Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

POKLICNA ETIKA

gradivo za preizkus strokovne usposobljenosti

zaposlenih v zdravstveni negi

38. člen ZZDej-K (Uradni list RS, št. 64/17)

Pripravila delovna skupina:

Doc. dr. Boris Miha Kaučič, Darinka Klemenc, viš. pred. mag. Darja Ovijač

Ljubljana, 2022

Ob železnici 30 a
1000 Ljubljana

Telefon: 01 544 54 80
E-mail: tajnistvo@zbornica-zveza.si
www. zbornica-zveza.si

TRR: SI56 0203 1001 6512 314
ID št za DDV: SI64578119
Matična številka: 5138493

ISO 9001 Q-2220

Namen preizkusa strokovne usposobljenosti

Preizkus strokovne usposobljenosti je namenjen zaposlenim v zdravstveni negi, ki glede na realizacijo 38. člena prehodnih in končnih določb Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti – ZZDej-K (Uradni list RS, št. 64/17) in so bili prerazporejeni glede na drugi odstavek 38. člena prehodnih in končnih ZZDej-K, da pridobijo oziroma poglobijo znanje na področju zdravstvene nege.

- Zaključeno srednješolsko izobraževanje in izpolnjevanje kriterijev 38. člena, 2. odstavek prehodnih in končnih določb ZZDej-K.

Vsebina preizkusa strokovne usposobljenosti:

Vsebina:

- 1. poglavje: Etika in morala v zdravstveni negi - temeljni pojmi, etična načela in teorije etike.
- 2. poglavje: Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije.
- 3. poglavje: Etična odgovornost v zdravstveni negi.
- 4. poglavje: Vrednote v zdravstveni negi.
- 5. poglavje: Profesionalna podoba izvajalcev zdravstvene in babiške nege.
- 6. poglavje: Izzivi poklicne etike v sodobnem medkulturnem okolju.
- 7. poglavje: Etični problemi/dileme z lastnega strokovnega področja (navezati se na kodeks etike).

Cilji preverjanja nadgradnje znanja:

- Nadgradnja znanja v zdravstveni negi s področja poklicne etike in etičnih teorij.
- Nadgradnja znanja v zdravstveni negi z implementacijo etičnih načel in standardov Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije.
- Nadgradnja znanja s pomenom prepoznavanja profesionalnih vrednot v zdravstveni negi.
- Nadgradnja znanja v zdravstveni negi s področja odgovornosti in delegiranja aktivnosti zdravstvene nege glede na kompetence in usposobljenost medicinske sestre.
- Nadgradnja znanja s podobo medicinske sestre in tehnika zdravstvene nege.
- Nadgradnja znanja v zdravstveni negi s področja medkulturne oskrbe pacientov.
- Nadgradnja znanja z razlikovanjem med etično dilemo in etičnim problemom v praksi zdravstvene nege (na strokovnem področju delovanja).

Znanje in razumevanje:

- Teoretično znanje s področja poklicne etike poveže s prakso zdravstvene nege na ožjem strokovnem področju delovanja.

Način pridobivanja znanja:

- *Samostojno učenje, pridobivanje znanja na različnih seminarjih in učnih delavnicah.*
- *Strokovna literatura (članki, zborniki).*

Obveznosti kandidata:

- Pridobivanje znanja na področju poklicne etike.

Načini ocenjevanja in preverjanja znanja:

- Pisni izpit.

Obvezna literatura:

Prvo poglavje:

- Šmitek, J., 1998. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege,* 32(3/4), pp. 127-138.
- Šmitek, J., 2004. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege,* 38(3), pp. 205-209.
- Šmitek, J. 2006. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege,* 40(1), pp. 23-35.

Članki so prosto dostopni na spletni strani **Obzornika zdravstvene nege** (Zbornica-Zveza).
https://obzornik.zbornica-zveza.si/

Drugo poglavje:

- *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.

Kodeks je dosegljiv na:
https://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

Tretje poglavje:

- Klemenc, D., Sojar, V., Pahor, M., Rotar Pavlič, D., Ovijač, D., Buček Hajdarevič, I., Pleterski, D., & Bregar, B. (n. d.) *Protokol medpoklicne komunikacije med medicinskimi sestrami/babicami in zdravniki v primerih dvoma o naročenih ukrepih.* Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/1-1-protokol_medpoklicnega_sodelovanja_3_2017.pdf [10. 10. 2019].

Četrto poglavje:

- Klemenc, D., 2010. Vrednote v zdravstveni in babiški negi v odsevu današnjega časa. In: M. Berkopec, ed. *2. Dnevi Marije Tomšič – Vrednote v zdravstveni negi, Novo mesto, januar 2010.* Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, pp. 12-15.

Zbornik je javno dostopen na (**obvezen je samo strokovni prispevek od strani 12 do strani 15**):
http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/zbornik_dmt_2010.pdf

Peto poglavje:

- Dokument je javno dostopen na spletni strani nacionalnega strokovnega združenja Zbornice-Zveze:

https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/podoba_medicinske_sestre.pdf

Šesto poglavje:

- Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebron, U., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In: U. Lipovec Čebron, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba.* Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 11-30.

Priročnik je javno dostopen na (**obvezno je samo prvo poglavje od strani 11 do strani 30**):
https://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf

Sedmo poglavje:

Kandidatka/kandidat se osredotoči na lastno strokovno področjo. V nadaljevanju podajamo nekaj primerov za lažje razumevanje poglavja.

- Petkovšek Gregorin, R., Mali, B., Vidmar, V. & Hočevar Posavec, B. 2017. Etične dileme in bolnikove pravice v rehabilitacijski zdravstveni negi. *Rehabilitacija*, XVI(1), pp. 20-25.

Članek je javno dostopen na:
http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2017_S1_p020-025.pdf

- Šmitek, J., 2004. Etika v praksi: izločanje in vstavljanje urinskih katetrov. *Obzornik zdravstvene nege,* 38(4), pp. 319-324.
- Klemenc, D., 2011. Etične dileme v zdravstveni negi – pacient z inkontinenco. In: S. Majcen Dvoršak & D. Šćepanović, eds. *Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi, Ankaran, marec 2011.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 41-53.

Zbornik je javno dostopen na:
http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/stome_rane_inkontinenca_aktivnosti_v_zdravstveni_negi_celota.pdf

- Klemenc, D. & Štemberger Kolnik, T., 2012. Etične dileme v patronažni zdravstveni negi. In: B. Skela Savič, et al., eds. *Zbornik predavanj z recenzijo. 5. mednarodna znanstvena konferenca Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 100-108.

Zbornik je javno dostopen na:
https://www.fzab.si/uploads/file/5_MZK_2012(1).pdf

Priporočena literature (ni obvezna):

Prvo poglavje:

- Tschudin, V. 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi.* Ljubljana: Educy.
- Prebil, A., Mohar, P. & Fink, A. 2013. *Etika in zakonodaja v zdravstvu.* Ljubljana: Grafenauer založba d.o.o.
- Jug, D., 2015. Etičnost razmišljanja in etika skrbi v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 4(2), pp. 47-55.
- Ovijač, D. 2019. Etika skrbi - skrb zase. In: I. Šumak, ed. *Znanje za boljše zdravje: natančna, varna in odgovorna obravnava pacientov v času diagnostike, zdravljenja in zdravstvene nege: zbornik predavanj, Celje, 14. marec 2019.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, pp. 69-75.

Zbornik je dosegljiv na:
http://www.zbornica-zveza.si/en/publications/proceedings/znanje-za-boljse-zdravje.

Tretje poglavje:

- Ovijač, D. 2017. Strokovna in etična odgovornost v zdravstveni in babiški negi. In: M. Velepič & Đ. Sima, eds. *Poklicna etika v praksi zdravstvene in babiške nege: obvezne vsebine za podaljšanje licence za samostojno delo v zdravstveni in babiški negi.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 15-22.
- Klemenc, D. 2007. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki - priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. *Zdravniški vestnik*, 76(1), pp.55-59.

Članek je dosegljiv na:
https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-K1EAMDMD

Šesto poglavje:

- Razlag Kolar, T., Filej, B. & Kaučič, B.M. Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo. In: B. Filej & B.M. Kaučič, eds. *Medkulturna oskrba v zdravstvu: znanstvena monografija.* 1. izd. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 75-95.

Znanstvena monografija je dostopna na:
http://www.vzsce.si/si/files/default/Monografija%202019%20ekolofon_web.pdf

- Erasmus+. MICE-ICU. *Medkulturna oskrba.* Izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege preko sistema za upravljanje e-izobraževanja. Dostopno v slovenskem jeziku na: http://mice-icu.eu/sl/

FILOZOFIJA, MORALA IN ETIKA V ZDRAVSTVENI NEGI

PHILOSOPHY, MORALE AND ETHICS IN NURSING CARE

Jana Šmitek

UDK/UDC 614.253.52:616-083

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega; etika, zdravstvena nega; filozofija, zdravstvena morala*

DESCRIPTORS: *nursing care; ethics, nursing; philosophy, nursing morale*

Izvleček – *V članku je predstavljen oris filozofije, morale in etike ter njihove pojavne oblike v zdravstveni negi. Vključuje razlago pojmov, kot so vrednote, pravice, dolžnosti in odnosi v povezavi z zdravstveno nego. Opisana je tudi vloga filozofije v sodobnem menedžmentu zdravstvene nege.*
Članek skuša prek razumevanja filozofije, moralnoetičnih načel, vrednot, pravic, dolžnosti in odnosov omogočiti razumevanje dokumenta filozofije zdravstvene nege, ki se pojavlja kot končni rezultat naštetega in kot vodilo za delo v praksi. Predstavljena sta tudi primera dokumentov filozofije zdravstvene nege kliničnega oddelka – za uporabnike in za zaposlene.

Abstract – *The article presents an outline of philosophy, morale and ethics and their reflection in nursing care. Concepts like values, rights, duties and relations as related to nursing care are explained. The role of philosophy in moderns management of nursing care is described.*
The aim of the article is to explain a document of the philosophy of nursing care as the final result and as the guidance for practical work, through the understanding of philosophy, moral and ethical principles, values, rights, duties and their relations. Two cases of the documents of the philosophy of nursing care of a hospital ward are presented, for users and for staff.

Uvod

Skladno z razvojem teorije zdravstvene nege v zadnjih desetih, morda dvajsetih letih, se tudi v sami praksi vedno pogosteje srečujemo z izrazi, kot so filozofija, morala, etika, filozofija zdravstvene nege, vrednote, pravice, pravice bolnikov, dolžnosti itn., ki so z izjemo nekaterih našim sodelavcem bolj ali manj nejasni ali pa različno razumljivi.

Pričujoči članek je nastal zaradi želje, da bi pojasnili pomen posameznih pojmov in njihovo medsebojno povezanost ter povezanost z zdravstveno nego ali poenotili mišljenja v naših strokovnih pogovorih ob uvajanju filozofije zdravstvene nege v prakso. Upam, da bo predvsem v pomoč tistim, ki teh vsebin v času izobraževanja niso obravnavali ali pa so nanje že »malo pozabili«.

Kaj je filozofija?

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) (1994) filozofijo opredeljuje kot:

1. vedo, ki preučuje naravo sveta, njegov ustroj in položaj človeka v njem;
2. sistem teoretičnih načel kakega znanstvenega ali umetniškega področja;
3. sposobnost premišljanja, razglabljanja o splošnih življenjskih vprašanjih.

Filozofija ali znanost mišljenja se je razvila iz mitskega odnosa do sveta najprej pri vzhodnih kulturah – Kitajcih in Indijcih in nato pri Grkih, ki so ustvarili temelje celotne evropske filozofije.

Ime filozofija je nastalo v antiki; *philos* pomeni drag, ljub ali prijatelj in *sophia* módrost (Snoj, 1997). V skupnem prevodu pomeni filozofija »ljubezen do modrosti« ali »ljubezen do resnice«. Filozofija pomeni tudi iskanje znanja o človeku in vesoljnem svetu (Lacey, 1996). Okrog leta 300 pr. n. št. so pripadniki grške stoične šole razdelili znanje (filozofijo) v tri osnovne veje: *logiko, fiziko* in *etiko*. Samo filozofijo so sprva delili v *filozofijo narave*, ki je obravnavala svet narave, in *filozofijo nravnosti*, moralnosti, ki je obravnavala človeka in človečnost (Lacey, 1996).

S časom se je filozofija spreminjala in razvijala. Posamezne znanosti so se odcepile od filozofije in se samostojno specializirano razvijale tako, da danes filozofija kot samostojna veda predstavlja le še eno od njih.

V današnjem času delimo filozofijo na naslednje glavne veje:

– **Estetika** je filozofija umetnosti, lepega.

Jana Šmitek, višja medicinska sestra, absolventka zdravstvene vzgoje, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, Ljubljana

- **Epistemologija** ali gnoseologija obravnava izvor, strukturo, metodo spoznavanja in veljavnosti spoznanja; njeno drugo ime je tudi spoznavana teorija (SSKJ, 1994); poenostavljeno povedano je to veda, ki se ukvarja z načini pridobivanja in uporabe znanja v praksi.
- **Etika** je v glavnem preučevanje dobrega in preučevanje pravilnega ravnanja; pravilno ravnanje je povezano z načeli pravilnega in napačnega, ki vodijo naše izbire in težnje (Audi, 1995).
- **Logika** preučuje načela pravilnega mišljenja in oblike sklepanja.
- **Metafizika** obravnava načela stvarnosti, ki so s čuti ali izkustvi nedostopna, nespoznavna (SSKJ, 1994).
- **Politična filozofija** obravnava človeške odnose na osnovi avtoritete in suverenosti.
- **Socialna filozofija** preučuje probleme iz ekonomike, antropologije, sociologije in socialne psihologije (Lacey, 1995).

V moderni obliki filozofija tudi spremlja druge znanosti in analizira koncepte (stališča, ideje) ter metode, ki jih le-te uporabljajo (Lacey, 1995). Tako ima določeno znanstveno področje tudi svojo filozofijo: na primer filozofija izobraževanja, zgodovine, jezika, prava, matematike, religije, znanosti itn.

Svojo spremljajočo filozofijo imajo tudi ožja specializirana področja ali novo nastajajoče vede, kamor med drugimi prištevamo tudi zdravstveno nego.

Filozofija zdravstvene nege kot vede

Zdravstvena nega je novo nastajajoča veda, zato je njena filozofija še v povojih (Bishop in Scudder, 1990). Kljub temu teoretiki in filozofi z različnih področij in tudi s področja zdravstvene nege skušajo filozofsko opredeliti smisel zdravstvene nege kot prakse, pomen in izvor teorij zdravstvene nege ter izide medsebojnih odnosov med teorijo in prakso v zdravstveni negi (Fealy, 1990). Mnogi trdijo, da je zdravstvena nega uporabna znanost, ki v svoji praksi uporablja splošno znana pravila, načela in zakone, ki izhajajo iz drugih znanosti (Bishop in Scudder, 1990; Edwards, 1997; Fealy, 1997). Drugi zdravstveno nego opredeljujejo kot praktično družboslovno znanost, ker temelji na zaupnih medsebojnih dejanjih, ki pogojujejo sodelovanje na nekem področju (Bishop in Scudder, 1990). Še ožje je pojmovanje, da je zdravstvena nega moralna ali etična disciplina (Bandman in Bandman, 1990; Allmark, 1992). Cilj ali namen zdravstvene nege je dobro počutje drugih, kar ni zdravstveni ampak moralni cilj (Curtin in Flaherty, 1982).

Osnova znanstvenega preučevanja zdravstvene nege je fenomenologija, to je metodologija za opazovanje odnosov in pojavov. Opazovanje zajema tudi odnos med teorijo in prakso v zdravstveni negi. Teorija in praksa delujeta v obeh smereh: teorija pomaga določati prakso, vendar je praksa sama po sebi osnova za razvijanje teoretičnih konceptov v zdravstveni negi (Conant cit. v Fealyju, 1997). Zdravstvena nega lahko uporablja znanje iz drugih področij in skozi refleksijo in domišljijo razvija nove poglede na tisto znanje, ki je specifično za zdravstveno nego (Schultz in Melies cit. v Fealyju, 1997).

Filozof Stephen Strasser je prehajanje prakse v teorijo in nato nazaj v prakso poimenoval hermeneutična spirala. Ta je še posebno pomembna v zdravstvu in zdravstveni negi, kjer praktično delovanje zahteva stalno povezavo teorije s prakso in prakse z vsakodnevnim življenem bolnika/varovanca (Bishop in Scudder, 1990).

Filozofski pogledi se nanašajo tudi na opredelitev smisla zdravstvene nege. Bishop in Scudder (1990) navajata praktični, moralni in osebni pomen zdravstvene nege za družbo.

S praktičnim pomenom se skuša označiti bistvo načinov izvajanja zdravstvene nege. Obstajajo najmanj štirje načini ugotavljanja praktičnega bistva zdravstvene nege:

- obsežno preučevanje kompetenc zdravstvene nege;
- primerjava delovnih področij zdravnika in medicinske sestre;
- opis »vmesne vloge« medicinske sestre v odnosu zdravnik – medicinska sestra – bolnik/varovanec;
- opredelitev vloge zagovorništva bolnika/varovanca v zdravstveni negi.

Moralni pomen označuje zdravstveno nego kot moralno znanost (Bandman in Bandman, 1990; Bishop in Scudder, 1990). Moralni pomen se izraža v odnosih in dolžnostih do bolnika/varovanca oziroma do družbe.

Osebni pomen zadeva medsebojni odnos medicinske sestre do bolnika/varovanca in narobe.

Teorije, odnose, pomene in povezave med njimi ter še mnoge druge globalne »resnice« o zdravstveni negi analizira in skuša razložiti filozofija zdravstvene nege. Filozofija zdravstvene nege vpliva na raziskovanje v zdravstveni negi, na izbiro raziskovalnih metod, na način analiziranja podatkov in na načine razvijanja in preizkušanja teorij (Uys in Smith, 1996). Filozofija zdravstvene nege naj bi vključevala tudi razjasnitev konceptov in ocenitev dokazov v zdravstveni negi ter spoštovanje tradicionalnih filozofskih problemov, ki imajo pomen za teorijo in prakso zdravstvene nege (Edwards, 1997).

Morala in etika

Tako beseda etika – *ethos*, ki je grškega, kot beseda morala – *mos, moris*, ki je latinskega izvora, v bistvu pomenita isto – običaj, navado. Širše razumevanje

kot *odnos do lepega, pravilnega*, se prav tako nanaša na oba pojma. V praksi se besedi v povezavi z drugimi pojmi dostikrat izmenjujeta ali zamenjujeta (moralna, etična stališča, načela, vprašanja...), čeprav imata v osnovi teoretično različen pomen.

Morala

Beseda morala pomeni:

1. vse, kar vrednoti, usmerja medsebojne odnose ljudi kot posledica pojmovanja dobrega ali slabega; lahko se nanaša na nazor, nosilca ali na kako področje delovanja, življenja;
2. priznavanje, izpolnjevanje tega, kar vrednoti, usmerja medsebojne odnose ljudi glede na kaj;
3. načelo, stališče;
4. psihično pripravljenost, zavzetost koga za izvršitev določenega dejanja, dosego določenega cilja (SSKJ, 1994).

Morala je oblika dejavnosti (Švajncer, 1995). Povezana je z navadami, običaji, načinom življenja, delovanja, reagiranja itn., še zlasti v odnosih dobro – slabo, pravilno – nepravilno oziroma napačno. Pomeni tudi zavestno dojemanje družbenih pravil in norm.

Morala ni nekaj trajnega, nespremenljivega, čeprav ima stalno mesto v človeški družbi. Je odraz časa (antična, srednjeveška morala itn.) ter družbe, družbenih ureditev in kultur (krščanska, islamska, sužnjelastniška, kapitalistična, socialistična, kitajska, indijska – morala itn.). Zato so vodila in načela posameznih moral različna in se tudi zgodovinsko spreminjajo.

Morala je splet vrednostno naravnanega in določenega človekovega ravnanja, skupek nenapisanih pravil, po katerih se ravna skupnost in človekovo notranje vodilo glede odločanja v življenjskih situacijah (Švajncer, 1995).

Filozofska disciplina, ki si prizadeva opredeliti naravo in pomen zahtev različnih moral, je etika (Milčinski, 1982).

Etika

Etika ali nauk o dobrem, pravilnem, je ena od glavnih vej filozofije in predstavlja filozofsko raziskovanje morale. Etika je tesno povezana z drugimi filozofskimi vejami. Začetek etike kot filozofske discipline nekateri pripisujejo grškemu filozofu Sokratu (470 do 399 pr. n. št.), drugi pa Aristotelu (384 do 322 pr. n. št.). Vsekakor je Aristotelova predstavitev etike veliko bolj natančna, analitična in določena njegova načela se pojavljajo tudi v sodobni etiki. Po Aristotelu je etika del politike, ker je človek vezan na skupnost. Cilj etike je prevladovanje razuma nad čuti in moralno delovanje ima prednost pred utilitarizmom. Cilj vsakega delovanja in ustvarjanja bi moralo biti nekaj dobrega, dobro pa je tisto, k čemur človek teži (Bošnjak, 1993). Za Aristotela je najvišje človekovo dobro eudajmonija ali srečnost, da pa je srečnost možno uresničiti, mora človek imeti v svoji duši nekatere vrline, ki zadevajo njegov um in voljo (Jerman, 1992). Te vrline so lahko dianoetične (razumske, miselne) kot um, znanje, modrost, veščina... ali pa etične (značajske, moralne) kot pogum, radodarnost, plemenitost, blagost, dostojnost, prijateljstvo in pravičnost. Aristotelu predstavlja najvišjo etično vrlino pravičnost. To je popolna etična vrlina, kadar se nanaša na drugega človeka (Bošnjak, 1993).

Etika predlaga, odkriva, ureja, preučuje in utemeljuje človekova dejanja z navajanjem določenih načel, ki opredeljujejo pravilno delovanje v določenih situacijah. Predmet etike ni človekovo spontano obnašanje, ampak človekova dejanja in delovanja, ki so izbrana zavestno in namensko (Curtin in Flaherty, 1982).

Lacey (1995) navaja, da etika v prevladujočem smislu pomeni raziskovanje, kako človek na splošno mora delovati. Osnovni koncepti, ki se pri tem pojavljajo so *morati* kot obveznost ali dolžnost, ter *pravilno* in *nepravilno*, čeprav ne v njihovem celotnem obsegu.

Z drugega stališča je osnovni predmet obravnave v etiki vrednost ali korist in primarni koncepti tega so *koristnost, primernost* in *dobro samo po sebi*.

Najenostavneje lahko trdimo, da so predmet etike medčloveški odnosi (Švajncer, 1995).

Odsev morale v zdravstveni negi

Morala se časovno in družbeno spreminja, določeni modeli morale pa obstajajo časovno neomejeno in bolj ali manj vplivajo na različna področja človekovega delovanja.

Pod moralnim modelom razumemo prevladujoč način gledanja na vrednote. Švajncer (1995) namesto pojma model morale uporablja izraz etična smer.

Bandman in Bandman (1990) navajata, da obstaja od 8 do 14 tradicionalnih in sodobnih modelov morale, ki vplivajo na odločanje v zdravstvu. Vsak model izraža temeljne moralne vrednote, ki vplivajo tudi na vidike odločanja o dobrem in pravilnem v zdravstveni negi. Modeli se nanašajo ali na posameznika kot uporabnika storitev zdravstvenega varstva oziroma zdravstvene nege ali na izvajalce – zdravstvene delavce. Modeli se med seboj delno prekrivajo, včasih pa so si celo v nasprotju. Zato za razumevanje etike zagotovo ne moremo uporabiti samo enega modela.

Individualizem in **kolektivizem** sta dva nasprotujoča si modela.

Individualizem je nazor, ki zelo poudarja interese posameznika, ne oziraje se na skupnost, družbo (SSKJ, 1994). Individualizem poudarja osebno svobodo, iniciativo, samozaupanje in samouresničevanje (Band-

man in Bandman, 1990). Po načelih individualizma je človek svoboden pri svojem odločanju (zase in o sebi).

Kolektivizem poudarja pomembnost družbe pred posameznikom in podrejanje posameznika družbenim interesom. Vendar iz njega za področje zdravstva izhaja kot vrednota enakost, enakopravnost.

Paternalizem v svoji osnovi izraža pravico avtoritarnosti posameznika (očeta), skupine ali družbe nad drugim posameznikom, ki je to pokroviteljstvo dolžan sprejemati. V zdravstvu se pozitivno odraža racionalni paternalizem, ki ne pomeni duhovne prevlade nad posameznikom in njegovo dolžnost podrejanja, ampak medsebojni zaščitniški odnos, v katerem nekdo z dobrim namenom, torej moralno, prenaša vrednote, ki jih poseduje, na drugega, ki jih potrebuje. Te vrednote so ljubezen, modrost, znanje, dobro počutje, pogum, spoštovanje, samoobvladovanje itn.

Libertarianizem izpostavlja kot vrednoti človekovo svobodo in pravico, da odloča, kaj se bo z njim in v njem zgodilo.

Altruizem izhaja iz krščanske morale in etike. Poudarja nesebičnost, ljubezen do bližnjega in upoštevanje koristi drugih. Altruizem je nasprotje egoizma, kjer posameznika vodi predvsem ljubezen do sebe. Ljubezen do samega sebe je naravna (Bandman in Bandman, 1990), kar moramo upoštevati v odnosu bolnik – medicinska sestra. V obratnem odnosu (medicinska sestra – bolnik) pa pomeni egoizem gledanje na bolnike in ustanovo izključno z vidika koristi zdravstvenega delavca, česar seveda ne moremo opredeliti kot želen model obnašanja.

Sodobni egoizem razlaga, da človek svoje lastne interese lahko uresniči samo v družbi, zato se v okviru družbene pogodbe odreče določeni svobodi in moči in ju podredi splošnim potrebam, v zameno pa mu družba nudi varnost in zaščito, kar navsezadnje spet pomeni korist za posameznika.

Agapizem, katerega začetnik je bil Tomaž Akvinski, prikazuje človeško življenje kot (božji) dar, zato je sveto in nedotakljivo in ga nihče nikomur nima pravice odvzeti. To pomeni, da ima reševanje ali vzdrževanje življenja prednost pred smrtjo.

Eudajmonizem je etika, osnovana na osebni sreči kot najvišji vrednoti. Po njej zdravstveni delavec prek drugih vrednot – prijateljstva, velikodušnosti, radodarnosti, privrženosti, zaupnosti in s samorealizacijo doživlja svojo osebno srečo. Že Aristotel je trdil, da človek srečo doživlja v dejanjih.

Stoicizem se kaže kot samopremagovanje, samoodpovedovanje in mirno prenašanje usode. Iz stoicizma izhajajo ideje o vztrajnosti, potrpežljivosti, samoodrekanju in samozanikanju zdravstvenega delavca v odnosu do interesov bolnika/varovanca.

Utilitarizem, predvsem klasični, pomeni poudarjanje koristi v človekovem delovanju. Korist in razlog predstavljata cilj delovanja in samo koristna dejanja so dobra, pravilna. Utilitarizem ima pomembno mesto v teleoloških teorijah etike.

Relativzem je nazor, po katerem so vsa spoznanja, resnice, vrednote relativne (SSKJ, 1994). Nobena vrednota ni absolutno veljavna. Opredelitev pravilnega ali nepravilnega odločanja je pogojena s stališčem posameznika, s stališčem družbe ali kulture in z vidika situacije. Zato vsaka situacija, dilema... zahteva specifično analizo in obravnavo.

Na dolžnostih osnovana etika ali **deontologija** razvija norme in pravila na temeljih dolžnosti, ki jih imajo posamezniki drug do drugega. Smisel dolžnosti sestoji iz zavestnega spoštovanja in izvrševanja obveznosti posameznika do drugega človeka (Curtin in Flaherty, 1990). Te obveznosti izhajajo iz vnaprej določenih obvez in sprejetih vlog ter iz spoštovanja osnovnih človekovih pravic. Vsako dejanje, ki je skladno z dolžnostmi, je pravilno. Deontologija je osnova biomedicinske etike in posredno tudi etike v zdravstveni negi.

Na posledicah osnovana etika ali **teleologija** opredeljuje dobro – slabo ali pravilno – nepravilno glede na posledice dejanj. Dobro je tisto dejanje, ki ima ugodne posledice in napačno tisto, ki ima slabe posledice. Teleologija ima prav tako pomembno vlogo v biomedicinski etiki.

Na pravičnosti osnovana etika poudarja enakost, poštenost in nepristranost v odnosu do drugih.

Na pravicah osnovana etika poudarja pravico posameznika do samoodločanja.

Na skrbi (za druge) osnovana etika je najmlajša in najbolj specifična za zdravstveno nego, saj temelji na skrbi kot osnovni vrednoti v zdravstveni negi. Ta etika se šele razvija, kakor se razvija tudi koncept skrbi kot temelj sodobne zdravstvene nege.

Vsi navedeni modeli morale in etike ter še drugi se odražajo v praksi zdravstvene nege oziroma pri odločanju v zdravstveni negi. Moralna in etična načela se v medsebojnih odnosih prepletajo, enkrat prevladujejo načela moralnih modelov, drugič etična presojanja. Zato v praksi običajno uporabljamo oba izraza skupaj. Cilj moralnega delovanja se odraža v etičnem vprašanju: Ali delam, presojam in odločam dobro, koristno, pravilno? Vprašanje se nanaša na pretekli, sedanji ali prihodnji čas.

Kako medicinske sestre odločajo o pravilnem in nepravilnem?

Odločanje je predvsem intuitivno – medicinske sestre delajo tako, kot so prepričane, da je dobro in pravilno (Allmark, 1992; Rose in Parker, 1994). Crigger (1994) navaja, da intuicije izhajajo iz predhodnega izobraževanja o morali, iz religioznih prepričanj in iz prejšnjih, z moralo povezanih izkušenj in nudijo tistemu, ki odloča, občutek za pravilno ali napačno v povezavi z določeno izjavo ali dejanjem. Intuicije se lahko izrazijo besedno kot neka primarna stališča, ki nakazujejo pravilnost našemu začetnemu razmišljanju (Hare cit. v Criggerju, 1994).

Naslednja stopnja moralnega odločanja je kritično mišljenje, kjer se medicinske sestre na primer vprašajo, kako bi se same počutile v vlogi drugega oziroma bolnika. Rezultat kritičnega mišljenja so specifična moralna načela, ki veljajo za specifično situacijo (Crigger, 1994).

Bandman in Bandman (1990) navajata tako imenovano zlato pravilo, ki določa, da moramo obravnavati drugega tako, kot bi želeli biti obravnavani tudi sami.

Medicinske sestre pri svojem delu izvajajo nenehno presojo, ki se nanaša na zdravje in dobro počutje posameznika, družine in ostalih skupin prebivalstva. Na to presojo bistveno vplivajo njene etične (moralne) kakovosti in sistem vrednot (Grbec, 1992).

Etika v zdravstveni negi

Etika izraža načela in standarde, ki vodijo primerno vedenje, povezano s profesionalnim delovanjem (Potter in Perry, 1993). V zdravstveni negi izraža tudi dolžnosti medicinske sestre do bolnika, do drugih zdravstvenih delavcev, do stroke in do družbe.

Nekateri imajo etiko v zdravstveni negi za del širšega področja biomedicinske etike (etike, ki se nanaša na področje zdravstvenega varstva), drugi vidijo etiko zdravstvene nege kot edinstveno disciplino, povezano z etiko skrbi (Wurzbach, 1996; Crowden, 1994).

V biomedicinski etiki obstajajo teorije, ki nakazujejo na pravilno izbiro metod ali pristopov za etično ravnanje. Glavni skupini teorij sta **normativne** in **nenormativne** teorije. Normativne teorije razlagajo, da obstajajo splošno razumljivi predpisi, ki vodijo človekovo vedenje. Ukvarjajo se s tem, kako človek presoja o tem, kaj je dobro ali pravilno in kaj je treba storiti. Nenormativne teorije pa obstoj splošnih načel v etiki zanikajo.

Nenormativne teorije temeljijo na treh glavnih pristopih v etiki (Curtin in Flaherty, 1990):

- *Etični emotivizem* razlaga, da ugotovitve o pravilnem in nepravilnem pri človeku izzovejo pozitivna ali negativna čustva (ali odnose do pravilnega...) in po teh čustvih se potem človeka odloča.
- *Etični skepticizem* poudarja, da človek v bistu ne ve, kaj je dobro in kaj slabo, kar daje enako težo različnim nasprotujočim si mnenjem.
- *Etični relativizem* pa predpostavlja, da je vsako dejanje odvisno od zunanjih dejavnikov, ki dejanje pogojujejo (situacija, družba) ali ocenjujejo (posameznik, družba).

Normativne teorije so *deontološke* (Kantova teorija, teorija o človeški naravi in teorija o božjem zakonu) in *teleološke* (utilitarizem, teorija naravnega zakona in scientizem).

Deontološke teorije razlagajo, da obstajajo temeljne dolžnosti in pravice, ki izvirajo iz naše narave kot razumskih bitij ali, po nekaterih teorijah, iz podrejenosti pravilom Boga ali božji moči (Phipps in sod., 1995). Moralne odločitve temeljijo na dolžnostih, ki jih izražajo formalni kodeksi (Allmark, 1992).

Najpomembnejši deontolog je bil Immanuel Kant (1724–1804). Njegova teorija je bila in je še vedno najbolj uporabna v biomedicinski etiki. Kant je trdil, da obstajajo etične utemeljitve, ki veljajo za pravilne. Osnovne tri utemeljitve so:

1. Posplošeno delovanje – delati je treba na tak način, kakor si želiš, da bi vsak deloval v podobni situaciji.
2. Ravnaj s človeškimi bitji tako, kot da so namen oziroma cilj delovanja in ne sredstvo.
3. Vsi ljudje morajo biti upoštevani kot ljudje s poudarkom na individualni svobodi (Allmark, 1992; Curtin in Flaherty, 1990). Upoštevanje sestoji iz prepoznavanja njihove človečnosti in spoštovanja njihove razumnosti.

Tudi načela, kot so **držati obljubo, govoriti resnico, vedno pomagati drugim, stalno razvijati svoje zmožnosti kot dolg do družbe** in **odvzem življenja je napačno dejanje,** izhajajo iz Kantove teorije.

Teleološke teorije izražajo prepričanje, da se dobro ali slabo kaže v posledicah dejanj. Glavna teleološka teorija je utilitarizem, ki predpostavlja, da koristna dejanja prinesejo največ dobrega za obstoj človeka.

Allmark (1992) navaja tudi *aksiološke teorije*, ki razlagajo, da bi se morali moralno odločati na osnovi dejanj samih. Dejanja sama že vključujejo različne morale. Odločitve so individualne. Vsaka situacija je edinstvena in vsak mora odločati glede na situacijo. Splošnih pravil ali dolžnosti ni.

Vse etične teorije omogočajo uporabo svojih načel in pravil. Čeprav se pri zagovarjanju načel med seboj razlikujejo, obstaja nekaj splošnih pravil, ki vodijo naše delovanje ali odločanje. Najpogostejša in najpomembnejša splošna etična načela, ki vodijo profesionalno vedenje v zdravstveni negi so:

- spoštovanje avtonomije,
- načelo dobrodelnosti,
- načelo neškodljivosti in
- načelo pravičnosti.

Nekateri, na primer Goodhall (1997) ter Potter in Perry (1993) navajajo tudi **načelo spoštovanja posameznika.** To načelo obdaja predstavo o individualnosti in v svoji osnovi vsebuje željo, da bi se izognili trpljenju (Goodhall, 1997).

Glavna etična načela za področje zdravstvene nege so opredeljena v kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov vsake države posebej.

Spoštovanje avtonomije oziroma neodvisnosti posameznika

Neodvisnost pomeni, da so ljudje sposobni delovati ali odločati o sebi po svojih zmožnostih (Potter in Perry, 1993). Najpomembnejši pojem avtonomije je samoodločanje ali svobodno sledenje svoji lastni volji (Phipps et al., 1995).

Najpomembnejša metoda, ki podpira in spoštuje nedvisnost posameznika, je informiran pristanek. Informiran pristanek natančno določa, da moramo od bolnika pridobiti dovoljenje, preden karkoli storimo v zvezi z njim. Vključuje bolnikovo strinjanje z najosnovnejšimi postopki v zdravstveni negi in ne samo pisno strinjanje z večjimi invazivnimi posegi. Bolj kot je intervencija za bolnika invazivna, rizična ali mučna, bolj jasno ga je treba vprašati, če se z njo strinja; s tem se prepričamo, da smo mu dali možnost, da poseg zavrne. Zavrnitev intervencije za medicinsko sestro pomeni dolžnost spoštovanja odločitve in prenehanje s posegom (Phipps et al., 1995).

Načelo dobrodelnosti »delati dobro« in načelo neškodljivosti »ne škodovati«

Dobrodelnost pomeni dolžnost medicinske sestre delati dobro, v skladu z dobrim in pospeševati dobro, medtem ko načelo neškodljivosti pomeni preprečevati škodo ali zmanjšati škodo, kjer je že prisotna. Za medicinsko sestro ti dve načeli predstavljata (p)osebno odgovornost za zaščito bolnikov, delovanje v skladu z njihovimi interesi ter preučevanje, kako jim najbolje pomagati (tehtati koristi in nevarnosti škode).

Neškodljivost pomeni tudi upoštevanje delovnih standardov, to je predpisanih metod dela, ki že v svoji vsebini vključujejo prevetivne ukrepe za izogibanje nevarnostim, katerim bi bili bolniki lahko izpostavljeni med negovalnimi ali medicinsko–tehničnimi posegi.

Načelo dobrodelnosti je podrejeno načelu avtonomnosti. Bolnik ima pravico odločati o sebi tudi, če se odloča v svojo škodo.

Načelo pravičnosti

Načelo pravičnosti v osnovi medicinski sestri nalaga dolžnost, da z vsemi bolniki/varovanci postopa enako in jim nudi enak delež sredstev, ki so na razpolago (čas, materialne dobrine). Ker zadnje zaradi omejenih sredstev ni možno, se pojavi dodatna dolžnost delitev sredstev glede na objektivno ugotovljene potrebe posameznika.

