje usmeri v obravnavo etičnih skrbi in moralnih težav, da bi lahko zagotovili nadaljnje smernice za zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi. Malo je bilo raziskanih tem, kot npr. psihološko in etično ozadje za obvladovanje etičnih vprašanj zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi. Glede na domnevo, da vedo, kaj je prava stvar, je vprašljivo podcenjevanje njihove moralne odgovornosti oz. dvom, da ravnajo v skladu s svojimi omejitvami (Johnstone & Hutchinson, 2015). Ista avtorja govorita o vzročni povezavi med moralno stisko in dvema povezanima fenomenoma: pravilno moralno presojo in nemočjo za ukrepanje.

Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, se pogosto počutijo neprijetno tudi pri obravnavanju etičnih vprašanj, s katerimi se srečujejo pri oskrbi bolnikov. Raziskovalci navajajo, da strokovnjaki, katerih delovanje sloni na etičnih vrednotah na področju zdravja in zdravstvene nege, čutijo večjo zaščito pri svojih odločitvah, kar je nedvomno v korist pacientov in tudi zaposlenim samim. Ves čas naj bi bili pacientov zagovornik, torej naj bi delali izključno v njegovo dobro, ne glede na okoliščine. Za učinkovito delovanje pa je pomembno sprotne soočanje z izzivi, ki jih prinaša praksa (Barlem, et al.,

2013). Temeljna naloga zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi, na vseh ravneh prakse pri soočanju z etičnimi dilemami, je ohranjanje moralne integritete, to pomeni poštenje, sposobnost, da se vedno zavzame in dela, kar je prav, in je vreden zaupanja (Laabs, 2011). Več študij je preučevalo etične dileme in konflikte, ki so pogosto povezani z moralno stisko (deVeer, et al., 2013; Whitehead, et al., 2015), kot npr. nezmožnost zagotavljanja kakovostne zdravstvene oskrbe zaradi organizacijskih omejitev; spremljanje družinskih želja o zdravstveni oskrbi; predpisovanje zdravljenja, s katerim se zdravstveni delavec, zaposlen v zdravstveni negi, profesionalno ne strinja; neustrezno ravnanje kolegov, ki na delovnem mestu ne delujejo v skladu s kompetencami; zdravniška naročila, ki se razlikujejo od tistega, kar pacient želi; uporaba tehnologije za neustrezno podaljšanje življenja (deVeer, et al., 2013; Whitehead, et al., 2015). Zaradi različnih dejavnikov se znajdejo v precepu etičnih dilem, kar povzroča moralno stisko (Ulrich, et al., 2010; Numminen, et al., 2015). V naši raziskavi smo ugotovili, da sta prepoznavanje etičnih dilem in njihovo reševanje na oddelčnih sestankih dokaj redka, saj vsak drugi anketiranec prepozna in rešuje etične dileme le enkrat na mesec ali manj. Vzrok je možno iskati tudi v dejstvu, da se zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, pogosto počutijo neprijetno pri obravnavanju etičnih dilem, da se raje izogibajo obravnavi etičnih vprašanj/dilem, kot da jih konstruktivno rešujejo. Če se o etičnih vprašanjih nikoli ne razpravlja, mora imeti zdravstveni delavec, zaposlen v zdravstveni negi močna prepričanja, da jih vseeno omenja in se z njimi »ukvarja«. Zdi se, da odsotnost takšne razprave povzroča pomanjkanje poklicnega samospoštovanja. To ustvarja začaran krog: pomanjkanje občutka, da si razumljen vodi do osiromašenja sebe in poklica, kar vodi k nizkemu samozavedanju, to pa k pomanjkanju samospoštovanja. Pomanjkanje razumevanja prispeva k nizkem zaposlovanju. Usposabljanje za izvajanje poklicnih standardov ter uporaba njihovega strokovnega znanja lahko prekineta ta začaran krog (Lu, et al., 2012). V naši raziskavi smo ugotovili, da z redno obravnavo etičnih dilem na oddelčnih sestankih ne moremo zagotoviti zmanjšanja pogostosti in intenzivnosti moralne stiske. De Veer, et al. (2013) navaja, da zdravstvene organizacije lahko prispevajo k zmanjševanju moralne stiske, če svojim zaposlenim omogočajo spoprijemanje z etičnimi dilemami, še pomembnejša pa je ugotovitev Piers, et al. (2012), ki pravi, da pomanjkanje razprave o etičnih dilemah napoveduje moralno stisko pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih v zdravstveni negi. Ob takih izsledkih tujih raziskav

lahko ugotovimo, da se naši rezultati ne ujemajo z rezultati drugih raziskav.

Visoko stopnjo moralne stiske je mogoče razložiti s pomanjkanjem znanja in spretnosti za obravnavanje moralno konfliktnih vprašanj, ki lahko povzročijo, da zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, doživijo moralno stisko. Zato je zanje potrebno izvajati izobraževalne intervencijske programe, katerih cilj je zmanjšati stopnjo moralne stiske in posledično zmanjšati raven izgorelosti ter zmanjšati namero po zapustitvi sedanjega delovnega mesta. Primer takšnih programov, navaja Hamaideh (2014), je delavnica, ki bi zdravstvene delavce, zaposlene v zdravstveni negi, seznanila s pojmom moralne stiske, njenim vplivom in posledicami na zdravje in institucijo, njenimi znaki in simptomi ter razvojem individualnega in institucionalnega akcijskega načrta za reševanje moralne stiske. V zvezi z izobraževalno razsežnostjo se priporoča, da učitelji zdravstvene nege preko šolskih kurikulumov pri svojih učencih spodbujajo razprave in razmišljanja o etičnih vprašanjih, ki so vključena v proces strokovnega izobraževanja. Poučevanje strategij za spodbujanje k čim aktivnejši vlogi zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi, (da spregovorijo) za uporabo ustreznih modelov obnašanja, za obvladovanje situacij in obravnavo etičnih dilem ter moralnih stisk je ključno za vzpostavitev učinkovitih medosebnih odnosov na delovnem mestu, tj. priprava in vzdrževanje etičnega dialoga z drugimi strokovnjaki (Dalmolin, et al., 2012). Sodelujoči študenti v študiji, ki so jo izvedli Borhani, et al. (2014), je izrazila slabo medosebno komuniciranje kot eno od ovir pri doseganju poklicne etike. Slaba komunikacija med zdravniki in zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v zdravstveni negi, ter njihovimi pacienti, je glavni in najbolj izpostavljeni etični problem, ki lahko privede do kršenja pravic pacientov (Dehghani, et al., 2015). Komunikacijski izzivi torej predstavljajo komunikacijo na več področjih: komunikacijo med zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v zdravstveni negi in zdravniki, drugim osebjem in pacientom.