Potter in Perry (1993) gornja načela priševata med primarna etična načela, sekundarna so: **resnicoljubnost ali dolžnost govoriti resnico, zaupnost ali dolžnost varovanja zaupnih podatkov in doslednost oziroma dolžnost držanja obljub.**

Sekundarna načela se pogosto vežejo na primarna, na primer, dolžnost govoriti resnico se tesno veže na spoštovanje avtonomije posameznika pri informiranem pristanku.

Dolžnost varovanja zaupnih podatkov je osnovno etično načelo, ki zagotavlja zasebnost posameznika.

Dolžnost spoštovanja obljub se nanaša na bolnika/varovanca. Pomembno je, da medicinska sestra bolniku ne daje obljub, ki jih kasneje ne more izpolniti.

Medicinska sestra kot zagovornik bolnika

Pomembna etična vloga medicinske sestre v odnosu do bolnika je zavzemanje za bolnika oziroma za njegove interese in pravice. Naloga medicinske sestre je varovanje bolnika (pred neugodnimi vplivi) in v okviru tega tudi zaščita pred neetičnim, nestrokovnim ali nezakonitim obravnavanjem s strani sodelavcev ali drugih zdravstvenih delavcev.

Menimo, da medicinska sestra več ve o pravicah bolnikov ter moralno-etičnih dolžnostih zdravstvenih delavcev kot bolnik in da ji to znanje moralno določa vlogo advokata oziroma zagovornika bolnika. Vendar medicinska sestra ni vedno v takem položaju, da bi lahko zagovarjala interese bolnika (Wurzbach, 1996).

Vrednote, pravice, dolžnosti, odnosi

Zdravstvena nega je kompleksen pojem, ki vključuje tudi druge z njo povezane pojme kot vrednote, pravice, dolžnosti, odnosi in druge.

Vrednote

SSKJ (1994) predstavlja vrednote kot: nekaj, čemur posameznik pripisuje veliko načelno vrednost in mu zato daje prednost.

Vrednotam človek v odločanju za ali proti daje večji pomen, na primer zdravju pred boleznijo, resnici pred lažjo, pravici pred krivico, družini pred družbo itn.

Vrednote so različne: kulturne, družbene, osebne, strokovne, estetske, moralne, duhovne, materialne... Vrednote so na splošno pomembne smernice vedenja, ker človek teži k takemu načinu delovanja, ki mu bo

pomagal doseči ali pridobiti stvari, ki so zanj v življenju pomembne (Phipps, Cassmayer, Sands, Lehman, 1995).

Družbene (ali kulturne) *vrednote* so najsplošnejše in se pojavljajo in spreminjajo z razvojem človeške družbe. Najpomembnejše vrednote so na primer svoboda, neodvisnost, razvoj, življenje, zdravje, zaposlitev, sreča, pravičnost...

Osebne vrednote so splošne in specifične. Vsak človek izraža svoje individualne vrednote, ki jim daje prednost in ki mu nekaj pomenijo v medsebojnem odnosu do drugih (na primer resnicoljubnost, odkritosrčnost, pravičnost, poštenost, ljubezen, prijateljstvo, prijaznost, pa tudi družina, otroci, delo...): Osnovne vrednote so človeku privzgojene in temeljijo na splošnih moralnih normah družbe. Posameznik daje različnim vrednotam različen osebni poudarek, vendar ima nekatere za univerzalne in spoštovanje podobnih vrednot v medsebojnem odnosu z drugimi pričakuje tudi od drugih (na primer če nam poštenost nekaj pomeni, jo pričakujemo tudi od drugih).

Izbira vrednot predstavlja skoraj celoto človekove svobode. Ni nujno, da to pomeni, kaj človek želi storiti, bolj se nanaša na vprašanje, kaj mora storiti v določeni situaciji (Curtin in Flaherty, 1982). Če pride do konflikta med vrednotami, potem mora človek izbrati tisto, kar je pomembnejše zanj.

Strokovne vrednote so tiste, ki v grobem opredeljujejo moralni odnos in delovanje do posameznika v določenem poklicu (v zdravstveni negi do bolnika/varovanca ali do sodelavca). Za zaposlene predstavljajo tudi moralno obveznost, kar pomeni sprejemanje in osvojitev teh vrednot kot sestavni del poklica in delovanje v skladu z njimi.

Ameriško združenje kolidžev za zdravstveno nego (Potter in Perry, 1993) navaja sedem osnovnih vrednot, ki so osnova za poklicno vedenje medicinskih sester:

- **altruizem** ali zavzetost za dobro počutje drugih,
- **enakost** ali upoštevanje enakih pravic, prednosti, položajev,
- **estetika** ali izražanje kvalitet stvari, dogodkov ali oseb, ki nudijo zadovoljstvo oziroma zadovoljevanje potreb,
- **svoboda** ali sposobnost, pravica izbire,
- **človeško dostojanstvo** ali svojska vrednost (pomembnost, ugled) in edinstvenost posameznika,
- **pravičnost** ali vzdrževanje moralnih ali zakonskih načel,
- **resnica** ali zvestoba resničnim dejstvom in stvarnosti.

Vrednote v zdravstveni negi so povezane predvsem s telesnimi, duševnimi in družbenimi razsežnostmi človeka (Grbec, 1992).

Na samo prakso zdravstvene nege pa vplivajo:

- osebne vrednote medicinske sestre, ki so rezultat osebne izbire ali učenja;
- družbene vrednote, ki poudarjajo, kako je treba skrbeti za posameznika in
- vrednote ustanov, kjer so medicinske sestre zaposlene (Potter in Perry, 1993).

Mnogi teoretiki poudarjajo, da je osnovna vrednota v zdravstveni negi skrb (za drugega). Watson (cit. v Potter in Perry, 1993) pravi, da je skrb osnova zdravstvene nege kot družboslovne znanosti. Zahteva obvezo medicinske sestre o spoštovanju človekovega dostojanstva in varovanju humanosti. Filozofija skrbi v zdravstveni negi je tista, ki loči medicinske sestre od drugih zdravstvenih delavcev (Curtin in Flaherty, 1982).

Fry in Veatch (cit. v Potter in Perry, 1993) navajata kriterije, ki označujejo skrb za drugega tudi kot moralno vrednoto in služijo kot etični standard za izvajanje zdravstvene nege.

Če je skrb vrednota zdravstvene nege, potem mora biti vključena v podružbljanje medicinskih sester (Radsma, 1994).

V glavnem si vsaka ustanova ali področje zdravstvene nege lahko sestavi svoj niz strokovnih vrednot, na katerih temelji praksa zdravstvene nege. Strokovne vrednote se posredno in neposredno izražajo v dokumentih posamezne ustanove/oddelka, kot na primer v poslanstvu, filozofiji, seznamu profesionalnih vrednot kot dokumentu in drugih tako imenovanih usmerjevalnih dokumentih posamezne delovne organizacije oziroma stroke. Vključitev strokovnih vrednot v dokumente posredno izraža obvezno zaposlenih do njih in omogoča razvoj zdravstvene nege (Schank, Weis, Ancona, 1996).

Pravice

Z besedo pravica lahko označimo:

1. kar je v skladu s posameznikovimi ali družbenimi predstavami, pravili o vrednotah (moralnih)
2. kar komu dovoljuje, daje možnost biti, imeti, narediti kaj (SSKJ, 1994).

S konceptom pravic opredeljujemo nekaj, kar bi moralno, etično, pravno ali brezpogojno moralo pripadati posamezniku (Sale, 1996). Pravice obstajajo samo v povezavi med posamezniki ali med posameznikom in skupino ljudi in so povezane s konceptom odgovornosti (Sale, 1996).

Temelj za koncept splošnih človekovih pravic predstavljajo osnovne človekove potrebe. Sposobnost zaznavati in spoštovati univerzalnost človekovih potreb je vodila v rastoč, dozorevajoč in stalno razvijajoč se koncept človekovih pravic (Curtin in Flaherty, 1982).

Splošne človekove pravice pripadajo vsakemu posamezniku ne glede na raso, jezik, versko ali politično pripadnost. Če imajo ljudje kakšne naravne pravice nasploh, potem je to pravica, da so obravnavani in spoštovani kot človeška bitja (Curtin in Flaherty, 1982).

Pravice imajo tudi omejitve; pravica do svobode se nanaša na področje sebe – svojega telesa, življenja, premoženja ali zasebnosti, kar pa po drugi strani predstavlja zaščito posameznika pred nepravičnim vmešavanjem drugih.

Bolnikove (varovančeve) pravice pripadajo človeku v specifičnem stanju bolezni (zdravja) in so nadgradnja medčloveških odnosov med bolnikom/varovancem, medicinsko sestro in zdravnikom. Pravice bolnikov so v zdravstveni ustanovi navedene v posebnem dokumentu. Pravice bolnikov, ki so posebnega družbenega pomena, so določene z zakonom. V Sloveniji Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992) opredeljuje kot splošne pravice bolnikov:

- pravico do izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda,
- pravico vedeti za diagnozo svoje bolezni, načine in predvideno zdravljenje;
- dati soglasje za kakršenkoli medicinski poseg ali ga odkloniti,
- pravico do vpogleda v svojo zdravstveno dokumentacijo,
- pravico do varovanja tajnosti podatkov o zdravstvenem stanju posameznika s strani zdravstvenih delavcev,
- pravico do ugovora glede zdravljenja ali neetičnega obravnavanja,
- pravico do povračila škode zaradi neustreznega zdravljenja.

Pravice bolnikov predstavlja tudi vse, kar je opredeljeno kot dolžnost zdravstvenih delavcev.

Pravice imajo tudi izvajalke(-ci) zdravstvene nege. Pri tem ne mislimo na splošne človekove pravice, ampak na pridobljene pravice, ki jih posameznik pridobi z izpolnitvijo določenih pogojev – v tem primeru z diplomo in strokovnim izpitom. Medicinska sestra/zdravstveni tehnik ima pravico izvajati zdravstveno nego v skladu s strokovnimi predpisi, pravico sodelovati in pospeševati razvoj stroke, pravico ščititi bolnika, če je to potrebno itn. Iste pravice so s stališča družbe, stroke... opredeljene kot dolžnosti in kot moralne odgovornosti. Curtin in Flaherty (1982) navajata tudi pravice medicinskih sester, ki izhajajo iz medsebojnih odnosov s sodelavci, na primer pravica, da jim sodelavci zaupajo, pravica, da so spoštovane zaradi svojega znanja, izkušenj in prispevkov k stroki ter pravica nuditi ali sprejemati od sodelavcev podporo, usmeritve in opozorila.

Dolžnosti

Dolžnost pomeni:

1. Nekaj, kar bi kdo moral storiti, opravljati zaradi določenih norm, zlasti moralnih.
2. Nekaj, kar mora kdo storiti, opravljati v zvezi s svojim poklicem, položajem, pripadnostjo (SSKJ, 1994).

Dolžnosti so tesno povezane s pravicami. Pravice praviloma predpisuje družba, lahko tudi stroka ali ustanova. Vsaka pravica posameznika ima za posledico dolžnost družbe, skupine ali drugega posameznika, da mu omogoči uveljavitev te pravice. Tako na primer pravica posameznika do zdravstvenega varstva nalaga družbi ter izvajalcem dolžnost organiziranja in izvajanja zdravstvenega varstva v skladu z zakonskimi in drugimi predpisi.

Dolžnosti v zdravstveni negi so veliko obsežnejše kot splošno določene pravice bolnikov. Dolžnosti so *delovne* in jih predpisuje delovna organizacija v opisu del in nalog, *strokovne*, ki jih določa stroka s strokovnimi standardi in drugimi navodili, *moralnoetične*, ki jih prav tako vključuje stroka in so opredeljene v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ter *družbene*, ki jih narekujejo pričakovanja družbe s svojimi zahtevami in predpisi. Vsaka predpisana dolžnost vključuje odgovornost za izvedbo, le-ta pa v nadaljevanju odgovornost za lastna dejanja. Medicinska sestra/ZT je za svoje (moralno) delovanje najprej odgovorna sebi oziroma svoji vesti nato pa bolniku, stroki, delovni organizaciji in družbi.

Odnosi

SSKJ (1994) opredeljuje odnos kot nekaj, kar:

1. Obstaja med posamezniki, skupinami
   a) ob skupni dejavnosti,
   b) ob sodelovanju,
   c) v osebnem življenju.
2. Se kaže, izraža v ravnanju s kom, vedenju do koga.

V zdravstveni negi razumemo odnos kot obliko socialnih stikov med udeleženci v določenem procesu. Vsako srečanje medicinske sestre in bolnika pomeni določen odnos. Poudarek je na bolniku, ki mu je odnos namenjen. Medsebojni odnos med medicinsko sestro in bolnikom, ki ustvarja osnovo zdravstvene nege, določajo bolnikove potrebe in odziv medicinske sestre nanje (Curtin in Flaherty, 1982).

Odnosi so lahko *besedni* (pogovor, razlaga, prepričevanje, navodila, učenje...) ali *telesni* (dotik, negovalni in medicinsko-tehnični posegi). Lahko so *neposredni* (medicinska sestra – bolnik) ali *posredni* (medicinska sestra – okolje – bolnik). Nadalje so odnosi do bolnika lahko:

- *osebni*, kadar temeljijo na osebnih lastnostih ali vrednotah medicinske sestre/zdravstvenega tehnika (prijaznost, potrpežljivost, vljudnost, razumevanje, humanost...),
- *strokovni*, kadar vsebujejo sodobna strokovna načela, vrednote in usmeritve (strokovnost, neškodljivost, dobrodelnost, korektnost, empatijo, humanost...) ter
- *moralno-etični*, kadar je poudarek na predpisanih ali željenih merilih obnašanja in delovanja (zaupnost, tajnost, pravičnost, verodostojnost, humanost...).

Odnos do bolnika naj bi v skupnem pomenu vseboval vse tri ustrezne oblike hkrati. Odnos mora biti tudi demokratičen (upoštevanje želja, potreb, sodelovanja bolnika) in dinamičen (sproti prilagojen potrebam bolnika) in mora temeljiti na spoštovanju bolnika, njegove osebnosti in dostojanstva.

Odnosi pri udeležencih sprožajo čustveno dojemanje in odzivanje, ki je lahko pozitivno ali negativno, odvisno od skladnosti s pričakovanji. Odnos je primeren, usklajen takrat, ko je tak, kot nekdo misli, da bi moral biti. Če je nad pričakovanji, vzbudi presenečenje in pozitivna čustva, če pa je slabši od pričakovanj, sproži negativna čustva in reakcije.

Filozofija zdravstvene nege in menedžment

Strokovna filozofija je sestavni del menedžmenta določene organizacije in predstavlja stališča, prepričanja, predstave in načela, usmerja dejavnost organizacije in služi kot vodilo organizaciji in ljudem, ki so vanjo vključeni (Urbančič, Krošelj-Naumov, Medvešček-Smrekar in sod., 1997).

Swansburg (1995) navaja, da je na ravni delovne organizacije v okviru načrtovanja potrebno najprej opredeliti poslanstvo in vizijo organizacije. Poslanstvo izraža bistvene namene obstoja organizacije (ali stroke v njej) in njene cilje. Poslanstvo je informativna osnova in navdih za videnje nadaljnjega razvoja organizacije (stroke), kar imenujemo vizija.

Poslanstvo in vizija organizacije posredno izražata potrebe družbe ali klientov (Uys in Smith, 1994; Swansburg, 1995).

Filozofija je naslednji dokument, ki ima pomembno vlogo v delovni organizaciji kot celoti pa tudi na ravni posameznih oddelkov, enot, strok, posebno tam, kjer se vloge le-teh med seboj precej razlikujejo. V filozofiji se odražata tako poslanstvo kot vizija, poleg tega pa še bistvena strokovna stališča in prepričanja ob upoštevanju moralnoetičnih norm.

V menedžmentu zdravstene nege lahko govorimo o filozofiji službe zdravstvene nege organizacije, ki je bolj globalna, splošna in o filozofiji službe zdravstvene nege oddelka, enote, kjer so stališča, prepričanja, vrednote izražene bolj konkretno. V osnovi pa morata oba dokumenta izražati skladna načela.

Poslanstvo in filozofija ter določitev dolgoročnih ciljev so osnova strateškega planiranja v organizaciji (Uys in Smith, 1994; Tappen, 1995). V poslanstvu in filozofiji se odražajo tudi vrednote organizacije (Swansburg, 1995).

Filozofija zdravstvne nege je pomembna pri zagotavljanju kakovosti zdravstvene nege. Sale (1996) navaja osem predpogojev za uspešno strokovno uvajanje in kontrolo standardov v zdravstveni negi, med katerimi je filozofija na prvem mestu. Na osnovi filozofije nastajajo kriteriji za profesionalne standarde.

Filozofija zdravstvene nege lahko služi kot izraz službenih pričakovanj. Prepričanja, povezana v pisni obliki filozofije, postanejo temeljne usmeritve kako in kaj naj zaposleni delajo (Schank, Weis, Ancona, 1996). Posledično lahko vodijo posamezne medicinske sestre do občutka zadovoljstva, pomembnosti in samorealizacije.

S filozofijo so povezane tudi naloge vodilne medicinske sestre – menedžerke. Vodilne medicinske sestre sodelujejo pri pripravi teh dokumentov. Zagotoviti morajo oblikovanje vrednot v dokumentih, ki morajo biti sodobni, napisani jasno in razdeljeni med zaposlene na vseh ravneh v organizaciji (Schank, Weis, Ancona, 1996). Vodilna medicinska sestra mora zaposlenim pojasniti stališča in vrednote, izražene v filozofiji zdravstvene nege tako, da pride do strinjanja (Sale, 1996; Schank, Weis, Ancona, 1996).

Filozofija službe zdravstvene nege oddelka/enote je najosnovnejši oddelčni dokument, ki izraža prepričanja, zavedanja, zavzemanja, usmeritve in druga teoretična strokovna stališča o bistvu posameznega področja zdravstvene nege. Pojasnjuje pravi odnos do družbenih, osebnih in strokovnih vrednot in do posameznikovih pravic na osnovi moralnih obveznosti in etičnih prepričanj. Izraža »pravilno videnje« poklica ter »kolektivni duh«, ki naj bi bil energija za naše delovanje. V glavnem zadeva tri področja – bolnika, medicinsko sestro in stroko. V filozofiji službe zdravstvene nege oddelka lahko izrazimo:

- odnos do bolnikov/varovancev in do njihovih pravic,
- odnos do bolnikovih svojcev, do družbe,
- odnos do sodelavcev,
- stališča do zdravstvene nege, do poklica, do poklicnih združenj,
- podporo sodobnim metodam dela,
- vključimo teorije zdravstvene nege, ki jih uporabljamo ali podpiramo, nova spoznanja,
- stališča do izobraževanja, napredovanja,
- prepričanja o splošnih in strokovnih vrednotah,
- stališča o menedžmentu, sodelovanju z drugimi enotami, vodstvom,
- stališča o raziskovanju v zdravstveni negi itn.

Filozofija je osnovana na kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, na drugih moral-

no-etičnih stališčih, na humanističnih usmeritvah, na strokovnih in družbeno veljavnih vrednotah ter na sodobnih teorijah zdravstvene nege.

Filozofija službe zdravstvene nege je lahko napisana za zaposlene v zdravstveni negi (običajno v daljši obliki), lahko pa tudi za uporabnike (v krajši obliki).

Filozofija zdravstvene nege kot dokument

Filozofija službe zdravstvene nege je dokument, ki po obsegu lahko zajema od nekaj stavkov do 10 ali več strani (Schank, Weis, Ancona, 1996).

Prvi odnos do tega dokumenta vzpostavi že tisti, ki poskrbi za njegovo javno predstavitev. V tujini je filozofija zdravstvene nege, kadar je namenjena uporabnikom, uokvirjen bolnišnični oziroma oddelčni dokument, obešen na dobro vidnem mestu, na primer na hodniku ali v čakalnici in vizuelno predstavljen skoraj kot častni dokument. To mu daje posebno vrednost in prednost pred raznimi informativnimi obvestili in opozorili.

Filozofija zdravstvene nege, namenjena zaposlenim, je prav tako lahko uokvirjen, zaščiten javni dokument, obešen v prostorih, kjer je stalno na vpogled zaposlenim ali v drugih javnih prostorih, kjer se zaposleni pogosto srečujejo. Lahko je tudi v drugi pisni obliki, na primer kot brošura, če gre za obsežnejšo vsebino, vendar obstaja nevarnost, da v drugih oblikah izgubi svoj namen in pomen, razen kadar je združen z drugimi bolnišničnimi predpisi in dokumenti v posebni izdaji.

Pomembno je, da ob uvajanju dokument predstavimo vsem zaposlenim in razjasnimo morebitna nerazumevanja pojmov in zapisanih stališč, tako da se zaposleni z dokumentom načeloma strinjajo. Poudariti je treba tudi pomembnost tega dokumenta in pri zaposlenih vzbuditi določen odnos in spoštovanje. S filozofijo zdravstvene nege seznanimo ob prihodu vsakega pripravnika ali novo zaposlenega, saj izžareva in usmerja pozitivno kolektivno mišljenje.

Dokument je treba periodično dopolnjevati in posodabljati v skladu s spreminjanjem vrednot in razvojem zdravstvene nege.

Primer predstavitve filozofije zdravstvene nege za uporabnike

Namen službe zdravstvene nege oddelka za ..... je pri vseh sprejetih bolnikih izvajati kakovostno zdravstveno nego z upoštevanjem najvišjih možnih strokovnih standardov. Vsakega bolnika obravnavamo kot edinstveno individualno človeško bitje s poudarkom na njegovih specifičnih fizičnih, psihičnih, duhovnih in socialnih potrebah. Z načrtovanjem negovalnih intervencij, zagotavljanjem ustrezne zdravstvene nege in ocenjevanjem ezultatov opravljenih postopkov spremljamo zadovoljevanje potreb posameznega bolnika v času njegovega bivanja na oddelku od trenutka sprejema naprej. Hkrati si prizadevamo, da bi v negovalni proces vključili bolnika in njegove svojce.

Naš cilj je, da na oddelku ustvarimo vzdušje, ki bo prijetno tako za bolnike kot za zaposlene. Upoštevanje bolnikovih potreb in pravic imamo za obvezo do naših učiteljev in predstavlja jamstvo za pravilno razumevanje načel sodobne zdravstvene nege (Anon, 1991).

Zaposleni v zdravstveni negi smo tudi odgovorni za promocijo in vzdrževanje zdravja ter za preprečevanje bolezni z načrtnim izobraževanje in lastnim zgledom.

Pri delu upoštevamo prispevek vseh članov negovalnega tima, ker menimo, da je to pomembno za vzdrževanje dobrega sistema komunikacij.

Prepričani smo, da bodo naši bolniki in drugi uporabniki deležni učinkovitih in odgovornih storitev s področja zdravstvene nege, s katerimi bomo na celostni način skušali zadovoljevati njihove potrebe, kar v osnovi zagotavlja že namen obstoja oddelka in podrejanje zaposlenih njegovim ciljem (Anon, 1993).

Filozofija zdravstvene nege Kliničnega oddelka za abdominalno kirurgijo, KC Ljubljana

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo se zavedamo, da je zdravje največja vrednota človekovega življenja. Izguba zdravja – začasna ali trajna, poruši telesno in duševno stabilnost človeka, povzroči njegovo odvisnost od drugih, zmanjša njegovo samozavest, spremeni odnose do družine in okolice in okrepi stres. Zato je naša prvenstvena naloga poskrbeti za čim boljše telesno, duševno in socialno počutje naših bolnikov.

Osnovni namen zdravstvene nege je ohranjati raven zdravja, preprečevati slabšanje bolezni in lajšati trpljenje. Zavzemamo se za sodobno, kvalitetno in varno zdravstveno nego, ki se bo pozitivno odražala na bolnikovem zdravju. V primerih, ko življenja ni možno več vzdrževati, bolnikom z lajšanjem trpljenja pomagamo do mirne smrti.

Pri našem delu nas vodijo načela humanosti, morale, etike in stroke.

Namen službe zdravstvene nege Kliničnega oddelka za abdominalno kirurgijo je nudenje kvalitetnih, indivdiaualno usmerjenih storitev zdravstvene nege v skladu z veljavnimi in sprejetimi strokovnimi standardi in načeli. Naš cilj je ohranjanje ali obnavljanje telesne, duševne in socialne celovitosti naših bolnikov in doseganje njihove čimprejšnje neodvisnosti pri vzdrževanju življenjskih aktivnosti.

V praksi se opiramo na teorije zdravstvene nege Virginije Henderson, Doroteje Orem in drugih, katerih koncepti najbolj ustrezajo potrebam bolnikov v posameznih okoliščinah.

Primarni subjekt našega dela je bolnik s svojimi mnogoterimi potrebami, ki jih skušamo ugotoviti in zadovoljiti z individualnim celostnim pristopom v okviru procesa zdravstvene nege.

Zavedamo se potrebe po upoštevanju edinstvenosti vsake osebnosti pri doživljanju zdravja ali bolezni in na osnovi tega nujnosti ustvarjanja individualnih empatičnih odnosov do bolnikov in njihovih družin.

Pri načrtovanju zdravstvene nege poleg bolnikov vključujemo tudi njihove družine ali svojce. Družina je trajni sestavni del bolnikovega najožjega okolja in z njim v stalnem psihosocialnem stiku, zato rabi pomoč za obvladovanje reakcij, ki so posledica skrbi za obolelega svojca.

Na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo spoštujemo pravice bolnikov in se zavedamo svoje dolžnosti ohranjanja človeškega dostojanstva bolnikov do zadnjega trenutka bivanja na kliniki.

Spodbujamo bolnikovo aktivno vlogo v zdravstveni negi – pravico do samoodločanja glede pristanka na predlagan poseg po predhodnem informiranju, ki vključuje pravico do odklonitve posega, ter pravico do partnerskega sodelovanja pri načrtovanju zdravstvene nege. Ob tem poudarjamo pomembnost natančnega in verodostojnega informiranja bolnikov na način, ki jim je razumljiv.

Spoštujemo bolnikovo pravico do zasebnosti. Zaupne podatke varujemo kot pravno, etično in strokovno prepisano poklicno skrivnost.

Vedno delujemo v dobro bolnika. S spoštovanjem in uporabo strokovnih standardov zagotavljamo njegovo varnost. Kot zagovorniki bolnikovih pravic ga varujemo pred morebitnim neetičnim obravnavanjem s strani sodelavcev.

Absolutno upoštevamo prioriteto nudenja zdravstvene nege po stopnjah nujnosti ob podpiranju načela enakosti in enakopravnosti bolnikov, ne glede na njihovo narodnostno, versko, socialno ali politično pripadnost.

Zavzemamo se za prijazno komunikacijo z bolniki pri ugotavljanju in zadovoljevanju njihovih potreb.

V največji možni meri skrbimo za intimnost bolnikov in jih po nepotrebnem ne izpostavljamo neprijetnim okoliščinam.

Iz izkušenj lahko trdimo, da brez znanja v zdravstveni negi ne more biti napredka. Zavedamo se pomembnosti znanja za razumevanje in izvajanje sodobne zdravstvene nege, zato spodbujamo individualna izobraževanja in druge oblike pridobivanja znanja ter upoštevamo in pozitivno vrednotimo vse predloge in prizadevanja za izboljšanje kvalitete dela na oddelku. Pri praktičnem izvajanju zdravstvene nege se podrejamo strokovnim standardom, ki predstavljajo dogovorjeno raven kvalitete zdravstvene nege v Kliničnem centru.

Prepričani smo, da zdravstvena nega na področju abdominalne kirurgije omogoča kar največ možnosti za strokovno in osebnostno rast posameznika tudi v povezavi z inovativnim in znanstvenoraziskovalnim delom, vendar je le od posameznika odvisno, v kakšni meri bo te možnosti izkoristil.

Sproti vrednotimo svoje delo in se aktivno prilagajamo spremembam, ki so potrebne za celovit uspeh službe zdravstvene nege.

Supervizijo sprejemamo kot dobronamerno pomoč za oceno in izboljšanje kvalitete našega dela.

Poudarjamo pomembnost sistematične dokumentacije v zdravstveni negi, ki mogoča kontinuirano spremljanje bolnikovega stanja in je v pomoč nam samim ter drugim sodelavcem v zdravstven negi na oddelku, kakor tudi sodelavcem v drugih ustanovah, kamor je bolnik premeščen ali odpuščen.

Zavedamo se tudi pomena zdravstvenovzgojnega dela ter informiranja bolnikov in svojcev v okviru svojih pristojnosti.

Sodelujemo in razvijamo znanstvenoraziskovalno delo, ki je osnova za oceno uspešnosti, primernosti, kvalitete in ekonomičnosti postopkov zdravstvene nege. Pri tem vzajemno sodelujemo z vodstvom službe zdravstvene nege v Kliničnem centru.

Dijakom in študentom zdravstvene nege, ki svoje izobraževanje praktično dopolnjujejo na našem oddelku, nudimo strokovno pomoč in specifično znanje. Usmerjamo jih v aktivno odkrivanje postopkov in področij v stroki, ki so najbolj aktualna za njihov študij in bodoče delo.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo delujemo v medsebojni povezanosti kot neločljiva celota. Združujejo nas prijateljski medsebojni odnosi in samoiniciativna pomoč. Kot skupina se zavedamo individualnosti in pomembnosti prispevka vsakega posameznika, posameznik pa zavestno sprejema svojo vlogo v poslanstvu zdravstvene nege oddelka in se mu v največji možni meri prilagaja.

Zdravstveno nego na oddelku izvajamo po načelu deligiranja nalog. Vsak posameznik se zaveda lastne odgovornosti za kvalitetno izvedbo dodeljenih nalog in za upoštevanje tako strokovnih kot moralnih, etičnih, pravnih in materialnih načel, ki so povezana s postopki zdravstvene nege in tudi z vzdrževanjem dobrih medsebojnih odnosov med zaposlenimi na oddelku. Zaposleni aktivno sodelujemo pri odločitvah nadrejenih, spoštujemo njihovo znanje in strokovne kvalitete in si medsebojno prizadevamo za doseganje skupnih ciljev.

Vsi zaposleni v zdravstveni negi na oddelku skrbimo za vzoren lik medicinske sestre in zdravstvenega tehnika. Poudarjamo načela zdravega življenja, izvajamo strokovne predpise in gojimo pozitiven odnos do svojega poklica. Svoje skupne strokovne želje in potrebe, ki preraščajo možnosti reševanja znotraj kliničnega oddelka, skušamo predstaviti in uveljavljati prek Zbornice zdravstvene nege, ki je naša najvišja strokovna organizacija. Zavedamo se, da si bo le mno-

žično in aktivno članstvo lahko izborilo reševanje naših skupnih problemov in interesov v družbi.

Zagovarjamo stališča Zbornice, saj v njih vidimo odraz naših skupnih strokovnih prizadevanj za javno priznanje vloge zdravstvene nege v družbi.

Prepričani smo, da filozofija zdravstvene nege Kliničnega oddelka za abdominalno kirurgijo sledi temeljnim usmeritvam sodobne zdravstvene nege in da nas le upoštevanje sodobnih načel izenačuje z načinom izvajanja zdravstvene nege v svetu, kar je tudi eden od predpogojev za priznanje samostojnosti naše stroke.

Želimo, da so vsi naši bolniki na oddelku deležni kvalitetnih usług zdravstvene nege, kar se bo odražalo na njihovem zdravju in zadovoljstvu, s čimer tudi uresničujemo pričakovanja družbe, kateri je namenjeno naše poslanstvo.

Sklep

Zaradi specifičnega znanja in usposobljenosti, ki je potrebno za izvajanje zdravstvene nege, in zaradi njene pomembnosti za blaginjo skupnosti, naj bi bila medicinska sestra kot strokovnjakinja na svojem področju usmerjena v izvajanje zdravstvene nege v skladu z načeli Kodeksa etike oziroma v profesionalno videnje zdravstvene nege kot dejavnosti ter v razumevanje vseh njenih zahtev kot spremljajočega niza predpisanih pričakovanj in pričakovanega vedenja (Curtin in Flaherty, 1982).

Zato je prav, da v našo prakso pričnemo uvajati tudi filozofska in teoretična stališča o zdravstveni negi in na ta način pripomoremo k boljšemu razumevanju vloge zdravstvene nege in naših dolžnosti, ki iz nje izhajajo ter k njeni boljši kvaliteti in sodobnosti.

Filozofija ima v tujini že kar nekaj časa svoje mesto v zdravstveni negi, tudi v sami praksi zdravstvene nege. V našem okolju pa upajmo, da ga bo tudi kmalu dobila.

Literatura

1. Allmark P. The ethical enterprise of nursing. JAN 1992; 17: 16–20.
2. Anon. Philosophy of day unit. York: York District Hospital, 1993.
3. Anon. Salmon ward philosophy. York: York District Hospital, 1991.
4. Audi R. The Cambridge dictionary of philosophy. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
5. Bajec A, Jurančič J, Klopčič M, Legiša L, Suhadolnik S, Tomšič F in sod. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Slovenska akademija znanosti in umetnosti in znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. Ljubljana: DZS, 1994.
6. Bandman EL, Bandman B. Nursing ethics through the life span. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1990.
7. Bishop AH, Scudder JR. The practical, moral and personal sense of nursing: a phenomenological philosphy of practice. New York: State University of New York Press, 1990.
8. Bošnjak B. Povijest filozofije: razvoj mišljenja o ideji cjeline. Zagreb: Nakladni zavod Matice Hrvatske, 1993.
9. Crigger NJ. Universal prescriptivism: traditional moral decision – making theory revisited. JAN 1994; 20: 538–43.
10. Crowden A. On the moral nature of nursing practice. JAN 1994; 20: 1104–10.
11. Curtin L, Flaherty MJ. Nursing ethics, theories and pragmatics. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1982.
12. Edwards SD. What is philosophy of nursing? JAN 1997; 25: 1089–93.
13. Fealy GM. The theory – practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. JAN 1997; 25: 1061–9.
14. Goodhall L. Tube feeding dilemas: can arteficial nutrition and hydration be legally or ethically withheld or withdrawn? JAN 1997; 25: 217–22.
15. Grbec V. Etika v zdravstveni negi I. del. Zdrav Obzor 1992; 26: 3–6.
16. Jerman F. Filozofija. 2. izd. Ljubljana: DZS, 1992.
17. Lacey AR. A dictionary of philosophy. London: Routledge, 1996.
18. Milčinski J. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Univerzum, 1982.
19. Phipps WJ, Cassmeyer VL, Sands JK, Lehman MK. Medical – surgical nursing: concepts and clinical practice. St. Louis: Mosby Year Book Inc, 1995.
20. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing: concepts, process and practice. St. Louis: Mosby Year Book Inc, 1993.
21. Radsma J. Caring and nursing: a dilema. JAN 1994; 20: 444–9.
22. Rose P, Parker D. Nursing: an integration of art and science within the experience of the practitioner. JAN 1994; 20: 1004–10.
23. Sale D. Quality assurance for nurses and other members of the health care team. London: Macmillan Press LTD, 1996.
24. Schank JM, Weis D, Ancona J. Reflecting profesional values in the philosophy of nursing. JONA 1996; 26: 55–60.
25. Snoj M. Slovenski etimološki slovar. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1997.
26. Swansburg RC. Management and leadership for nurse managers. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 1996.
27. Švajncer M. Etika I. Nova Gorica: Educa, 1995.
28. Tappen RM. Nursing leadership and management: concepts and practice. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1995.
29. Urbančič K, Krošelj-Naumov S, Medveščček-Smrekar M, Slabe D, Velušček I. Filozofija zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1997; 31: 187–95.
30. Uys LR, Smith JH. Writting a philosophy of nursing. JAN 1994; 20: 239–44.
31. Wurzbach ME. Comfort and nurses moral choices. JAN 1996; 24: 260–4.
32. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije 1992; 9: 595.

UPORABNOST TEORIJ ETIKE V ZDRAVSTVENI NEGI

APPLICABILITY OF ETHICAL THEORIES IN NURSING CARE

Jana Šmitek

UDK/UDC 616-083:001.89

DESKRIPTORJI: *etika zdravstvena nega; zdravstvena nega teorija*

DESCRIPTORS: *ethics, nursing; nursing theory*

Izvleček – *V članku sta podrobneje predstavljeni dve teoriji etike: deontologija kot načelna etika in etika skrbi kot teorija, ki se povezuje s skrbjo kot osnovno vrednoto zdravstvene nege. Izpostavljena je skrb in etika skrbi kot jo zaznava Joan Tronto in njena neposredna povezanost z zdravstveno nego. Izpostavljena je potreba, da se teorija etike skrbi vključi v izobraževalne programe medicinskih sester, kakor tudi drugih zdravstvenih delavcev.*

Abstract – *Two ethical theories are in more detail explained in the article: deontology as principle based ethics and ethics of care as a theory related to fundamental value of nursing caring. Joan Tronto's presentation of care and ethics of care is exposed as well as it's direct relation to nursing care. The author exposes the need for ethics of care theory to be implemented into nursing educational programmes and also into educational programmes of other health care professionals.*

Uvod

Teorije so izhodiščne smernice, ki vodijo naše razmišljanje ali delovanje v praksi. Walsh (1998) pravi, da teorije omogočajo ustvarjalnost, ker po uvajanju v prakso omogočajo razvoj in izboljšanje teoretičnih idej v okviru izkušenj, pridobljenih na kliničnem področju. Katerakoli teorija v zdravstveni negi (vnesena iz drugega znanstvenega področja ali oblikovana znotraj stroke) je po njegovem mnenju temelj za profesionalno izvajanje zdravstvene nege.

Tudi profesionalno etično razmišljanje in ravnanje temelji na teoretičnih osnovah. V zdravstveni negi smo se dolga leta naslanjali na biomedicinsko etiko kot izhodišče za etično razmišljanje, presojanje in delovanje medicinskih sester. V zadnjih dveh desetletjih se v svetu in pri nas izpostavljajo zaključki, da ima zdravstvena nega kot samostojna stroka potrebo po oblikovanju ali preoblikovanju svoje profesionalne etike. Začetki takega razmišljanja segajo v leto 1994, ko je bil sestavljen prvi samostojni Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Razvoj zdravstvene nege, nova znanja, ki vstopajo v naš prostor, zavedanje svoje moralne vloge - odgovornosti medicinskih sester do »drugega« in zahteva po kakovosti prakse, postavljajo pred nas strokovno zahtevo, da ocenimo ustreznost obstoječih znanj in pristopov, tudi na področju etike.