3.5.1 Omejitve

Prvo omejitev prepoznavamo v številu anketirancev. Glede na populacijo, ki je prisotna v predvidenem vzorcu, je število sodelujočih razmeroma nizko. Zato je potrebno rezultate naše raziskave razlagati le na vzorcu in ne predvidevati za celotno populacijo zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi. Omejitev je tudi v primerljivosti

naših rezultatov z rezultati tujih raziskav. Pri razlagi rezultatov in primerjavi naših izsledkov raziskave s tujimi rezultati smo ugotovili, da ni možno natančno primerjati toliko različnih področij z enotnim vprašalnikom o moralni stiski, kot smo to predvidevali. Ko smo se odločali za uporabo navedenega vprašalnika, se nismo zavedali, da se bodo posamezna področja dela težko prepoznala v tem vprašalniku. Ker je moralna stiska v tujih raziskavah bolj raziskana na določenih specialnih področjih (npr. paliativna oskrba, intenzivna nega ipd.) ne moremo z zagotovostjo primerjati naših rezultatov z rezultati tujih raziskav; zdravstveni delavci, zaposelni v zdravstveni negi, ki smo jih anketirali, so namreč ta področja zastopala v manjši meri ali pa sploh niso bila prepoznana (področje paliativne oskrbe). Pri primerljivosti prav tako nismo predvideli vključitve kulturoloških in organizacijskih vplivov ter vplivov demografskih podatkov na pogostost in intenziteto moralne stiske, zato so v raziskavi navedene tudi ugotovitve nekaterih dejavnikov, za katere smo verjeli, da izraziteje vplivajo na moralno stisko. Pri postavljanju hipotez smo se načrtno usmerili le na nekatere spremenljivke, za katere smo iskali povezave z moralno stisko. Ker imajo obravnavani koncepti veliko različnih vzrokov, posledic in medsebojnih povezav, ki so že raziskani, ali pa tudi ne, kot omejitev raziskave navajamo, da nismo zajeli vse te kompleksnosti. Ker gre pri obravnavani temi za obsežen in kompleksen pojav, sta pomembni omejitvi naše raziskave nepoznavanje teme in tudi dosedanja slabša raziskanost. Dostopnih je veliko raziskav, ki opisujejo različno pojmovanje, razlago in povezanost pojava moralne stiske. Zato je težko prikazati jasno razlago tega pojma in to raziskovati, saj se tudi raziskovalci strinjajo, da je na tem področju veliko nejasnosti. V slovenskem prostoru so teme: moralna stiska, vplivi nanjo in njene posledice popolnoma neraziskano področje, zato kot omejitev raziskave opredeljujemo slabo raziskanost tematike pri nas ter spregledanost teme. Dovoljujemo možnost, da so anketiranci v času izpolnjevanja anketnega vprašalnika opisovali lastno razlago pojma moralna stiske in trenutne občutke, ki pa niso popolnoma skladni z njihovim realnim doživljanjem moralne stiske. Kot omejitev naše raziskave prepoznavamo tudi merjenje »koncepta moralna stiska«. Čeprav je dostopnih kar nekaj vprašalnikov, ki merijo pogostost/intenzivnost moralne stiske, se zdi, da je uporabljen vprašalnik manj ustrezen, predvsem v delu raziskave, kjer primerjamo moralno stisko s posameznimi področji dela. Poleg tega pa je anketa, ki je bila sestavljena po mnenju anketirancev predolga in težka, kar so ob vračanju izpolnjenih anket nekateri anketiranci

tudi sporočili. Zato ostaja dvom v realno sliko na področju moralne stiske.

3.5.2 Izzivi za nadaljnje raziskave

Naša raziskava nedvomno kaže veliko potrebo po nadaljnjih raziskavah in teoretičnih opredelitvah, predvsem s področja moralne stiske, etičnega ravnanja, obravnavanja etičnih dilem, če želimo prispevati k pojasnjevanju oz. preoblikovanju trenutnega konteksta moralne stiske. Raziskave so potrebne tudi na področju ustvarjanja in realizacije novih strategij za obvladovanje moralnega stresa, ki bi obvladovale in izboljševale trenutno slabše razmere na področju zdravstvene nege in celotnega zdravstvenega sistema.

4 ZAKLJUČEK

Z magistrskim delom smo želeli proučiti pojavnost moralnih stisk med zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v zdravstveni negi, v gorenjski regiji. Povezanost moralne stiske z nekaterimi drugimi pojavi (etična klima, etične dileme, delovno okolje, sprememba/zapustitev delovnega mesta) je v naših rezultatih dokazala zapletenost pojava moralne stiske. Ugotovili smo, da se moralna stiska pojavlja v večji ali manjši meri v vseh delovnih okoljih. Zaskrbljujoče je, da so zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, v anketi odgovorili, da doživljajo moralno stisko bolj intenzivno kot pogosto, zato lahko sklepamo, da je prisotnost moralne stiske lahko velik problem, ki lahko vpliva na nudenje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacientom. Moralna stiska po naših izsledkih vpliva tudi na namero po spremembi delovnega mesta, ki za delovno okolje pomeni začaran krog pri politiki zaposlovanja. Zadovoljstvo zdravstvenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi in delovanje vodstva v smeri, da zaposlene zadrži na delovnih mestih in se tako izogne nepredvidenim stroškom, bi morala biti izziv in cilj delovne organizacije. Ugodna etična klima, ki vlada v delovnem okolju, zmanjšuje pogostost in intenziteto moralne stiske, zato je pomembno raziskovanje o prisotni etični klimi v posameznem delovnem okolju. Pomaga nam razumeti dejavnike, ki vplivajo na prakso in lažje načrtujemo strategije reševanja moralnih stisk na več področjih – tako na operativnem, vodstvenem kot političnem nivoju.

Zdravstveni delavci, zaposleni v zdravstveni negi, se na vseh področjih dela in na vseh nivojih soočajo s pojavom moralne stiske in njeno razširjenostjo. Odgovornost za zmanjševanje pojavnosti moralne stiske je torej na strani vsakega posameznega zdravstvenega delavca, zaposlenega v zdravstveni negi in vodij na vseh ravneh managementa.

Z našo raziskavo o pojavnosti moralne stiske in povezanosti z nekaterimi dejavniki smo želeli opozoriti na nevarnosti, ki jih prinaša nerešena moralna stiska, kar pa je vsekakor priložnost za nove raziskave, saj se tega problema v naši raziskavi nismo lotili. Prav tako bi bilo smiselno raziskati obstoječe strategije za obvladovanje moralnih stisk in jih poskušati prilagodene umestiti v naš prostor.

»Svet ni nevaren zaradi tistih, ki delajo slabo, ampak zaradi tistih, ki to gledajo in ničesar ne storijo.« (Einstein, n. d.)

5 LITERATURA

Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I.S., Smith, H.L. & Kutney-Lee, A., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, pp. 11-14.

Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Iltanen, S. & Suhonen, S.R., 2016. Ethical Problems in Nursing Management: The Views of Nurse Managers. *Nursing Ethics*, 23(6), pp. 646-658.

Akbar, S. & Hirani, A., 2018. Respecting parent's cultural beliefs or saving child's life: an ethical dilemma surrounding blood transfusion. *Progressing aspects in pediatrics and neonatology*, 1(1), pp. 1-4.

Allen, R., Judkins-Cohn, T., de Velasco, R., Forges, E., Lee, R. & Clark, L., 2013. Moral distress among healthcare professionals at a healthcare system. *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 15(3), pp. 111-118.

Atabay, G., Cangarli, B.G. & Penbek, Ş., 2015. Impact of ethical climate on moral distress revisited: multidimensional view. *Nursing Ethics*, 22(1), pp.103-116.

Atashzadeh Shorideh, F., Ashktorab, T. & Yaghmaei, F., 2012. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. *Nursing Ethics*, 19(4), pp. 464-478.

Bandura, A., 2012. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38(1), pp. 9-43.

Barlem, E.L., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Tomaschewski-Barlem, J.G., Silveira, R.S. & Dalmolin, G.L., 2013. Moral distress in nursing personnel. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spec), pp. 79-87.

Barlem, E.L. & Ramos, F.R.S., 2014. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nursing Ethics*, 22(5), pp. 1-8.

Bollmann, C. & Gorke, S., 2017. *Exploring moral distress – a study of how nurses struggle to do what feels morally right*. Lund: Lund University, School of economics and management.

Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mohamadi, E., Ghasemi, E. & Hoseinabad-Farahani, M.J., 2017. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics*, 24(4), pp. 474-482.

Borhani, F., Abbaszadeh, A., Nakhaee, N. & Roshanzadeh, M., 2014. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *Journal of Medical Ethics & History of Medicine*, 7(4), pp. 1-8.

Brecher, B., 2013. What is professional ethics? *Nursing Ethics*, 21(2), pp. 239-244.

Bregar, B., Peterka, J.N. & Možgan, B., 2011. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 253-262.

Brown, S.S., Lindell, F., Dolansky, M.A. & Garber, J.S., 2015. Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nursing Ethics*, 22(2), pp. 205-216.

Browning, A.M., 2013. Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *American Journal of Critical Care*, 22(2), pp. 143-152.

Burston, A.S. & Tuckett, A.G., 2013. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*, 20(3), pp. 312-324.

Carnevale, F., 2013. Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. *Revista brasileira de enfermagem*, 66(esp), pp. 33-38.

Carnevale, F.A., Benedetti, M., Bonaldi, A., Bravi, E., Trabucco, G. & Biban, P., 2011. Understanding the private worlds of physicians, nurses, and parents: a study of life-sustaining treatment decisions in Italian paediatric critical care. *Journal of Child Health Care*, 15(4), pp. 334-349.

Cavaliere, T.A., Daly, B., Dowling, D. & Montgomery, K., 2010. Moral distress in neonatal intensive care units RNs. *Advances in neonatal care*, 10(3), pp. 145-156.

Cavinder, C., 2014. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: an integrative review. *Advances in Neonatal Care*, 14(5), pp. 322-328.

Chen, P.P., Lee, H.L., Huang, S.H., Wang, C.L. & Huang, C.M., 2016. Nurses' perspectives on moral distress. *Nursing Ethics*, 25(6), pp. 734-745.

Chiaranai, C., 2011. Dilemmas within the Context of Nursing: A Concept Analysis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(3), pp. 248-257.

Corley, M.C., 2002. Nurse Moral Distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), pp. 636-650.

Corley, M.C., Elswick, R.K., Gorman, M. & Clor, T., 2008. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), pp. 250-256.

Dalmolin, G.L., Lunardi, V.L., Barlem, E.L.D. & Silveira, R.S., 2012. Implications of moral distress on nurses and its similarities with burnout. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), pp. 200-208.

Davis, S., Schrader, V. & Belcheir, M.J., 2012. Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection. *Nursing Ethics*, 1(6), pp. 738-749.

Davoodvand, S., Abbaszadeh, A. & Ahmadi, F., 2016. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 11(9), p. 5.

Deady, R. & McCarthy, J., 2010. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), pp. 209-220.

Dehghani, A., Mosalanejad, L. & Dehghan-Nayeri, N., 2015. Factors affecting professional ethics in nursing practice in Iran: a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 16(1), pp. 1-7.

DeKeyser, G.F. & Berkovitz, K., 2012. Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), pp.1516-1525.

DeTienne, K.B., Agle, B.R., Phillips, J.C. & Ingerson, M.C., 2012 The impact of moral stress compared to other stressors on employee fatigue, job satisfaction, and turnover: an empirical investigation. *Journal of Business Ethics*, 110(3), pp. 377-391.

DeVeer, A.J.E., Francke, A.L., Struijs, A. & Willems, D.L., 2013. Determinants of moral distress in daily nursing practice: A crosssectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), pp. 100-108.

Dinndorf-Hogenson, G.A., 2015. Moral Courage in Practice: Implications for patient safety. *Journal of Nursing Regulation*, 6(2), pp. 10-16.

Dodek, P.M., Wong, H., Norena, M., Ayas, N., Reynolds, S.C. & Keenan, S.P., 2016. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care*, 31(1), pp. 178-182.

Dyo, M., Kalowes, P. & Devries, J., 2016. Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 36, pp. 42-48.

Edwards, M.P., McClement, S.E. & Read, L.R., 2013. Nurses' responses to initial moral distress in long-term care. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), pp. 325-336.

Epstein, B. & Turner, M., 2015. The Nursing Code of Ethics: Its Value, Its History. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2), p. 4.

Epstein, E.G. & Delgado, S., 2010. Understanding and addressing moral distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3), manuscript 1.

Epstein, E.G. & Hamric, A.B., 2009. Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), pp. 330-342.

Eshleman, A. 2018. *Computing and Moral Responsibility*. [online] Available at: <https://plato.stanford.edu/entries/computing-responsibility/> [Accessed 15 August 2018].