Zdravstvena nega je po mnenju Bowden (1997) edinstvena etična praksa, ker predstavlja poseben način vstopanja v svet drugih ljudi. Vstopanje »v življenja drugih« mora biti dobro, pravilno in koristno, da dosežemo pričakovani cilj – pomoč posamezniku pri zadovoljevanju potreb v zvezi z zdravjem in v določenih okoliščinah tudi z življenjem ali smrtjo. Strokovna pomoč zahteva strokovno znanje in strokovni odnos.

Bishop in Scudder (1990) enačita strokovnost in etiko zaradi njune neločljive povezanosti – kar je strokovno, je tudi etično (za bolnika dobro, pravilno, koristno) in etično je v abstraktnem pogledu tudi strokovno. Zaradi zagotavljanja dobrega v medsebojnem odnosu med medicinsko sestro in bolnikom, ki je osnova zdravstvene nege, in potrebe po skrbi, ki je osnovna aktivnost v medsebojnem odnosu, je znanje o etiki temeljno znanje, ki ga mora medicinska sestra pridobiti v izobraževalnem procesu. Medicinska sestra mora razumeti svojo moralno vlogo v medsebojnem odnosu, kot tudi strokovne vsebine »dobrega«. Pri tem so ji v pomoč teorije o etiki, ki razlagajo različne pristope v razmišljanju, odločanju, delovanju in odnosu do drugega.

Teorije etičnega odločanja v zdravstvu

V zdravstvu so prisotne naslednje teorije etike, ki vplivajo na razmišljanje in delovanje zdravstvenih delavcev v odnosu do bolnika: deontološke oziroma Kantova deontološka teorija, teleološke oziroma utilitarizem, etika vrlin in etika skrbi kot najpogosteje uporabne. Beauchamp in Childress (1994) navajata, da

Jana Šmitek, prof. zdr. vzg., Področje za zdravstveno nego in oskrbo, Klinični center Ljubljana, E-pošta: jana.smitek@kclj.si

Članek je bil objavljen v knjigi Zdravstvena nega v luči etike, ki jo je izdalo Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana in ga objavljamo s soglasjem izdajatelja.

sta v biomedicinski etiki prisotni tudi liberalni individualizem ali na pravicah osnovana etika in na vrednotah skupnosti temelječa etika, medtem ko Bandman in Bandman (1995) poleg navedenih navajata še več tradicionalnih in sodobnih modelov morale, ki so vplivali na oblikovanje etičnih pogledov v zdravstvu – paternalizem, na svobodi osnovana etika, altruizem, agapizem, eudajmonizem, stoicizem, relativizem, na pravičnosti temelječa etika, eksistencializem in druge (Šmitek, 1998). Vse navedene teorije etike in modeli morale bolj ali manj zavestno usmerjajo zdravstvene delavce k pravilnemu odločanju in delovanju.

V slovenskem prostoru se biomedicinska etika naslanja predvsem na deontologijo – na dolžnostih (zdravstvenega delavca) temelječo etiko. Do sedaj se je na deontologijo večinoma v svojem razmišljanju naslanjala tudi zdravstvena nega. Pred desetletji, še v Jugoslaviji, smo imeli celo skupen kodeks etike zdravstvenih delavcev, ki je prav tako temeljil na deontološkem pristopu.

V svetu pa vedno bolj prevladuje prepričanje, da se etika v zdravstveni negi razlikuje od biomedicinske etike predvsem v teoretičnih izhodiščih. Medtem ko medicina prevzema deontologijo kot prvenstveno etično teorijo, ki usmerja pripadnike stroke, je za zdravstveno nego bolj pomembna etika skrbi in etika vrlin (Šmitek, 1998), še posebej, če etiko povežemo z delovnimi vlogami, ki jih imajo izvajalci z obeh področij v zdravstvu. Če poenostavimo, se medicina ukvarja predvsem z zdravljenjem, ki je povezano s temeljnim odločanjem, kaj se bo z bolnikom v terapevtskem odnosu dogajalo. Zdravstvena nega v osnovni in samostojni vlogi skrbi za bolnika, za njegovo počutje in življenjske aktivnosti, pri čemer ne sprejema za bolnika tako temeljnih in »ogrožujočih« odločitev, kot bi lahko izhajale iz medicinskega odločanja, čeprav v obsegu svojih pristojnosti tudi odloča. To pa seveda ne pomeni, da ravnanja in odločitve, ki izhajajo iz zdravstvene nege, za bolnika niso pomembne. Medicinska sestra in bolnik sta neprekinjeno povezana v okviru medsebojnega odnosa, ki se vzpostavi ob srečanju bolnika in medicinska sestre v določenem okolju in traja, dokler bolnik strokovno pomoč medicinske sestre potrebuje (medsebojni strokovni odnos je lahko dolgotrajen, kratkotrajen ali se ponavlja).

Zato je tudi delež uporabljenih teorij etike v zdravstveni negi porazdeljen drugače – etika vrlin in etika skrbi sta za zadovoljstvo bolnika bistveno bolj pomembni kot načelna etika, ki ne usmerja ravnanja v medsebojnem odnosu.

Pomembno vlogo pri etičnem presojanju in odločanju imajo moralna prepričanja in vrednote, ki so osebne, družbene, strokovne ali druge. Strokovne vrednote so tiste, ki v grobem opredeljujejo odnos in delovanje posameznika v določenem poklicu (v zdravstveni negi odnos do bolnika ali do sodelavca) (Yeo, Moorhouse, 1996). Profesionalno dogovorjene vrednote predstavljajo za zaposlene tudi moralno obveznost, kar pomeni zavestno sprejemanje in osvojitev teh vrednot.

Strokovne vrednote, ki jih poudarjamo v zdravstveni negi, izhajajo iz filozofije poklica v posameznih delovnih okoljih. Na splošno bi jih lahko izrazili kot spoštovanje življenja, lajšanje - izogibanje trpljenju, spoštovanje dostojanstva, individualnosti in celovitosti bolnika, pravice in potrebe bolnika, mirna smrt, kakovost dela in odnosa, etika in še mnoge druge. Filozofija zdravstvene nege oddelka ali enote je »področni« kodeks, ki izraža skupno videnje profesionalne vloge in medsebojnega odnosa, ki naj bi ga prevzel vsak posameznik v zdravstveni negi.

Teorije o etiki, vrednote in filozofija zdravstvene nege skupaj sooblikujejo etična razmišljanja in presojanja v zdravstveni negi.

Deontologija kot načelna etika

Deontologija ali na dolžnostih osnovana etika razvija norme in pravila, načela na temeljih dolžnosti, ki jih imajo posamezniki drug do drugega. Smisel dolžnosti sestoji iz zavestnega spoštovanja in izvrševanja obveznosti posameznika do drugega človeka (Curtin, Flaherty, 1982). Obveznosti izhajajo iz vnaprej določenih obvez in sprejetih vlog ter iz spoštovanja osnovnih človekovih pravic. Vsako delovanje, ki je usklajeno z dolžnostmi, je pravilno.

Najpomembnejši deontolog je bil Immanuel Kant (1724 – 1804). Kant je menil, da obstajajo etične utemeljitve, ki veljajo za pravilne in jih človek lahko uporablja kot izhodišča za svoje razmišljanje ali ravnanje. Kantova etična pravila so splošna in poudarjajo vedno enako delovanje vseh ljudi v podobnih okoliščinah. Svojo izvirno misel o dolžnosti delovanja (v korist drugega) je Kant izrazil v kategoričnem imperativu (brezpogojni zapovedi): Deluj glede na tisto maksimo (pravilo), za katero istočasno želiš, da postane splošni zakon.« (Burkhardt, Nathaniel, 1998).

Kant je kategorični imperativ povezal z avtonomijo – etičnemu subjektu je dal možnost, da izbere dejanje, vendar ga je v izbiri omejil na »dobra« dejanja, kajti slaba dejanja družbeno niso sprejemljiva in ne morejo postati splošni zakon.

Drugo Kantovo pravilo je izraženo v praktičnem imperativu: »Deluj tako, da obravnavaš človečnost, tako v sebi kot pri drugem, vedno kot cilj in nikoli kot sredstvo.« (Burkhart, Nathaniel, 1998). S tem je mišljeno, da cilje drugega etični subjekt sprejme kot svoje in jih tudi zadovoljuje na tak način kot pri sebi in da s tem izpolnjuje dolžnosti, ki jih ima do drugega.

V Kantovi etiki je izraženo tudi spoštovanje človekovega dostojanstva drugega, ki se izraža skozi upoštevanje zakona ali načela, ki ga sebi predpiše etični subjekt (Morella, 2003).

Kantova etika ne dopušča nobene izjeme in je rigidna (Burkhardt, Nathaniel, 1998). Obenem je načelna

– nanaša se na način delovanja, ki mora biti v vseh podobnih situacijah enak, torej neoseben in oddaljen od potreb posameznika. Posameznik, ki išče pomoč, in etični subjekt, ki v svoji etični vlogi skuša pomagati, nista v nikakršni osebni povezavi; etični subjekt deluje, kot da posameznika z individualno potrebo sploh ni. Pravila, ki so izpeljana iz deontološkega pristopa, zadovoljujejo neke višje cilje. Kljub temu deontologija zadovoljuje zahteve splošnega etičnega razmišljanja v zdravstvu.

Deontološki pristop se v zdravstveni negi prvenstveno povezuje z zaznavanjem vloge zaposlenih v stroki; z deontološkim pristopom izražamo, kako morajo medicinske sestre kot pripadnice stroke delovati na splošno – spoštovati načela dobrega, ne škodovati, spoštovati avtonomijo in dostojanstvo posameznika, upoštevati pravičnost pri vseh bolnikih enako.

Za opredelitev etičnega ravnanja v medsebojnem odnosu z bolnikom, ki skupaj s skrbjo za drugega predstavlja jedro zdravstvene nege, pa medicinske sestre potrebujejo drugačno teoretično izhodišče – etiko skrbi.

Osnovne karakteristike etike skrbi

Etiko v zdravstveni negi pomembno zaznamuje profesionalna vloga medicinskih sester – skrb za bolnika. Skrb ne more biti neosebna, načelna. Skrb zahteva povezovanje z bolnikom, razumevanje njegovih potreb in doživljanj in individualno ukrepanje. Zato je v zdravstveni negi potreben drugačen način moralnega razmišljanja.

Zgodovinski razvoj etike skrbi

Etika skrbi je nasproti Kantovi etiki, ki je uveljavljena v družbenem ali profesionalnem razmišljanju že več kot dve stoletji, sorazmerno zelo mlada teorije etike. Mnogi avtorji jo zaznavajo kot alternativo Kantovi etiki.

Znanstvene temelje etike skrbi je postavila psihologinja Carol Gilligan, ki je pri raziskovanju moralnega razvoja žensk ugotovila, da ženske pri svojem moralnem odločanju izhajajo iz drugačnega načina razmišljanja kot moški in da ima to razmišljanje korenine v moralnem razvoju, ki se pri moških in ženskah razlikuje. Teorija Gilliganove je nastala kot odgovor predhodni raziskavi moralnega razvoja, ki jo je izvedel Lawrence Kohlberg zgolj pri dečkih/mladostnikih/moških v obdobjih od otroštva do odraslosti.

Kohlberg je ugotovil, da se moralni razvoj z dozorevanjem značilno spreminja in opredelil šest stopenj, skozi katere pa do najvišje stopnje ne napredujejo vsi ljudje. Peto oziroma šesto, najvišjo stopnjo, doseže samo majhen del ljudi (Tronto, 1993). Ko je teorijo preizkusil pri ženskah, je zaključil, da ženske s svojim moralnim razmišljanjem na lestvici »ostajajo« nižje od moških. S svojo ugotovitvijo je samo potrdil ugotovitev Freuda, da »ženske kažejo manj smisla za pravičnost kot moški, da so se manj pripravljene podvreči velikim življenjskim zahtevam in da pogosto na njihova presojanja vplivajo občutki čustev ali sovražnosti (Freud, 1925 cit. v Gilligan, 1998).

Gilligan je tej ugotovitvi oporekala in s svojo študijo ugotovila, da ženske niso moralno »manj razvite« od moških, ampak da v svojem moralnem presojanju/odločanju izhajajo iz drugačnih stališč – iz stališč skrbi in odgovornosti za druge.

Zaključek obeh študij/teorij, ki ga je izpostavila Gilligan, je, da moški pri moralnoetičnem presojanju izhajajo iz stališč pravičnosti, ženske pa iz stališč, ki so povezane s skrbjo (Gilligan, 1998).

Gilliganovi je pri raziskovanju moralnega razvoja pomagala tudi psihoanalitična teorija razvijanja osebne in spolne identitete, ki jo je osnovala Nancy Chodorow (1974 cit. v Gilligan, 1998). Chodorowa predpostavlja, da je za izoblikovanje ženske identitete pomemben že medsebojni odnos matere do hčerke, ker gre za nadaljevanje osebne povezave, v kateri matere zaznavajo, občutijo hčere kot podobne in povezane z njimi, medtem ko zaznavajo sinove kot drugačne, nasprotne. Ženskost kot identiteta je zato izražena skozi povezovanje z drugimi. Dečki se pri izražanju in identifikaciji kot moški oddaljujejo od matere kot primarnega objekta. Moškost kot spolna oznaka se razvije skozi proces oddaljevanja, zato je bolj definirana, bolj stabilna, ženska identiteta pa je lahko bolj razpršena in povezana z drugimi. Moč in oddaljitev varujeta moškega v identiteti, ki jo pridobi tudi s svojim delom, vendar ga puščata oddaljenega od drugih. Ženske lažje vzpostavljajo povezave z drugimi, povezovanje z drugimi tudi potrebujejo za ohranjanje svoje identitete in svojo identiteto presojajo s standardi odgovornosti in skrbi.

Gilliganova je tudi ugotovila, da ženske v medsebojnih odnosih izpostavljajo željo po neškodovanju drugim in tudi upanje, da v morali leži način reševanja problemov, ki omogoča, da nihče ne bo prizadet, kar potrjuje ugotovitev predhodne raziskave, da žensko presojanje spremljata empatija in sočutje (Haan, 1975 cit. v Gilligan, 1998). Ženske se bolj usmerjajo v razreševanje realnih situacij kot v hipotetične dileme.

Po Gilliganovi (1998) osrednji moralni problem pri ženskah predstavlja konflikt med seboj in drugim, ki se kaže kot dilema med sočutjem in avtonomijo in med vrlinami in močjo. Ženske skušajo moralni problem razrešiti tako, da nihče ni prizadet.

Pri ženskah se *dolžnost, morati ali smeti, dobro, pravilno, nepravilno, slabo* povezuje s skrbjo in odgovornostjo. Dobro je izenačeno s skrbjo za druge. Skrb postane načelo po lastni presoji. Etika skrbi, ki odraža celovito poznavanje medosebnih odnosov, izhaja iz osrednje ugotovitve – da sta ženski jaz in drugi tesno povezana in soodvisna.

Vse navedene ugotovitve podpirajo skupno ugotovitev, ki se nanaša na zdravstveno nego. Zdravstvena nega je prvenstveno ženski poklic, ki se ukvarja s skrb-

jo za bolnika, in je zaznamovan s skrbjo iz dveh virov: profesionalnega, ki nalaga medicinski sestri strokovne zahteve, kako skrbeti in se povezovati v medsebojnem odnosu, ter osebnega/ osebnostnega, v katerem medicinska sestra sama sebi določa obseg in vsebino povezovanja kot tudi zaznavanje »dobre« skrbi.

Skrb in etika skrbi kot družbena praksa

Tronto (1993) ugotavlja, da je etika skrbi družbeno pomembna. V skrbi se zaporedoma odvijajo štiri aktivnosti: *skrbeti za* na splošno, *prevzeti skrb* oziroma *poskrbeti za*, *posredovati skrb* in *prejemati skrb*.

Skrbeti za vključuje ugotovitev, da je skrb potrebna. Obstaja določena potreba in ocena, da jo je potrebno zadovoljiti (na primer skrb za zdravje, za izobraževanje).

Prevzeti skrb za oziroma *poskrbeti* za vključuje prevzem odgovornosti za konkretno akcijo v zvezi s potrebo ali osebo, ki potrebuje pomoč.

Posredovanje skrbi je neposredno izvajanje skrbstvenih aktivnosti in zadovoljevanje potreb po skrbi.

Prejemanje skrbi vključuje zaznavanje skrbi pri uporabniku in odziv na skrb, ki jo prejme (na primer bolnik se počuti bolje).

V zvezi s procesi skrbi se razvijajo tudi etične sestavine skrbi: *pozornost, odgovornost, kompetentnost* in *odzivnost*.

Pozornost pomeni ugotavljanje in priznavanje potreb drugega.

Odgovornost pomeni več kot obveznost pri razumevanju, kaj naj bi ljudje storili drug za drugega.

Koncept *kompetentnost* je povezan z dobrimi posledicami. Kompetentnost je lahko moralna kakovost skrbi in predstavlja pristojnost, da tisti, ki skrbi, tudi dejansko poskrbi za konkretno potrebo. Kompetentnost je moralna kakovost, ki se je moralni akter zaveda pri sebi in jo sprejema kot svojo obvezo neposrednega razreševanja potreb drugega. Pomeni tudi zavrnitev aktivnosti, če ugotovi, da dobra skrb z njegove strani zaradi različnih objektivnih okoliščin (na primer zaradi pomanjkanja znanja) ni možna.

Četrti etični koncept skrbi je *odzivnost*, ki je povratna informacija prejemnika skrbi o skrbi in učinku skrbi. Skrb se ukvarja s stanji ranljivosti in neenakosti. Če nekdo rabi pomoč, je v stanju določene ranljivosti. Vsakdo je kdaj v poziciji ranljivosti in nihče ni trajno avtonomen in neodvisen (Tronto, 1993). Vsi ljudje tudi niso enaki. Neenakost omogoča neenake odnose s stališča avtoritete ter prevladovanje in podrejanje. Odzivnost v tem kontekstu pomeni usmerjanje pozornosti na možno izkoriščanje ali izrabo ranljivosti.

Odsev etike skrbi v zdravstveni negi

V opredelitvi skrbi, kot jo predstavlja Tronto (1993) medicinske sestre lahko zaznajo vso vsebino svojega samostojnega dela pri bolnikih. Proces zdravstvene nege, ki je sistematična, organizirana metoda za izvajanje individualizirane zdravstvene nege, poteka po enakem zaporedju, kot se odvijajo aktivnosti skrbi, ki jih predstavlja Tronto. Etične sestavine skrbi, ki jih navaja, pa se pojavljajo v zdravstveni negi z drugimi izrazi.

V okviru pozornosti ima pomembno vlogo zaznavanje individualnih bolnikovih potreb tako, kot jih zaznava bolnik. Etična sestavina, ki pomaga medicinski sestri, da razume bolnika v njegovi situaciji, je empatija. Doživljanje razumevanja je najosnovnejša človekova potreba in prek razumevanja in sprejemanja so se posamezniki sposobni spreminjati in rasti. Za bolnika je pomembno, da ga nekdo razume, da »čuti« z njim. Čustva so del človekove zasebnosti, ki jo je pripravljen razkrivati le v intimnejših povezavah z drugimi in ob zaupanju, da ga bodo drugi razumeli.

Naslednja etična sestavina skrbi je zaupanje. Vzpostavljanje zaupanja je osnova medsebojnega odnosa, ki omogoča udejanjanje skrbi. Johns (1996) opisuje zaupanje kot proces, ki se začne z informiranjem in zaznavo informacij na strani bolnika, o možnih koristih in o morebitnih tveganjih v medsebojnem odnosu. Če posameznik zazna prednosti povezovanja in zaupa izvajalcu (medicinski sestri), bo to v obojestransko korist in se bo proces ponavljal, dokler bo potreben. Če pride do okoliščin, ki porušijo zaupanje bolnika v dobronamernost izvajalca, medsebojni odnos ne bo več »dober« v etičnem pogledu. Pri bolniku se razvije več oblik zaupanja, ki jih je potrebno upoštevati, da je medsebojni odnos dober, pravilen (Šmitek, 2001).

Koncept odgovornosti iz etike skrbi ima pomembno mesto tudi v zdravstveni negi. Skrb je neločljivo povezana z odgovornostjo, odgovornost pa z moralo. Walker ugotavlja, da pri učenju morale/etike povzemamo stališča, kdo smo, s kom se povezujemo in kaj je za nas pomembno, da za to tudi skrbimo. Tega se zavedamo prek zaznavanja našega mesta v sistemu dodeljevanja, sprejemanja in odklanjanja odgovornosti za stvari, ki so pomembne v skrbi in prizadevanju za drugega človeka (Walker, 1998). Tako zavedanje ima tudi povratni moralni pomen - refleksijo svoje vloge.

Odgovornost je lahko pogodbena (med družbo/ustanovo in medicinsko sestro, ki se zaveže, da bo skrbela za bolnika), medtem ko je moralna odgovornost individualna in izhaja iz etičnega subjekta samega. Moralne odgovornosti ni možno določiti z načeli ali predpisati v obliki dolžnosti; možno jo je samo privzgojiti ali sprožiti v posamezniku/ medicinski sestri zavedanje njene pomembnosti v odnosu do drugega. Za to je potrebno znanje in moralnoetično izoblikovano okolje. Odgovornost za bolnika kot sestavina skrbi mora postati samoiniciativna kakovost posamezne medicinske sestre.

Kompetentnost je v zdravstveni negi na fizični ravni osnovana na razdelitvi del in nalog med posameznimi zdravstvenimi delavci. Na etični ravni bi mora-

la biti kompetentnost enaka pri vseh vključenih v medsebojni odnos z bolnikom.

Vloga zdravstvene nege, ki izhaja iz koncepta odzivnosti, ne predstavlja le ugotavljanja odziva bolnika na neposredno izvajanje zdravstvene nege, ampak posega tudi na etično področje. Odzivnost, ki po Trontu (1993) pomeni tudi zaznavanje možnega neetičnega ravnanja z bolnikom, ki je v stanju ranljivosti, se odraža v moralnoetični vlogi medicinske sestre kot zagovornice bolnika. Tukaj pa medicinske sestre, ki izhajajo iz etike skrbi in neposrednega povezovanja z bolnikom, dostikrat trčijo na etično ravnanje, ki izhaja iz druge teoretične osnove – deontologije, kar sproža razhajanje vrednot, dilemo o pravilnosti osvojenih vrednot, vprašanje pomena medsebojnega povezovanja in nenazadnje tudi vprašanja o pomenu lastne profesionalne identitete.

Zaključek

V zaključku lahko najprej ugotovimo, da je v zdravstveni negi prvenstveno uporabna etična teorija etika skrbi, ker se neposredno povezuje z osnovno vlogo zdravstvene nege pri bolniku – s profesionalno skrbjo. Profesionalna skrb je vse, kar vsebuje medsebojni odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Skrb ima neskončno število posameznih sestavin in odgovornost za zagotavljanje »dobrega« v medsebojnem odnosu tudi.

Medicinska sestra se ne more izogniti etični odgovornosti, ki izhaja iz deontologije. Načela o dobronamernosti, neškodovanju, spoštovanju avtonomije in pravičnosti ter spoštovanje dostojanstva so temeljna etična načela biomedicinske etike, ki je medicinske sestre vodila pri etičnem odločanju dolga desetletja. Čeprav se v določenem obsegu povezujejo bolj z odvisno in soodvisno vlogo v zdravstveni negi, so še vedno pomembna za zagotavljanje etičnega odnosa do bolnika. Vendar medicinske sestre dobro ne zaznavajo svoje etične vloge skozi teorijo, ki »jim ni pisana na kožo«, zato je v izobraževanje nujno treba vključiti teorijo o etiki skrbi, ker bodo le v njej medicinske sestre najlažje našle svojo etično identiteto.

Zaradi razhajanja, ki ga sprožajo različna teoretična izhodišča etičnega ravnanja, in zaradi potreb bolnikov po humani, individualni in res etični praksi, pa bi bilo dobro, da bi etiko skrbi kot teoretično vsebino vključili v izobraževalne programe vseh zdravstvenih delavcev.

Literatura

1. Bandman EL, Bandman B. Nursing ethics through the life span. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1990.
2. BeauchampTL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press, 1994.
3. Bishop AH, Scudder JR. The practical, moral and personal sense of nursing: a phenomenological philosophy of practice. New York: State University of NY Press, 1990.
4. Gilligan C. In a Different voice. 35th ed. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
5. Burkhaddt MA, Nathaniel AK. Ethics & issues in contemporary nursing. Albany: Demar Publishers, 1998.
6. Johns JL. A concept analysis of trust. J Adv Nurs 1996; 24: 76–83.
7. Morella GL. Kant's false basis for ethics - the preeminence of autonomous self. Modern philosophy. http:// www.personal.psu.edu/staff/e/j/ejm1/morella/m060
8. Šmitek J. Etika in etična razmišljanja slovenskih medicinskih sester. V: Klemenc D (ur), Pahor M (ur). Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, dne 4. Decembra 2001. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2001.
9. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1998; 32: 127–38.
10. Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethics of care. London: Routledge, 1993.
11. Walker MU. Moral understandings: a feminist study in ethics. London: Routledge, 1998.
12. Walsh M. Models and critical pathways in clinical nursing: conceptual frameworks for care planning. 2nd ed. London: Bailliere Tindall, 1998.
13. Yeo M, Moorhouse A. Concepts and cases in nursing ethics. 2nd ed. Peterborough: Broadview Press, 1996.

POMEN ČLOVEKOVEGA DOSTOJANSTVA V ZDRAVSTVENI NEGI

THE MEANING OF HUMAN DIGNITY IN NURSING CARE

Jana Šmitek

KLJUČNE BESEDE: *človekovo dostojanstvo; bolnik; zdravstvena nega; raziskava; analiza*

Izvleček – *Človekovo dostojanstvo je abstrakten koncept, ki zahteva praktično razlago, če ga želimo učinkovito spoštovati v praksi. V članku je predstavljena razlaga koncepta na splošni ravni, ki se v nadaljevanju povezuje s praktično uporabo v zdravstveni negi. Avtorica je med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehniki izvedla kvalitativno raziskavo o zaznavanju oblik spoštovanja človekovega dostojanstva in o zaznavanju oblik ravnanja, ki zmanjšujejo občutek dostojanstva pri bolnikih. Analiza navedb kaže obsežno vsebino zaznavanja pozitivnega ravnanja, ki ohranja ali pospešuje občutek dostojanstva pri bolnikih, kakor tudi številne praktične primere nasprotnega ravnanja.*

KEY WORDS: *human dignity; patient; nursing; research; analysis*

Abstract – *Human dignity is an abstract concept which needs to be clarified when expecting its efficient use in nursing practice. Wide general explanation of the concept and its further meaning related to practical use in nursing care is presented in the article. The author conducted a qualitative research among Slovenian nurses and nursing technicians. On the basis of open end questions she discovered the extent of modes of patient's dignity respect and also the extent of undignified situations perceived in practice. An analysis of data presents a wide range of positive attitudes that preserve or promote patient's dignity as much as numerous practical experiences of counter-evidence.*

Uvod

Mnogi tuji teoretiki se strinjajo, da je za pridobivanje znanja v zdravstveni negi pomemben fenomenološki pristop. Fenomenologija ali pomenoslovje izpostavlja bistvo(a) različnih pojavov, pojmov ali konceptov z usmerjanjem zavesti k predmetu obravnave.

Pojem človekovega dostojanstva ima nešteto pomenov, zato o njem govorimo kot o konceptu. Koncept je kompleksen duševni izraz empirične izkušnje. Kadar je izkušnja »empirična«, domnevamo, da jo lahko razumemo in delimo v povezavi z drugimi. Dostojanstvo je abstrakten koncept, ki izraža duševne podobe, ki jih ni lahko razumeti (Haddock, 1996).

Vsakdo ima o dostojanstvu drugačne predstave in miselne povezave, zato pri razlagi koncepta človekovega dostojanstva uporabljamo analize koncepta in si pri tem pomagamo z različnimi viri – slovarji, literaturo, pripovedmi in analizami primerov, s pomočjo katerih prikažemo, kaj/kakšna je pozitivna oblika koncepta in kaj/kakšna negativna.

Človekovo dostojanstvo je splošno rabljen izraz – o zagotavljanju pravice do dostojanstva govori ustava; o človekovem dostojanstvu govorimo v okviru človekovih pravic; človek je živo bitje z dostojanstvom, s katerim se rodi; spoštovanje dostojanstva je osrednje načelo vseh kodeksov etike; spoštovanje človekovega dostojanstva je tudi osnovna vrednota v zdravstveni negi. Usmeritve v družbi na zakonodajnih, političnih, profesionalnih in civilnih področjih poudarjajo pomen spoštovanja človekovega dostojanstva. Manj pa je pojasnjena vsebina koncepta. Neposredni pomen človekovega dostojanstva je potrebno šele odkriti na različnih področjih, če ga želimo tudi učinkovito spoštovati in ohranjati. Pri človekovem dostojanstvu lahko izhajamo iz ocene podobnosti in različnosti primerov v praksi.

Osnovni pomen človekovega dostojanstva

Človekovo dostojanstvo je vrednost, lastnina posameznika, ki pride do izraza v medsebojnih odnosih.

Dostojanstvo je del človekove osebnosti. Predstavlja pretežno nezaveden občutek notranje vrednosti, ki dobi svojo zavedno obliko v odnosu z drugimi ljudmi. Za vsakega človeka je doživljanje lastnega dostojanstva drugačno. Po drugi strani je človekovo dosto-

Jana Šmitek, prof. zdr. vzg., kordinatorica delovnega področja, Upravno administrativne službe, Področje za zdravstveno nego in oskrbo, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Članek je bil objavljen v knjigi Zdravstvena nega v luči etike, ki jo je izdalo Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana leta 2003 in ga objavljamo z dovoljenjem avtorice in društva.

Članek za objavo v Obzorniku zdravstvene nege je nekoliko dopolnjen in popravljen.

janstvo oblika socialnega priznanja. Družba je razsodnik posameznikove vrednosti in mnenje, ki ga ima nekdo o sebi, ne more nadomestiti mnenja, ki ga imajo o njem drugi (Todorov, 1996).

Dostojanstvo je neka notranja vrednost, pomembnost – kot ugled, čast v posamezniku, ki jo drugi spoštujejo, kar pomeni, da je dostojanstvo objekt spoštovanja (Rines, Montag, 1976). Dostojanstvo izhaja iz notranjega vira, iz človeka samega.

Dostojanstvo je človekova individualna vrednota, ki se oblikuje z razvojem človeka skozi življenjska obdobja in je povezana s samospoštovanjem in samoocenjevanjem.

Temeljno človekovo dostojanstvo je tisto, ki pripada človeku kot živemu bitju in ga kot biopsihosocialno celoto loči od živali. Izraža osnovno lastnost človečnosti – »vsi ljudje so rojeni svobodni in enaki v dostojanstvu in pravicah« (Splošna deklaracija o človekovih pravicah, 1948; 2001; 2002).

V nadaljevanju lahko govorimo o človekovem dostojanstvu v splošnem pomenu, glede razsežnosti koncepta pa o družbeni razsežnosti, osebnostni (individualni) razsežnosti, o duhovni in o telesni razsežnosti človekovega dostojanstva. Človek svoje dostojanstvo lahko občuti, vzdržuje, doživlja in izraža, dostojanstvo drugih lahko spoštuje, vzdržuje, pospešuje ali vrača, v posameznih primerih pa tudi krši pravico drugega do spoštovanja njegovega dostojanstva.

Človekovo dostojanstvo v splošnem pomenu

Za razjasnitev pomena koncepta človekovega dostojanstva lahko uporabimo razlage iz različnih slovarjev. Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994) opredeljuje dostojanstvo kot čast, ponos, dostojanstvo osebnosti ali dostojanstveno vedenje. Bolj uporabne razlage najdemo v angleških slovarjih. Collins Cobuild English Language Dictionary (1994) na primer pojem dostojanstvo opredeljuje:

- kot vedenje ali nastop, ki je resen, miren in nadzorovan;
- kot lastnost, ki je vredna spoštovanja;
- kot občutek lastne pomembnosti;
- besedno zvezo »imeti svoje dostojanstvo« ali »vztrajati v svojem dostojanstvu« razlaga kot vztrajanje pri pravilnem načinu vedenja ali obravnav na način, ki ne krati občutka lastne pomembnosti;
- trditev, da je nekaj pod človekovim dostojanstvom (pod častjo) pomeni, da se človek zaveda svoje vrednosti ali se počuti toliko pomembnega, da ne bi storil nečesa, kar ni v skladu z njegovimi prepričanji;
- kot občutek, da je človek vreden časti in spoštovanja;
- kot vrednost, odličnost (v povezavi z delovnim dostojanstvom);
- dostojanstvo priložnosti, svečanosti.

Mairis (1994) ugotavlja, da so za zdravstveno nego pomembne tri oblike človekovega dostojanstva: dostojanstvo v povezavi z lastnostjo (posameznika), ki je vredna spoštovanja, dostojanstvo kot občutek lastne vrednosti in dostojanstvo kot zahtevo po spoštljivi obravnavi.

Temeljne razlage človekovega dostojanstva

Ena najosnovnejših razlag izvora človekovega dostojanstva je stvarstvo. Človek je ustvarjen po božji podobi, kar mu daje posebno vrednost in pomembnost. Zato je potreben skrbne pozornosti in posebne zaščite v primerjavi z drugimi živimi bitji (Ulrich, 1997).

Bolj naturalistični pristop je antropocentično prepričanje, da človek v naravi zavzema posebno mesto. Ljudje so skozi evolucijske procese razvili številne intelektualne sposobnosti, s čimer utemeljujejo zahtevo po superiornosti nad drugimi vrstami. S svojimi sposobnostmi lahko vladajo drugim vrstam in v veliki meri usmerjajo naravne procese. Ta sposobnost nadzora in prednosti pred drugimi živimi bitji ljudem dodeljuje dostojanstvo in posebno spoštovanje, ki ga uživajo (Ulrich, 1997).

Eksistencialni pristop razlaga, da je človekovo dostojanstvo izraženo v njegovi zmožnosti, da izbira. Človek je edino živo bitje, ki lahko izbira in spreminja naravne danosti, druge vrste so podrejene zakonom narave. V sebi ima moč, da odloča.

Pomembno razlago človekovega dostojanstva je predstavil Immanuel Kant pri oblikovanju kategoričnega imperativa. V njem je izpostavil dve osnovni ideji, idejo univerzalnega zakona in idejo humanosti kot cilja samega sebe (Anon; 1992): »Človek je namen, cilj samega sebe, in ne sredstvo za doseganje ciljev.« Ker je človek cilj samega sebe, ima posebno notranjo, absolutno, edinstveno in objektivno vrednost, ki jo je Kant imenoval dostojanstvo. Moralni odziv, ki spremlja in ga kategorično zahteva dostojanstvo, je spoštovanje (DeCew, 2003). Kant je dostojanstvo človeka povezal z avtonomijo in svobodo. Za Kanta dostojanstvo v etičnem pomenu predstavlja tudi upoštevanje zakona ali načela, ki ga posameznik predpiše sebi (Morella, 2000).

Spoštovanje človekovega dostojanstva

Spoštovanje osebnega dostojanstva je človekova pravica, ki je vzajemna. Dolžni smo spoštovati dostojanstvo vsakega posameznika v družbi, obenem pa spoštovanje lastnega dostojanstva lahko upravičeno pričakujemo od drugih. Ljudje smo pri zagotavljanju pravic enaki in enakovredni. Osnovne pravice, za katere menimo, da nam pripadajo, moramo priznavati tudi drugim, kar pomeni tudi spoštovanje njihovega dostojanstva – njihove notranje vrednosti kot človeških bitij, in ne le priznavanje vrednosti sebi. V posebnih

okoliščinah spoštujemo konkretne oblike dostojanstva posameznika, ki jih zaznavamo na osnovi lastnih izkušenj, v profesionalnih okvirih ali z raziskovanjem posebnih okoliščin.

Curtin (1976, cit. v Haddock, 1996) predpostavlja, da so osnovne pravice kot človekove pravice, svoboda, nadzor nad seboj (avtonomija) in integriteta ključni vidiki dostojanstva, ki jih medsebojno priznavamo in cenimo. Pri tem moramo izhajati tudi iz dejstva, da so nekateri ljudje podobni drugim, nekateri so podobni nekaterim drugim in nekateri niso podobni nikomur, so edinstveni, kar moramo upoštevati tudi pri spoštovanju in doživljanju dostojanstva.

Doživljanje, občutenje in vzdrževanje dostojanstva

Doživljanje človekovega dostojanstva je individualno, vsebina pa obsežna in zelo različna. Todorov (1996) pravi, da ima vsakdo drugačno predstavo o dostojanstvu. Za nekoga je dostojanstvo vsakodnevna kopel, za drugega izražanje v njegovem materinem jeziku, za tretjega pomeni svobodo izražanja. Kljub temu lahko opredelimo splošne oblike človekovega dostojanstva, ki so skupne vsem ljudem.

Dostojanstvo je lahko sinonim za samospoštovanje. Kadar človek odloča in deluje po svojih notranjih presojah o dobrem, to predstavlja dostojanstvo. Dostojanstvo postane zmožnost zadovoljstva, ki ga posameznik doživlja skozi dejanja na osnovi kriterijev, ki jih je sam ponotranjil (Todorov, 1996).

Dostojanstvo je oblika socialnega priznanja; če ga družba ne prizna, je prazno, brez vsebine, četudi ga posameznik v sebi vzdržuje. Človek občuti dostojanstvo in samospoštovanje, če vzdržuje povezanost med notranjimi standardi in vedenjem navzven (zvestoba sebi) ali med zunanjim vedenjem (odnos, ki ga občuti) in seboj.

Občutek lastnega dostojanstva je zelo povezan z občutkom lastne sposobnosti, moči, vrednosti, pomembnosti. Povezan je z duhovnimi vrednotami in odnosom do sebe. Za vzdrževanje dostojanstva je pomembno potrjevanje samega sebe. Človek vse življenje teži po potrjevanju svojih sposobnosti in s tem krepi ali vzdržuje svoje dostojanstvo. Človek občutek svojega dostojanstva lahko tudi izgubi – v okoliščinah, kjer njegove sposobnosti ne pridejo več do izraza (izguba službe, položaja, bolezen, invalidnost, izguba funkcije organa), v okoliščinah, kjer je neprijetno prizadeta njegova samopodoba (poniževanje, zaničevanje, zasramovanje, obtoževanje, omalovaževanje, nesprejemanje, nasilje) ali v okoliščinah izključenosti iz družbenih skupin (nesprejemanje, zavračanje, stigmatiziranje).