Esmaelzadeh, F., Abbaszadeh, A., Borhani, F. & Peyrovi, H., 2017. Strengthening ethical decision-making: the experience of Iranian nurses. *Nursing Management (Harrow)*, 24(6), pp. 33-39.

Fida, R., Tramontano, C., Paciello, M., Kangasniemi, M., Sili, A., Bobbio, A. & Barbaranelli, C., 2016. Nurse moral disengagement. *Nursing Ethics*, 23(5), pp. 547-564.

Filipovič, Z., 2011. *Stres pri zaposlenih v zdravstveni negi ob neželenih dogodkih pri pacientih z duševnimi motnjami: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Fourie, C., 2015. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29(2), pp. 91-97.

Gallagher, A., 2010. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), pp. 1-8.

Gaskin, C.J. & Happell, B., 2014. On exploratory factor analysis: a review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *International journal of nursing studies*, 51(3), pp. 511-521.

Gastmans, C., 2013. Dignity-Enhancing Nursing Care: A foundational ethical framework. *Nursing Ethics*, 20(2), pp. 142-149.

Gaudine, A., Lamb, M., LeFort, S.M. & Thorne, L., 2011. Barriers and facilitators to consulting hospital clinical ethics committees. *Nursing Ethics*, 18(6), pp. 767-780.

Gaudine, A., LeFort, S.M., Lamb, M. & Thorne, L., 2011a. Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(1), pp. 9-19.

Gaudine, A., LeFort, S.M., Lamb, M. & Thorne, L., 2011b. Ethical conflicts with hospitals: The perspective of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(6), pp. 756-766.

Goldman, A. & Tabak, N., 2010. Perceptions of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. *Nursing Ethics*, 17(2), pp. 233-246.

Ham, K.K., 2012. *Dostojanstvo bolnika ob koncu življenja: pravni vidiki in etične dileme: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Hamaideh, S.H., 2014. Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), pp. 33-41.

Hamric, A.B., 2012. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HealthCare Ethics Committee Forum*, 24(1), pp. 39-49.

Hamric, A.B., 2014. A case study of moral distress. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(8), pp. 457-463.

Hamric, A.B., Borchers, C.T. & Epstein, E.G., 2012. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *American Journal of Bioethics Primary Research*, 3(2), pp. 1-9.

Hannah, S.T., Avolio, B.J. & May, D.R., 2011. Moral maturation and moral conation: a capacity approach to explaining moral thought and action. *Academy of Management Review*, 36(4), pp. 663-685.

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

Huang, C.C., You, C.S. & Tsai, M.T., 2012. A multidimensional analysis of ethical climate, job satisfaction, organizational commitment, and organizational citizenship behaviours. *Nursing Ethics*, 19(4), pp. 513-529.

Huang, F.F., Yang, Q., Zhang, J., Khoshnood, K. & Zhang, J.P., 2015. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. *Nursing Ethics*, 23(5), pp. 507-522.

Huffman, D.M. & Rittenmeyer, L., 2012. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 24(1), pp. 91-100.

Hwang, J.I. & Park, H.A., 2014. Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent to leave. *Nursing Ethics*, 21(1), pp. 28-42.

Iacobucci, T.A., Daly, B.J., Lindell, D. & Griffin, M.Q., 2013. professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*, 20(4), pp. 479-490.

International Council of Nurses, 2012. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. [online] Available at: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses> [Accessed 15 January 2017].

Jameton, A., 2013. A Reflection on Moral distress in nursing together with a current application of the concept. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), pp. 297-308.

Jeršin, A.G., 2013. *Etične in moralne dileme v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Johnstone, M.J. & Hutchinson, A., 2015. Moral distress. – time to abandon a flawed nursing construct? *Nursing Ethics*, 22(1), pp. 5-14.

Jonasson, L.L., Liss, P.E., Westerlind, B. & Berterö, C., 2010. Ethical values in caring encounters on a geriatric ward from the next of kin's perspective: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), pp. 20-26.

Kangasniemi, M., Pakkanen, P. & Korhonen, A., 2015. Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 71(8), pp. 1744-1757.

Karanikola, N.N.K., Albarran, J.W., Drigo, E., Giannakopoulou, M., Kalafati, M. & Mpouzika, M., 2014. Moral distress: autonomy, and nurse–physician collaboration among intensive care nurses in Italy. *Journal of Nursing Management*, 22(4), pp. 472-84.

Kassouf, A., Jouan-Rimbaud Bouveresse, D. & Rutledge, D.N., 2018. *Determination of the optimal number of components in independent components analysis. Talanta*, 1(179), pp. 538-545.

Kim, K., Han, Y. & Kim, J., 2015. Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. *Nursing Ethics*, 22(4), pp. 467-478.

Koskenvuori, J., Numminen, O. & Suhonen, R., 2017. Ethical climate in nursing environment. *Nursing Ethics*, 26(2), pp. 327-345.

Laabs, C., 2011. Perceptions of moral integrity: contradictions in need of explanation. *Nursing Ethics*, 18(3), pp. 421-440.

Lachman, V.D., 2010. Strategies necessary for moral courage. *Online Journal Issues in Nursing*, 15(3), Manuscript 3.

Lachman, V.D., 2012. Applying the ethics of care to your nursing practice. *Medsurg nursing*, 21(2), pp. 112-116.

LaSala, C.A. & Bjarnason, D., 2010. Creating workplace environments that support moral courage. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3), Manuscript 4.

Leggett, J.M., Wasson, K., Sinacore, J.M. & Gamelli, R.L., 2013. A Pilot Study Examining Moral Distress in Nurses Working in One United States Burn Center. *Journal of Burn Care & Research*, 34(5), pp.521-528.

Lu, H., Barriball, K.L., Zhang, X. & While, A.E., 2012. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), pp. 1017-1038.

Lusignani, M., Gianni, M.L. & Buffon, M.L., 2017. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management*, 25, pp. 477-485.

Lützn, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B. & Winch, S., 2010. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethic*, 17(2), pp. 213-224.

Maluwa, V.M., Andre, J., Ndebele, P. & Chilemba, E., 2012. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics*, 9(2), pp. 196-207.

Mareš, J., 2016. Moral distress: terminology, theories and models. *Elsevier*, 18(2016), pp. 137-144.

Mattingly, C. & Throop, J., 2018. The Anthropology of Ethics and Morality. *Annual Review of Anthropology*, 47(1), pp. 475-492.

McAndrew, N.S. & Leske, J.S., 2015. A balancing act: experiences of nurses and physicians when making end-of-life decisions in intensive care units. *Clinical Nursing Research*, 24(4), pp. 357-374.

Mealer, M. & Jones, J., 2013. Posttraumatic Stress Disorder in the Nursing Population: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 48, pp. 279-288.