Nespoštovanje dostojanstva človek lahko občuti kot lastno ogroženost s strani drugih, kot ponižanje, nespoštovanje, nenaklonjenost, neenakost, zanemarjanje in/ali kot lastno nemoč, da se odzove takemu ravnanju. Povezano je z negativnimi čustvi – žalostjo, užaljenostjo, malodušjem, jezo, strahom, osamljenostjo v medsebojnem odnosu.

Izražanje človekovega dostojanstva

Človekovo dostojanstvo se izraža na različne načine. Todorov (1996), ki je raziskoval človekovo dostojanstvo med interniranci v koncentracijskih taboriščih, je ugotovil, da se je v skrajno nečloveških razmerah pojavljalo več načinov izražanja človekovega dostojanstva – sodelovanje, ki je vključevalo dobro, vzorno fizično delo kot izraz (profesionalnega) dostojanstva in ohranjanja samospoštovanja (in sebe kot »obstoječega« posameznika), ter na drugi strani upor – vedenje nasprotno pričakovanemu, v katerem so posamezniki »ohranjali svoje dostojanstvo« na podlagi občutka lastne vrednosti in pravice do samoodločanja. Viktor Frankl (cit. v Todorov, 1996) je prepričan, da je mogoče človeku odvzeti vse, razen zadnjega – svobode, ki predstavlja lastno odločitev in način ravnanja v danih okoliščinah. Zanj ni dovolj, da se človek odloči obdržati svoje dostojanstvo, treba ga je tudi izraziti, pokazati drugim.

Oblika dostojanstvene drže, ki jo opisuje Todorov (1996), je tudi zavrnitev vedenja, ki je povezano z logiko osebnih koristi. Zavrnitev osebnega privilegija je znak osebnega dostojanstva. Posameznik se iz spoštovanja moralnega zakona v sebi in po presoji pravičnosti odpove osebni koristi, ki bi izhaja iz neetičnih temeljev.

Kršitev spoštovanja človekovega dostojanstva človeka prizadene in mu povzroči duševno/čustveno bolečino. Posameznik doživljanje nespoštovanja izraža na različne načine – z burnim besednim ali nebesednim odzivom ali pa z molkom, umikom vase, kot tudi z drugimi individualnimi oblikami vedenja.

Oblike človekovega dostojanstva

Družbeno priznanje človekovega dostojanstva je izraženo v zakonskih predpisih – v ustavi, v zakonih, v deklaracijah opredeljenih človekovih pravic. V njih se izraža dostojanstvo kot vrednost človeka in kot enakovrednost med ljudmi. Splošna deklaracija o človekovih pravicah vsebuje nedeljiv seznam človekovih pravic, ki izražajo temeljne človekove svoboščine in načine spoštovanja človekovega dostojanstva. Človekovo dostojanstvo ima v njih tri razsežnosti: enakost dostojanstva, svobodo in solidarnost. Človekove pravice so v Splošni deklaraciji o človekovih pravicah razčlenjene kot državljanske in politične pravice, ekonomske pravice, družbene pravice, kulturne pravice in pravice ranljivih skupin – otrok, žensk, starejših in invalidov (Universal Declaration of Human Rights, 1948; 2001; 2002; Nickel, 2003).

V prvem členu Splošne deklaracije o človekovih pravicah je izražen mednarodni pomen deklaracije: vsi ljudje so rojeni svobodni in enaki v dostojanstvu in pravicah.

Del človekovih pravic predstavljajo tudi pravice bolnikov (Grbec, 2000).

Splošna deklaracija o človekovih pravicah ne zagotavlja njihovega upoštevanja povsod po svetu. Grobo nespoštovanje človekovega dostojanstva je prisotno v totalitarnih režimih, ki načrtno teptajo človekove pravice (prepoved svobode gibanja, izražanja svojih misli, idej, vere, kratenje svobode) in izvajajo prisilne ukrepe, kot so neutemeljene aretacije, zapiranja, nerazumne kazni, zasliševanja, mučenja. Prisotne so tudi manj nasilne oblike, kot je oviranje pravice do izobraževanja, diskriminacija žensk, izkoriščanje otrok.

Tudi v demokratičnih državah, ki so sprejele Deklaracijo o človekovih pravicah, je prisotnih še veliko oblik nespoštovanja človekovih pravic. Šprohar (2001) tudi v Sloveniji zaznava javno nespoštovanje posameznikovega dostojanstva in kot primer navaja, da državljanom ob aretaciji ali privedbi na zaslišanje nadenejo lisice, čeprav jim krivda (še) ni bila dokazana.

Dostojanstvo kot avtonomija posameznika

Človekovo dostojanstvo je izraženo v pravici, da posameznik svobodno odloča o sebi. Temelji na predpostavki, da je človek kot živo bitje sposoben sprejemati odločitve, in na priznavanju enakosti pri odločanju. Vsak človek je ob upoštevanju individualnih karakteristik sposoben odločati o sebi, o svojem ravnanju in se odločati glede na svoja prepričanja. Pri odločanju lahko pride v nasprotje s pravico do samoodločanja drugega, zato o drugem lahko odloča samo z njegovo privolitvijo. Kršenje pravice do samoodločitve, ki je v pristojnosti drugega, pomeni nepriznavanje enakosti, enake vrednosti drugemu človeku in s tem nespoštovanje njegovega dostojanstva.

Dostojanstvo kot integriteta posameznika

Dostojanstvo kot integriteta posameznika ima več razsežnosti: telesno, duševno oziroma osebnostno, duhovno, družbeno, eksistencialno.

Telesna razsežnost človekovega dostojanstva. Telesno dostojanstvo se izraža v »lastnini« svojega telesa. Predstavlja pravico posameznika, da odloča o svojem telesu – kaj se bo z njim dogajalo, kakšen bo njegov zunanji videz, urejenost, obleka, telesne navade. Pomeni tudi pravico do nedotakljivosti telesa posameznika brez njegovega dovoljenja ali strinjanja.

Občutek telesnega dostojanstva je povezan s predstavami posameznika o njegovem telesu ter s kulturnimi, družbenimi, izobrazbenimi, družinskimi in drugimi stališči, vrednotami in prepričanji.

Telesno dostojanstvo človek lahko hitro izgubi, kadar je odvisen od drugih in kadar nima neposrednega vpliva na odnos drugih do svojega telesa. Kot pravi Todorov (1996), je dostojanstvo posameznika lahko izraženo v skrbi za njegovo telo, kar predstavlja njegovo notranjo vrednost, njegovo človečnost. Če mu to onemogočimo, ga ponižamo, postavimo na raven nižje od nas ali celo na raven živali.

Spoštovanje telesnega dostojanstva se zato nanaša na spoštovanje splošnih norm o človekovem telesu v določeni družbi (potreba po zasebnosti v »intimnih« situacijah, potreba po zakrivanju telesa ali delov telesa, higiena). Bistvo medsebojnih odnosov ni le v lastnem vzdrževanju telesnega dostojanstva, ampak je potrebno ohranjevati telesno dostojanstvo pri drugih tudi v okoliščinah, ko imamo »moč« nad drugimi.

Nespoštovanje telesnega dostojanstva (odvzem obleke, slačenje v javnosti – zanikanje pravice do obleke, izpostavljanje intimnih delov telesa pogledom drugih, verbalno ali neverbalno namigovanje na spremenjeno telesno podobo) človeka razosebi in poniža.

Tudi grobo poseganje v telesno integriteto posameznika predstavlja nespoštovanje dostojanstva. Telesne kazni, mučenje, posilstvo in namensko pohabljenje so najhujše oblike tega nespoštovanja. Povezani so z doživljanjem nespoštovanja človekovega dostojanstva na splošno, ker je njihov namen ponižanje človeka.

Zakaj je na primer posilstvo na splošno in še bolj na strani žrtve tako nedostojanstveno dejanje? Zato, ker nekdo namenoma in nasilno izrabi drugega človeka za izpolnitev lastnega cilja. S tem razvrednoti žrtev v osebnem – individualnem in telesnem dostojanstvu, čemur se pridruži še družbeno nespoštovanje dostojanstva posameznika, ker družba običajno bolj stigmatizira (obdolži, osramoti in ne upošteva) žrtev kot storilca.

Druge oblike nespoštovanja telesnega dostojanstva so še: poseganje v človekovo telo brez njegovega dovoljenja ali soglasja, nespoštovanje bolečine kot telesnega občutka, grobo telesno ravnanje.

Osebna/osebnostna ali individualna razsežnost človekovega dostojanstva izraža zavedanje vrednosti ali pomembnosti posameznika. Povezano je s samovrednotenjem in samospoštovanjem. Predstavlja tudi zavedanje individualnosti posameznika in pravic, ki iz tega izhajajo. Ločimo osebnostno dostojanstvo, ki se ga zaveda posameznik sam pri sebi, in individualno dostojanstvo, ki ga doživlja v odnosih z drugimi. Z družbenega stališča je dostojanstvo osebnosti izražena priznana vrednost »drugega« kot podobne ali drugačne osebe/osebnosti. Posebno pri neupoštevanju drugačnosti drugega prihaja do kršitev človekovega dostojanstva, ker marsikdaj nismo sposobni razumeti, da drugi pri svojih odločitvah ne izhajajo iz enakih stereotipnih norm, v kakršne smo vpeti sami.

Spoštovanje osebnostnega dostojanstva se izraža v medsebojnem odnosu z drugimi. Človek ga občuti kot odnos drugih do njega (subjekt – objekt) in kot kakovost odnosa: spoštljiv, korekten, miren, dober, vzoren, prijateljski, skrben ali obratno, kar posredno izraža, koliko pomeni drugim kot »drugi« (glede na to, da merila pri zaznavanju in zadovoljevanju potreb med »seboj« in »drugim« niso vedno enaka).

V spoštovanju osebnostnega dostojanstva nastopa nešteto oblik: spoštovanje pri nagovoru, pri komunikaciji, pri obravnavi, pri poslušanju, upoštevanju mnenj, želja. Mnogokrat se spoštovanje osebnostnega dostojanstva povezuje z uporabo splošnih kulturnih odnosov v družbi. Če jih v odnosu do drugega ne upoštevamo, izražamo, da nam drugi nič ne pomeni, »nam ni mar«; s tem zmanjšamo osebno vrednost posameznika, ki jo ima kot človeško bitje s svojimi cilji in nameni. Z neustreznim odnosom ga ponižamo – mu ne priznavamo tiste vrednosti, ki jo ima kot človek na splošno ali v bližjem medsebojnem odnosu kot uporabnik – partner, kot sodelavec, zakonec, družinski član in podobno.

Spoštovanje osebnostnega dostojanstva se izkazuje tudi v posrednem odnosu – pri pogovoru, izražanju mnenj, stališč, opazk o nekom, ki pri pogovoru ni udeležen. Klevetanje in izpostavljanje »nesprejemljivih« osebnostnih ali izmišljenih lastnosti in napak drugega je v nasprotju s spoštovanjem njegovega dostojanstva, ker poteka z namenom zmanjšanja njegove vrednosti v očeh udeležencev pogovora.

Spoštovanje osebnostnega dostojanstva se tiče tudi abstraktnih področij, kot so spoštovanje, upoštevanje posameznikovih pravic, ki so prav tako številne: pravica do spoštljivega odnosa, pravica do izražanja in slišnosti, pravica do individualnosti, enakosti.

Spoštovanje ali nespoštovanje osebnostnega dostojanstva doživlja posameznik prek zaznavanja sebe v določenih okoliščinah; zaznavanje jaza je lahko dostojanstveno ali nedostojanstveno. Haddock (1996) v manjši raziskavi ugotavlja primere dostojanstvenega jaza, ki vključujejo: samospoštovanje (v določeni situaciji), samozaupanje, samonadzor, nadzor nad okoliščinami, ponos nase, zaupanje, zadovoljstvo s samim seboj, humor, avtonomija, neodvisnost, zasebnost, pozitivna samopodoba, ohranjanje integritete in identitete v obremenjujočih ali prisilnih okoliščinah. V dostojanstvenih okoliščinah posameznik ohranja svojo pozitivno samopodobo, kar občuti in izraža kot osebno zadovoljstvo, v manj dostojanstvenih okoliščinah (na primer potreba po razgaljenju, smrt svojca) pa spoštljiv in razumevajoč odnos pomaga ohraniti človekovo dostojanstvo, ki je sicer okrnjeno.

Nedostojanstveni jaz se počuti osramočen, ponižan, brez zasebnosti, brez nadzora in odvisen od drugih. Tem občutkom se pridružijo tudi čustva – jeza, žalost, užaljenost, občutek nemoči, posebno takrat, ko nekdo skuša posameznika namenoma prizadeti – s ponižanjem, zaničevanjem, obtožbo, očitki, karanjem, vpitjem, nespodobnimi kretnjami ali molkom (z odklanjanjem komunikacije). Od dostojanstva prizadete osebe je odvisen odziv; ali bo pokazal prizadetost in s tem sprožil zadovoljstvo in dosego cilja »mučitelja« ali vztrajal na svojem dostojanstvu in pustil mučitelja nezadovoljenega in neizpolnjenega.

Duhovna razsežnost človekovega dostojanstva se nanaša na pravico človeka do lastnih misli, idej, prepričanj, vrednot, verovanj ali vere in do izražanja letega ter do spoštovanja te pravice.

Družbena razsežnost človekovega dostojanstva se nanaša na splošne pravice posameznika/državljana in na ukrepe družbe pri zagotavljanju enakosti, enakovrednosti, enakih možnosti obravnave in spoštovanja v določenih okoliščinah.

Huda oblika nespoštovanja človekovega dostojanstva je stigmatizacija posameznika. S stigmo človeku odvzamemo vrednost in pravice, ki jih ima in ki mu v družbi pripadajo kot človeku in ga izločimo iz skupnosti. Stigma je simbol manjvrednosti ali nevrednosti posameznika zaradi naših predsodkov. Stigmatizacija je lahko individualna, narodnostna, rasna, spolna.

Pri spoštovanju in vzdrževanju dostojanstva posameznika izhajamo iz načela, da smo vsi ljudje enaki ne glede na rasno, versko ali kakršnokoli drugo pripadnost. Tudi človek, ki je storil nedostojanstveno dejanje, ima pravico do spoštovanja lastnega dostojanstva.

Dostojanstvo, povezano z obstojem posameznika v družbi (eksistencialno dostojanstvo) se izraža v družbenih vlogah posameznika. Človek ni namen samemu sebi, ampak se udejanja z zadovoljevanjem družbenih interesov. Gre za dostojanstvo vloge posameznika in s tem povezano zavedanje lastnih zmožnosti, samozadostnosti, avtonomnosti. Človek lahko občuti svojo notranjo vrednost v svojem delu ter ideale, izhajajoče iz svojega dela, poveže s svojimi vrednotami, avtonomnim odločanjem, presojanjem, stališči, v skupno obliko profesionalnega dostojanstva.

Človek izgubi svoje dostojanstvo, kadar ni več samozadosten, avtonomen v svoji vlogi, ali jo izgubi – izguba zaposlitve, položaja, družbenega okolja. S tem, ko izgubi svojo vlogo, v očeh družbe in v očeh samega sebe izgubi družbeno vrednost in posledično občuti izgubo svojega dostojanstva (skozi refleksijo družbenega odnosa postane nepomemben, nepotreben, nezadosten tudi v lastni samopodobi).

Dostojanstvo, povezano z delom in individualnimi zmožnostmi posameznika: vsak človek doživlja dostojanstvo v svojem delu. Izraža se z občutkom zadovoljstva nad dobro opravljenim delom, še posebej, kadar v delo vloži »del sebe«. Zelo pomembno je, da človek opravlja delo, v katerem se lahko izrazi, kar ima pomen že pri izbiri poklica. Sprožanje občutka

dostojanstva in lastne vrednosti se začne z ugotovitvijo in pohvalo samega sebe: to sem naredil dobro, izpadlo je bolje, kot sem pričakoval. Še večji zavestni občutek lastnega dostojanstva lahko posameznik pridobi v družbi – z opaznostjo svojega dela, s priznavanjem uporabe/uporabnosti njegovega prispevka v delovnem okolju, s pohvalo, z nagrado.

Dostojanstvo, povezano z delom in zmožnostmi, krepi samozavest posameznika. Človek, ki je omejen v svojih zmožnostih (bolnik, invalid, starostnik, otrok), izgublja samozavest in nima občutka dostojanstva. S pozitivnim pristopom – s podporo, pomočjo, spodbudo in pohvalo mu ob izraženem trudu, kljub bistveno manjšim zmožnostim, vračamo samozavest in krepimo dostojanstvo.

Nasprotno pa preziranje pomembnih delovnih prispevkov in/ali individualnega truda posameznika zbuja občutek prezrtosti, ignoriranja ali načrtnega ponižanja, kar so atributi nedostojanstvenega ravnanja.

V zvezi s človekovim dostojanstvom lahko omenimo še tri izrazne oblike, s katerimi se pogosteje srečujemo pri našem delu – dostojanstvo življenja, dostojanstvo smrti in dostojanstvo situacije.

Izraz *»dostojanstvo življenja«* izraža prepričanje, da ima vsako življenje vrednost in ga je zato treba spoštovati in mu dajati prednost pri odločitvah, kadar je ogroženo. Povezano je tudi z zaznavanjem kakovosti življenja. Življenje za vsako ceno ni nujno tudi dostojanstveno življenje. Dostojanstvo življenja se omenja tudi pri ocenjevanju osnovnih pogojev življenja, ki si jih človek kot pripadnik človeške vrste v določeni družbi zasluži.

Dostojanstvo smrti, dostojanstvena smrt in umiranje z dostojanstvom so izrazi, ki spremljajo ključni del človekovega življenja. Človek ohranja vrednost – dostojanstvo do svoje smrti in še v obdobju neposredno po njej. To pomeni, da v tem času ohrani vse pravice do humanega odnosa.

Dostojanstvena smrt pomeni umiranje na način, ki je izraz človečnosti; brez bolečin, v krogu svojcev in na »naraven« način – da človek ni objekt medicinsko-tehničnih zmožnosti ali raziskovanja. Dostojanstveno umiranje/dostojanstvena smrt je predmet številnih moralno etičnih razprav v družbi in osnova razhajajočih se razmišljanj o (ne)priznavanju pravice do evtanazije oziroma medicinske pomoči pri samomoru.

Dostojanstvo / ne-dostojanstvo situacije so okoliščine, kjer več dejavnikov istočasno pospešuje ali omalovažuje vrednost, pravice in človečnost posameznika. V nedostojanstvenih situacijah posameznik izgubi nadzor nad seboj ali izgubi možnost odločanja.

Človekovo dostojanstvo in nasilje. Nasilje je grobo poseganje v integriteto, avtonomijo, zasebnost ali svobodo drugega človeka. Nasilje pomeni kršitev splošnih kulturnih norm v medsebojnih odnosih in predstavlja popolno nasprotje spoštovanju človekovega dostojanstva. Pri nasilju posamezniki izrabljajo svojo moč nad drugim človekom, ga neposredno izrabljajo za zadovoljevanje svojih asocialnih ali sprevrženih potreb ali za sproščanje svojih neobvladanih čustev, ne glede na fizično, psihično ali emocionalno škodo, ki jo ob tem povzročijo prizadetemu posameznику. Ob nasilju posameznik izgubi vrednost *enakega* živega bitja in postane sredstvo za doseganje nehumanih ali neetičnih ciljev drugih posameznikov ali skupin (nasprotje Kantovi opredelitvi človekovega dostojanstva).

Spoštovanje človekovega dostojanstva v zdravstveni negi

Zdravstvena nega je dejavnost, ki jo zaznamuje medsebojni odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Spoštovanje dostojanstva pa je človekova potreba, ki jo bolnik pričakuje v medsebojnih odnosih. Že sam medsebojni odnos je vir (ne)spoštovanja človekovega dostojanstva, dodatno se odvija v okoliščinah, ki lahko ogrožajo doživljanje dostojanstva pri bolnikih. Če želimo ohranjati človekovo dostojanstvo, kar je tudi temeljna naloga zdravstvene nege v medsebojnem odnosu, je potrebno redno in sistematično ugotavljati počutje bolnikov v zdravstveni ustanovi (Matiti, 1999).

Dostojanstvo je bolnikova potreba in hkrati tudi pravica, zato ga moramo spoštovati. Ohranjanje dostojanstva bolnikov varuje in ohranja dostojanstvo medicinskih sester.

Za medicinsko sestro je spoštovanje bolnikovega dostojanstva moralni imperativ (zapoved), ki ga vsebuje tudi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (1994; 2005).

V obrazložitvi četrtega načela kodeksa, ki se glasi: »Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost varovanca v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju«, je poudarjen pomen individualnosti bolnikov, zasebnosti in okoliščin, ki so povezane z umiranjem. Izpostavljeno je tudi pričakovano ravnanje medicinske sestre v medsebojnem odnosu z bolnikom in svojci, ki ima pozitiven vpliv na ohranjanje njihovega dostojanstva.

Da medicinska sestra lahko izpolnjuje načela kodeksa »v vseh stanjih in ob vsakem času« (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 1994; 2005), mora imeti ustrezno znanje. Znanje je moč medicinskih sester, ki ga v praksi spreminjajo iz »védenja, da« v »védenje, kako« (Šmitek, 1998; Šmitek, 2001). Najmočnejše orodje, ki ga medicinska sestra lahko uporabi za ohranjevanje dostojanstva pri bolnikih, je sama s svojimi občutji in čustvi, ki jih lahko koristno uporabi za razumevanje bolnikov. V času njihove ranljivosti jih obravnava kot močne, vredne

in pomembne (Haddock, 1996). Tudi prisotnost ob bolniku in »podarjanje« časa je izraz priznavanja človečnosti (bolnika).

Bolnikovo dostojanstvo lahko vzdržujemo na več načinov:

- s splošnim kulturnim odnosom;
- s spoštovanjem bolnika kot enakovrednega partnerja v medsebojnem odnosu, ki ima pravice in avtonomijo;
- s spoštovanjem bolnika kot »drugega«, ki je individualno in neponovljivo bitje, in upoštevanjem njegove pravice do drugačnosti;
- z obravnavanjem bolnika na način, ki ohranja njegovo integriteto;
- z izkazovanjem določenih formalnosti in razdalje do bolnika, ki medicinski sestri omogoča tudi telesne stike, ki sicer niso običajni v medsebojnih odnosih.

Vzdrževanje bolnikovega dostojanstva, kar v zdravstveni negi omogočamo s primernim vedenjem in upoštevanjem posameznika, vpliva na samopodobo bolnikov in medicinskih sester. Spoštovanje drugega, kar je soroden izraz za priznavanje dostojanstva, je dobro samo po sebi, ker je del kulturnega medsebojnega odnosa. Pozitivne posledice, ki jih občuti bolnik (in deloma medicinska sestra), so še: ponos, vrednost, samozavest, občutek časti, občutek mirnosti, celovitosti, občutek cenjenosti – spoštovanja in zaupanje v zdravstvene delavce (Mairis, 1994).

Negativne posledice, ki izhajajo iz nespoštovanja bolnikovega dostojanstva, so: občutek posmehovanja ali norčevanja, občutek zadrege, občutek sramu, občutek ponižanja, občutek neumnosti, občutek degradiranja in očiten ali prikrit distres. Odkrit distres se kaže z jokom, kričanjem, razburjenostjo ali zadrego, včasih tudi z zardevanjem, medtem ko prikrit distres vključuje neverbalne znake, kot so neskladje besed in izraza na obrazu, včasih se bolnik zapre vase, ne komunicira ali, izjemoma, postane depresiven (Mairis, 1994).

Po Mairis (1994) dostojanstvo obstaja toliko časa, dokler je posameznik sposoben uveljavljati nadzor ali izbiro nad svojim vedenjem, okolico in načinom, kako ga obravnavajo drugi.

Dostojanstvo je osebna lastnina, ki ji posameznik posveča malo pozornosti, dokler ne postane ranljiv in odvisen, ko se znajde v določeni situaciji (bolezen, starost, invalidnost, manjše intelektualne sposobnosti), v kateri je nemočen. V zdravstvu in v neposredni praksi zdravstvene nege je veliko okoliščin, v katerih je dostojanstvo bolnikov okrnjeno. Medicinska sestra mora zato pomen koncepta dostojanstvo dojemati zavestno in vsebinsko.

Widäng in Fridlund (2003), ki sta raziskovala integriteto bolnikov, navajata, da ima dostojanstvo poleg samospoštovanja in zaupanja pomembno vlogo za ohranjevanje integritete (povezanosti, celovitosti) posameznika. Integriteto lahko predstavlja tudi vsak od navedenih pojmov samostojno. Pri dostojanstvu, ki hkrati lahko pomeni integriteto bolnika, je pomembno, da je obravnavan kot zaupanja vredna oseba. Naslednji poudarek je na spoštovanju bolnika kot osebe z edinstvenimi potrebami. Celovit pristop, oziroma obravnava bolnika kot celostnega bitja, prav tako poudarja dostojanstvo in integriteto bolnika.

Za neposredno prakso je pomembno, da analiziramo situacije in okoliščine, ki vplivajo na doživljanje dostojanstva pri bolnikih. Doživljanje individualnega dostojanstva pri bolnikih lahko ugotavljamo z raziskovanjem, ki je usmerjeno v posamezne okoliščine. V pomoč so nam tudi raziskave o zaznavanju spoštovanja in nespoštovanja dostojanstva s strani medicinskih sester, ker omogočajo izmenjavo opažanj in posledično znanja med profesionalno skupino.

Posamezni avtorji, ki so raziskovali občutek dostojanstva pri bolnikih, so v posamičnih raziskavah ugotovili, da medicinske sestre lahko ohranjajo in vzdržujejo njihovo dostojanstvo na naslednje načine:

- z zagotavljanjem zasebnosti,
- z ustrezno komunikacijo,
- z uporabo izbranega imena,
- z omogočanjem nadzora nad situacijo,
- z omogočanjem samostojnega odločanja (avtonomije),
- z vzpostavljanjem neodvisnosti,
- z upoštevanjem pristojnosti bolnika,
- s skrbjo za bolnika (Matiti, 1999).

Bolnikovo dostojanstvo je ogroženo pri:

- zanemarjanju bolnika,
- grobem odnosu do bolnika,
- norčevanju ali zasmehovanju,
- pomanjkanju sredstev in pripomočkov za zdravstveno nego.

Kot je razvidno iz raziskav, bolniki ohranjajo – vzdržujejo svoje dostojanstvo:

- s samozaupanjem,
- z lastnim nadzorom okoliščin,
- z nadzorom nad okoljem,
- z zasebnostjo in identiteto, ki jo občutijo v povezovanju z drugimi (Matiti, 1999).

Zaznavanje spoštovanja dostojanstva bolnikov v naših delovnih okoljih – raziskava

Za ugotavljanje pomembnih podatkov za oceno znanja, delovanja, razmišljanja v zdravstveni negi je

nujno potrebno raziskovanje. Tudi raziskovanje poznavanja konceptov, kot je npr. dostojanstvo, nam daje podatke, ki so uporabni za razvijanje znanja.

V anketi, ki je bila izvedena med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehniki v Sloveniji pod naslovom Zdravstvena nega v luči etike, sta bili dve vprašanji posvečeni dostojanstvu in sicer:

- izražanju načinov ohranjanja bolnikovega dostojanstva (Prosimo vas, če lahko naštejete nekaj načinov ohranjevanja bolnikovega dostojanstva.) in
- zaznavanju nespoštovanja bolnikovega dostojanstva v delovnem okolju (Naštejte nekaj situacij iz svojega delovnega okolja, ko ste opazili nespoštovanje bolnikovega dostojanstva.).

Anketirani so v anketi pri obeh področjih lahko navedli poljubno število odgovorov.

Raziskovalni vzorec je obsegal 488 vrnjenih vprašalnikov, ki so bili pod naslovom Zdravstvena nega v luči etike razposlani medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom po Sloveniji.

Namen raziskave je bil:

- ugotoviti obseg in vsebino načinov za ohranjanje dostojanstva pri bolnikih,
- ugotoviti obseg in vsebino zaznavanja nespoštovanja bolnikovega dostojanstva v delovnih okoljih,
- ugotoviti razumevanje koncepta (po številu odgovorov).

Uporabljena metoda: vsebinska analiza podatkov, razvrstitev podatkov v kategorije in numerična analiza.

Obseg in vsebina načinov spoštovanja in ohranjanja človekovega dostojanstva pri bolnikih v zdravstveni negi

Numerična analiza

Na prošnjo za navedbo načinov ohranjevanja bolnikovega dostojanstva je odgovorilo 348 od 488 anketiranih ali 77 %. 100 vprašanih ali 23 % na to področje v vprašalniku ni odgovorilo. 17 odgovorov ni ustrezalo. Za analizo je bilo uporabljenih 331 vprašalnikov.

V 331 uporabnih vprašalnikih so anketirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki navedli 715 vsebinskih odgovorov. V povprečju je vsak anketirani navedel več kot dva odgovora.

Po vsebini so medicinske sestre navedle 80 različnih načinov spoštovanja in ohranjanja človekovega dostojanstva v zdravstveni negi oziroma v zdravstvu na splošno.

Vsebinska analiza

Zaradi vsebinske različnosti odgovorov je bilo potrebno sestaviti kategorije, v katere je bilo možno smiselno uvrščanje podatkov. Oblikovala sem štiri kategorije:

- Načini spoštovanja/ohranjanja človekovega dostojanstva pri bolnikih (Tab. 1).
- Kakovost medsebojnega odnosa, ki pospešuje/ohranja občutek dostojanstva pri bolnikih (Tab. 2).
- Lastnosti medicinske sestre, ki v medsebojnem odnosu pospešujejo občutek bolnikovega dostojanstva (Tab. 3).
- Objektivne okoliščine, ki neposredno ali posredno vplivajo na doživljanje dostojanstva pri bolnikih.

Načini ravnanja, ki jih v zdravstveni negi uporabljamo za ohranitev dostojanstva bolnikov, so številni (Tabela 1). Tudi po številu odgovorov je omenjena kategorija najobsežnejša. Medicinske sestre so navedle 57 načinov spoštovanja človekovega dostojanstva, ki jih uporabljajo v praksi. Seznam pa kljub obsežni raziskavi ni popoln, ker se spoštovanje človekovega dostojanstva povezuje z individualnimi situacijami in individualnimi etičnimi presojami medicinskih sester o pravilnem ali nepravilnem ravnanju.

V navajanjih za ohranitev človekovega dostojanstva v zdravstveni negi je v ospredju *spoštovanje telesne zasebnosti* bolnika, kar je tudi odraz situacij, s katerimi se medicinske sestre najpogosteje srečujejo v svoji praksi. Sledi *zagotavljanje zasebnosti pri pogovoru, upoštevanje bolnikovih potreb in želja, upoštevanje bolnikove individualnosti, varovanje podatkov* oziroma poklicna molčečnost, *informiranje bolnikov, uporaba naziva gospod, gospa, spoštovanje avtonomije, spoštovanje bolnika kot subjekta, človeka, osebnosti.* Čeprav se število odgovorov po zaporedju zmanjšuje, tudi posamezne navedbe niso za spoštovanje dostojanstva bolnika nič manj pomembne kot številčnejše.

V kategoriji kakovosti medsebojnega odnosa, ki pospešuje/ohranja občutek dostojanstva pri bolnikih, je navedenih osem oblik (Tab. 2). Na prvem mestu je *spoštljiv odnos,* sledijo partnerski, strokovni, razumevajoč, human, etični, korekten in dober odnos.

Lastnosti, ki so iz pridobljenih navedb izpostavljene kot potrebne v medsebojnem odnosu pri medicinskih sestrah/zdravstvenih delavcih in ki pospešujejo občutek dostojanstva pri bolnikih, so: *prijaznost, vljudnost, poštenost, sposobnost empatije, zaupnost, potrpežljivost, pozornost in obzirnost* (Tab. 3). Druge potrebne lastnosti, ki naj bi bile izražene v medsebojnem odnosu, a jih medicinske sestre niso posebej izpostavljale, lahko razberemo iz navedenih načinov spoštovanja človekovega dostojanstva ali iz navedb kakovosti v medsebojnem odnosu, kot na primer: skrbnost, odgovornost, razumevanje, strokovnost, humanost na splošno in druge.

Na doživljanje dostojanstva pri bolnikih lahko posredno ali neposredno vplivajo tudi objektivne okoliščine, ki jih medicinske sestre zaznavajo v sedmih oblikah (Tab. 4): *dovolj časa, ustrezen prostor, primerna oblačila, dovolj kadra, ustrezno okolje, ustrezen* (drugačen) *sistem dela* in *dovolj sredstev za nego*. Tudi v tej kategoriji bi lahko našteli še več primerov, če bi bila raziskava načrtno usmerjena v omenjeno področje.

Obseg in vsebina zaznavanja nespoštovanja bolnikovega dostojanstva v delovnih okoljih

Numerična analiza

Na prošnjo o *zaznavanju nespoštovanja bolnikovega dostojanstva* v delovnem okolju je odgovorilo 332 od 488 anketiranih, kar predstavlja 68 % delež. 156 anketiranih (32 %) ni odgovorilo.

40 anketiranih ali 12 % ne opaža nespoštovanja dostojanstva v svojem delovnem okolju ali pa odgovori niso izražali pričakovanega pomena, zato so bili njihovi odgovori izločeni iz nadaljnje analize.

Za analizo je bilo uporabljenih 292 vprašalnikov. Opisanih zaznav nespoštovanja dostojanstva pri bolnikih je bilo skupaj 518, kar pomeni, da je vsak anketirani navedel povprečno malo manj kot dve obliki zaznanega nespoštovanja bolnikovega dostojanstva v svojem delovnem okolju.

Vsebinska analiza

Navedbe iz vprašalnikov so bile zaradi lažjega razumevanja razdeljene v pet kategorij:

- zaznano ravnanje, ki zmanjšuje občutek dostojanstva pri bolnikih (Tab. 5),
- oblike nespoštovanja bolnikovega dostojanstva pri komunikaciji z bolnikom (Tab. 6) ,
- oblike nespoštovanja bolnikovih pravic (Tab. 7),
- oblike nedostojanstvenega medsebojnega odnosa (Tab. 8) in
- neustrezna organizacija in odsotnost virov in sredstev, ki zmanjšujejo doživljanje bolnikovega dostojanstva (Tab. 9).

Zaznano ravnanje, ki po mnenju medicinskih sester v delovnih okoljih pri bolnikih zmanjšuje občutek/doživljanje dostojanstva, je bilo opisano v 46 oblikah. V ospredju je *nespoštovanje telesne zasebnosti bolnikov*, sledijo *neupoštevanje zasebnosti pri pogovoru*, diskriminacija – *razlikovanje bolnikov* glede na status, narodnost, vero, *posmehovanje in norčevanje, razkrivanje zaupnih podatkov, neupoštevanje bolnikovih želja, potreb* in druge (Tab. 5).

Med navedenimi oblikami zaznanega nespoštovanja bolnikovega dostojanstva pri komunikaciji z bolnikom je na prvem mestu *nespodobna komunikacija* kot je »nadiranje« bolnikov, povzdigovanje glasu, ukazovanje (Tab. 6). Sledi 20 načinov nedostojanstvene komunikacije, med katerimi velja v skupnem seštevku omeniti *neustrezno nazivanje bolnikov* (tikanje, poimenovanje po diagnozi ali telesnem delu, nazivanje z »ata, mama« in odsotnost naziva gospod, gospa ali klicanje samo z imenom).

Medicinska sestre zaznavajo tudi oblike nespoštovanja bolnikovega dostojanstva, ki so povezane s pravicami bolnikov (Tab. 7). Navedenih je enajst oblik kršenja pravic bolnikov; na prvem mestu *kršenje pravice do informiranosti* in na drugem *kršenje pravice do dostojanstvenega umiranja*.

Nedostojanstven medsebojni odnos, ki ga doživljajo bolniki v delovnih okoljih medicinskih sester, je bil zaznan v 17 oblikah. Najpogosteje je naveden *vzvišen odnos* zdravstvenih delavcev do bolnikov.

Zaradi slabe organizacije in pomanjkanja virov in sredstev bolniki prav tako doživljajo nespoštovanje dostojanstva. Na prvem mestu med osmimi zaznanimi primeri je *čakanje brez pojasnila*, na drugem *dolge čakalne dobe*.

Zaradi obsežnosti podatkov lahko sklepamo, da so v kategorijah navedene oblike nespoštovanja bolnikovega dostojanstva medicinske sestre dejansko zaznale v svojih delovnih okoljih, torej se dogajajo, in niso le izmišljene ali plod osvojenega teoretičnega znanja.

Razumevanje koncepta človekovega dostojanstva

Koncept človekovega dostojanstva ima nešteto različnih praktičnih pomenov. Iz analize podatkov o spoštovanju in nespoštovanju bolnikovega dostojanstva v delovnih okoljih lahko sklepamo, da večina medicinskih sester razume pomen spoštovanja človekovega dostojanstva v praksi, vendar v različnem obsegu. Največji obseg razumevanja je prisoten na kolektivni ravni, kar je tudi izid opisane raziskave. Na individualni ravni pa ugotovitve niso tako spodbudne, če upoštevamo, da je posamezna medicinska sestra v povprečju zaznala malo več kot dva načina spoštovanja/ohranjanja dostojanstva bolnikov in malo manj kot dva načina nespoštovanja.

Obenem pa se izpostavlja vprašanje, zakaj velik delež medicinskih sester (23 % in 32 %) ni odgovoril na obravnavano področje in iz katerih demografskih razredov so.

Uporabnost raziskave

Raziskava ima epistemološki pomen. Izraža empirično znanje: zaznane oblike spoštovanja in oblike nespoštovanja dostojanstva bolnikov v praksi. Združeni praktični primeri po kategorijah omogočajo bolj konstruktivno pridobivanje znanja in spodbujajo razmišljanje, kateri primeri se poleg navedenih še pojavljajo v praksi.

Analiza ima tudi praktični namen – ozaveščanje medicinskih sester o obsežnosti vsebine koncepta in pričakovanje etičnega odziva v praksi.

Nadaljnja raziskava podatkov mora vključevati oceno odsotnosti odgovorov, ki je sorazmerno visoka – 23 % in 32 %, v povezavi z demografskimi podatki.