Miložević, D., 2012. *Stres in izgorevanje na delovnem mestu medicinske sestre: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Mlinšek, A., 2012. Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 1(1), pp. 20-29.

Molewijk, B., Kleinlugtenbelt, D., Pugh, S.M. & Widdershoven, G., 2011. Emotions and Clinical Ethics Support. A Moral Inquiry into Emotions in Moral Case Deliberation. *HEC Forum*, 23, pp. 257-268.

Morley, G., 2016. Perspective: The moral distress debate. *Journal of Research in Nursing*, 21(7), pp. 570-575.

Morley, G., 2018. *What is 'moral distress' in nursing and how should we respond to It?* Bristol: University of Bristol.

Morley, G. & Ives, J., 2017. Reflections on how we teach ethics: moral failure in critical care. *AACN Advanced Critical Care*, 28(4), pp. 384-390.

Mrayyan, M. & Hamaideh, S., 2009. Clinical errors, nursing shortage and moral distress: The situation in Jordan. *Journal of Research in Nursing*, 14(4), pp. 319-330.

Murray, J.S., 2010. Moral courage in healthcare: acting ethically even in the presence of risk. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3), Manuscript 2.

Musto, L. & Schreiber, R.S., 2012. Doing the best I can do: moral distress in adolescent mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), pp. 137-144.

Musto, L.C., Rodney, P.A. & Vanderheide, R., 2015. Toward interventions to address moral distress: navigating structure and agency. *Nursing Ethics*, 22(1), pp. 91-102.

Novak, A., 2011. *Etika in etični kodeks v javni upravi: Študija primera Agencije Republike Slovenije za kmetijske trge in razvoj podeželja: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H. & Meretoja, R., 2015. Ethical climate and nurse competence - newly graduated nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, 22(8), pp. 845-859.

Numminen, O., Repo, H. & Leino-Kilpi, H., 2017. Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing ethics*, 24(8), pp. 878-891.

Oh, Y. & Gastmans, C., 2015. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), pp. 15-31.

Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K., Nakahara, J. & Narita, Y., 2010. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*, 17(6), pp. 726-740.

Olson, L., 1995. Ethical climate in health care organizations. *International Nursing Review*, 42(3), pp. 85-95.

Olson, L., 1998. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work environment. *The Journal of School Nursing*, 30(4), pp. 345-349.

Ovčar, M., 2015. *Izgorevanje in stres pri medicinskih sestrah v dializnih centrih: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Özden, D., Karagözoğlu, Ş. & Yildirim, G., 2013. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nursing Ethics*, 20(4), pp. 436-47.

Pallant, J., 2010. *SPSS Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS*. 4th ed. New York: Open University Press, McGraw Hill.

Papathanassoglou, E.D.E., Karanikola, M.N.K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C. & Albarran, J.W., 2012. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21(2), pp. 41-52.

Patton, C.M., 2014. Conflict in Health Care: A Literature Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 9(1), pp. 1-11.

Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J. & Newton, L., 2009. Registered Nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16(5), pp. 561-573.

Pauly, B.M., Varcoe, C. & Storch, J., 2012. Framing the issues: moral distress in health care. *Health Care Ethics Committee Forum*, 24(1), pp. 1-11.

Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Jakel, P. & Fine, A., 2014. The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. *Oncology Nursing Forum*, 41(2), pp. 130-140.

Peter, E. & Liaschenko, J., 2013. Moral distress reexamined: a feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), pp. 337-345.

Piers, R.D., Van den Eynde, M., Steeman, E., Vlerick, P., Benoit, D.D. & Van Den Noortgate, N.J., 2012. End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), pp. 7-13.

Poorchangizi, B., Farokhzadian, J., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M. & Borhani, F., 2017. The importance of professional values from clinical nurses' perspective in hospitals of a medical university in Iran. *BMC Medical Ethics*, 18(1), p. 20.

Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D. & Norris, L., 2010. Compassion fatigue and burnout. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 56-62.

Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. & Turk, E., 2014. *Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Ramos, F.R.S., Barlem, E.L.D., Brito, M.J.M., Vargas, M.A., Schneider, D.G. & Brehmer, L.C.F., 2016. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(2), pp.1-10.

Range, L.M. & Rotherham, A.L., 2010. Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nursing Ethics*, 17(2), pp. 225-232.

Rathert, C., May, D. & Chung, H., 2016. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *International Journal of Nursing Studies*, 53, pp. 39-49.

Rice, E.M., Rady, M.Y., Hamrick, A., Verheijde, J.L. & Pendergast, D.K., 2008. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*, 16, pp. 360-373.

Robichaux, C., 2012. Developing Ethical Skills: From Sensitivity to Action. *Critical Care Nurse*, 32(2), pp. 65-72.

Rushton, C.H., 2016. Moral resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), pp. 111-119.

Rushton, C.H., Kaszniak, A.W. & Halifax, J.S., 2013. Addressing moral distress: application of a framework to palliative care practice. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), pp. 1080-1088.

Sabatino, L., Kangasniemi, M.K., Rocco, G., Alvaro, R. & Stievano, A., 2016. Nurses' perceptions of professional dignity in hospital setting. *Nursing Ethics*, 23(3), pp. 277-293.

Sadooghiasl, A., Parvizy, S. & Ebadi, A., 2016. Concept analysis of moral courage in nursing: A hybrid model. *Nursing Ethics*, 25(1), pp. 1-14.

Sauerland, J., Marotta, K., Peinemann, M.A., Berndt, A. & Robichaux, C., 2014. Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), pp. 234-245.

Shahriari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A. & Bahrami, M., 2013. Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(1), pp. 1-8.

Shepard, A., 2010. Moral distress: a consequence of caring. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(1), pp. 25-27.

Shoorideh, F.A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F. & Alavi Majd, H., 2015. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*, 22(1), pp. 64-76.

Silén, M., Kjellström, S., Christensson, L., Sidenvall, B. & Svantesson, M., 2012. What actions promote a positive ethical climate? A critical incident study of nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, 19(4), pp. 501-512.

Silén, M., Svantesson, M., Kjellström, S., Sidenvall, B. & Christensson, L., 2011. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), pp. 3483-3493.

Sirilla, J., 2014. Moral distress in nurses providing direct care on inpatient oncology units. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), pp. 536-541.

Sirilla, J., Thompson, K., Yamokoski, T., Risser, M.D. & Chipps, E., 2017. Moral distress in nurses providing direct patient care at an academic medical center. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(2), pp. 128-135.

Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2014. *Etika*. [online] Available at: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> [Accessed 28 February 2020].