Sklep

Mnogi avtorji teoretičnih prispevkov v zdravstveni negi poudarjajo pomen fenomenološkega pristopa pri razlagi pojmov ali pojavov, ki so prisotni v zdravstveni negi. Fenomenološki pristop je opis različnih oblik pomena fenomena v določenih okoliščinah, ki so potrebni za praktično razumevanje.

»Skozi fenomenološko raziskovanje imajo medicinske sestre v praksi priložnost najti pomen in razumevanje vsakodnevnih situacij pri bolnikih ter deliti svoja razumevanja z drugimi, kot tudi spreminjati svoje delovanje ali delovanje drugih v podobnih situacijah na osnovi razumevanja.« (Van der Zalm, Bergum, 2000)

Koncept človekovega dostojanstva je abstrakten in zelo obsežen, zato ga je potrebno razčleniti in analizirati najprej v splošnem pomenu, nato pa tudi v konkretni praksi. Shotton in Seedhouse (1998) poudarjata pomen prikaza praktičnih pomenov koncepta, kar ga približa razumevanju izvajalcev v praksi zdravstvene nege; medtem ko obravnavanje koncepta človekovega dostojanstva na abstraktni ravni ohranja koncept bolj na izrazni ravni in manj v praksi.

Razumevanje pomena človekovega dostojanstva je za zdravstveno nego izrednega pomena. Izhaja iz deontološkega pristopa in iz etike skrbi kot osnovnih teorij etike, ki usmerjajo prakso zdravstvene nege (Šmitek, 2003). Skozi razumevanje tega koncepta se izraža skoraj celoten etični odnos do bolnika v praksi. Spoštovanje človekovega dostojanstva predstavlja večino vsebine etike, ki je potrebna v odnosu medicinske sestre do bolnika, ter tudi drugih zdravstvenih delavcev do bolnika, če želimo, da bo medsebojni odnos res etičen in v doživljanju bolnika zadovoljiv, kakovosten, dostojanstven. Človekovega dostojanstva samo na načelni ravni, brez praktičnih pomenov, namreč ni možno učinkovito spoštovati v praksi.

V zdravstveni negi je za uporabo v praksi pomembno tudi osebnostno/osebno znanje (samozavedanje in poznavanje sebe in osebnostnih značilnosti), ki jih terapevtsko uporabimo za razumevanje drugih (Šmitek, 2001). Raziskava o zaznavanju (ne)spoštovanja človekovega dostojanstva je v opisanem poteku zajela samo bolnike in žal ne tudi medicinskih sester. Zato bi bila potrebna tudi raziskava spoštovanja in doživljanja človekovega dostojanstva med zdravstvenimi delavci, kajti preko refleksije lastnega doživljanja bi lažje razumeli in etično obravnavali doživljanja naših bolnikov. Nenazadnje se spoštovanje človekovega dostojanstva med zdravstvenimi delavci posredno in neposredno zrcali tudi v naših odnosih do bolnika.

Priloge

Tab. 1. *Ukrepi zdravstvene nege, ki ohranjajo bolnikovo dostojanstvo.*

	Število navedb
Zagotavljanje telesne zasebnosti	154
Zagotavljanje zasebnosti pri pogovoru	61
Upoštevanje bolnikovih potreb, želja	46
Upoštevanje, spoštovanje individualnosti	44
Varovanje podatkov, poklicne skrivnosti	37
Informiranje bolnika	35
Uporaba naziva gospod, gospa, vikanje	26
Spoštovanje avtonomije	21
Spoštovanje bolnika, b. kot osebnosti, subjekta, človeka; spoštovanje starejših	18
Poslušanje bolnika	17
Pogovor na bolniku ustrezni ravni	11
Upoštevanje bolnikovih pravic	9
Upoštevanje bolečine, lajšanje trpljenja	8
Diskretnost pri obravnavi	8
Občutek enakosti, enakopravnosti med bolniki	7
Zlato pravilo	7
Pogovor z bolnikom med nego	7
Ohranjanje, spodbujanje bolnikovih zmožnosti	4
Ohranjanje bolnikove integritete	4
Spoštovanje drugačnosti (narodnostne, verske)	4
Spoštovanje celovitosti	4
Pomoč bolniku	4
Strokovnost	3
Stik s svojci	3
Vzpostavljanje občutka varnosti in sprejetosti	3
Omogočanje obiskov	2
Delovanje kot človek	2
Verjeti bolniku	2
Vzpostavljanje, zagotavljanje dobrega počutja	2
Bolnik kot središče pozornosti	2
Pozdrav ob srečanju	2
Kakovost dela	2
Pristanek na poseg	2
Ustrezen odnos do umiranja	2
Pozornost, pomoč svojcem ob smrti	2
Upoštevanje bolnikovega strahu	1
Zagotavljanje miru	1
Zmanjševanje neprijetnih občutkov – strahu	1
Omogočanje izbire	1
Omogočanje občutka razumevanja, zaupanja, topline	1
Spoštovanje vrstnega reda	1
Spoštovanje bontona	1
Samoiniciativno izvajanje potrebnega pri bolniku	1
Omogočanje pogovora z zdravnikom	1
Spoštovanje etike	1
Obravnava brez pripomb	1
Skrajševanje čakalnih dob (v zdravstvu)	1
Občutek pomembnosti	1
Možnost pritožbe	1
Samostojnost bolnika – upoštevanje/pospeševanje	1
Skrb za bolnika	1
Obzirnost	1
Opravičilo	1

	Število navedb
Osebna predstavitev bolniku	1
Lepa beseda	1
Hitra pomoč	1
Celovit pristop	1

Tab. 2. *Kakovost odnosa, ki pospešuje občutek dostojanstva pri bolniku.*

	Število navedb
Spoštljiv	34
Partnerski	10
Strokovni	8
Razumevajoč	6
Human	4
Etični	2
Korekten	1
Dober	1

Tab. 3. *Lastnosti, ki v medsebojnem odnosu pospešujejo občutek bolnikovega dostojanstva.*

	Število navedb
Prijaznost	22
Vljudnost	5
Poštenost	3
Sposobnost empatije	3
Zaupnost	2
Potrpežljivost	2
Pozornost	1
Obzirnost	1

Tab. 4. *Objektivne okoliščine, ki vplivajo na doživljanje dostojanstva pri bolnikih.*

	Število navedb
Dovolj časa	6
Ustrezen prostor	2
Primerna oblačila	2
Več kadra	2
Ustrezno okolje	1
Drugačen sistem dela	1
dovolj sredstev za nego	1

Tab. 5. *Zaznano ravnanje, ki zmanjšuje občutek dostojanstva pri bolnikih.*

	Število navedb
Neupoštevanje telesne zasebnosti	156
Neupoštevanje zasebnosti pri pogovoru	46
Diskriminacija (narodnost, status, vera, stigma, izobrazba)	22
Posmehovanje, norčevanje	13
Razkrivanje zaupnih podatkov	11
Neupoštevanje bolnikovih želja, potreb	11
Ignoriranje bolnika	9
Stigmatizacija	7
Uporaba plenic pri kontinentnih bolnikih	7
Hitenje pri izvajanju zdravstvene nege	5
Vsiljevanje postopkov, posegov bolniku	4
Hranjenje na silo	3
Zanemarjanje	3
Kritiziranje bolnika	3
Neupoštevanje bolečine	3
Neupoštevanje bolnikovih sposobnosti, zmožnosti	3
Obravnava bolnika kot številko, primer	3
Nespoštovanje bolnika kot človeka	2
Kaznovanje bolnika	2
Privezovanje bolnika	2
Nedostojna odslovitev bolnika (iz ambulante)	1
Neupoštevanje celovitosti	1
Neupoštevanje bolnikovih težav	1
Nespoštovanje starejšega	1
Pootročen odnos do starejšega	1
Podrejanje bolnika zahtevam zdravstvenih delavcev	1
Pregled »na daljavo«	1
Opravljanje posegov brez anestezije	1
Bolniku se ne da potrebnih pripomočkov – plenic	1
Poenostavljanje predpisanih postopkov	1
Rutina	1
Delitev nočnih posod na uro	1
Nerazumevanje bolnikove inkontinence	1
Nespoštovanje telesnih potreb – spanje	1
Dajanje zdravil bolniku brez vednosti	1
Odločanje svojcev o bolniku	1
Ne-seznanitev s pravicami	1
Neupoštevanje bolezni kot vzroka bolnikovega neprimernega obnašanja	1
Opustitev postopka zaradi stigme (»je star«)	1
Nervoza, če bolnik noče sodelovati	1
Napeljevanje pogovora na seksualne zadeve	1
Zdravstveni delavci ne verjamejo bolnikom, da so bolni	1
Kršenje moralno-etičnih načel	1
Prisilna hospitalizacija	1
Prisilno dajanje terapije	1
Nepotrebne intervencije	1

Tab. 6. *Oblike nespoštovanja bolnikovega dostojanstva pri komunikaciji z bolnikom.*

	Število navedb
Nespodobna komunikacija (nadiranje, povzdignjen glas, ukazovanje ...)	18
Tikanje	11
Poimenovanje bolnika po diagnozi ali telesnem delu – glava, roka	7
Pogovor med medicinskimi sestrami o osebnih zadevah med nego bolnika	7
Žalitev bolnika	6
Neustrezne, nespodobne pripombe, opazke o/pri bolniku	6
Ne poslušanje bolnika	6

	Število navedb
Nazivanje ata, mama	4
Reševanje nesporazumov zdravstvenih delavcev ob bolniku	4
Očitanje, »šikaniranje«	4
Nespoštljivo nazivanje – brez gospod, gospa	3
Klicanje samo z imenom	2
Osebno telefoniranje v prisotnosti bolnika	2
Se ne odgovarja na bolnikova vprašanja, zaničljiv odgovor	2
Besedni spopad, prepir z bolnikom	2
Neustrezni izrazi v komunikaciji	1
Nespodobna neverbalna komunikacija, »kazanje oslov«	1
Premalo komunikacije	1
Pogovor o bolniku v bolnikovi prisotnosti	1
Javno oštevanje bolnika	1
Neobzirnost pri sporočanju diagnoze	1

Tab. 7. *Oblike nespoštovanja bolnikovih pravic.*

Nespoštovanje pravice	Število navedb
– do informiranosti bolnika	11
– do individualnosti	6
– do avtonomije, izvajanje posegov brez privolitve	5
– do enakosti pri obravnavi	2
– kršenje pravic na splošno	1
– do prostosti	1
– do izražanja čustev, do partnerja	1
– do osebnih potreb (»ko se bolnika niti za eno uro v letu ne pelje ven«)	1
– kratenje pravice do človeku dostojne osebne urejenosti – higiene	1
– odklonitev pomoči, prenaročanje...	4
– nedostojanstveno umiranje (zanemarjanje umirajočega, nespoštovanje zasebnosti, siljenje s hrano, infuzijo)	8

Tab. 8. *Oblike nedostojanstvenega medsebojnega odnosa.*

	Število navedb
Vzvišen	6
Grob	3
Grd	3
Neprijazen	2
Žaljiv	2
Aroganten	2
Nesramen	2
Nizkoten (posredno)	1
Poniževalen	1
Avtoritativen	1
Hladen, neoseben	1
Nestrpen do starejših	1
Zahteven do bolnika	1
Neljubezniv	1
Malomaren	1
Nedovzetnost, neobčutljivost	1
Površen	1

Tab. 9. *Neustrezna organizacija in odsotnost virov in sredstev, ki zmanjšujejo doživljanje bolnikovega dostojanstva.*

	Število navedb
Čakanje brez pojasnila	5
Dolga čakalna doba	3
Neustrezna (strgana, pomečkana, prevelika) oblačila	2
Preveč dijakov naenkrat v sobi	2
Neustrezni bivalni in delovni pogoji	1
Premalo pripomočkov in kadrov	1
Neupoštevanje hišnega reda (vizita kadarkoli ali je sploh ni)	1
Zamujanje v ambulanto	1

Literatura

1. Anon. Cornell : Dignity and practical reason in Kant's moral theory, Thomas E. Hill. 1992. http://cas.memphis.edu/philosophy/mtimmons/Kant/hill.
2. Colins Cobuild English Language Dictionary. Harper Collins Publishers; London, 1994.
3. DeCew J. Respect. Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2003. http://plato.stanford.edu/entries/respect/
4. Grbec V. Pravice bolnikov kot del človekovih pravic. Zbornik predavanj. Sekcija kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije Radenci 17. in 18. 2. 2000.
5. Haddock J. Towards further clarification of the concept »dignity«. J Adv Nurs 1996; 24: 924–31.
6. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege, 1994.
7. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege, 2005. www.zveza-dmszts.si
8. Mairis E. Concept clarification in professional practice – dignity. J Adv Nurs 1994; 19: 947–53.
9. Matiti M. Dignity: a study of pre-operative patients. Nurs Stand 1999; 15: 32–4.
10. Morella GL. Kant's false basis for ethics – the preeminence of autonomous self. Modern philosophy. 2000. http:// www.personal.psu.edu/staff/e/j/ejm1/morella/m060.
11. Nickel J. Human Rights. Stanford Encyclopedia of Philosophy. 2003. http://plato.stanford.edu/entries/human-rights/
12. Rines AR, Montag ML. Nursing concepts and nursing care. A Wiley Biomedical Publication, John Wiley & Sohns, New York, 1976.
13. Shotton L, seedhouse D. Practical dignity in caring. Nurs Ethics 1998; 5: 246–55.
14. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Slovenska akademija znanosti in umetnosti in znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. Ljubljana: DZS, 1994.
15. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1998; 32: 127–38.
16. Šmitek J. Hierarhija znanja v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2001; 35: 163–74.
17. Šmitek J. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. V: Klemenc D et al ur. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003.
18. Šprohar L. Razkazovan v lisicah. Ljubljana: Delo: Sobotna priloga, 21. 4. 2001: leto XLIII. Št. 19.
19. Todorov T. Facing the extreme: moral life in concentration camps. Henry Holt and Company, Inc; New York, 1996.
20. Ulrich L. The assertion of personal dignity. Manuscript 1997. http://academic.udayton.edu/LawrenceUlrich/315patdigme
21. Universal Declaration of Human Rights. An indivisible set of human rights. Geneve, 2002. http://www. Droitshumains.org/uni/Formation/02Ens_indiv_a

22. Universal Declaration of Human Rights. Adopted by UN General Assembly Resolution 217A (III) of 10 December 1948, 2001. http://www.hrw.org/universal.html
23. Van der Zalm J, Bergum V. Hermeneutic – phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. J Adv Nurs 2000; 31: 211–8.
24. Widäng I, Fridlund B. Self-respect, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients. J Adv Nurs 2003; 42: 47–56.

Na podlagi 87. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti je Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije skladno s 4. členom Statuta na Skupščini 29. 3. 2014 sprejela dopolnjeni

K O D E K S E T I K E
v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije

PREDGOVOR

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.

Etična načela in pravila Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije so namenjena in obvezujejo vse, ki delujejo ali se izobražujejo na področju zdravstvene nege in oskrbe (v nadaljevanju izvajalci zdravstvene nege in oskrbe). Predstavljajo vodilo pri oblikovanju profesionalnih etičnih in moralnih stališč ter vrednot, podlago za etično odločanje, pomoč pri argumentiranju teh odločitev ter omogočajo etično refleksijo profesionalnega dela.

Kršitve določb tega kodeksa v skladu s svojimi pristojnostmi obravnava Častno razsodišče Zbornice – Zveze.

* Izrazi, uporabljeni v moški spolni slovnični obliki, so mišljeni kot nevtralni za ženske in moške.

IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE IN PACIENT

NAČELO I

Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja.

Standardi ravnanja:

- dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje, invalidnost ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta;
- pacienta je treba obravnavati individualno ter celostno. Upoštevati je potrebno njegove ne le fizične, ampak tudi psihične, socialne in duhovne potrebe ter spoštovati njegovo kulturo ter osebna prepričanja;
- izvajalci zdravstvene nege in oskrbe v soglasju s pacientom vključujejo v obravnavo tudi člane njegove družine ter zanj pomembne druge.

NAČELO II

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštujejo pravico pacienta do izbire in odločanja.

Standardi ravnanja:

- izvajalci zdravstvene nege in oskrbe so zagovorniki pacienta in njegovih pravic;
- pacientu posredujejo informacije o njegovih pravicah in dolžnostih, ki se nanašajo na zdravstveno nego oz. oskrbo ter o možnostih in načinih njihove uveljavitve;
- informirano soglasje pacienta je pogoj za določitev ter izvedbo predvidenega programa zdravstvene nege in oskrbe. Pacienta v okviru svojih pristojnosti informirajo pravočasno, obzirno in na njemu razumljiv način;
- za pridobitev soglasja pacienta nikoli ne uporabljajo statusne moči, prisile ali zavajanja;
- pacientu, ki so mu bolezen ali drugi dejavniki začasno ali trajno zmanjšali sposobnost samooskrbe, nudijo možnost izbire v okviru njegovih sposobnosti, okoliščin in optimalnih možnosti. Pomagajo mu, da vzdržuje oziroma znova pridobi zanj najvišjo možno stopnjo avtonomije;
- kadar se vprašanja ne nanašajo na področje zdravstvene nege oz. oskrbe, pacienta napotijo k ustreznemu strokovnjaku.

NAČELO III

Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštujejo dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni, ob umiranju ter po smrti.

Standardi ravnanja:

- izvajalci zdravstvene nege in oskrbe svojo dejavnost izvajajo na način, ki vključuje pacienta kot enkratno, neponovljivo osebnost z vsemi njegovimi posebnostmi;
- upoštevajo in spoštujejo pravico pacienta do zasebnosti ter intimnosti;
- spoštujejo življenje in delujejo v smeri lajšanja bolečin ter trpljenja pacienta;
- pacientu vedno skušajo pomagati najti oziroma vzdrževati upanje ter premagovati njegove stiske in strahove;
- umirajočemu pacientu omogočajo kakovostno zdravstveno nego in oskrbo, upoštevajoč načela paliativne oskrbe. S pacientom vzdržujejo razumevajoč ter sočuten medčloveški odnos. Zagotavljajo mu občutek varnosti, bližino sočloveka, lajšanje bolečin in trpljenja. Če želi, pacientu omogočajo versko oskrbo, stik s svojci ter zanj pomembnimi drugimi;
- s pacientovimi svojci in zanj pomembnimi drugimi vzpostavljajo empatične medsebojne odnose ter so jim v oporo in pomoč. Omogočajo jim prisotnost ob umirajočem pacientu in dostojno slovo od pokojnika;
- v primeru smrti do umrlega izražajo pieteten odnos.

IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE IN PRAKSA

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

NAČELO IV

Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe v okviru svojih pristojnosti nudijo pacientu kompetentno zdravstveno nego in oskrbo.

Standardi delovanja:

- izvajalci zdravstvene nege in oskrbe imajo dolžnost in odgovornost, da lastno strokovno znanje nenehno izpopolnjujejo ter dopolnjujejo. Aktivno spremljajo novosti na lastnem strokovnem področju, še posebej aktualne na znanstvenih dokazih temelječe izsledke. Spremljajo razvoj humanističnih, družboslovnih in naravoslovnih ved. Kontinuirano si prizadevajo za lastno osebnostno rast;
- pri opravljanju svojega poklica so v okviru svoje izobrazbe in strokovne usposobljenosti za svoje delo odgovorni pred pacientom, svojo vestjo, predpostavljenimi, delovno organizacijo ter širšo družbo. V procesu zdravstvene nege in oskrbe so odgovorni medicinski sestri – vodji negovalnega tima;
- ne izvajajo postopkov, za katere nimajo ustreznih poklicnih kompetenc, znanj, usposobljenosti ali opreme;

- upoštevajo načela kulture varnosti in odklonijo vsak poseg, ki bi bil po njihovem strokovnem prepričanju lahko za pacienta škodljiv ali ni v skladu z načeli poklicne etike;
- zavzemajo se za take razmere pri delu, ki omogočajo izvajanje zdravstvene nege in oskrbe v skladu z vrednotami, načeli in standardi ravnanja tega kodeksa etike;
- ne smejo odkloniti nujne medicinske pomoči, ustrezne njihovi strokovni usposobljenosti, ne glede na to, ali so za to pomoč izrecno zaprošeni;
- odzvati se morajo na delo v izjemnih razmerah, zavedajoč se svoje moralne in pravne odgovornosti;
- kadar sodijo, da postopek ali poseg ni v skladu z njihovo vestjo ali verskim prepričanjem, lahko uveljavljajo ugovor vesti. O tem so dolžni predhodno obvestiti zdravstveni zavod/delodajalca.

NAČELO V

Delovanje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe temelji na odločitvah v korist pacienta.

Standardi ravnanja:

- delovanje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe mora temeljiti na odločitvah, ki pacientu krepijo, ohranjajo in obnavljajo zdravje ter lajšajo bolečine in trpljenje;
- ne glede na okoliščine ne smejo zlorabiti medsebojnega zaupanja s pacientom;
- njihov odnos do pacienta ne sme biti pogojen z namenom pridobivanja lastnih koristi (na primer možnosti prilastitve njegove lastnine);
- odklonijo darilo, uslugo, gostoljubnost in komercialni interes, če je slednje mogoče razlagati kot prizadevanje, da bi se z nedopustnim vplivom dosegla kakršnakoli ugodnost;
- pacienta ščitijo pred nestrokovnim, neetičnim ali samovoljnim ravnanjem svojih sodelavcev;
- prepoznavajo, preprečujejo in zmanjšujejo vse vrste nasilja nad pacienti v kakršnikoli obliki. Sodelovanje pri takšnih ravnanjih, njihovo podpiranje ali toleriranje je nedopustno;
- v skladu z zakonodajo informirajo ter psihosocialno podpirajo paciente, ki so žrtve nasilja v družini ali drugih odnosih, prijavljajo nasilje pristojnim ustanovam in po potrebi sodelujejo pri nadaljnji obravnavi.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

NAČELO VI

Izvajalce zdravstvene nege in oskrbe zavezuje poklicna molčečnost.

Standardi ravnanja:

- izvajalci zdravstvene nege in oskrbe so dolžni varovati poklicno skrivnost. Za poklicno skrivnost šteje vse, kar izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pri opravljanju svojega poklica izvedo o pacientu, o njegovih osebnih, družinskih, socialnih in drugih razmerah ter vse informacije v zvezi z zdravstveno nego, ugotavljanjem bolezni, zdravljenjem in rehabilitacijo;
- če se je pacient tako odločil, so poklicno skrivnost dolžni varovati tudi pred družinskimi člani pacienta ali zanj pomembnimi drugimi, kar velja tudi po njegovi smrti;
- poklicne molčečnosti izvajalce zdravstvene nege in oskrbe lahko razreši pacient sam, ali če tako določajo z zakonom sprejete posebne določbe;

- poklicno skrivnost so dolžni varovati tudi po prenehanju opravljanja svojega poklica.

IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE IN RAZISKOVANJE

NAČELO VII

Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pri opravljanju raziskovalnega dela spoštujejo pravice raziskovancev in etične smernice v raziskovalnem delu.

Standardi ravnanja:

- izvajalci zdravstvene nege in oskrbe sodelujejo le pri tistih kliničnih raziskavah ali eksperimentalnem zdravljenju, ki je odobreno s strani etične komisije oziroma organa, ki preverja etično ustreznost raziskovalnega projekta oziroma zdravljenja. O odobritvi raziskovalnega projekta se imajo pravico in dolžnost predhodno prepričati;
- posebno pozornost posvečajo zaščiti pacienta – njegovi popolni in nepristranski obveščenosti, informirani pisni privolitvi, avtonomiji, dostojanstvu ter zaščiti njegovih osebnih podatkov;
- v primeru kliničnih raziskav ali eksperimentalnega zdravljenja, v katerih niso nosilci projekta, v njih pa morajo sodelovati, ker poteka v njihovem delovnem okolju, imajo pravico uveljavljati ugovor vesti, če je raziskava v nasprotju z njihovimi moralnimi in etičnimi načeli;
- v primeru, da prevzamejo vlogo vodje raziskave oz. projekta, pri načrtovanju, izvedbi in dokumentiranju natančno upoštevajo vse deklaracije, dokumente ter smernice, ki se nanašajo na etične vidike konkretne raziskave. Pred začetkom izvedbe raziskave morajo pridobiti soglasje k raziskavi s strani pristojne etične komisije oz. organa;
- izsledke raziskovalnega dela objavljajo in s tem skrbijo za razvoj in napredek znanosti ter stroke. V objavah o izsledkih raziskav ugotovitve sporočajo tako, da je zagotovljena popolna anonimnost oseb, ki so bile vključene v raziskavo;
- pri pisanju in objavi strokovnih in znanstvenih prispevkov so dolžni upoštevati etične smernice objavljanja rezultatov raziskav, spoštovati avtorske pravice in dosledno navajati vire;
- avtorji določenega dela so lahko le osebe, ki so sodelovale pri njegovem nastajanju;
- plagiatorstvo je nesprejemljivo.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE IN SODELAVCI

NAČELO VIII

Zdravstvena obravnava pacienta predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev: izvajalci zdravstvene nege in oskrbe cenijo lastno poklicno pripadnost ter priznavajo in spoštujejo delo svojih sodelavcev.

Standardi ravnanja:

- v negovalnem in zdravstvenem timu izvajalci zdravstvene nege in oskrbe aktivno sodelujejo pri identifikaciji in reševanju konkretnih etičnih dilem in sprejemanju etičnih odločitev;
- lastno strokovno znanje v dobro pacientov nesebično delijo s svojimi sodelavci;
- upoštevajo strokovne in življenjske izkušnje ter usposobljenost vseh, zlasti starejših sodelavcev;
- cenijo sveže teoretično znanje ter predloge vseh, tudi mlajših sodelavcev ter v spoštljivem dialogu iščejo najboljše poti profesionalnega delovanja;
- skrbijo za dobre medsebojne odnose v delovnem okolju in si aktivno prizadevajo za nenasilno in zdravo delovno okolje; trudijo se, da sodelovanje v negovalnem in zdravstvenem timu temelji na kolegialnosti, nenasilju, medsebojnem spoštovanju ter na upoštevanju načel asertivne komunikacije;
- kakršnakoli nasilna komunikacija, diskriminiranje, nadlegovanje ali trpinčenje sodelavcev je nedopustno;
- ob pojavih nasilja in konfliktov na delovnih mestih so odgovorni za njihovo reševanje v skladu s strokovnimi smernicami;
- dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje, invalidnost ali druge osebne okoliščine, ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do sodelavcev;
- o morebitnem nestrokovnem in/ali neetičnem ravnanju svojih sodelavcev poročajo predpostavljenim, pristojnim institucijam in/ali organom Zbornice – Zveze;
- pri opravljanju pedagoškega dela v kliničnem okolju zagotavljajo, da je praktično delo ob pacientu strokovno, varno in etično;
- mentorji dijake in študente spodbujajo in nadzorujejo, da le-ti ravnajo v skladu s tem kodeksom etike;
- tudi če niso v formalni vlogi mentorja, posebno skrb in pozornost namenjajo študentom in dijakom zdravstvenih in drugih šol ter pripravnikom, z njimi delijo svoje znanje in profesionalne izkušnje, jih spodbujajo, so jim pomemben vzgled na njihovi prihodnji profesionalni poti ter z njimi vzpostavljajo strpen strokovni dialog;
- skrbijo, da s svojim javnim nastopanjem, pojavljanjem v medijih in/ali socialnih omrežjih ali na kakršen koli drug način ne zmanjšujejo ugleda lastnega poklica ter ugleda svojih poklicnih kolegov ter ostalih sodelavcev;
- stanovska pripadnost jih zavezuje, da ne odrečejo pomoči stanovskemu kolegu, če ta zanjo zaprosi, ter da kolegialno skrbijo za obolelega kolega.

IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE IN DRUŽBA

NAČELO IX

Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe ravnajo v skladu z usmeritvami, ki zagotavljajo boljše zdravje in razvoj zdravstva.

Standardi ravnanja:

- podpirajo zdrav življenjski slog posameznikov, skupin in lokalnih skupnosti, skrbijo za varno in zdravo okolje ter v okviru svojih kompetenc delujejo zdravstveno-vzgojno;

- skupaj z drugimi zdravstvenimi delavci in strokovnjaki aktivno sodelujejo pri načrtovanju in izvajanju programov zdravstvenega varstva;
- so pobudniki oz. podporniki aktivnosti, ki so v širšem družbenem interesu, še posebej tistih, ki so povezane z njihovo stroko;
- imajo pravico in dolžnost, da si preko svojih strokovnih in drugih organizacij prizadevajo za prepoznavnost in ugled zdravstvene nege in oskrbe v družbi, ustrezne delovne razmere, primerno plačilo za delo ter pravno zaščito pri opravljanju dejavnosti.

IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE IN STANOVSKE ORGANIZACIJE

NAČELO X

Stanovske organizacije izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe sprejemajo odgovornost za upoštevanje in razvijanje etičnih načel v zdravstveni negi in oskrbi.

Standardi ravnanja:
- izvajalci zdravstvene nege in oskrbe s svojim etičnim in moralnim ravnanjem dvigujejo lastni ugled, ugled poklica in lastnih stanovskih organizacij;
- delujejo v skladu z vrednotami, poslanstvom in strategijo stroke ter lastnih stanovskih organizacij;
- skrbijo za ugled in prepoznavnost stanovskih organizacij tako v delovnem okolju kot v družbi;
- stanovska združenja podpirajo in razvijajo izobraževanja o strokovnih, etičnih, pravnih vidikih zdravstvene nege in oskrbe, ki naj bodo v čim večji možni meri dostopna vsem izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe ter širši zainteresirani javnosti.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Ljubljana, 2014

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

V prizadevanjih po izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov v R Sloveniji ter krepitvi medsebojne profesionalne komunikacije med medicinskimi sestrami/babicami in zdravniki je Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornica – Zveza) v sodelovanju s predstavniki zdravniške stroke pripravila dokument

PROTOKOL MEDPOKLICNE KOMUNIKACIJE MED MEDICINSKIMI SESTRAMI/BABICAMI IN ZDRAVNIKI V PRIMERIH DVOMA O NAROČENIH UKREPIH

Kakovost medosebnih, poklicnih in medpoklicnih odnosov v zdravstvenih timih ter sprejeta varnostna politika zdravstvenih zavodov prispevata k strokovnim, varnim in pravočasnim odločitvam v korist pacientov. Zato je namen dokumenta izboljšati medsebojno komunikacijo v primerih, kadar medicinska sestra/babica dvomi v naročilo zdravnika. Zakonodaja dovoljuje, da zdravstveni delavec odkloni zdravstveni poseg, če sodi, da ni v skladu z njegovo vestjo in z mednarodnimi pravili medicinske etike. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.

Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi ter v babištvu opredeljujeta zdravstveno obravnavo pacienta kot skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pri svojem delu upoštevajo načela kulture varnosti in odklonijo vsak poseg, ki bi bil po njihovem strokovnem prepričanju lahko za pacienta škodljiv ali ni v skladu z načeli poklicne etike. S tem pacienta ščitijo pred nestrokovnim, neetičnim ali samovoljnim ravnanjem svojih sodelavcev.

Po Kodeksu zdravniške etike je zdravnik odgovoren za zdravstveno oskrbo, hkrati pa upošteva strokovnost in pooblastila sodelavcev, ki s tem prevzemajo svoj delež strokovne odgovornosti. Ob spoštovanju strokovne hierarhije mora nenehno potekati dvosmerna izmenjava informacij in izkušenj.

V primeru, da v klinični praksi pride do nejasnosti v komunikaciji med medicinsko sestro/babico in zdravnikom oz. do dvoma v naročene ukrepe, protokol narekuje sosledje korakov, ki omogočajo razjasnitev nejasnosti oz. dvoma. Če naročilo ukrepa ali terapije pri medicinski sestri/babici vzbudi dvom, le ta ukrepa, tako da:

1. Izvedbo naročila začasno odloži. Naročilo osebno ali preko nadrejene medicinske sestre/babice znova preveri pri lečečem ali dežurnem zdravniku. Ob tem lahko izrazi svoj dvom in prosi za dodatna pojasnila.
2. Če dvom ni bil razrešen, obvesti nadrejeno medicinsko sestro/babico, ki izvedbo naročila začasno odloži in obvesti nadrejenega zdravnika (vodjo oddelka/enote, nadzornega dežurnega zdravnika) in glavno medicinsko sestro (oddelka/enote, dežurno medicinsko sestro), ki o dogodku obvestita predstojnika oddelka/enote.

Če se dvom ne razreši pri točki 1, je pri točki 2 treba napisati poročilo o dogodku. Izvirnik poročila se arhivira na oddelku/enoti, kopija se pošlje nadrejenim po protokolu in vodji za kakovost in varnost v bolnišnici.
V vseh fazah je sporazumevanje hitro, strpno, jasno in argumentirano.

Priporočeno orodje za sporazumevanje je komunikacijski pripomoček **SOOP**, ki vsebuje štiri korake: **Situacija, Ozadje, Ocena, Predlog (SOOP).** Posamezni koraki komunikacije po SOOP s primeri so opisani v prilogi tega dokumenta.

Pripravili: Branko Bregar (vodja delovne skupine), Darinka Klemenc, Valentin Sojar, Majda Pahor, Danica Rotar Pavlič, Darja Ovijač, Irena Buček Hajdarević, Dušica Pleterski

Monika Ažman,
predsednica Zbornice – Zveze

Upravni odbor Zbornice – Zveze je protokol sprejel na 16. redni seji 16. oktobra 2017 s sklepom št. 273/16.

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno in babiško nego je protokol sprejel na 23. redni seji 15. novembra 2017 na podlagi sklepa 04a/23-2017.

SOOP

Priporočeno orodje za sporazumevanje je komunikacijski pripomoček SOOP[1], ki vsebuje štiri korake za vodenje pogovora: Situacija, Ozadje, Ocena, Predlog. V svetu je to uveljavljeno orodje za sporazumevanje v zdravstvenem varstvu. Zahteva soglasje vseh vključenih in njihovo usposabljanje za učinkovito sporazumevanje. Koraki SOOP pogovora na primeru so:

1. Situacija

Predstavite se in poveste, od kod kličete. Predstavite pacienta po imenu in razlog za vaš klic.
Primer: »Tu Metka Novak, diplomirana medicinska sestra, z oddelka 4. Kličem zaradi gospe Trojar, katere stanje me skrbi.«

2. Ozadje

Opišete specifično situacijo, zaradi katere kličete in pacientovo lokacijo.
Primer: »Gospa Trojar, 69 let, v sobi 7, sprejeta pred tremi dnevi zaradi pljučnice. Je na antibiotikih i. v. in je bila do zdaj v redu. Sicer je v dobri kondiciji in samostojna.«

3. Ocena

Poročamo o izmerjenih vitalnih znakih, kliničnem vtisu in izrazimo naše skrbi. Pri tem je dobro uporabljati ocenjevalne lestvice, priporočene za specifično področje.
Primer: »Do zdaj je bila stabilna, zdaj pa se ji je stanje nenadoma poslabšalo. Toži zaradi bolečin v prsih in ima rožnat izpljunek. Ni prejela nobene antitrombotične zaščite.«
Ocena lahko vključuje tudi vaše predvidevanje razlogov za stanje, če situacijo poznate in ste jo kritično premislili.
Če tega ne morete, lahko rečete: »Ne vem, kaj bi lahko bilo narobe, a sem glede na njen videz zaskrbljen/a.«

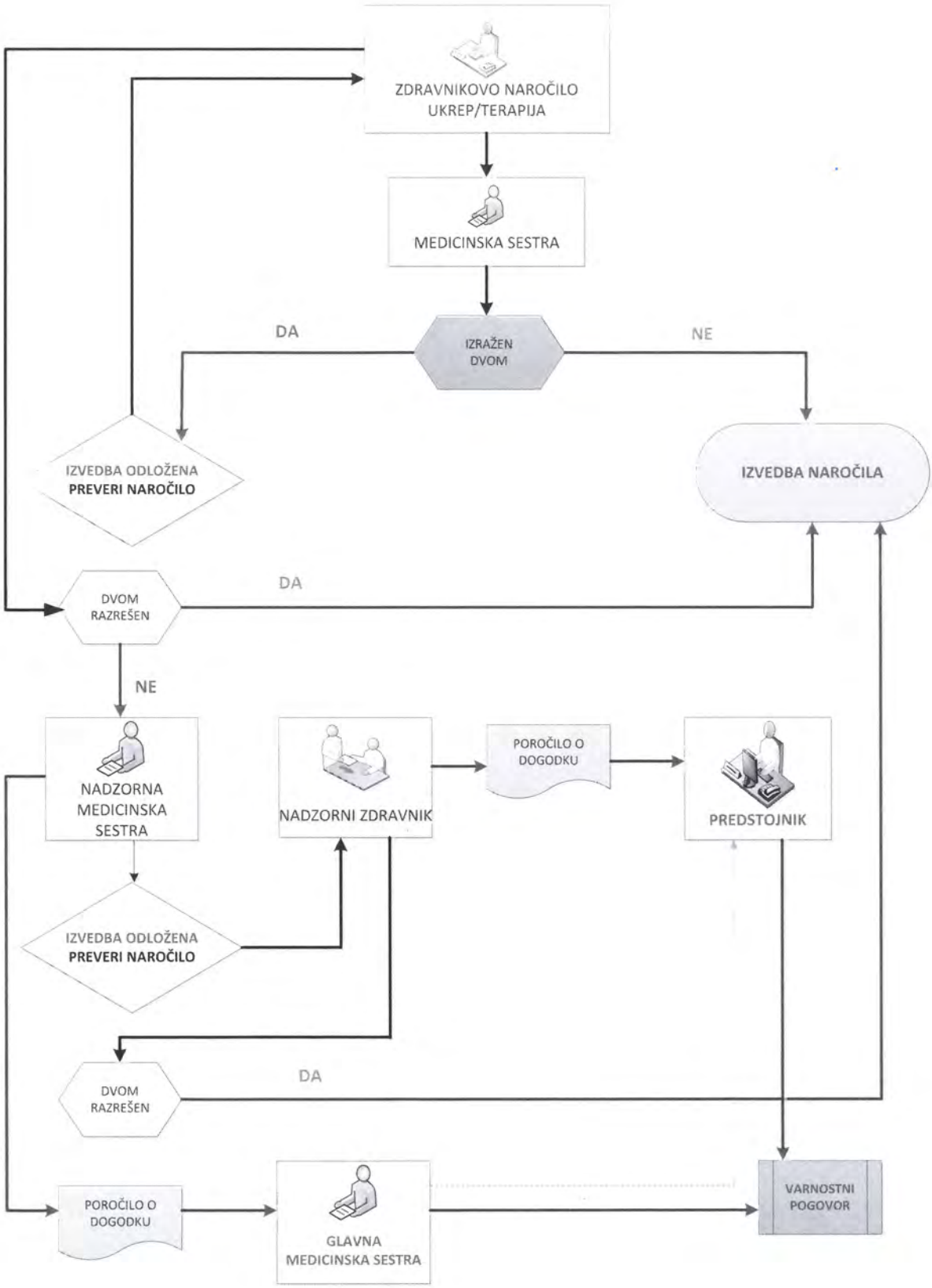
4. Predlog

Predlagajte in razložite, kaj potrebujete – bodite natančni glede zahteve in časovnega okvira. Vsako navodilo, ki ga dobite, ponovite in preverite pravilnost razumevanja.
Primer: »Ali naj vzamem XY preiskave?« ali »Želim, da pridete takoj.«

[1] SOOP pripomoček za sporazumevanje je oblikovan na osnovi orodja SBAR, ki ga je za uporabo v zdravstvenem varstvu razvil Kaiser Permanente, Colorado, ZDA.