St Ledger, U., Begley, A., Reid, J., Prior, L., McAuley, D. & Blackwood, B., 2013. Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), pp. 1869-1880.

Strauch, A., 2012. *Izgorelost pri delu medicinskih sester kot psihološki in ekonomski dejavnik: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Sullivan, G.M., 2011. A Primer on the Validity of Assessment Instruments. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(2), pp. 119-120.

Taraz, Z., Loghmani, L., Abbaszadeh, A., Ahmadi, F., Safavibiat, Z. & Borhani, F., 2019. The relationship between ethical climate of hospital and moral courage of nursing staff. *Electronic Journal of General Medicine*, 16(2), pp. 109-115.

Trautmann, J., Epstein, E., Rovnyak, V. & Snyder, A., 2015. Relationships Among Moral Distress, Level of Practice Independence, and Intent to Leave of Nurse Practitioners in Emergency Departments: Results From a National Survey. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 37(2), pp. 134-145.

Ulrich, B.T., Lavandero, R., Woods, D. & Early, S., 2014. Critical care nurse work environments 2013: a status report. *Critical Care Nurse*, 34(4), pp. 64-79.

Ulrich, C.M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M. & Grady, C., 2010. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), pp. 2510-2519.

Varcoe, C., Pauly, B., Storch, J., Newton, L. & Makaroff, K., 2012. Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nursing Ethics*, 19(4), pp. 488-500.

Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P. & Merkouris, A., 2015. The ethical dimension of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 22(8), pp. 881-900.

Weiss, J.N., Cragg, B. & Woodend, A.K., 2012. Exploring how IBCLCs manage ethical dilemmas: a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 13(18), pp. 1-8.

Whitehead, P.B., Herbertson, R.K., Hamric, A.B., Epstein, E.G. & Fisher, J.M., 2015. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey: moral distress. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), pp. 117-125.

Wiegand, D. & Funk, M., 2012. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics*, 19(4), pp. 479-487.

Wilson, M.A., 2017. Analysis and evaluation of the moral distress theory, *Nursing forum*, 53(2), pp 259-266.

Wilson, M.A., Goettemoeller, D.M., Bevan, N.A. & McCord, J., 2013. Moral distress: levels, coping, and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9–10), pp. 1455-1466.

Winters, R. & Neville, S., 2012. Registered Nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28(1), pp. 19-2.

Woods, M., Rodgers, V., Towers, A. & La Grow, S., 2015. Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey. *Nursing Ethics*, 22(1), pp. 117-130.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza), 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_kodeks_etike_za_babice_ul_za_objavo_na_spletni_strani_2_2_2015.pdf [Accessed 15 January 2017].

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani,

sem Simona Tomaževič, absolventka študija Zdravstvene nege, druga stopnja, na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin Jesenice. Z mentorico doc. dr. Heleno Jeriček Klanšček in somentorico doc. dr. Sašo Kadivec pripravljam nalogo z naslovom

MORALNE STISKE ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI PRI DELU V KLINIČNEM OKOLJU

Cilj naloge je ugotoviti pojavljanje moralne stiske med zaposlenimi v zdravstveni negi in le-to povezati z etično klimo v kliničnih okoljih.

Anketa je anonimna, reševanje ankete traja približno 15 min.

Vaše sodelovanje je pomembno, saj bom le tako uspela pridobiti podatke, na katerih bo temeljila raziskava, s pomočjo katerih bom izdelala zaključno nalogo študija.

Za vse dodatne informacije sem dosegljiva na: simona.tomazevic@gmail.com

Za vaše sodelovanje se iskreno zahvaljujem in vas pozdravljam.

SKLOP 1. - vprašalnik *Moral Distress Scale* – MDS (Rice, et al., 2008)

V prvem sklopu so navedene trditve o moralni stiski. S pomočjo Likertove lestvice 0-6 opredelite, v kolikšni meri se strinjate s trditvijo, kjer upoštevate:

- **POGOSTOST** moralne stiske (na levi strani) opredeljuje Likertova lestvica od 0 do 6. Postavka 0 pomeni, da se v praksi niste nikoli srečali s situacijo, ki jo trditev opredeljuje, 6 pa pomeni vaše zelo pogosto doživljanje navedene trditve v praksi.
- Stopnja **INTENZITETE** moralne stiske (na desni strani) je merjena s pomočjo Likertove lestvice, in sicer od 0 do 6; postavka 0 pomeni, da pri navedeni trditvi ni bilo prisotne moralne stiske, 6 pa pomeni najvišjo intenzivnost moralne stiske glede na navedeno trditev.

POGOSTOST							TRDITEV	INTENZITETA						
0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
							a) Slediti moram želji svojcev tudi takrat, ko se ne strinjam, saj ustanova ne želi imeti pravnih tožb.							
							b) Upoštevam želje svojcev o nadaljevanju izvajanja aktivnosti, ki ohranjajo življenje, čeprav to ni dobro za pacienta.							
							c) Upoštevam zdravnikovo naročilo za nepotrebne preiskave oz. zdravljenje pacienta.							
							d) Pomagam zdravniku, ki pacienta zdravi brez informiranega soglasja pacienta.							
							e) Spodbujam intenzivne aktivnosti za ohranjanje življenja, čeprav pomeni to samo dodatno trpljenje za pacienta.							
							f) Ignoriram domnevne zlorabe pacienta s strani zdravstvenega osebja.							
							g) Ignoriram situacije, v katerih pacient ni dobil dovolj potrebnih informacij za zagotovitev potrebnega informiranega soglasja.							
							h) Izvajam dela in naloge, za katere se ne počutim dovolj usposobljenega.							
							i) Izogibam se ukrepanju, ko sodelavec naredi napako in o tem ne poroča.							
							j) Prav je, da študentje različnih strok izvajajo boleče postopke pri pacientu, da si pridobijo pozitivne izkušnje in večjo strokovnost.							