PROTOKOL MEDPOKLICNE KOMUNIKACIJE

MED MEDICINSKIMI SESTRAMI/BABICAMI IN ZDRAVNIKI
V PRIMERIH DVOMA O NAROČENIH UKREPIH



DNEVOM MARIJE TOMŠIČ IN VREDNOTAM V ZDRAVSTVENI NEGI NA POT

Darinka Klemenc

Razmišljanje o vrednotah v današnjih nemirnih časih, ko smo priče hitrim družbenim socio-ekonomskim, demografskim, podnebnim in drugim spremembam; na eni strani pospešenemu razvoju znanosti in informatizacije, na drugi strani pa ponovnemu iskanju modelov skrbi za ljudi, vračanje k človeku, k naravi nasploh in s tem tudi k drugačnim vrednotam, lahko pomeni izziv tudi v zdravstveni in babiški negi. Tudi v naši državi in v evropskem okolju, kamor smo vpeti.

Če so še pred kratkim izrazi, kot so menedžment, denar, profit, (nekrita?) posojila, obresti, menedžerski prevzemi, luksus polnili glave podjetnikov, novopečenih menedžerjev, malih in velikih novodobnih podjetnikov (tudi v zdravstvu), iskali višje in višje zaslužke, predvsem na račun malih ljudi, se je pred kratkim svetovna in lokalna scena srečala s šokom gospodarske krize in recesije, s postrecesijskim sindromom, ki še prihaja, z revščino, povečanim nasiljem vseh vrst, duševnimi obolenji, problemi nudenja skrbi starostnikom, nezaposlenim in drugim ranljivim skupinam. Na glavo so se obrnili mali in veliki svetovi ljudi tako bogatih kot revnih, obračajo se vedno v takih situacijah tudi vrednote. Ni dvoma, da vse našteto vpliva tudi na področje zdravstva in zdravstvene ter babiške nege.

Teme Dnevov Marije Tomšič, prve medicinske sestre na Dolenjskem, so postavljene v pravi čas; trije soorganizatorji strokovnega dogodka (Splošna bolnišnica, regijsko strokovno društvo in visoka šola), ki se bo po vsej verjetnosti razvil v tradicionalno, prepoznavno obliko letnega strokovnega srečanja na področju zdravstvene nege v dolenjski regiji, so prepoznali in zagrizli v pomembno, v naših okoljih še ne povsem dorečeno temo: v vrednote v zdravstveni negi.

O vrednotah v povezavi z zdravstveno in babiško nego v slovenskem prostoru bi bilo, glede na več kot osemdesetletno delovanje nacionalne organizacije medicinskih sester (in še daljše s strani babic), lahko več napisanega. Nacionalne organizacije medicinskih sester v razvitih državah sveta so »svoje« vrednote iskale in postavljale že pred več desetletji; ob iskanju lastne identitete, mesta v družbi, v (zdravstveni) politiki, ob postopni zaznavi pomembnosti, potrebnosti, prepoznavnosti in veljavi poklicne skupine so nastajale tudi vrednote v zdravstvu, pa tudi v zdravstveni (in babiški) negi. Vpliv na oblikovanje le-teh je imel tudi razvoj menedžmenta, še zlasti v gospodarstvu in podjetništvu, kjer so v sistemih

Darinka KLEMENC
predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

upravljanja in vodenja postavljanje vizije, ciljev, vrednot in strategije ključni elementi delovanja tako profitnih kot neprofitnih organizacij.

Vrednot je veliko, razporejene so v skupine, z njimi se ukvarjajo na vseh nivojih življenja in delovanja ljudi. Po Musek Lešniku (2003) so vrednote prepričanja o tem, kaj je pozitivno, zaželeno in cenjeno. Vodijo in usmerjajo naše delovanje – tako osebna ravnanja posameznikov kot delovanje skupin in organizacij. Vrednote so torej naša prepričanja o tem, kaj je pozitivno, zaželeno in cenjeno, ki vodijo in usmerjajo naše delovanje.

Že Aristotel je trdil, da je človek najbolj zadovoljen in srečen takrat, ko so njegova dejanja skladna z njegovimi vrednotami. Kdor živi skladno s tistim, kar ima za dobro, pravo in resnično, samodejno občuti pozitiven odnos do sebe in sveta. Naši cilji morajo biti torej skladni z našimi vrednotami in naše vrednote morajo biti skladne z našimi cilji. Obstaja več vrst vrednot; cenimo lahko različne stvari in prav pri vrednotah najdemo eno od največjih bogastev medčloveških razlik. Vrednote, ki jih ljudje univerzalno visoko cenijo, običajno odražajo duh časa, zgodovinskega obdobja, kulturnega okolja in trenutne družbene klime. Delimo jih na dve veliki skupini (po Rokeachu): terminalne (ljubezen, modrost, zdrave, enake možnosti za vse, izobraževanje, napredek človeštva, mir na svetu, premoženje) in instrumentalne, od teh na moralne (poštenost, zvestoba, iskrenost, ubogljivost) ter vrednote zmožnosti (sposobnost, iznajdljivost, ustvarjalnost, osebni dosežki). Če je vrednostni sistem posameznika njemu lasten in edinstven urejen sklop vrednot, ki so povezane v organiziran strukturiran sistem, kako kompleksen mora biti šele sistem vrednot znotraj organizacije, ki jo sestavlja nekaj deset, sto ali celo tisoč ljudi. Vrednote so prepričanja o tem, kaj je pozitivno, zaželeno in cenjeno, ki vodijo in usmerjajo naše delovanje – tako osebna ravnanja posameznikov kot delovanje skupin ali organizacij. (Musek Lešnik, 2003)

V vsaki organizaciji se prepleta več različnih sistemov vrednot, ki različno močno vplivajo na ravnanje celotne organizacije: osebne vrednote zaposlenih, vodstvenih delavcev, ljudi, ki prihajajo v stik z organizacijo, vrednote skupnosti itd. Vrednote organizacije so kažipot za ravnanje in načrtovanje, lahko pospeši, olajša, okrepi sporazumevanje o pomembnih vprašanjih v organizaciji. Vrednote so tudi ključni element vodenja; predvsem pa moramo, namesto predpostavke, da organizacije vodijo ljudi, razumeti, da so ljudje tisti, ki usmerjajo, nadzorujejo in upravljajo organizacije – prizadevanje na osnovi obstoječih vrednot, kako naj organizacija in njeni ljudje sprejemajo odločitve in kako naj ravnajo, da bi mogli izbrati najboljšo izmed vseh možnih prihodnosti in jo uresničiti. (Musek Lešnik, 2003)

V Sloveniji se z vrednotami v zdravstveni in babiški negi srečujemo najprej pri oblikovanju lastnega kodeksa etike, nato pa postopoma skozi druga strokovna področja. Tako je v dosegljivi slovenski strokovni literaturi najti omenjanje vrednot v povezavi s komunikacijo, empatičnim, celostnim pristopom k pacientu, medosebnimi odnosi na delovnih mestih, ob razmišljanju o človekovih pravicah, življenjskih prelomnicah, kot sta rojstvo in smrt, in pri etičnih dilemah, npr. pri abortusu, evtanaziji, oplojevanju zdravih samskih žensk itd.

V splošni javnosti se omenjanje vrednot dandanašnji pogosto pojavlja v odnosu do revščine in bogastva, »tajkunstva«, brezposelnosti, enakosti za vse, neenake razporeditve bogastva (in

s tem moči v družbi). Statistično spremljanje vrednot ljudi se meri tudi na nivoju države (v okviru slovenskega javnega mnenja). Zlasti pri mladih je opaziti spremembe v razvrščanju zanje pomembnih vrednot, kot so kariera, zdravje, družina, prosti čas. Tako karierni razvoj pri srednješolcih že nekaj let ni prva vrednota, temveč prednjačijo zdravje, družina, prosti čas.

Eno kompleksnejših področij raziskovanja etike v zdravstveni negi v Sloveniji se je dotaknilo tudi vrednot. Naka in Kvas (2003) v raziskavi Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana navajata, da se mladi ljudje, ki se odločajo za poklic medicinske sestre, babice ali zdravstvenega tehnika, ne zavedajo, da je to odločitev, ki pomeni tudi izbiro določenega življenjskega sloga in sprejetje etičnih načel in vrednot. V odnosu do načela pravičnosti ugotavljata, kako medicinske sestre razumejo in upoštevajo etično načelo pravičnosti v praksi. Rezultati raziskave kažejo, da medicinske sestre na načelni ravni precej dobro poznajo in razumejo pomen načela pravičnosti, tudi določene kršitve, najpogosteje pri razlikovanju pacientov glede na njihovo finančno stanje in družbeni status, manj pa poudarjajo kršitev tega načela na makro nivoju oziroma pri razporejanju finančnih sredstev na nivoju države.

Ko smo začeli v Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije pogosteje in glasneje razpravljati, da si morajo krovna organizacija in njeni člani znati poiskati »svoje« vrednote in po njih delovati, se je razmahnilo tudi področje razmišljanja o vrednotah. Sprva sicer medlo odzivanje strokovne javnosti zdravstvene in babiške nege na javno povabilo o iskanju vrednot je po nekaj spodbudah zaživelo.

Vrednote so postale zanimive tudi za raziskovanje pri študentih. Raziskava (Kaučič, Skela Savič, 2008) o vrednotah študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice ugotavlja hierarhijo vrednot študentov prvega letnika rednega študija zdravstvene nege ter njihov odnos do načela pravičnosti in etičnega ravnanja v kliničnem okolju, kjer se na osnovi rezultatov raziskave postavlja raziskovalno vprašanje, povezano s samopodobo študentov z znanjem, ki ga lahko pridobijo v prvem letniku študija in realnimi pričakovanji o stopnji samozavedanja o nujnosti in ustreznosti etičnega delovanja in kompetentnosti na tem področju.

Razumevanje etičnih in drugih vrednot v zdravstveni negi je kompleksno in zahtevno področje, ki skozi vse obdobje profesionalnega delovanja spremlja medicinsko sestro, babico in zdravstvenega tehnika. Vrednote se tudi v zdravstveni in babiški negi spreminjajo, preoblikujejo, prevrednotijo. Skozi procese (pre)oblikovanja družbenih sistemov se (pre) oblikujejo tudi vrednostni sistemi in temu se ni mogoče izogniti. Ostajajo pa ključne moralne in etične vsebine, ki ohranjajo ta svet. Musek (2000) meni, da so vrednote posplošena in relativno trajna pojmovanja o ciljih in pojavih, ki jih visoko cenimo, ki se nanašajo na široke kategorije podrejenih objektov in odnosov, in ki usmerjajo naše interese in naše vedenje kot življenjska vodila. (Kaučič, Skela Savič, 2008)

Zbornica – Zveza je prav zdaj v iskanju (ne določanju) in razpravljanju o vrednotah, ki naj bi bile pomembne, celo neke vrste gonilo krovne organizacije, ki povezuje prek 16.000

izvajalcev zdravstvene in babiške nege v Sloveniji. Na spletnih straneh in v Utripu je povabilo k sooblikovanju le-teh.

Novembra 2009 smo na izobraževanju funkcionarjev Zbornice – Zveze vse udeležence povabili k oddaji predlogov. Tako smo zbrali lepo število predlogov, ki bodo pripomogli, da skupno oblikujemo tiste vrednote, ki naj nas usmerjajo, vodijo pri delovanju in v razvoju naše organizacije. Nedvomno bodo tudi 2. Dnevi Marije Tomšič pripomogli k temu; organizirani so ravno ob pravem času – s pravimi vsebinami. Naj uspejo.

Literatura

1. Kaučič, B. M, Skela Savič, B.: Vrednote študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice ter njihov odnos do načela pravičnosti in etičnega ravnanja v kliničnem okolju.
2. V: Skela Savič, B., Kaučič, B. M., Ramšak J. (ur): Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: Zbornik predavanj z recenzijo, Bled: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2008.
3. Naka, S., Kvas, A.: Razvoj vrednot in načelo pravičnosti.
4. V: Klemenc, D., Kvas, A., Pahor, M., Šmitek, J. (ur): Zdravstvena nega v luči etike, Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003.
5. Musek Lešnik, K.: Od poslanstva do vizije zavoda in neprofitne organizacije. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti, 2003.

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER,
BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

PROFESIONALNA PODOBA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE

Ljubljana, 2021

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER,
BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

PROFESIONALNA PODOBA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE

Ljubljana, 2021

PROFESIONALNA PODOBA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE

Izdala in založila:
Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana

Glavna in odgovorna urednica:
Monika Ažman

Lektorica:
Jelica Žalig Grce

Oblikovanje:
Barbara Kralj, Prelom d.o.o.

Leto izdaje:
2021

Naklada:
1000 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.253.5

PROFESIONALNA podoba izvajalcev zdravstvene in babiške nege ter oskrbe / [glavna urednica Monika Ažman]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2021

ISBN 978-961-273-226-4
COBISS.SI-ID 36658691

Pri nastajanju dokumenta so sodelovali naslednji člani delovne skupine:
Helena Kristina Halbwachs, Tanja Gašperlin, Sabina Kaplan, Žiga Metelko, Gordana Njenjić, Majda Oštir, Darja Ovijač (predsednica delovne skupine), Nataša Piletič, Irena Potočar in Marija Tomažič

KAZALO

Nagovor predsednice 5

Uvod 7

1. Vidiki profesionalne podobe izvajalcev v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi 8

1.1. Osebnostni vidik 9

1.2. Strokovni vidik 10

1.3. Socialni vidik 10

1.3.1. Sposobnost vzpostavljanja empatičnih medsebojnih odnosov 11

1.3.2. Komunikacija 11

1.3.3. Timsko sodelovanje 11

1.3.4. Kulturne kompetence 12

2. Zunanja podoba 12

3. Zaključek 14

4. Viri in literatura 15

Dokument se nanaša na oba spola v vseh poklicnih skupinah.

NAGOVOR PREDSEDNICE

Spoštovani medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege, babice in bolničarji-negovalci,

ni naključje, da je prenovljena in dopolnjena knjižica ***Profesionalna podoba izvajalcev zdravstvene in babiške nege ter oskrbe****, ki je izrednega pomena za slehernega strokovnjaka s področja zdravstvene nege, babištva in oskrbe, izšla ravno v mednarodnem letu medicinskih sester in babic. V letu, ko je epidemija koronavirusne bolezni še dodatno izpostavila prav poklice v zdravstveni in babiški negi in jih po ocenah javnega mnenja Slovencev opredelila kot poklice, vredne izrednega zaupanja. To zaupanje pacientov lahko obdržimo samo z dobrim delom, odnosom do tistih, ki potrebujejo naše strokovno znanje, s profesionalnim, spoštljivim in hkrati sočutnim pristopom, del vsega omenjenega pa je tudi naša zunanja podoba. Pričujoča publikacija je vodilo tako za posameznega izvajalca kot tudi delodajalca, izobraževalne ustanove in vse, ki področje šele spoznavajo in so pred odločitvijo o izbiri enega izmed poklicev v zdravstvu.*

Ustvarjalci pričujoče publikacije so zasnovali sodoben dokument, s katerim so želeli poudariti celosten vidik profesionalne podobe slehernega izvajalca, ki zajema osebnostni, strokovni, socialni vidik ter zunanjo podobo. S profesionalno podobo izkazujemo svoj odnos do dela, do pacientov in sodelavcev. Pozitiven, samozavesten in urejen izvajalec zdravstvene, babiške nege in

oskrbe s profesionalno komunikacijo vliva zaupanje in dostopnost ter si s tem gradi spoštovanje. Ravno tako pa odstopanja od prej omenjenega zelo hitro prispevajo k rušenju ugleda ne le posameznika, ampak tudi ustanove in poklica.

Prihajamo iz različnih kultur, imamo različna verska prepričanja, različen pogled na svet, vendar vse to ne sme vplivati na naše delo. Težko se je prilagajati, pa kljub vsemu, ko se odločimo za poklic izvajalca zdravstvene, babiške nege in oskrbe, moramo sprejeti marsikateri kompromis in se zavedati, da poklic od nas ne zahteva le poklicne strokovnosti in znanja s področja zdravstvene nege in babištva, ampak vključuje še mnogo več.

Vsak posamezni izvajalec je torej odgovoren za svojo lastno profesionalno podobo, vsi skupaj za podobo izjemnega poklica, ki ga zastopamo in na katerega bodimo ponosni.

Najlepše se zahvaljujem avtorjem dokumenta in tudi vsem vam, ki ga boste prebrali in vam bo v pomoč pri vsakdanji krepitvi profesionalne podobe.

MONIKA AŽMAN,
predsednica Zbornice – Zveze

UVOD

Zdravstvena in babiška nega ter oskrba predstavljata integralni del slehernega zdravstvenega sistema. Izvajalci zdravstvene in babiške nege ter oskrbe (v nadaljevanju izvajalci) zavzemajo pomembno vlogo v življenju ljudi, saj jih spremljajo ob vsakem vstopu v zdravstveni sistem. Z njimi pogosto delijo trenutke največje ranljivosti in intime, v katerih se izkaže pomen medsebojnega zaupanja ter spoštovanja. Profesionalna podoba izvajalcev pri tem igra zelo pomembno vlogo.

Z razvojem družbe, kot tudi zdravstvene ter babiške nege, se tako v svetu kot pri nas profesionalna podoba zaposlenih nenehno spreminja ter postopoma prerašča ukoreninjene kulturne vzorce in stereotipe. V Zbornici – Zvezi smo tako začutili potrebo, da ponovno premislimo o pomenu profesionalne podobe ter pripravimo besedilo, ki bo poskušalo zaobjeti temeljna spoznanja in priporočila s tega dinamičnega in zanimivega področja.

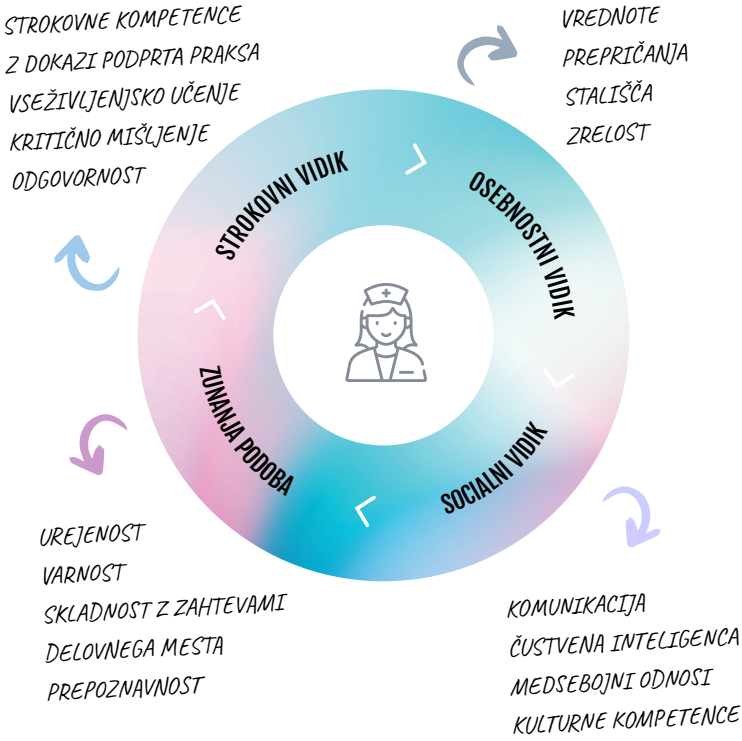
Pri nastajanju pričujočega besedila smo upoštevali načela in vsebine naslednjih dokumentov:

- Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege,
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije,
- Kodeks etike za babice Slovenije,
- Zakon o pacientovih pravicah,
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu,
- Zakon o varstvu osebnih podatkov,
- Protokol medpoklicne komunikacije med medicinskimi sestrami/babicami in zdravniki v primeru dvoma o naročenih ukrepih,
- Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v babištvu,
- Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege.

Pregledali smo tudi stališča mednarodnih strokovnih združenj medicinskih sester (International Council of Nurses) in babic (International Confederation of Midwives) ter sorodne dokumente primerljivih organizacij po svetu. Skladno s sodobnimi trendi se ta dokument osredotoča na strokovne, osebnostne in socialne vidike profesionalne podobe ter na zunanjo podobo izvajalcev.

1. VIDIKI PROFESIONALNE PODOBE IZVAJALCEV V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI TER OSKRBI

Profesionalno podobo izvajalcev zaokrožajo številni dejavniki, ki smo jih opredelili kot osebnostni, strokovni in socialni vidik ter vidik zunanje podobe (slika 1). Navedeni vidiki se medsebojno prepletajo in vzajemno vplivajo na celostno podobo izvajalcev. Ob tem se je treba tudi zavedati, da profesionalne podobe ne moremo odložiti ob odhodu z delovnega mesta, temveč nas v določeni meri opredeljuje in zavezuje tudi zunaj delovnih okolij.



Slika 1: Dejavniki, ki opredeljujejo profesionalno podobo

1.1. OSEBNOSTNI VIDIK

Vsak človek ima svoj lastni pogled na svet ter edinstven nabor osebnostnih lastnosti, stališč, prepričanj in vrednot, ki ga vodijo.

ZA VSE IZVAJALCE JE POMEMBNO, DA ZAGOVARJAJO:

humanistični pogled na svet, to je pogled, ki v ospredje postavlja človeka – posameznika v njegovi enkratnosti in nezamenljivosti;

temeljne človekove pravice in socialno pravičnost za vse ljudi, ne glede na individualne in socialne posebnosti posameznikov;

dostojanstvo slehernega človeka ter v okviru njegove lastne avtonomije zaščito njegovega zdravja in življenja;

odgovoren odnos do okolja.

Izvajalce naj odlikujejo vrednote, kot so ljubezen, skrb, spoštovanje, partnersko sodelovanje, dostojanstvo, avtonomija, zdravje in življenje.

Njihove osebnostne značilnosti naj vključujejo etičnost, dobronamernost, odgovornost, natančnost, vedoželjnost, kolegialnost, potrpežljivost, poštenost in pogum.

Samopodobo izvajalcev naj zaokroža osebnostna zrelost, ki se kaže skozi vestnost ter odgovornost pri svojem delu ter tudi kot primerno samospoštovanje, samozavest, samosprejemanje in ustrezna oz. uravnotežena skrb zase in za druge ljudi.

1.2. STROKOVNI VIDIK

Strokovni vidik profesionalne podobe temelji na poklicnih kompetencah, ki so podrobneje opredeljene v dokumentih o poklicnih aktivnostih in kompetencah. Ustrezno strokovno znanje in veščine se izkazujejo v izvajanju dejavnosti v skladu z zakonodajo ter s sodobnimi etičnimi in strokovnimi smernicami. Izvajalci so zavezani k vseživljenjskemu učenju, kritičnemu mišljenju in zagotavljanju z dokazi podprte prakse. Izvajalec je za svoje odločitve in delo odgovoren v skladu s svojimi kompetencami ter s pravnimi, etičnimi in strokovnimi normami. Tudi kadar deluje po navodilih drugih članov zdravstvenega tima, ima v primeru dvoma pravico in dolžnost naročeno opravilo začasno odložiti, lastni dvom ubesediti ter v spoštljivem dialogu z vsemi vpletenimi nastalo situacijo razrešiti tako, da se pacientom zagotovi varna zdravstvena obravnava (podroben postopek je opredeljen v dokumentu Protokol medpoklicne komunikacije med medicinskimi sestrami/babicami in zdravniki v primerih dvoma o naročenih ukrepih).

1.3. SOCIALNI VIDIK

Socialni vidik profesionalne podobe izvajalcev zajema številne socialne veščine, katerih prvi pogoj je primerno razvita čustvena inteligenca. Izvajalci so zavezani h kontinuirani kritični refleksiji svojih socialnih veščin ter k njihovemu negovanju in nadgrajevanju.

Ključne socialne veščine so: sposobnost vzpostavljanja empatičnih medsebojnih odnosov, ustrezna komunikacija, sposobnost konstruktivnega timskega sodelovanja in kulturne kompetence.

1.3.1. Sposobnost vzpostavljanja empatičnih medsebojnih odnosov

Sposobnost vzpostavljanja empatičnih medsebojnih odnosov je nenadomestljiva osnova za delo s pacienti ter za delo v različnih timih, navezuje se tudi na dolžnost zagovorništva pacientovih pravic.

1.3.2. Komunikacija

Izvajalci komunicirajo v vseh sferah svojega delovanja s pacienti, njihovimi bližnjimi, člani tima, ostalimi sodelujočimi ter z javnostjo. Komunikacija poteka na različne načine: verbalno-neverbalno, osebno, po telefonu, na socialnih omrežjih, po e-medijih, v javnosti. Primerna komunikacija bistveno vpliva na profesionalno podobo izvajalcev ter pripomore k dvigu zaupanja vanje.

Komunikacija, tako verbalna kot neverbalna, naj bo na vseh ravneh spoštljiva, strokovna, empatična, kolegialna ter asertivna. Skladno z veljavno zakonodajo mora nujno biti zagotovljena zaupnost in varnost podatkov o pacientih, sodelavcih in delovni organizaciji.

Uporaba mobilnih telefonov in drugih elektronskih naprav v delovnem času naj bo omejena le v strokovne namene. Snemanje in slikanje v zasebne namene je nezaželeno in v določenih primerih celo kaznivo.

1.3.3. Timsko sodelovanje

Dejavnost zdravstvene in babiške nege in oskrbe je izrazito timska dejavnost, zato je dobro mono-, multi- in interdisciplinarno sodelovanje pogoj za uspešnost zdravstvene obravnave in varnost pacientov. Izvajalci morajo biti sposobni spoštljivega medsebojnega odnosa, kolegialnosti in konstruktivnega pogovora v timih ter so zavezani te sposobnosti kontinuirano nadgrajevati.

1.3.4. Kulturne kompetence

Kulturne kompetence zajemajo spoštovanje individualnosti in različnosti ter prilagoditev zdravstvene in babiške nege in oskrbe, tako da se pacient pri obravnavi počuti socialno, duhovno, čustveno in fizično varno ter da ni podvržen predsodkom, zaničevanju ali zanikanju njegove identitete.

Področje zajema poznavanje značilnosti ranljivih skupin, zavzemanje za njihovo enakopravno obravnavo in odpravljanje morebitnih ovir v njihovi zdravstveni obravnavi. Poleg toplega in sprejemajočega odnosa do pacientov je pomemben tudi primeren odnos do vseh sodelavcev, ne glede na njihove individualne posebnosti.

2. ZUNANJA PODOBA

Zunanja podoba pomembno vpliva na pogled pacientov in obiskovalcev na zaposlene ter na celotno delovno organizacijo. Predstavlja pomemben dejavnik zaupanja in ugleda posamezne ustanove.

Zunanja podoba izvajalcev ni le vizualna podoba, temveč predstavlja skupek lastnosti, kot so osebnost, komunikacija, empatija, usmerjenost v dobro in pozitivno in v iskanje rešitev v danih situacijah.

Pomemben del zunanje podobe v zdravstvu predstavlja osebna urejenost. Dosledna osebna higiena, še posebej higiena rok, las in morebitne brade je samoumevna in brezpogojna osnova. Higiena rok je najpomembnejši varnostni ukrep za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstveno obravnavo, zato je nujna ustrezna in dosledna urejenost rok in nohtov. Skladno z zahtevami

delovnega mesta naj bodo nohti kratko pristriženi, na rokah naj med delom ne bo nakita. Pričeska naj bo urejena, morebitni dolgi lasje speti, tako da ne padajo čez obraz ali prek ramen, moška brada urejena tako, da omogoča varno uporabo zaščitne maske.

Morebitna nežna ličila lahko lepo dopolnijo zunanji videz. Na delovnih mestih, kjer celo zmeren nakit predstavlja varnostno tveganje za pacienta ali za delovni proces, je treba natančno upoštevati specifične omejitve v zvezi z njim. Dišave lahko pri nekaterih pacientih sprožijo negativne reakcije, zato so odsvetovane. Morebitne tetovaže in/ali pearsingi naj bodo diskretni. Tetovaže ne smejo imeti nasilnih ali žaljivih motivov.

Delovna oblačila in obutev naj bodo čista, urejena, funkcionalna in naj zagotavljajo dostojanstvo, varnost in udobje izvajalcev.

Natančnejša navodila o osebni urejenosti in zaščiti na delovnem mestu (delovna obleka, obutev in zaščitna sredstva) predpišejo delodajalci glede na veljavno zakonodajo in oceno tveganja delovnega mesta, saj so delovišča izvajalcev raznolika. Izvajalci morajo spoštovati specifične zahteve, ki jih iz strokovnih razlogov določijo zdravstvene ustanove ali njihove organizacijske enote. Morebitne individualne kulturne posebnosti, ki vplivajo na zunanji videz izvajalca, je treba nasloviti na delodajalca oziroma med izobraževanjem tudi na izobraževalne institucije.

Poleg obvezne predstavitvene priponke je za paciente, svojce in tudi za zaposlene dobrodošlo, če delovna obleka omogoča prepoznavnost poklicne pripadnosti zaposlenih.

3. ZAKLJUČEK

Profesionalna podoba izvajalcev vsebuje
številne prepletajoče se in soodvisne dejavnike,
ki se jih je treba zavedati ter jih razvijati.
S primerno profesionalno podobo lahko
izvajalci pomembno prispevajo k vidnosti in
prepoznavnosti lastne stroke.
Prav vsak posameznik – izvajalec naj se
zaveda, da soustvarja skupno podobo
zdravstvene in babiške nege ter oskrbe, zato naj
k tej nalogi pristopi odgovorno ter ponosno.

4. VIRI IN LITERATURA

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2014. *Profesisionalism and the registered nurse.* https://arnnl.ca/sites/default/files/documents/ID_Professionalism_and_the_Registered_Nurse_0.pdf

Berkopec, M., 2011. Podoba medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege. *Utrip*, XIX(7–8), p. 52.

Bofulin, M., Farkaš Lainšček, J., Gosenica, K. & Jelenc, A., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba, Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Hatfield, L.A., Pearce, M., Del Guidice, M., Cassidy, C., Samoyan, J., & Polomano, R.C., 2013. The professional appearance of registered nurses: an integrative review of peer-refereed studies. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(2), pp. 108–112. https://doi:10.1097/NNA.0b013e31827f2260. Available at: https://doi: 10.1097/NNA.0b013e31827f2260 [2. 9. 2020].

Hoeve, Y.T., Jansen, G., & Roodbol, P., 2014. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), pp. 295–309. https://10.1111/jan.12177. Available at: https://doi.org/10.1111/jan.12177[2. 9. 2002].

International Council of Nurses, 2015. *Nurses and social media ICN*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10a_Nurses_Social_Media.pdf.

Keršič, I., 2011. *Medicinske sestre skozi čas: 20. maj - 30. oktober 2011 v Cerkljanskem muzeju*. Ljubljana : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. *Uradni list RS*, št. 71/14.

Kodeks etike za babice Slovenije, 2014. *Uradni list RS*, št. 71/14.

McAllister, M., Downer, T., Hanson, J., & Oprescu, F., 2014. Transformers: Changing the face of nursing and midwifery in the media. *Nurse Education in Practice*, 14(2), pp. 148–153. Available at: https://doi:10.1016/j.nepr.2013.07.011 [2. 9. 2020].

Prestor, J., et al., 2019. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

The Ontario Nurses Association, 2013. Image of Nurses Position Paper. ONA October 2013. Available at: https://postmediawindsorstar2.files.wordpress.com/2013/10/ona_positionpaper_imagenurses_201310.pdf [2. 9. 2020].

Thomas, C. M., Ehret, A., Ellis, B., Colon-Shoop, S., Linton, J., & Metz, S., 2010. Perception of nurse caring, skills, and knowledge based on appearance. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(11), pp. 489–497. Available at: https://doi: HYPERLINK »https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181f88b48 [2. 9. 2020].

Wocial, L.D., Sego, K., Rager, C., Laubersheimer, S., & Everett, L. Q., 2014. Image is more than a uniform: the promise of assurance. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(5), pp. 298–302. https://doi:10.1097/NNA.0000000000000070 [2. 9. 2020].

Zakon o pacientovih pravicah, 2017. *Uradni list RS*, št. 15/08 in 55/17.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu *Uradni list RS*, št. 43/11.

Zakon o varstvu osebnih podatkov, 2004. *Uradni list RS*, št. 86/04.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2018. *Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege*. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/o-zbornici-zvezi/o-poklicih [2. 9. 2020].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2017. *Protokol medpoklicne komunikacije med medicinskimi sestrami/babicami in zdravniki v primeru dvoma o naročenih ukrepih.* Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/1-1-protokol_medpoklicnega_sodelovanja_3_2017.pdf [2. 9. 2020].

ZAUPANJE
PRAVIČNOST
ZAGOVORNIŠTVO
VARNOST
STROKOVNOST
PARTNERSTVO
KOMUNIKACIJA
SKRB
ZNANJE
EMPATIJA
ENAKOPRAVNOST
KOMUNIKACIJA
SOLIDARNOST
ODGOVORNOST

9 789612 732264

3,00 €

KULTURNE KOMPETENCE

IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev

NIJZ Nacionalni inštitut za javno zdravje

REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO

norway grants

KULTURNE KOMPETENCE IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev

Avtorice in avtor: Martina Bofulin, Jerneja Farkaš Lainščak, Karmen Gosenca, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebron, Sara Pistotnik, Juš Škraban, Darja Zaviršek

Urednica: Uršula Lipovec Čebron

Tehnična urednica: Ajda Jelenc

Recenzentke: Helena Kristina Halbwachs, Ksenija Jelenc, Jana Šimenc

Jezikovni pregled: Ivanka Huber

Ilustracije in oblikovanje: Igor Godnjov, Ingrid Pozvek

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, Ljubljana

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2016, nova izdaja.

Elektronski vir: http://www.nijz.si/

Brezplačen izvod.

Za vsebino so odgovorni avtorji.

Dokument je nastal v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju« s finančno podporo Norveškega finančnega mehanizma. Za vsebino tega dokumenta je odgovoren izključno Nacionalni inštitut za javno zdravje in zanj v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca Programa Norveškega finančnega mehanizma. Več o projektu skupajzazdravje.si in o programu www.norwaygrants.si in www.svrk.si.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.253:316.7(035)(0.034.2)

KULTURNE kompetence in zdravstvena oskrba [Elektronski vir] : priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev / [avtorice in avtor Martina Bofulin ... [et al.] ; urednica Uršula Lipovec Čebron ; ilustracije Igor Godnjov, Ingrid Pozvek]. - Nova izd. - El. knjiga. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016
Način dostopa (URL): http://www.nijz.si/

ISBN 978-961-6911-97-9 (pdf)
1. Bofulin, Martina 2. Lipovec Čebron, Uršula
285275392

KULTURNE KOMPETENCE IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

KULTURNE KOMPETENCE IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebron

Uvod

O nujnosti objave tega priročnika smo razmišljali več kot desetletje. Ta publikacija se ni zdela potrebna le zaradi vse večjega števila oseb iz drugih krajev sveta (delavcev migrantov, beguncev, turistov in drugih), ki prihajajo v Slovenijo, temveč tudi zaradi vse večje kompleksnosti in raznolikosti sveta, v katerem živimo. Zdravstveni delavci[1] in tudi vsi drugi, ki opravljamo delo v javni sferi, smo postavljeni pred odločitev: bomo to raznolikost poskušali odmisliti ali pa jo bomo videli kot izziv, ki zahteva temeljit premislek o nas samih in kot priložnost, da svoje delo opravljamo bolj kakovostno in s tem bolj strokovno. Pričujoč priročnik smo zato oblikovali kot vzpodbudo vsem, ki se zavedajo, da potrebujejo več znanja in veščin za kompetentno soočenje z vse bolj raznolikimi potrebami svojih uporabnikov in uporabnic.

Dodatno motivacijo za oblikovanje tega priročnika sta nam dali ocena potreb[2] in rezultati kvalitativne raziskave o ovirah ranljivih skupin v sistemu zdravstvenega varstva[3]. Raziskava je namreč pokazala, da zdravstveni delavci večinoma ne poznajo kulturnega ozadja uporabnikov in uporabnic ter ne znajo ustrezno ravnati v primeru kulturnih in jezikovnih nesporazumov, razlog za to pa vidijo v pomanjkanju usposabljanj, na katerih bi lahko razvijali kulturne kompetence (Farkaš Lainščak 2016).

Delo nam je olajšalo dejstvo, da se v mnogih državah (Kanada, ZDA, Španija, Francija, Italija, Velika Britanija, Nizozemska, Nemčija in druge) že desetletja ukvarjajo z razvijanjem kulturnih kompetenc na področju zdravstvene oskrbe. Na osnovi izkušenj iz tujine smo v priročnik poskušali vključiti številne dobre prakse ter se izogniti pastem, na katere opozarjajo kolegi in kolegice iz drugih držav:

---

[1] V priročniku uporabljamo izraz zdravstveni delavci in pišemo o posameznikih. Oba izraza, tako zdravstveni delavci kot posamezniki, sta uporabljena v množinski obliki, ki zajema oba spola, zato ne uporabljamo posebej še izraza zdravstvene delavke in posameznice. Čeprav bi bila uporaba obeh spolnih oblik bolj ustrezna, je med avtorjem in avtoricami prevladalo mnenje, da bi pisanje v obeh spolih z vsebinskega in oblikovnega vidika preobremenilo besedilo.

[2] Ocena potreb po preventivnih programih z vidika ranljivih skupin prebivalstva je potekala v letu 2014 v okviru projekta Skupaj za zdravje in bila objavljena v publikaciji Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin, 2016.

[3] Raziskava, del ocene potreb v okviru projekta Skupaj za zdravje, je potekala od junija do septembra 2014 v 8 krajih (Koper, Izola, Ljubljana, Kranj z okolico, Sevnica, Novo mesto z okolico, Celje z okolico, Murska Sobota z okolico) in obsegala 68 intervjujev, v katere je bilo vključenih 121 oseb (zdravstveni delavci, zaposleni v javnih institucijah, zaposleni v nevladnem sektorju, uporabniki zdravstvenih storitev).

1. Ena ključnih zmot nekaterih publikacij in usposabljanj na področju kulturnih kompetenc je, da je lahko pojem kulture reduciran na tehnično veščino, ki naj bi jo zdravstveni delavci hitro in enostavno osvojili. V tem okviru kultura pogosto postane sinonim za etničnost, kulturne kompetence pa so zožene na serijo receptov (»kaj početi« in »česa ne početi« z osebo iz določene etnične skupnosti) oziroma nevarnih stereotipov (»Bošnjaki težko prenašajo bolečino«, »Albanci jedo le halal hrano« in podobno), ki celotne etnične skupnosti opisuje s poenostavljenimi slogani (Kleinman in Benson 2006: 1673). Na ta način se lahko le okrepijo (in ne zmanjšajo!) stereotipi in predsodki ter vzpodbudi predstava o statičnih kulturnih normah ali iluzija o predvidljivem kulturnem obnašanju (Gregg in Saha 2006: 542). V izogib tako problematičnemu dojemanju pomena kulture in kulturnih kompetenc smo se v priročniku poskušali čimbolj odreči posplošitvam – tako tistim na etnični osnovi kot tudi drugim.

2. Kultura je bila v medicinskih in zdravstvenih vedah vrsto let dojeta kot nekaj, kar zadeva le uporabnika in njegove bližnje. Nasprotno pa danes vemo, da lahko tudi na uradno medicino in njene institucije gledamo kot na specifično kulturo, saj nobena klinična praksa ni kulturno nevtralna – vedno je vpeta v okolje, v katerem obstaja (Kleinman in Benson 2006). Glede na to, da kulturno ozadje zdravstvenih delavcev pomembno vpliva na potek zdravstvene obravnave, smo v priročniku namenili precej prostora samorefleksivnim aktivnostim, preko katerih lahko spoznavamo, kako kultura pogojuje naše predstave in ravnanja.

3. Pojem kulture se pogosto uporablja za prikrivanje socialnih in ekonomskih neenakosti. Na primer, revna oseba bo sicer lahko doživela kulturne nesporazume v zdravstveni ustanovi, a odpravljanje le-teh ne bo rešilo njene ključne težave – pomanjkljivega dostopa do zdravstvenih storitev zaradi neplačevanja zdravstvenega zavarovanja. Prav tako usposabljanje na področju kulturnih kompetenc ne more rešiti ključnih težav mnogih ranljivih skupin kot so neenak dostop do družbenih virov, strukturno nasilje in različne oblike diskriminacije (Gregg in Saha 2006: 543). Vseeno pa mislimo, da se je potrebno o teh vidikih izobraziti ter biti nanje v zdravstveni obravnavi čimbolj pozoren, zato smo v priročnik vključili poglavje Družbeno-ekonomski dejavniki, kultura in zdravje, kjer se ukvarjamo z revščino in socialno izključenostjo, brezposelnostjo in migracijami.

4. Mnogi priročniki v drugih državah so posamezne etnične ali družbene skupine obravnavali ločeno. Na primer, priročnik z napotki, kako naj poteka kulturno kompetentna zdravstvena oskrba lezbijk, gejev, biseksualcev in transseksualcev – LGBT. Čeprav je taka ločena obravnava posamezne skupine morda v določenih primerih utemeljena, lahko pri zdravstvenih delavcih okrepi stereotipe, kot je bilo

pokazano v prvi točki. V priročniku smo sicer obravnavali posamezne skupine, ki so bile v že omenjeni kvalitativni raziskavi s strani zdravstvenih delavcev izpostavljene kot najbolj ranljive v sistemu zdravstvenega varstva (etnične manjšine, migranti, hendikepirani, brezposelni in prekarni delavci, starejši prebivalci, osebe s težavami v duševnem zdravju in drugi). Vendar pa o teh skupinah večinoma nismo pisali v ločenih poglavjih, temveč smo konkretne primere oseb, ki pripadajo določeni skupini, vključili v obstoječe tematske sklope.

Za konec naj poudarimo, da je bil priročnik zasnovan kot del usposabljanja z naslovom »Razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev«. Usposabljanje je bilo do sedaj izvedeno v treh Zdravstvenih domovih (Vrhnika, Sevnica in Celje) ter je obsegalo 20 ur interaktivnih predstavitev in delavnic, ki jih je izvajala interdisciplinarna skupina (Farkaš Lainščak in drugi 2015). V okviru uposabljanja je bil pričujoč priročnik tudi pilotiran – vsem zdravstvenim delavcem, ki so se do sedaj udeležili usposabljanja se zahvaljujemo za sugestije, komentarje in izboljšave njegove vsebine.

ZAKAJ SO KULTURNE KOMPETENCE POTREBNE?

Živimo v družbi, ki jo sestavljamo posamezniki z različnimi pogledi, navadami, tradicijami in izkušnjami. Smo del večkulturne družbe, ki bo v prihodnje zagotovo še bolj raznolika. V takem okolju je potrebno vzeti v obzir dejstvo, da obstajajo različne skupine prebivalcev in da so razlike znotraj teh skupin morda celo večje kot razlike med eno in drugo skupino. Razlike med prebivalci so zato večplastne – ne le zaradi vse večjega števila pripadnikov različnih etničnih skupin, temveč tudi zaradi številnih drugih dejavnikov, zaradi katerih so skupine prebivalcev vse manj homogene, enotne (Vertovec 2008; Chiarenza 2014).

Raznolikost današnje družbe se kaže tudi v širokem razponu različnih razumevanj zdravja, bolezni, bolečine ter v različnih dojemanjih zdravstvene oskrbe in zdravljenja. Vse to za zdravstvene delavce in zdravstvene ustanove predstavlja velik izziv, saj se na področju zdravja in zdravstva občutljivost za kulturne razlike in z njimi povezano ustrezno ravnanje kažeta kot nujna.

Poznavanje različnih načinov življenja, kulturnih praks in prepričanj ter pogledov na svet omogoča nudenje boljše oskrbe in pomaga, da se izognemo nesporazumom med zdravstvenimi delavci, uporabniki in njihovimi svojci.

KONTINUUM KULTURNIH KOMPETENC

KULTURNA DESTRUKTIVNOST	PREDKOMPETENTNO STANJE	RAST KULTURNIH KOMPETENC
Popolno negiranje drugih kultur; nasilno vsiljevanje kulturnih obrazcev vladajoče kulture, kulturno in celo fizično uničenje drugačnih.	**Prizadevanje za spoštovanje človekovih pravic; želja po prilagajanju; želja po boljšem razumevanju drugih kultur; vključevanje skupnosti v sprejemanje odločitev; začetek politik vključevanja drugačnih.**	**Spoznavanje drugih kultur; spoštovanje pravice do drugačnosti; sposobnost samorefleksije in opazovanja lastne kulture; prilagajanje storitev potrebam različnih uporabnikov, spoštovanje njihovih prepričanj, vrednot in želja; nenehna skrb za učenje in usposabljanje.**

Kaj so kulturne kompetence?

Kulturne kompetence so skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogoči, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo. Kulturna kompetenca nam omogoča nudenje bolj kakovostne zdravstvene oskrbe ter pomaga, da boljše sodelujemo z ljudmi iz različnih kultur (Berkeley Diversity 2015).

Na eni strani splošne kulturne kompetence zajemajo širok nabor znanj in veščin, ki zdravstvenim delavcem omogočajo, da zagotovijo primerno oskrbo vsem ljudem. Na drugi strani pa se specifične kulturne kompetence nanašajo na primerno oskrbo v določenih situacijah, v katerih pride uporabnikova kultura še posebej do izraza.

Začetnica kulturno kompetentne ali transkulturne zdravstvene oskrbe Madeleine Leininger, medicinska sestra in antropologinja, jo opredeli kot »... znanost in prakso, ki se v povezavi z zdravstveno nego osredotoča na kulturne vrednote, prepričanja in navade posameznikov ali skupin iz različnih kultur« (Murphy 2006 v Halbwachs 2014).

Kulturne kompetence zajemajo:

- zavedanje vpetosti v lastno kulturo, refleksijo lastnih predsodkov, stereotipov in pogledov na svet;
- dojemanje razlik med kulturami;
- poznavanje različnih kulturnih praks in svetovnih nazorov;
- medkulturne veščine: sposobnost, da se zavemo razlik in jih upoštevamo pri odnosu do uporabnika zdravstvenih storitev;
- medkulturne izkušnje: osebne izkušnje z ljudmi iz različnih okolij;
- motivacijo za razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki predstavlja postopen proces, v katerem se posameznik stalno izpopolnjuje.

Kulturno kompetentni zdravstveni delavci so usposobljeni, da s svojim odnosom in ravnanjem spoštljivo sodelujejo z uporabniki iz različnih okolij – izvajajo tako imenovano transkulturno zdravstveno nego oziroma oskrbo (Halbwachs 2014). Zdravstvena oskrba je tako enakopravna, kakovostna, varna, pravočasna, pravična in osredotočena na uporabnika (Lehman in drugi 2012: 2–3, Berkeley Diversity 2015). O takšni oskrbi govori tudi Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP).

ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH

3. člen

Pri uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu se upoštevajo zlasti naslednja načela:

– spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj;

– spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti;

– varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka;

– spoštovanje zasebnosti;

– spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju;

– spoštovanje osebnosti in dostojanstva, tako da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen (ZPacP, 3. člen).

Če se ne zavedamo potreb posameznikov, jim lahko tudi nehote kratimo njihove pravice.

Nekaj zmot o kulturni kompetenci

- ***»Kulturne kompetence se lahko naučim v nekaj urah!«***

Kulturne kompetence se ne moremo naučiti v kratkem času – gre za dolgotrajen proces učenja in usposabljanja, skozi katerega jo razvijamo in nadgrajujemo.

- ***»Če poznam kitajsko kulturo, bom razumel vedenje svojih kitajskih pacientov!«***

Z dobrim poznavanjem določene kulture zagotovo veliko bolje razumemo posameznike, ki iz nje izhajajo. Vseeno pa se moramo zavedati, da v državi, kot je Ljudska republika Kitajska, obstaja več kot 50 etničnih skupin, ki so zelo različne, prav tako se med sabo razlikujejo province, pa tudi mestni ali vaški predeli. Poleg tega se navade v teh različnih delih Kitajske vseskozi zelo spreminjajo. Zato se moramo izogibati posploševanju in vedno preveriti, ali si z lastnim znanjem o določeni kulturi res lahko pomagamo pri obravnavi določenega posameznika.

- ***»Če je posameznik iz določene skupnosti, se bo vedel tako kot njeni člani«!***

Četudi je nek posameznik pripadnik določene kulturne ali religijske skupine, še ne pomeni, da se bo hotel držati tradicionalnih ali prevladujočih praks. Vedno moramo upoštevati posameznika in njegove individualne izbire, ki so morda povsem drugačne od skupnosti, v kateri živi. Čeprav poznamo prevladujoče obnašanje določene skupine, moramo vendarle preveriti, ali to velja tudi za posameznika, s katerim imamo opravka (Mazanec in Kay Tyler 2003: 53–54).

Razvijanje kulturnih kompetenc je torej dolgotrajen proces, kjer svoje znanje in veščine stalno nadgrajujemo. Razumljivo je, da ne moremo poznati vseh kulturnih praks in se poglabljati v značilnosti vseh kulturnih skupin. Vseeno pa je pomembno, da si kot zdravstveni delavci in kot posamezniki prizadevamo, da o svojih uporabnikih vemo čim več ter pri tem svojega znanja o eni skupnosti ne posplošujemo na vse njegove pripadnike.

PREDNOSTI KULTURNO KOMPETENTNE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Kulturno kompetentna ali transkulturna zdravstvena oskrba se je v izrazito večkulturnih državah (na primer ZDA, Kanada, Avstralija, Velika Britanija) razvila že konec petdesetih let 20. stoletja kot specialistično in kot splošno področje zdravstvene nege.

Raziskave kažejo, da ima kulturno kompetentna zdravstvena oskrba veliko prednosti in pomemben vpliv na zdravstvene izide ter dobro počutje vseh udeleženih. Na eni strani je pri uporabnikih opaziti povečanje zaupanja in lažje vzpostavljanje stikov z zdravstvenimi delavci, večje upoštevanje njihovih zdravstvenih nasvetov, manj pogoste posledice napačne uporabe zdravil ter boljšo zdravstveno pismenost prebivalcev. Na drugi strani pa zdravstveni delavci naredijo manj napak pri določanju diagnoz, nudijo bolj kakovostno zdravstveno oskrbo ter uspešneje opravljajo zdravstvenovzgojno delo (Lehman in drugi 2012).

Zdravstveni delavci, ki na usposabljanjih razvijajo kulturne kompetence:

- kažejo boljše razumevanje pomena kulture v zdravstveni oskrbi;
- prepoznavajo kulturne in druge ovire med uporabniki na eni strani ter zdravstvenimi delavci in zdravstveno ustanovo na drugi;
- prepoznajo pomen kulturne kompetence v okoljih, kjer poteka zdravstvena oskrba;
- pri komunikaciji z uporabnikom znajo razumeti in se primerno odzvati na verbalna in neverbalna sporočila, iztočnice in namige;
- znajo ustrezno ovrednotiti razlike v vrednotah, prepričanjih, verovanjih in praksah med uporabniki, ki so povezane z zdravjem in zdravljenjem ter se primerno odzivati na te razlike;
- so zavezani kulturno in jezikovno primerni obravnavi;
- bolj učinkovito sodelujejo z različnimi zdravstvenimi delavci (Lehman in drugi 2012: 2–3).

Primer: *35-letni moški, ki je bil priseljenec iz Indije, je začel z zdravljenjem z dializo. Zaradi svojih verskih prepričanj se je kot džainist prehranjeval strogo vegetarijansko in ni želel uživati mesa in jajc. Ker je bilo uživanje zadostne količine beljakovin nujen del njegovega zdravljenja, so se zdravstveni delavci z njim pogovorili o njegovih prehranskih navadah in njihovem vplivu na zdravljenje. Razložili so mu, kako pomemben je vnos beljakovin v njegovo telo in mu povedali, kakšne so možnosti zdravljenja glede na njegove prehranske navade.*

Diskusija: Zdravstveni delavci v navedenem primeru niso želeli spremeniti uporabnikovega prehranjevanja proti njegovi volji. Spoštovali so njegova verska prepričanja, hkrati pa mu ponudili informacije o pomenu vnosa beljakovin za njegovo zdravstveno stanje in mu pokazali možne rešitve (College of Nurses of Ontario, 2009: 11).

Slovesna prisega Angele Boškin, s katero diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki simbolno obeležujejo zaključek svojega študija zdravstvene nege, v uvodnih členih jasno izraža zavezo, da bodo enakovredno skrbeli za osebe ne glede na njihov socialni položaj ali etično poreklo ter brez izjeme spoštovali njihove vrednote, prepričanja in navade. To prisego je potrdila tudi Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Uvodni del prisege se glasi:

»Svobodno in svečano prisegam,

(1.načelo)

da bom kot strokovnjak/-inja zdravstvene nege skrbel/-a za človeka v vseh njegovih življenjskih obdobjih in si prizadeval/-a za krepitev in ohranitev njegovega zdravja. Človek kot enkraten in neponovljiv bo moja najvišja vrednota.

(2.načelo)

Da bom avtonomno in v sodelovanju z drugimi strokovnjaki skrbel/-a za ljudi vseh starosti, za

družine, skupine in skupnosti, za zdrave, bolne in umirajoče. Zagovarjal/-a bom njihove pravice ter

upošteval/-a in spoštoval/-a njihove vrednote, prepričanja, navade, potrebe in odločitve. /. . ./

(4. načelo)

Da bom ne glede na posameznikovo starost, socialni položaj, narodnost, vero, spol, zdravstveno stanje in druga prepričanja, enakovredno in po svojih najboljših močeh v danih situacijah nudil/-a celostno fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo.

(5. načelo)

Da bom odklonil/-a vsakršno delovanje, ki ne prispeva k krepitvi zdravja posameznika oziroma je škodljivo, neetično in nestrokovno.«

(Prisega Angele Boškin za diplomante programa prve stopnje zdravstvene nege 2011).

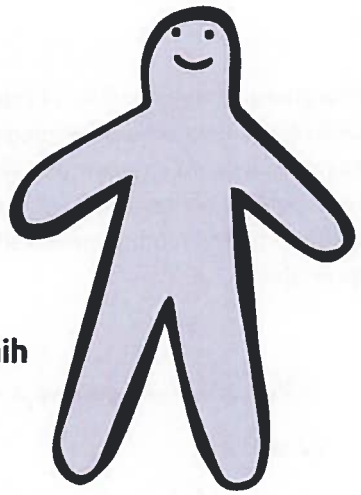
KULTURNO KOMPETENTNA IN NA OSEBO OSREDOTOČENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

VSAK ČLOVEK JE OSEBNOST, IN KOT OSEBNOST JE:

EDINSTVEN IN POSEBEN, drugačen od vseh ljudi

PODOBEN drugim članom svoje skupnosti, s katerimi si deli podobne skupne lastnosti, prepričanja, vrednote

ENAK vsem drugim ljudem po skupnih univerzalnih značilnostih, ki opredeljujejo človeško vrsto.



Slika: Pip Wilson, Blob people

Vsak posameznik je vpet v vse razsežnosti življenja. Kulturni in družbeni dejavniki močno vplivajo na dejanja in ravnanja posameznika pri ohranjanju zdravja in zdravljenju. Na vsakega posameznika tako vplivajo različne skupine, ki jim pripada – družina, krog prijateljev, delovni kolektiv in širša skupnost. Vendar pa kulturni dejavniki niso edini, ki vplivajo nanj. Vsak človek je edinstven in tako ga je treba tudi obravnavati. Na eni strani ravna na samosvoj način, na drugi pa kot pripadnik skupin, ki jim pripada. Prepoznavanje te dvojnosti je zelo pomembno, kajti ne obstaja le en pravilen pristop do vseh pripadnikov neke skupnosti. Pri zdravstveni obravnavi zato nikakor ne bi smeli dopustiti, da nas vodijo stereotipi ali preveč toga splošna priporočila. Obravnava vsakega posameznika zato zahteva poznavanje kulturnih in družbenih dejavnikov, ki nanj vplivajo, obenem pa ukrepanje v skladu z individualnimi potrebami določenega uporabnika.

Kot pravi zdravnik, ki dela s skupino ameriških staroselcev: »Vedno se pozanimajte o posamezniku. V okviru ene skupnosti je velik razpon oseb, ki imajo različna prepričanja, govorijo različne jezike, imajo različne stopnje izobrazbe in so bolj ali manj opolnomočene. Ne sklepajte kar tako – z ljudmi se ukvarjajte kot s posamezniki« (Nielsen 2007 v Ward 2008).

Primer: *56-letni moški z osnovnošolsko izobrazbo iz majhnega podeželskega kraja v Sloveniji je v presejalnem programu za zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesu dobil izvid, da so v njegovem blatu odkrili kri. Dobil je priporočilo, naj obišče svojo izbrano osebno zdravnico in se z njo dogovori za presejalno kolonoskopijo. Moški je svoji zdravnici razložil, da nikakor ne bo šel na kolonoskopijo. Zdravnica si je vzela čas za poglobljen pogovor in pacient je povedal, da je v zgodnji mladosti doživel zlorabo in si nikakor ne more predstavljati, da bi se podvrgel taki preiskavi. Z zdravnico sta se dogovorila za napotnico za bolnišnično kolonoskopijo s popolno sedacijo. Moški je preiskavo opravil, izkazalo se je, da je imel na debelem črevesu raka v začetnem stadiju.*

Diskusija: Uporabnikovi zadržki, da bi opravil nujno preiskavo, so bili posledica osebnih travmatičnih doživetij iz preteklosti. Četudi bi zdravnica upoštevala vse družbeno-kulturne značilnosti kraja, iz katerega je moški izhajal, ji to ne bi pomagalo pri odkrivanju razlogov, ki so bili v tem primeru individualni. Razumevajoč pristop zdravnice, ki se je poglobila v njegove razloge za zavračanje preiskave in je razumela uporabnikov ranljivi položaj, je moškemu rešil življenje.

Povzeto po Beach et al. 2008.

Na osebo osredotočena zdravstvena oskrba in kulturno kompetentna zdravstvena oskrba obravnavata dve razsežnosti vsakega človeka – na eni strani edinstvenost posameznika kot neponovljive osebnosti ter na drugi strani posameznika kot del širše skupine, ki ji pripada in si z njo deli predstave, prepričanja, način življenja – skratka kulturo. Ta dva pristopa izhajata iz ugotovitve, da je vsak posameznik edinstven, saj ni zgolj »rezultat« svoje kulture, obenem pa ga ne moremo razumeti izven njegovega družbenega konteksta, saj nihče ni »Robinzon na samotnem otoku«. Oba pristopa se deloma prekrivata in prvine kakovostne zdravstvene oskrbe, ki so obema pristopoma skupne, predstavljajo nujno jedro vsakega kakovostnega odnosa med zdravstvenim delavcem in osebo, ki vstopi v zdravstveno obravnavo. Vsak od obeh pristopov prinaša poleg tega nujnega jedra še dodatne prvine, ki prav tako bistveno pripomorejo k boljši zdravstveni oskrbi.

Preberite naslednji primer in o njem razmislite s pomočjo vprašanj:

Moški si je kot del svojega zdravljenja v bolnišnici želel kratek obred, ki bi vključeval prižiganje kadila, zaradi katerega bi nastala določena količina dima (podobno kot pri dišavni paličici). Svojo željo je sporočil medicinski sestri. Njena prva reakcija je bila odklonilna, saj kaj takega še niso počeli in da bi bilo prižiganje kadila v nasprotju s politiko bolnišnice. Medicinska sestra se je pogovorila z vodstvom oddelka. Ko so skupaj pregledali protipožarna pravila in se posvetovali z ustreznimi sodelavci na drugih oddelkih, so se skupaj odločili, da se lahko vsem tveganjem za druge uporabnike izognejo s premestitvijo moškega v drugo, zasebno sobo. To so naredili in obred je bil izveden.

Razmislite:

a) Kako se v zgornjem primeru kaže kulturno kompetentna in na uporabnika osredotočena obravnava?

b) Ste bili sami soočeni s situacijo, kjer je bila uporabnikova želja v navzkrižju s pravili vaše zdravstvene ustanove? Kako ste ravnali?

Kulturno kompetentna obravnava in na uporabnika osredotočena oskrba si delita pomembno vodilo: zdravstveni delavci se ne smejo slepo držati protokolov in smernic, ampak se morajo razumno odzivati na konkretno situacijo. Namesto slepemu sledenju uveljavljenim pravilom zdravstvene ustanove je medicinska sestra iz zgornjega primera prepoznala pomen obreda kot pomembno kulturno prakso uporabnika. Željo uporabnika je razumela kot potrebo, ki je relevantna za potek zdravljenja in jo je zato smiselno vzeti v obzir, seveda znotraj okvirov bolnišničnega okolja (College of Nurses of Ontario 2009: 6).

Pomanjkanje izkušenj in strah sta najbolj pogosti oviri pri nudenju kulturno senzibilne oskrbe in zdravljenja (College of Nurses of Ontario 2009: 6).

KULTURNA KOMPETENTNOST V DELOVNIH ORGANIZACIJAH IN MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI

Poleg posameznega zdravstvenega delavca mora biti kulturno kompetentno tudi delovno okolje, kar pomeni, da naj bi skrbelo za:

- pozitivno naravnanost do različnosti in spodbujanje kulturno senzibilne zdravstvene oskrbe;
- izvajanje samoocene kulturne kompetentnosti;
- razumevanje dinamike kulturnih interakcij;
- odgovornost za izobraževanje in ozaveščanje na področju večkulturnosti;
- prilagoditev zdravstvene oskrbe na kulturno raznolikost (Cross in drugi v Halbwachs 2014: 50–51).

Vse to naj bi bilo prisotno na vseh ravneh delovne organizacije. Več o udejanjanju in preverjanju kulturne kompetentnosti lahko preberete v zadnjem poglavju priročnika, ki predstavlja *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*.

Pomembno se je zavedati, da so medsebojno raznoliki tudi zdravstveni delavci. Pri tem ne gre le za etnično, spolno, jezikovno, versko pripadnost, pač pa tudi različne osebne značilnosti, družbeni status, mesto v hierarhiji in podobno. Kulturna kompetenca se tako ne nanaša samo na naš odnos do uporabnikov, pač pa je pomembna tudi v odnosu do sodelavcev in kolegov. V zdravstvu pogosto pride do situacije, ko pripadnost določeni skupini velja za nadrejeno, to pa na dinamiko dela deluje negativno, konfliktno in zmanjšuje medsebojno sodelovanje, vpliva pa tudi na slabše izide zdravstvene obravnave. Zato je potrebno tudi v svojem delovnem okolju dejavno skrbeti za spoštovanje različnosti, razvijati komunikacijske veščine in ustvarjati zaupanje med zdravstvenimi delavci (Halbwachs 2014: 51).

Sami pri sebi lahko svojo kulturno kompetenco ter odnos svoje delovne organizacije do večkulturnosti ovrednotimo s pomočjo naslednjih vprašanj (Halbwachs 2014: 48–49):

Ali bi se označil/a za odprto osebo?

Kakšno je moje stališče do različnih kultur?

Kakšno je moje stališče do različnih ver?

Kakšno je moje stališče do naseljevanja tujcev v Sloveniji?

Kako bi reagiral/-a, če bi moj otrok za partnerja izbral pripadnika povsem druge kulture ali religije?

Ali poznam osnovna prepričanja drugih ver?

Katerih stereotipov o drugih etnijah se zavedam? Katere stereotipe o drugih veroizpovedih in svetovnonazorskih prepričanjih gojim?

Ali pri oceni stanja in potreb po zdravstveni negi upoštevam kulturne značilnosti posameznika?

Če uporabnik ne govori mojega jezika, ali se trudim sporazumevati z njim v njegovem oziroma tujem jeziku?

Ali se mi zdi potrebno, da bi bila uporabnikom različnih ver v zdravstvenih ustanovah omogočena duhovna oskrba?

Ali je v zdravstveni ustanovi, kjer sem zaposlen/-a, omogočena duhovna oskrba uporabnikov različnih religij?

Ali je v v zdravstveni ustanovi, kjer sem zaposlen/-a, prehrana prilagojena kulturnim, moralnim in verskim prepričanjem?

Ali bi morali v v zdravstveni ustanovi, kjer sem zaposlen/-a, narediti več za kulturno senzibilno zdravstveno nego in oskrbo?

Priporočila:

- Pri nudenju zdravstvene oskrbe se vedno vračajmo k osnovam: zavestna skrb in ohranjanje dostojanstva človeka kot psihofizične celote.
- Stiska s časom je pri našem delu velika, toda čas, ki ga vložimo v razumevanje drugih, ni nikoli izgubljen in bistveno prispeva k učinkovitosti dela.
- Osnovni vprašanji, ki ju lahko postavimo vsakemu človeku, sta:

  »Povejte mi, prosim, kaj potrebujete? Kako vam lahko pomagam?«
- Vsakega posameznika poskušajmo razumeti kot edinstveno osebnost in poskušajmo čimbolj upoštevati njegova prepričanja, predstave, razumevanja, potrebe in želje in jim prilagoditi oskrbo.
- Zavedajmo se svoje osebnosti, svojih prepričanj, predstav, razumevanj; tako osebnih kot poklicnih. Vedno upoštevajmo tudi vpliv širšega okolja na vsakega izmed nas.
- Uporabniku pokažimo naklonjenost, da nam je mar in z njim gradimo zaupljiv odnos.
- Upoštevajmo uporabnikove želje in njegove potrebe glede vključevanja svojcev.
- Prizadevajmo si za spoštljive odnose in komuniciranje s sodelavci in ustvarjajmo vzdušje zaupanja, ne glede na razlike med nami.
- Svoje delo, pomoč drugim in skrb zanje dojemajmo kot tisto, kar nas bogati in nam nudi tudi osebno zadovoljstvo ter osebno in poklicno rast.

Uporabljena literatura in viri

Beach, Mary Catherine, Lisa A. Cooper in Saha Somnath. 2008. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *Journal of National Medical Associaton* 100 (11): 1275–1285.

Berkeley Diversity. 2015. *Glossary of Terms*. Dostopno na: http://diversity.berkeley.edu/glossary-terms (20. 8. 2015).

Cara, Chantal. 2003. A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal of Human Caring* 7 (3): 51–61.

Chiarenza, Antonio et al. for HPH Task Force MFCCHC. 2014. *Standards for Equity in Health Care for Migrants and other Vulnerable Groups. Self-Assessment Tool for Pilot Implementation*. Copenhagen: The Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care, The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services.

College of Nurses of Ontario. 2009. *Practice Guideline: Culturally Sensitive Care*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Dostopno na: http://www.cno.org/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf (19. 8. 2015).

Farkaš Lainščak Jerneja, Karmen Gosenca, Ivanka Huber, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebron, Jožica Maučec Zakotnik, Sara Pistotnik in Juš Škraban. 2015. *Učni načrt: Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/ucni.nacrt_kult_kompetence.pdf (14. 1. 2016).

Farkaš Lainščak, Jerneja, ur. 2016. *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Farkaš Lainščak, Jerneja in Uršula Lipovec Čebron, ur. 2016. Uvod. *V Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Gregg, Jessica in Somnath Saha. 2006. Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education. *Academic Medicine* 81 (6): 542–547.

Halbwachs, Helena Kristina. 2014. Multikulturalizem v zdravstveni negi. V *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi: zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*, ur. Kvas, Andreja et al., 45–54. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana.

Kleinman, Arthur in Peter Benson. 2006. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS Medicine* 3 (10): 1673–1676.

Lehman, Dawn, Paula Fenza in Linda Hollinger-Smith. 2012. *Diversity & Cultural Competency in Health Care*

Settings. Mather LifeWays Orange Paper. Dostopno na: http://www.matherlifewaysinstituteonaging.com/wp-content/uploads/2012/03/diversity-and-cultural-competency-in-health-care-settings.pdf (25. 8. 2015).

Romih, Karmen, Andreja Prebil, Katja Skinder Savić, Marija Mežik Veber in Brigita Skela Savič. 2011. *Prisega Angele Boškin za diplomante programa prve stopnje zdravstvene nege*. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Vertovec, Stephen. 2008. Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies* 30 (6): 1024–1054.

Ward, Earlise. 2008. The Journey To Cultural Competence. Board of Regents of the University of Winsconsin System. Dostopno na: http://tlcprojects.org/NEAT/CulturalCompetence.swf (20. 7. 2015).

Wilson, Pip. Dostopno na: http://www.pipwilson.com/ (10. 1. 2016).

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS 15/2008. Dostopno na: http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455/ (5. 6. 2015).

ETIČNE DILEME IN BOLNIKOVE PRAVICE V REHABILITACIJSKI ZDRAVSTVENI NEGI

ETHICAL DILEMMAS AND PATIENT RIGHTS IN REHABILITATION NURSING

Romana Petkovšek Gregorin, dipl. m. s., mag. zdr. nege, Brigita Mali, dipl. m. s, Veronika Vidmar, dipl. m. s., Bojana Hočevar Posavec, dipl. m. s., mag. vzg. in men. v zdr.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

Izhodišče:
Etična načela morajo biti temelj delovanja slehernega zdravstvenega delavca, ki se pri svojem delu srečuje z različnimi etičnimi problemi. Medicinske sestre najpogosteje uporabljajo etiko skrbi, ki v ospredje postavlja bolnika in situacijo, v kateri se je ta znašel. Izvajanje aktivnosti zdravstvene nege mora biti izvedeno v okviru kompetenc medicinske sestre.

Metode:
Pri reševanju etične dileme izvajanja katetrizacije moškega, ki ni v okviru kompetenc medicinske sestre/zdravstvenika, smo uporabili model DECIDE po avtorju Thompsonu.

Rezultati:
Izpeljano je bilo strokovno izobraževanje, na katerem so udeleženci pridobili znanja s področja intermitentne katetrizacije moškega. S tem so jim bile priznane kompetence na tem področju.

Zaključek:
Vsi zaposleni v zdravstvu morajo ravnati v skladu z zakoni. Kot strokovnjaki na svojem področju moramo vedno težiti k etični, strokovni in pravni odgovornosti na različnih ravneh svojega delovanja.

Ključne besede:
etika; zdravstvena nega; kompetence; intermitentna katetrizacija; moški

Abstract

Background:
Ethical principles must be the cornerstone of any kind of working activity of health care professionals, who are often faced with different ethical problems. Nurses frequently use the moral theory known as the ethics of care. The ethics of care focuses on the patient and the situation he or she is currently in. Implementation of nursing activities must be carried out within the nursing competencies.

Methods:
When resolving our ethical dilemma that involved male catheterisation, which is not within the competences of nurses, we decided to use the DECIDE model by Thompson and co-workers.

Results:
Professional training was carried out, where the participants gained all the necessary knowledge about male catheterisation and developed the required competences.

Conclusion:
All health care professionals must act in accordance with the law. As experts in our field, we must always strive for ethical, professional and legal responsibilities at different levels of our work.

Keywords:
ethics; health care; competences; intermittent catheterisation; men

Poslano: 10. 1. 2017
Sprejeto: 1. 2. 2017
Naslov za dopisovanje / Address for correspondence (RPG): romana.petkovsek@ir-rs.si

UVOD

Etika je filozofska disciplina, ki si prizadeva opredeliti nauk o dobrem, pravilnem. Ukvarja se tudi s filozofskim raziskovanjem morale.

Etične vrednote in pravila se nanašajo na odnos do drugih ljudi, do ostalih živih bitij in do samega sebe. Vsebujejo vzore o tem, kako naj bi človek živel, katere pravice in dolžnosti ima ter kako mora in sme delovati (1). Dolžnost zdravstvenih delavcev, vključno z medicinskimi sestrami, je, da pri svojem delu spoštujejo etična načela, ki so vodila za moralne odločitve in so težišče pri oblikovanju moralne presoje v poklicni praksi. Pojmi, ki so podlaga za etične odločitve v zdravstveni negi, so: odgovornost, sodelovanje in skrb (2).

Profesionalne vrednote v zdravstveni negi

Profesionalne vrednote stroke zdravstvene nege določajo kodeksi etike (3), profesionalni kodeksi obnašanja v stroki, standardi profesionalnih kompetenc (4) in strokovna praksa zdravstvene nege. Medicinske sestre se učijo profesionalnih vrednot v dveh smereh: skozi formalna navodila in neformalno opazovanje prakse zdravstvene nege in jih postopno vključujejo v svoj osebni vrednostni sistem. Profesionalne vrednote so eksplicitno izražene v kodeksu etike medicinskih sester, kodeksu vedenja in drugih formalnih oblikah navodil in predpisov, ki predstavljajo javne standarde profesionalnih skupin. Etična odgovornost medicinskih sester je zajeta v oblikovanem poklicnem kodeksu, nacionalni zakonodaji in deklaraciji svetovne zdravstvene organizacije (5).

Pacienti pričakujejo, da z njimi delajo ljudje, ki so sposobni empatije, etičnega uvida, razmisleka in delovanja (6). Nudenje ustrezne zdravstvene nege je glavna profesionalna odgovornost medicinskih sester. Pri tem morajo spoštovati človekove pravice in načelo pravičnosti. Medicinske sestre so osebno odgovorne za izvajanje zdravstvene nege (7).

Vpliv različnih teorij na zdravstveno nego

V zdravstveni negi so prisotne naslednje teorije etike, ki vplivajo na razmišljanje in delovanje zdravstvenih delavcev v odnosu do bolnika: deontološka oziroma Kantova deontološka teorija, teleološka teorija oziroma utilitarizem, etika vrlin in etika skrbi kot najpogosteje uporabljena etična teorija v zdravstveni negi (8). Glede na kompleksnost etičnih situacij v zdravstveni negi je kodeks etike vodilo medicinski sestri pri presojanju etičnih situacij in sprejemanju etičnih odločitev.

Za etično izvajanje zdravstvene nege je potrebna PREDANOST načelu delati dobro, OBČUTLJIVOST in DOVZETNOST za etična vprašanja, PRIPRAVLJENOST vzpostaviti odnos s posameznikom, ki potrebuje pomoč. Delovno okolje in okolje nasploh je zelo pomembno pri zagotavljanju etične oskrbe.

Tschudin (9) izpostavlja, da načela medicinske etike niso vedno povsem ustrezna za zdravstveno nego, ker naj bi razmerja med medicinskimi sestrami in bolniki ter med zdravniki in bolniki temeljila na različnih osnovah. Medicinske sestre v zadnjih desetletjih pospešeno razvijajo svojo etično smer- t.i. »etiko skrbi«, ki v ospredje ne postavlja načel in pravil, temveč bolnika ter situacijo, v kateri se je ta znašel, ter njegove specifične potrebe, na katere je potrebno odgovoriti (6).

ETIKA SKRBI

Etika skrbi predstavlja skrb za nekoga oziroma skrb in pomoč pri izvajanju vseh tistih dejavnosti, ki zadovoljujejo njegove psihofizične in duhovne potrebe (10). Skrb ali skrbeti (angl. care) pomeni pomagati drugim ljudem ali negovati druge osebe, ki nimajo dovolj moči, znanja ali volje, da bi sami dosegli najvišjo možno raven samostojnosti.
Etika skrbi ne postavlja načel na prvo mesto (npr. delati dobro), prednost daje potrebi posameznika, da ga posluša, ga sprejme in z njim ustrezno ravna.