POGOSTOST							TRDITEV	INTENZITETA						
0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
							k) Asistiram zdravnikom, ki vadijo različne postopke na pacientu, pri katerem je bilo oživljanje neuspešno.							
							l) Upoštevam zdravnikova naročila za dodatne preiskave pacienta v terminalni fazi bolezni.							
							m) Delam s sodelavci, za katere menim, da ne delajo varno.							
							n) Sledim navodilom nadrejenih: zdravljenje pacienta se zaključi, ker ne zmore plačati stroškov oskrbe.							
							o) Še naprej sodelujem pri oskrbi hudo poškodovanega pacienta, čigar zdravstveno stanje je brezupno; pacient je na umetni ventilaciji in nihče se ne odloči za prekinitvev.							
							p) Ne ukrepam, kadar ugotovim, da moji sodelavci ne spoštujejo pacientove zasebnosti.							
							q) Sledim zdravnikovemu naročilu in pacientu ne povem resničnih podatkov, za katere me prosi.							
							r) Pomagam zdravniku, ki po mojem mnenju ne nudi ustrezne oskrbe.							
							s) Pomagam pripraviti starejšo osebo na poseg ustavitve NGS ali PEG; pacient je v terminalni obravnavi zaradi demence in z dogovorom o neoživljanju.							
							t) Pacienta, čigar oskrba se je po klinični poti zaključila, moramo odpustiti, čeprav bi za uspešno obvladovanje v domačem okolju moral usvojiti še veliko znanja.							
							u) Boljšo obravnavo zagotavljamo tistim, ki si lahko zagotovijo plačilo storitev.							
							v) Upoštevam željo svojcev in ne razpravljam o smrti z umirajočim pacientom, čeprav me on to prosi.							
							w) Naša oskrba pacientom ne prinese lajšanja trpljenja, ker se zdravniki zaradi strahu povzročitve smrti ne odločijo za zvišanje odmerka analgetikov.							
							x) Zdravilo dajem venozno tudi takrat, ko imamo jasen dogovor o neoživljanju.							
							y) Sledim prošnji zdravnika, da s pacientom ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.							
							z) Sledim želji zdravnika, da z njegovo družino ne razpravljam o odločitvi, da oživljanje ne bo izvajano.							

POGOSTOST							TRDITEV	INTENZITETA						
0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
							aa) V naši ustanovi ne nudimo zdravljenja tistim, katerih zdravstveno zavarovanje ne krije stroškov.							
							bb) Namerno bi povečal odmerek venozne aplikacije pri nezavestnem pacientu z namenom pospešitve smrti.							
							cc) Odzovem se na pacientovo prošnjo za pomoč pri samomoru, kadar ima pacient slabo prognozo.							
							dd) Upoštevam zdravnikovo zahtevo in ne razpravljam o smrti z umirajočim, čeprav me on to prosi.							
							ee) Sledim naročilu aplikacije analgetične terapije, čeprav predpisana zdravila ne obvladujejo bolečine.							
							ff) Delam z medicinskimi sestrami, ki za svoje delo, ki ga opravljajo, niso dovolj kompetentne.							
							gg) Delam s sodelavci (druge stroke), ki za svoje delo, ki ga opravljajo, niso dovolj kompetentni.							
							hh) Delam s sodelavci, ki nimajo dovolj formalne izobrazbe za delo, ki ga opravljajo.							
							ii) Delam z zdravniki, ki niso dovolj usposobljeni za ustrezno delo s pacienti.							
							jj) Delam s sodelavci podpornih služb (kuhinja, vzdrževalci, čistilni servis ...), ki niso dovolj usposobljeni za svoje delo.							
							kk) Kadar je smrt pacienta neizogibna, se z njegovimi svojci pogovarjam o možnosti darovanja organov.							
							ll) Za pacienta moram skrbeti, čeprav nisem dovolj kompetenten.							

SKLOP 2. vprašalnik o etični klimi *Hospital Ethical Climate Scale* (Sauerland, et al., 2014)

V spodnji razpredelnici so navedene trditve, ki opisujejo etično klimo v vaši ustanovi. S pomočjo Likertove lestvice označite stopnjo strinjanja od 1 do 5, kjer pomeni stopnja 1 - sploh se ne strinjam, 2 - ne strinjam se, 3 - niti se strinja, niti se ne strinjam, 4 - strinjam se in 5 - popolnoma se strinjam.

TRDITEV	1 <i>sploh se ne strinjam</i>	2 <i>ne strinjam se</i>	3 <i>ni se strinjam niti se ne strinjam</i>	4 <i>strinjam se</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
a) Moji sodelavci poslušajo moje skrbi glede oskrbe pacientov.					
b) Pacienti vedo, kaj lahko pričakujejo od oskrbe.					
c) Vodja mi pomaga, ko se ne morem odločiti, kaj je prav ali narobe v določeni situaciji.					
d) Bolnišnična politika mi pomaga pri reševanju težkih problemov/ težav v zvezi z oskrbo pacienta.					
e) Medicinske sestre in zdravniki zaupamo drug drugemu.					
f) Medicinske sestre imamo dostop do informacij, ki so potrebne za reševanje problemov pri zdravljenju.					
g) Moj vodja me podpira pri odločitvah o oskrbi pacienta.					
h) Bolnišnično poslanstvo in vizija sta skladna z vizijo in poslanstvom zdravstvene nege.					
i) Zdravniki vprašajo medicinske sestre za mnenje pri odločitvah o zdravljenju.					
j) Moji sodelavci mi pomagajo pri reševanju težkih problemov pri oskrbi pacienta.					
k) Medicinske sestre potrebujemo informacije za uspešno reševanje pacientovih potreb.					
l) Moj vodja me posluša, ko se pogovarjam o vprašanjih / težavah o oskrbi pacienta.					
m) Profesionalne vrednote in lastni občutki vseh sodelavcev so upoštevani, ko se odločamo o poteku aktivnosti.					
n) Sodelujem pri odločitvah o zdravljenju pacientov.					
o) Moj vodja je nekdo, ki mu lahko zaupam.					
p) Konflikt obravnavamo odkrito in se mu ne izogibamo.					
q) Medicinske sestre in zdravniki spoštujemo mnenja drugih, tudi če se ne strinjamo o tem, kaj je najbolje za paciente.					

TRDITEV	1 <i>sploh se ne strinjam</i>	2 <i>ne strinjam se</i>	3 <i>ni se strinjam ni se ne strinjam</i>	4 <i>strinjam se</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
r) Delam s sodelavci, ki so kompetentni.					
s) V naši ustanovi spoštujemo pacientove želje.					
t) Kadar se moji sodelavci v določeni situaciji ne morejo odločiti, kaj je prav ali narobe, prosim vodjo za pomoč.					
u) V naši ustanovi imamo čut za učenje in iskanje odgovorov na vprašanja o oskrbi pacientov.					
v) Medicinske sestre in zdravniki se spoštujemo.					
w) Pri nas so pacienti deležni varne obravnave.					
x) Moj vodja je nekdo, ki ga spoštujem.					
y) Pacientom lahko nudim oskrbo, kot je predpisano v standardih in bi se morala izvajati.					
z) V naši bolnišnici smo medicinske sestre spoštovane, sodelavci drugih panog nas podpirajo.					

SKLOP 3.

Spodnja štiri vprašanja se nanašajo na vaše izkušnje z etičnimi dilemami, reševanje le-teh in možno posledico nerešenih moralnih stisk. S pomočjo navedene lestvice opredelite pogostost.

1. Kako pogosto imate izkušnje z etičnimi dilemami na vašem trenutnem delovnem mestu?

1	2	3	4	5	6
nikoli ne doživljam etičnih vprašanj	enkrat na mesec ali manj	dvakrat do trikrat na mesec	enkrat na teden	dvakrat do trikrat tedensko	več kot dvakrat do trikrat na teden

2. Kako pogosto vaš neposredni vodja govori o etičnih dilemah in vprašanjih?

1	2	3	4	5	6
nikoli	enkrat na mesec ali manj	dvakrat do trikrat na mesec	enkrat na teden	dvakrat do trikrat tedensko	več kot dvakrat do trikrat na teden

3. Kako pogosto so vaše etične dileme in etična vprašanja obravnavana na rednih sestankih vašega oddelka?

1	2	3	4	5	6
nikoli	enkrat na mesec ali manj	dvakrat do trikrat na mesec	enkrat na teden	dvakrat do trikrat tedensko	več kot dvakrat do trikrat na teden

4. Kako pogosto pomislite o menjavi službe zaradi moralne stiske in/ali nekonstruktivnega reševanja etičnih dilem?

1	2	3	4	5	6
nikoli	enkrat na mesec ali manj	dvakrat do trikrat na mesec	enkrat na teden	dvakrat do trikrat tedensko	več kot dvakrat do trikrat na teden

5. V kolikšni meri ste zadovoljni s poklicnim delom v zdravstveni negi?

Ocenite s pomočjo 5 stopenjske Likertove lestvice, kjer pomeni: 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 – zadovoljen in 5 – zelo zadovoljen.

1	2	3	4	5
Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Niti zadovoljen niti nezadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen

SKLOP 4.

Prosimo, da izpolnite demografske podatke, ki jih potrebujemo za našo raziskavo:

1. Spol

- a) Moški
- b) Ženski

2. Prosimo, vpišite svojo starost: _____ let.

3. Prosimo, označite področje zdravstvene nege, na katerem delate:

- a) pediatrično področje
- b) kirurško področje
- c) internistično področje
- d) geriatrično področje
- e) psihiatrično področje
- f) področje intenzivne oskrbe
- g) ginekološko-porodniško področje
- h) drugo _____

4. Pridobljena izobrazba iz področja zdravstvene nege:

- a) Dokončana srednja šola
- b) Dokončan dodiplomski študij (višješolski/visokošolski program)
- c) Dokončan podiplomski študij (strokovni magisterij)
- d) Dokončan doktorski študij


5. Če ste poleg izobrazbe v zdravstveni negi dosegli še izobrazbo na drugih področjih, vas prosimo, da jo označite:

- a) Visoko strokovna izobrazba
- b) Univerzitetna izobrazba
- c) Strokovni magisterij
- d) Znanstveni magisterij
- e) Doktorat znanosti

6. Koliko časa ste zaposleni na tem delovnem mestu?

- a) ____ let

6.2 SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Dekanat / Dean's office
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija
T: +386 4 58 69 360 | F: +386 4 58 69 363
E: dekanat@fzab.si | www.fzab.si

SOGLASJE ZAVODA/ORGANIZACIJE K RAZISKOVANJU

Zdravstveni/socialni zavod/organizacija:
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): **Polona Podnar, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, direktorica**

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu/organizaciji – kontaktna oseba za študenta/ke:
Špela Požun, dipl. med. sestra, pomočnica direktorice za področje zdravstvene nege

tel.: **04 20 82 821**, e-naslov: **spela.pozun@bgp-kranj.si**

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu/organizaciji brez uporabe imena zavoda/organizacije v magistrskem delu
- b) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu/organizaciji in uporabo imena zavoda/organizacije v magistrskem delu**
- c) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven**
- d) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.


Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu/organizaciji, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika): /

Sklep organa: _____
je bil, da se navedena raziskava **ne more opraviti** v našem zavodu/organizaciji.


Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu/organizaciji: /

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda/organizacije: _____
Polona PODNAR, dr. med. spec. ginekologije in porodništva

Kraj in datum: **Kranj, 5.12.2018**



**JAVNI ZAVOD
BOLNIŠNICA ZA GINEKOLOGIJO
IN PORODNIŠTVO KRANJ**
4000 KRANJ, KIDRIČEVA 38/a
TEL.: 04/ 20 82 800, FAX: 04/ 20 82 851



Ident. št. za DDV / VAT Nr.: S183837582, Matična številka: 2245272
TRR pri Gorenjski banki d.d. Kranj / SWIFT: S156 0700 0000 1033 819



Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
Angela Boškin Faculty of Health Care

Dekanat / Dean's office
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija
T: +386 4 58 69 360 | F: +386 4 58 69 363
E: dekanat@fzab.si | www.fzab.si

SOGLASJE ZAVODA/ORGANIZACIJE K RAZISKOVANJU

Zdravstveni/socialni zavod/organizacija: PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA
BEGUNJE, Begunje na Gorenjskem 55, Begunje na Gorenjskem

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): BRANKO BRINŠEK, dr. med., spec. psih - DIREKTOR

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu/organizaciji – kontaktna oseba za študenta/ke:

MARJAN ŽAGAR, pomočnik direktorja za zdravstveno nego
tel.: 04 533 52 29, e-naslov: marjom.zagar@pb-begunje.si

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu/organizaciji brez uporabe imena zavoda/organizacije v magistrskem delu
 b) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu/organizaciji in uporabo imena zavoda/organizacije v magistrskem delu
 c) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven
 d) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu/organizaciji, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

/

Sklep organa: /
je bil, da se navedena raziskava **ne more opraviti** v našem zavodu/organizaciji.

Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu/organizaciji:

/

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda/organizacije:

Kraj in datum: 29.11.2018



[Handwritten signature]

Ident. št. za DDV / VAT Nr. SI83837582, Matična številka: 2245272
TRR pri Gorenjski banki d.d. Kranj / SWIFT: SI56 0700 0000 1033 819



SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU

Zdravstveni / socialni zavod:

UNIVERZITETNA KLINIKA ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK
GOLNIK 36
4204 GOLNIK

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto):

asist. Katja Vrankar, mag.zdr.nege
pom.direktorja za področje zdravstvene nege

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta/ko:

asist. Katja Vrankar, mag.zdr.nege

tel.: 04/ 25 69 114

e-naslov: katja.vrankar@klinika-golnik.si

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.
 b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.
 c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Sklep organa: _____ je bil, da se navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.

Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda:

Kraj in datum: **Golnik, 5.12.2018**