V skrbi se zaporedoma odvijajo štiri aktivnosti:
Skrbeti za - ugotovitev, da je skrb potrebna (npr. skrb za zdravje, za izobraževanje ...).
Prevzeti skrb za oz. poskrbeti za - prevzem odgovornosti za konkretno akcijo v zvezi s potrebo ali z osebo, ki potrebuje pomoč.
Posredovanje skrbi - neposredno izvajanje skrbstvenih aktivnosti in zadovoljevanje potreb po skrbi.
Prejemanje skrbi - zaznavanje skrbi pri uporabniku in odziv na skrb, ki jo prejme (npr. bolnik se počuti bolje).

Etične sestavine skrbi, ki se pojavljajo v zdravstveni negi z drugimi izrazi:
Pozornost - zaznavanje individualnih bolnikovih potreb tako, kot jih zaznava bolnik. Etična sestavina, ki pomaga medicinski sestri razumeti bolnika v njegovi situaciji, je empatija.
Zaupanje - vzpostavljanje zaupanja je osnova medsebojnega odnosa, ki omogoča udejanjanje skrbi. Če bolnik zazna prednosti povezovanja in zaupa medicinski sestri, bo to v obojestransko korist.
Koncept odgovornosti - skrb je neločljivo povezana z odgovornostjo, odgovornost pa z moralo. Odgovornost je lahko pogodbena (med organizacijo in medicinsko sestro), ki se zaveže, da bo skrbela za bolnika, medtem ko je moralna odgovornost individualna in izhaja iz etičnega subjekta samega.
Kompetentnost - v zdravstveni negi je na fizični ravni osnovana na razdelitvi del in nalog med posameznimi zdravstvenimi delavci. Na etični ravni bi morala biti kompetentnost enaka pri vseh vključenih v medsebojni odnos z bolnikom.

Pojem kompetence se nanaša na kombinacijo veščin, obnašanja in stališč, ki so neposredno povezani z uspešnim izvajanjem določenega dela (11). Kompetence so ustrezna znanja in veščine, uporabljene v skladu s standardnimi dejavnostmi, ki se od posameznika pričakujejo na delovnem mestu. Vključujejo tudi sposobnost uporabe veščin in znanja pri novih nalogah v različnih okoljih (12).

Etične kompetence naj bi se merile z opazovanjem obnašanja oziroma vedenja v določenih situacijah in na tej osnovi naj bi se opredelil slog etičnega ravnanja, ki ustreza zahtevam kakovostne in uspešne zdravstvene nege (13). Zlato pravilo določa, da moramo obravnavati drugega tako, kot bi želeli biti obravnavani sami. Na presojo bistveno vpliva etični (moralni) sistem vrednot.

Z vidika etike skrbi se posameznik vede moralno, ko so njegova dejanja usmerjena v dobro sočloveka tudi takrat, ko zahtevajo velik napor in žrtvovanje. Moralno vedenje temelji na izogibanju povzročanja bolečine drugim, na občutljivosti za njihove probleme ter na sočutju in empatiji do njihovih problemov.

OPREDELITEV DILEME

Kadar smo v dvomu, ali je naše delovanje oziroma odločanje res v korist bolniku ali mu morda celo škoduje, govorimo o etični dilemi (8).

Razlika med problemom in dilemo je, da ima problem potencialno rešitev. Dilema je nima. Obstaja samo izbira med dvema (ali več) enako težkima, slabima ali nemogočima možnostma (14). Kot navaja Bohinc (15), etična dilema nastopi takrat, kadar so naše poklicne vrednote, vrednote zdravstvene nege v nasprotju z vrednotami in moralnimi zahtevami bolnika. Ne ponujajo odgovorov, pomagajo pa usmerjati razmišljanje v smeri doseganja odgovora o tem, kaj je treba storiti v težkih okoliščinah (16).

Po Tschudinovi (9) proces sprejemanja odločitev poteka v štirih korakih etičnega odločanja, ki vodijo do razreševanja etičnih dilem: ocena stanja in identifikacija problema, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje dejanja.

Medicinske sestre marsikdaj hodijo po tanki črti med poslušnostjo zdravnikom in etiko skrbi za bolnika. Poslušnost je bila medicinskim sestram tradicionalno predstavljena kot vrednota, vendar Sruk (17) poslušnost opredeljuje kot etično sporno držo. Prvi kodeksi etike so opisovali brezpogojno lojalnost, sledila je odgovornost pri delu po naročilu - odgovoren je izvajalec. A zgodovina je polna primerov, ko je poslušnost vodila v izvrševanje nravstveno nedopustnih dejanj (6). Kvas (18) je v svoji raziskavi ugotovila, da starejše medicinske sestre pogosteje razmišljajo o etičnosti svojega ravnanja, prav tako bolj izobražene medicinske sestre dajejo etičnemu vidiku v zdravstveni negi večjo težo in pogosteje razmišljajo o etičnosti svojega ravnanja. Z izobrazbo se veča tudi opažanje kršitev različnih pravic bolnikov. Prav tako delovna doba medicinskih sester močno vpliva na etičnost ravnanja kljub temu, da je pogosto povezana s tradicionalno vlogo medicinske sestre (pomočnica zdravnika) (18).

Reševanje dileme

Kodeks etike je sestavljen iz devetih členov in v 5. členu govori o izvajanju kompetentne zdravstvene nege. Medicinska sestra mora nuditi bolniku kompetentno zdravstveno nego na podlagi znanja, ki ga je pridobila v okviru izobraževanja ter izkušenj na delovnem mestu.

Vsaka obravnava bolnika, telesna, duševna ali družbena, je povezana s strokovnimi in etičnimi smernicami. Poseg v bolnikovo telo ni samo tehnični poseg, pri katerem določamo korake in način izvedbe, ampak je celovito dejanje, ki vključuje predvidevanje bio-psiho-socialnih posledic, dobrih ali slabih (8).

Primer etične dileme: intermitentna katetrizacija moškega

Kontinenca urina in blata je pričakovana družbena norma in predstavlja pomemben korak pri doseganju neodvisnosti. Vzpostavitev kontinence pomembno vpliva na razvoj in zavedanje dostojanstva otroka – človeka. Ker predstavlja družbeno normo, nekaj »normalnega«, je kontinenca zelo pomemben dejavnik pri dojemanju človekove samopodobe. Uro-genitalno področje je najbolj intimno področje človekovega telesa. O problemih v zvezi s tem področjem javno ne razpravljamo, jih skrivamo (8). Izguba nadzora nad izločanjem lahko bolniku povzroči hudo duševno travmo in spremeni samopodobo (8).

Ob težavah zastajanja urina ali pri nepopolnem praznjenju mehurja se za ustrezno izločanje urina pogosto uporablja intermitentna katetrizacija. Tehnično to pomeni vstavitev urinskega katetra za enkratno uporabo v sečni mehur skozi sečno cev in velja za učinkovito tehniko praznjenja mehurja, ki je ob pravilnem, rednem izvajanju varna in primerna za dolgotrajno uporabo. Na »duševnem« področju bolnika običajno niti ne ugotavljamo, kaj mu urinski kateter pomeni (19).

Pri reševanju etične dileme izvajanja katetrizacije moškega, ki ni v okviru kompetenc medicinske sestre/zdravstvenika, smo se odločili, da uporabimo model po Thompsonu in sodelavcih, ki so orisali model, osnovan na kratici DECIDE (odločanja).

Model je bil razvit za pomoč zdravstvenim delavcem pri oblikovanju bolj kakovostnih odločitev, in izboljša sposobnost odločanja ter vodi do učinkovitejše odločitve. Glavna lastnost modela za etično ali moralno odločanje je zagotovitev dobrega etičnega izida v prid bolnika. Koraki reševanja dileme po modelu DECIDE:

D-definiranje (določitev) problema;
E-etični pregled (analiza);
C-cenitev (tehtanje) možnosti;
I-iskanje (raziskovanje) rešitev;
D-določitev (odločitev) za delovanje;
E-evalvacija (vrednotenje) rezultatov (20).

D – Definiranje (določitev) problema

Ena od etičnih dilem, s katerimi se srečujemo pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege, je intermitentna katetrizacija moškega. Izvajanje intermitentne katetrizacije pri moškem je v domeni zdravnika. V URI-Soča katetrizacije izvajajo diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki.
Ker katetrizacija moškega ni v okviru kompetenc aktivnosti medicinskih sester/zdravstvenikov, učenje izvajanja te aktivnosti ni v izobraževalnem programu. Zato medicinske sestre nimamo

ustreznega znanja niti kliničnih izkušenj na tem področju. Znanje pridobimo izkustveno, od izkušenih diplomiranih medicinskih sester/ zdravstvenikov.

Zaradi vse pogostejših opozarjanj s strani stroke, naj ne izvajamo del, za katera nismo kompetentni, je izvajanje intermitentne katetrizacije postala huda dilema v zdravstveni negi.

V URI-Soča prvo intermitentno katetrizacijo pri moškem izvede zdravnik in, če ni zadržkov, to prevzame diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik. Predstojnik klinike je prvič leta 1994 in ponovno leta 2013 izdal pisno dovoljenje/pooblastilo diplomiranim medicinskim sestram/zdravstvenikom za izvajanje intermitentne katetrizacije moškega.

Na Zbornici zdravstvene in babiške nega Slovenija – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (ZZBNS – ZSDMSBZTS) so nas, po posvetu s pravno službo, opozorili, da za delo, ki ga prevzamemo in ni opisano v izboru kompetenc v zdravstveni negi, prevzamemo vso odgovornost. Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki se zavedamo nevarnosti, ki lahko nastanejo ali otežujejo katetrizacijo moškega (vnetje urotrakta, poškodba sečnice ali mehurja in posledično krvavitev, različna obolenja urotrakta, zožitev zunanjega meatusa sečnice, same sečnice ali vratu mehurja, hipospadia, fimoza, predhodna poškodba sečnice z nastankom paralelnih kanalov, v katere lahko zaide kateter, povečana prostata) (21).

E – Etični pregled - analiza

V etično odločanje vpleteni zdravstveni delavci morajo razvijati lastno toleranco, empatijo, sprejemljivost za nove ideje, aktivno vključevanje, poštenost in medsebojno spoštovanje. Udejaniti etično odločanje v praksi je velika, nikoli čisto končana naloga in izziv, s katerim se soočajo zaposleni (6).

Upoštevanje vseh etičnih načel je pomembno. Peto načelo, ki je opredeljeno v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pravi, da mora medicinska sestra nuditi bolniku kompetentno zdravstveno nego. V načelu je poudarjeno, da smo pri opravljanju svojega poklica v okviru svoje izobrazbe in strokovne usposobljenosti za svoje delo odgovorni pred bolnikom, svojo vestjo, predpostavljenimi, delovnimi organizacijami ter širšo družbo (14). Odgovornost pomeni, da si za tisto, kar delaš samostojno ali po naročilu nekoga drugega, odgovoren. Pomeni tudi dolžnost zdravstvenega delavca odgovarjati za opravljeno delo. Odgovornost vključuje tudi poklicno kompetentnost. Medicinska sestra je v določenem obsegu podrejena zdravniku in bi smela delati samo opravila, za katera ima ustrezno izobrazbo, za katera je skladno s svojo izobrazbo ustrezno usposobljena in ima kompetence na tem področju (5).

Kot strokovnjaki na svojem področju moramo vedno težiti k etični, strokovni in pravni odgovornosti na različnih ravneh, hkrati pa tudi k različnim stranem - sebi, bolnikom, sodelavcem, delodajalcu, stroki in družbi (14).

C – Cenitev (tehtanje) možnosti

Spraševali smo se, ali se s tovrstnimi težavami soočajo dipl. medicinske sestre/zdravstveniki tudi v drugih ustanovah. Na ZZBNS – ZSDMSZTS so večkrat prejeli tovrstna vprašanja medicinskih sester/zdravstvenikov o dilemah intermitentne katetrizacije moškega. Tudi v drugih ustanovah te posege že leta izvajajo dipl. medicinske sestre/zdravstveniki, ki nimajo kompetence za izvajanje te aktivnosti.

Ob tem so se porajala različna vprašanja in dileme, kot so:

- Ali imamo dovolj znanja in izkušenj, da lahko prevzamemo intermitentno katetrizacijo moškega? Ali lahko prevzamemo aktivnost, za katero nimamo kompetence?
- Je dovolj, če imamo pooblastilo za izvajanje intermitentne katetrizacije moškega?
- Se zavedamo, da ob možnih zapletih intermitentne katetrizacije moškega prevzamem vso odgovornost?
- Ali kršimo kodeks etike?
- Lahko poseg odklonimo?

I – Iskanje (raziskovanje rešitev)

Na podlagi etičnih dilem in odgovora pravne službe ZZBNS – ZSDMSBZTS smo prišli do zaključka, da s pooblastilom na področju intermitentne katetrizacije moškega ne rešimo svoje dileme.

Zavedati se moramo, da medicinske sestre vsega znanja ne moremo osvojiti med formalnim šolanjem, zato mora potekati učenje in izobraževanje kontinuirano vse življenje. Z željo po čim bolj kakovostni in učinkoviti zdravstveni negi moramo ugotavljati raven svojega znanja, obnavljati že pridobljeno znanje in ga tudi poglabljati. Od nas se pričakuje aktivno pridobivanje novih znanj, prevzemanje odgovornosti za prenašanje pridobljenega znanja in njegovo uporabo v praksi (18).

Prišli smo do zaključka, da potrebujemo strokovno izobraževanje, na katerem bi si pridobili tako specialna znanja kot tudi kompetence na področja intermitentne katetrizacije moškega.

D – Določitev (odločitev) za delovanje

Predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti je dala pobudo ZZBNS – ZSDMSBZTS za izvedbo izobraževalnega programa in pridobitev specialnega znanja ter kompetence aktivnosti intermitentne katetrizacije moškega, za kar je dobila tako odobritev s strani ZZBNS-ZSDMSBZTS kot tudi s strani vodilnih v URI-Soča, ki naj bi bila ena od učnih baz za izvedbo specialnih znanj. Tako sta sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti ustanovili delovno skupino za pripravo izobraževanja: Zdravstvena nega bolnika z motnjami mokrenja s poudarkom na intermitentni katetrizaciji moškega. Delovna

skupina je v nekaterih okoljih požela odobravanje, hkrati pa tudi odpor. Porajala so se vprašanja, kot so: »Zakaj se spuščamo v nekaj, kar ni naše delo?« Na podlagi različnih mnenj je delovna skupina zaprosila za mnenje še Odbor strokovnih sekcij, ki je podprl idejo in razvoj izobraževanj za pridobitev specialnih znanj na ožjih področjih delovanja medicinskih sester/zdravstvenikov. Ker se z izobraževanjem širijo tudi kompetence medicinskih sester/zdravstvenikov, so za sodelovanje zaprosili tudi Združenje urologov Slovenije, ki so se strinjali z izobraževanjem in potrdili sodelovanje. Tako je delovna skupina pripravila program in vključila tako zdravnike kot medicinske sestre/zdravstvenike iz različnih ustanov in krajev, kot so: Uri-Soča, Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKC), UKC Maribor, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, patronažne dejavnosti in dejavnosti s področja raziskovanja. S strani Nacionalnega programa so pridobili odobritev programa in izobraževanja. Prvo strokovno izobraževanje je bilo uspešno izvedeno 4.4.2016.

Udeleženci so na koncu izobraževanja poleg preverjanja znanja izpeljali vsak svojo raziskavo na področju, ki so si ga izbrali in oblikovali seminarsko nalogo. Njihovi izsledki so bili recenzirani in predstavljeni na zaključku izobraževanja.

E – Evalvacija (vrednotenje) rezultatov

Prvega izobraževanja za pridobitev specialnih znanj s področja zdravstvene nege bolnikov z motnjami v uriniranju se je udeležilo 27 udeležencev iz različnih zdravstvenih ustanov. Namen izvedbe izobraževanja je bil in je, da diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki na podlagi 50 ur teoretičnih vsebin in 50 ur praktičnega usposabljanja pridobijo specialna znanja in kompetence na področju intermitentne katetrizacije moškega. Za izobraževanje je bilo veliko zanimanja, kar je potrdilo potrebo po tovrstnem izobraževanju.

Odziv udeležencev je bil pozitiven. Menili so, da je izobraževanje zaradi poglobitve znanja na tem področju pomembno prispevalo k njihovi večji samozavesti pri izvajanju intermitentne katetrizacije moškega.

Izobraževanje bomo nadaljevali in tako pripomogli k zmanjšanju etičnih dilem na področju intermitentne katetrizacije moškega.

ZAKLJUČEK

Medicinske sestre se pri svojem delu nenehno srečujejo z etičnimi problemi, dilemami in sprejemajo odločitve, ki se tičejo organizacije, stroke ali pomoči pacientom in sodelavcem. Pogosto se odločajo na podlagi lastnih prepričanj, vrednot, moralne drže. Ob tem se morajo zavedati, da z odločitvijo prevzamejo tudi odgovornost za svoje delovanje. Odgovornost zdravstvenih delavcev je določena tudi z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (22), ki pravi: »Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na voljo ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.«

Medicinske sestre smo odgovorne bolnikom, prav tako pa smo odgovorni sebi, svojim dejanjem, svoji vesti, prepričanju in vrednotam. Predvsem gre za etično odgovornost, ki hkrati pojasnjuje tudi ozadje strokovne odgovornosti. Ta etična odgovornost je ozadje, ki ga je treba spoštovati, saj govori o tem, kako izvajamo zdravstveno nego in skrb in celo o tem, zakaj sploh opravljamo to delo. Pravna odgovornost je mnogo bolj neposredna: vsi zaposleni v zdravstvu moramo ravnati v skladu z zakoni. Kot strokovnjaki na svojem področju moramo vedno težiti k etični, strokovni in pravni odgovornosti na različnih ravneh (9).

Zavedati se moramo, da imajo bolniki pravico do kompetentne, strokovne in ustrezne zdravstvene nege.

Literatura

1. Grbec V. Etika v zdravstveni negi. I. del. Zdravstveni obzornik. 1992; 26 (1-2): 3-6.
2. Trobec I. Etika in filozofija zdravstvene nege: učno gradivo. Izola: Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstvo Izola; 2016.
3. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Ur l RS 52/2014. Dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/113B.pdf (citirano 15.12.2016).
4. Železnik D. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008. Dostopno na: https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08_0.pdf (citirano 21.12.2016).
5. Černoga A, Bohinc B. Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. Obzor Zdrav Neg. 2009; 43 (3): 223-8. Dostopno na: https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/113B.pdf (citirano 15.12.2016).
6. Ovijač D. Med poklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. Obzor Zdrav Neg. 2012; 46 (4): 297-301.
7. Code of ethics for nurses. Geneva: Internation Council of Nurses; 2012: 1-11.
8. Šmitek J. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. Obzor Zdrav Neg. 2004; 38 (3): 205-9.
9. Tschudin V. Strokovna, etična in pravna odgovornost: širša prespektiva. Obzor Zdrav Neg. 2004; 38 (1): 1-5.
10. Vanlaera L, Gastmans C. A personalist approach to care ethics. Nurs Ethich. 2011; 18 (2); 161-73.
11. United Nations competencies for the future. New York: United Nations; 2001.
12. Guidelines for development of regional model competency standards (RMCS). Bangkok: International Labour Office, International Labour Organization; 2006.

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

14. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004.

15. Bohinc, M. Izobraževanje za etično odločanje v zdravstveni negi. V: Klemenc D. Kvas A. Pahor M. Šmitek J. ur..Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 102-110.

16. Thiroux PJ, Krasemann KW. Ethics: theory and practice. New Jersey. Prentice Hall; 2008.

17. Sruk V. Leksikon morale in etike. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta; 1999.

18. Kvas A. Predstavitev raziskave » Zdravstvena nega v luči etike«. Obzor Zdrav Neg. 2005; 39 (1): 33-8.

19. Peršolja M. Varna tehnika dolgotrajne intermitentne katetrizacije. Obzor Zdrav Neg. 2016; 50 (2): 144-156.

20. Guo K. A decision-making model for more effective decision making by health care managers. Health Care Manag. 2008; 27 (2): 118-27. Dostopno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18475113 (citirano 3.1.2017).

21. Rebek MK. Indikacije za transuretralno kateterizacijo moškega, tehnika kateterizacije in zapleti. V: Zdravstvena nega pacientov z motnjami uriniranja, 4-6. april, 2016, Maribor. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2016: 14-19.

22. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo). Ur l RS, 23/2005.Dostopno na: https://www.uradni-list.si/1/content?id=54447#!/Zakon-o-zdravstveni-dejavnosti-(uradno-precisceno-besedilo)-(ZZDej-UPB2) (citirano 15.12.20916).

ETIKA V PRAKSI – IZLOČANJE IN VSTAVLJANJE URINSKIH KATETROV

ETHICS IN PRACTICE – INSERTION AND EXTRACTION OF URINE CATHETERS

Jana Šmitek

UDK/UDC 616.62-008.222.083:614.253.52

DESKRIPTORJI: *etika zdravstvene nege; urinska kateterizacija*

DESCRIPTORS: *ethics, nursing; urinary catheterization*

Izvleček – *V članku avtorica na kratko predstavlja etiko v povezavi s celostno obravnavo bolnika. Naše odločanje in delovanje vodi načelo neškodovanja, kar je potrebno upoštevati tudi pri vstavljanju urinskih katetrov. Predstavljene so etične dileme pri vstavljanju urinskih katetrov. Najbolj etično vprašljivo je množično vstavljanje urinskih katetrov starejšim bolnikom, ki ne morejo odločati o sebi, pri katerih so ravno medicinske sestre dostikrat pobudnice za tak način reševanja problemov z izločanjem.*

Abstract – *The present article presents ethical issues related to holistic patient care. Our decisions and actions are lead by the principle of not hurting in general, also when inserting urine catheters. Ethical dilemmas related to urine catheter insertion are presented. The most ethically scrutinized question is routine insertion of urine catheters to the elderly who can not take any decisions about themselves, and in whom nurses are often the main initiators for such solution of elimination problems.*

Uvod

Vsaka obravnava bolnika, naj bo telesna, duševna ali družbena, je povezana s strokovnimi in etičnimi smernicami. Poseg v bolnikovo telo ni samo tehnični postopek, pri katerem določamo korake in način izvedbe, ampak predstavlja celovito dejanje, ki vključuje tudi predvidevanje bio-psiho-socialnih posledic, dobrih ali slabih. Ko presojamo o svojih odločitvah in dejanjih s stališča dobrega ali slabega, gre za etično presojo. Ko utemeljujemo potrebnost določenega postopka, gre za strokovno presojo. Strokovnost in etika sta v zdravstveni negi tesno povezani, tako da Bishop in Scudder (1990) obe področji enačita s trditvijo, da mora biti tisto, kar zaznavamo kot strokovno, tudi etično, in da je tisto, kar je v zdravstveni negi etično, tudi strokovno. Obe stališči morata v namenu in posledicah bolniku zagotoviti dobro (oziroma dobrobit), pravilno (v postopku), koristno (za bolnika) in sočutno ravnanje.

Strokovne smernice določajo indikacije, namen, način in kakovost postopka ter vključujejo varovalne mehanizme za zagotavljanje načela neškodovanja bolniku. Načelo neškodovanja je poleg dobronamernosti osnovno biomedicinsko načelo.

Etične smernice so tiste, ki opravičujejo namen posega v bolnikovo telo s stališča dobrega, pravilnega in koristnega. Etične smernice v tem kontekstu celovito obravnavajo vse dejanske ali možne bio-psiho-socialne okoliščine, ki pri določeni obravnavi/posegu nastopijo, in vodijo naše strokovne odločitve. Kadar smo v dvomu, ali je naše delovanje oziroma odločanje res v korist bolniku ali mu morda celo škoduje, govorimo o etični dilemi.

Etika

Etika je v najširšem pomenu nauk o dobrem, pravilnem ali koristnem odnosu do drugega – človeka, živali, narave ali neživega okolja. Odnos vključuje tudi naše ravnanje. Po Aristotelu je etika odnos do drugega človeka, ki se izraža z dobrim za drugega človeka in dobrim samim po sebi. V tem pogledu je dobro utemeljeno predvsem v koristi drugega (prejemnika dobrega) in ne v koristi etičnega subjekta (izvajalca dobrega), čeprav se del »dobrega« po odnosu/dejanju odraža tudi pri njem kot občutek dobrega, pravilnega ravnanja.

Enaki pogledi nas vodijo v strokovni etiki. Dobro, pravilno, koristno se izraža v našem medsebojnem odnosu in ravnanju do drugega (bolnika, uporabnika) ter odločanju za drugega. Medsebojni odnos vključuje srečanje strokovnega delavca in bolnika/uporabnika storitev, verbalno in neverbalno komunikacijo, spoštovanje sicer abstraktnih norm, kot so človekove/bolnikove pravice, vrednote, individualni pogledi, človekovo dostojanstvo, spoštovanje sočloveka v neposrednih okoliščinah. Dober medsebojni odnos zahteva empatični pristop – razumevanje bolnika v nje-

Jana Šmitek, prof. zdr. vzg., Upravno administrativne službe, Klinični center Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana

govi luči videnja problema. Medsebojni odnos vključuje največji delež etičnih smernic.

Strokovno ravnanje, ki vključuje strokovne postopke in posege, je v prvi vrsti podvrženo strokovnim smernicam, ki določajo, kdaj je določen postopek ali poseg potreben, na kakšen način ga opravimo, kaj uporabimo, zaporedje korakov in kako zagotovimo varnost za bolnika. Strokovno ravnanje vključuje tudi etične smernice, ki jih, kadar gre za poseg v bolnikovo telo, opredeljujemo kot biomedicinske smernice. Osnovni vodili sta delovanje v korist bolnika ali »delati dobro« in neškodovanje (ne škodovati). Kadar se slabemu vplivu ne moremo povsem izogniti, se odločamo za način obravnave, ki bolniku povzroča manjšo škodo.

Strokovne odločitve morajo temeljiti na strokovnih smernicah in vključevati etične poglede na dejanske in možne posledice odločitev. Pretehtane naj bi bile celostno – s stališča telesnega, duševnega (osebnostnega in čustvenega) in družbenega gledišča, predvsem pa s stališča bolnikovega osebnega doživljanja.

Zato nobenega medicinsko tehničnega posega na bi smeli opravljati rutinsko brez individualnega strokovnega ocenjevanja, kaj določena odločitev za poseg bolniku v dolgoročnem pogledu lahko povzroča.

Do dobrih, pravilnih odločitev nam pomagajo tudi teorije etičnega odločanja in ravnanja. Deontološko načelo ravnanja nam narekuje, kako moramo delovati kot pripadniki stroke v vseh enakih ali podobnih okoliščinah (da ne smemo škodovati, da moramo delovati dobro, spoštovati bolnikovo dostojanstvo, avtonomijo...), ne glede na našo povezanost z bolnikom. Deontološki pristop je načelni pristop, ki izključuje bolnika kot individualno bitje. Po deontološkem pristopu delujemo pri vseh bolnikih enako.

Po načelu etike skrbi, ki je za področje zdravstvene nege prvenstvena etična teorija, pa za bolnika odločamo in ukrepamo z odgovornostjo in empatijo; to sta osnovni strokovni vrlini, ki na osnovi celovitega pristopa omogočata razumevanje in individualno obravnavo bolnika. Bolnik in njegova situacija sta edinstvena in edinstven je v okviru izbire tudi pristop.

Izločanje kot osnovna življenjska aktivnost

Izločanje (urina) in odvajanje (blata) spadata med osnovne življenjske aktivnosti, brez katerih si ne moremo predstavljati življenja. Obe aktivnosti omogočata organska sistema, ki ju sestavljajo posamezni organi z različnimi osnovnimi funkcijami. Od izpada dejavnosti posameznih organov je odvisen način medicinske obravnave bolnika.

Po rojstvu se normalno vzpostavijo vse osnovne življenjske aktivnosti, tudi izločanje in odvajanje. Odsoten pa je nadzor nad omenjenima funkcijama, ki je povezan z bio-psiho-socialnim razvojem človeka/otroka. Otrok šele do približno tretjega leta starosti razvije sposobnost nadzora nad izločanjem in odvajanjem. Pri tem ima pomembno vlogo tudi družbeno okolje oziroma pričakovanja. Kontinenca blata in urina je namreč tudi pričakovana družbena norma in predstavlja pomemben korak pri doseganju neodvisnosti otroka. Vzpostavitev kontinence pomembno vpliva na razvoj in zavedanje dostojanstva otroka – človeka. Ker predstavlja družbeno normo, nekaj normalnega, je kontinenca zelo pomemben dejavnik pri dojemanju človekove samopodobe. Izguba nadzora nad izločanjem in opredelitev bolnika kot inkontinentnega lahko bolniku povzroči hudo duševno travmo in spremeni samopodobo.

Samopodoba je sestavina štirih glavnih predstav o sebi: *osebnostne identitete, telesne podobe, samospoštovanja ali samovrednotenja in zaznavanja družbene vloge* posameznika. Pri izgubi življenjskih aktivnosti, ki predstavljajo del normalnega (človeka ali življenja), pride do motenj v samopodobi, najbolj do motenj v telesni podobi. Odstopanja v telesni podobi lahko nastanejo zaradi izgube nadzora nad telesno funkcijo, izgube telesne funkcije ali zaradi spremembe fizičnega videza (Matteson, McConell, Linton, 1997). Izguba telesnih funkcij je le del problema; običajno se sekundarno pridružijo še občutek sramu, krivde (pri odvisnosti od drugih), izogibanje socialnim stikom, zapiranje vase in druge osebnostne motnje.

Doživljanje samopodobe in motenih funkcij izločanja in odvajanja je močno povezano tudi z bolnikovim spolom in življenjskim obdobjem, ker se nadgrajuje še z drugimi bolnikovimi osebnimi problemi, kot so na primer nezmožnost izbire partnerja, okrnjena spolna funkcija, nezmožnost spolnega življenja... Zato motenj pri izločanju in odvajanju ne smemo obravnavati le kot bolnikov fizični problem, še manj pa kot izključno medicinski ali negovalni problem, kar se v večini primerov dogaja.

Raziskave na področju dolgotrajno vstavljenih urinskih katetrov

Madigan in Felber (2003) predstavljata študijo člankov o zapletih in ukrepih pri dolgotrajno vstavljenih urinskih katetrih iz desetletnega obdobja (1992–2002), po kateri izstopajo naslednji pomembni podatki:

1. Urinski katetri so v 40 % vzrok za bolnišnično okužbo.
2. Oskrbovanci v domovih za ostarele (1540 obeh spolov) so bili zaradi urinskih katetrov izpostavljeni trikrat večji nevarnosti za hospitalizacijo, daljši hospitalizaciji in so dlje prejemali antibiotično terapijo v primerjavi z oskrbovanci, ki nikdar niso imeli vstavljenega urinskega katetra.
3. Pri oskrbovancih, ki so imeli od 76 % do 100 % dni oskrbe vstavljen urinski kateter, je obstajala trikrat večja možnost, da umrejo v letu dni, kot pri oskrbovancih, ki niso nikdar imeli urinskega katetra.

4. V manjši študiji so ugotavljali v 72 % prisotnost zapletov; v 48 % zamašitev, v 37 % zamakanje ob katetru in v 30 % pojav hematurije.
5. Pojav bakterij v urinu, povezan z dolžino vstavljenih katetrov, je bil ugotovljen v neštetih študijah.

Jain in sod. (1995) navajajo, da je na posameznih področjih zdravstvenega varstva od 41% (enote intenzivne nege) do 58 % po nepotrebnem vstavljenih urinskih katetrov (splošni oddelki). Manasinghe s sod. (2003) je na vzorcu 836 bolnikov ugotavljal vstavitev urinskega katetra v prvih 24 urah pri 10,7 % bolnikov, od tega v 38 % neupravičeno, čeprav večina avtorjev priporoča, da se, če je le mogoče, vstavljanju urinskih katetrov za daljše obdobje izogibamo (Saint, 2000; Cravens, Zweig, 2000; Sulzbach, 2002).

Jones in Brand (2002) v smernicah, temelječih na izsledkih, navajata, da je z vstavljenim urinskim katetrom poleg bolnišničnih okužb v večjem odstotku povezan tudi pojav delirija pri starejših bolnikih.

Psiho-socialno stanje in vpliv urinskih katetrov na posameznikovo doživljanje in kakovost življenja obravnava manjše število študij. Paterson (2000) in Wilde (2003) izpostavljata stigmo kot psihološko posledico vstavljenega urinskega katetra, Wilde tudi sram oziroma zadrego. Samo-stigmatizacija zaradi inkontinence dokazano prispeva k pojavu depresije. Večina študij o tem je obravnavala ženske. Nadzorovanje kontinence je zato pomembno ne le za preprečevanje depresije, temveč tudi za splošno kakovost življenja in vključevanje v družbo (Rondol-Klym, Colling, 2003).

Tudi če upoštevamo samo telesne dejavnike (brez izpostavljanja ekonomskih posledic), se poraja vprašanje, ali so bili urinski katetri vedno vstavljeni upravičeno (etični vidik) in kakšna so bila doživljanja bolnikov – varovancev v zvezi z njimi (individualni vidik) in v zvezi z neizogibnimi zapleti. Če izhajamo iz etičnega načela prvenstvenega neškodovanja, bi se ob navedenih podatkih morali zamisliti: Katera praktična odločitev je za bolnika/varovanca v določenih okoliščinah boljša oziroma manj škodljiva?

Etične dileme pri vstavljanju urinskih katetrov

Urinski kateter je nedvomno najpogosteje uporabljen tehnični pripomoček za ponovno vzpostavljanje ali vzdrževanje sicer motene dejavnosti sečnega mehurja. Glede na dostopnost, sorazmerno enostavnost postopka in cenovno sprejemljivost je uvajanje urinskih katetrov v institucionalni obravnavi bolnika postalo povsem rutinski postopek, pri katerem nič več ne presojamo o absolutnih indikacijah za poseg, ne o možnih posledicah, ne o bolniku kot avtonomnem subjektu, ki naj bi imel pravico odločati, kaj se bo z njim dogajalo, ne o prednosti koristi bolnika pred našimi koristmi (enostavnejša obravnava), niti o drugih neetičnih in nestrokovnih posledicah, ki lahko sledijo.

Etična dolžnost medicinskih sester oziroma zaposlenih v zdravstveni negi je zagovorništvo bolnika in njegovih koristi (Bandman, Bandman, 1995; Yeo, Moorhouse, 1996; Curtin, Flaherty, 1982; Potter, Perry, 1993), kar pomeni varovanje bolnika pred neugodnimi vplivi in zaščita pred neetičnim, nestrokovnim ali nezakonitim obravnavanjem bolnika s strani sodelavcev ali drugih zdravstvenih delavcev (Šmitek, 1998). Zagovorništvo bolnika s strani lastne vključenosti sproži vprašanje: Ali sem ravnal/a pravilno? Vprašanje ne zajema samo presojanja pravilnosti lastnih odločitev, ampak tudi presojanje odločitev in delovanja sodelavcev, oziroma presojanje pravilnosti delovanja na ravni zdravstvene nege na splošno.

Ali obstajajo etične dileme ob vsesplošni uporabi urinskih katetrov?

V praksi vemo, da obstajajo različne indikacije za vstavljanje urinskih katetrov:

a) Absolutna indikacija nastopi takrat, ko bolnik zaradi bolezenske spremembe nikakor ne more izločati urina na naraven način (akutna ali kronična retenca urina) in mu z vstavitvijo urinskega katetra v bistvu »rešujemo življenje«.
b) Relativna indikacija nastopi takrat, ko je zaradi bolnikovega trenutnega bolezenskega stanja priporočljivo, da vstavimo urinski kateter, da mu olajšamo izločanje, preprečujemo zaplete in hkrati omogočimo učinkovito zdravljenje (npr. operativni poseg, poškodba, v posameznih primerih potreba po natančnem vodenju tekočinske bilance in podobno, odprta perinealna ali sakralna rana) (Saint, 2000).
c) Vstavitev urinskega katetra brez indikacije pa je posledica »tehnizacije« v zdravstveni negi, ko zaposleni dajejo prednost rešitvam negovalnih problemov s tehničnimi pripomočki, čeprav obstajajo druge, za bolnika boljše rešitve, in ko tak način obravnave postane rutina. V tem primeru v ospredju ni korist bolnika, temveč interesi zaposlenih (»enostavnejše« vodenje in »nadzor« življenjske aktivnosti; s čimer bolniku odvzamemo pravico do samooskrbe v okviru zmožnosti).

Kadar gre za absolutno medicinsko indikacijo zaradi narave bolezni, nujnega nadzora izločanja, neposredne nevarnosti nastanka zapletov v zvezi s kožo in kjer pričakujemo le začasno vstavitev urinskega katetra, bolnikove posredne ali neposredne koristi predstavljajo prednost pred škodljivostmi, ki jih vsak tak poseg vključuje. Kadar za urinski kateter ni več absolutne indikacije ali kadar imamo na voljo druge rešitve, bi morali presojati, katera rešitev je za bolnika optimalna. Urinski kateter pri dolgotrajni uporabi namreč predstavlja nevarnost za izgubo funkcije mehurja in zelo veliko nevarnost za pridobitev okužbe.

Sodobna zdravstvena nega bolnika poudarja pomen celostne (holistične) obravnave, kar pomeni bio-psiho socialni pristop na vseh področjih. Tudi »rutinske« medicinsko tehnične posege je potrebno razčleniti z bio-psiho-socialnega stališča, če želimo ravnati etično.

S stališča razumevanja *»telesnega«* (področja) mora strokovno ravnanje vključevati razumevanje fiziologije organov in organskih sistemov in v primeru uporabe tehničnih pripomočkov tudi razumevanje spremenjene funkcije organa ter ravnanje za ohranjanje naravne funkcije organa (Sulzbach, 2002). Strokovno ravnanje je tudi etično ravnanje. Če vemo, da tehnični pripomoček (kateter) vpliva na funkcijo organa (mehur), potem je nujno zagotavljanje takih pogojev bolnikove obravnave ali ravnanja, da se ohrani čim bolj naravna funkcija in prepreči zaplete oziroma, da se čim hitreje vzpostavi naravna funkcija.

Etično vprašanje, ki se pojavi v zvezi z zgoraj omenjenim (telesnim) področjem, je tudi, ali bolnik dobi dovolj ustreznih in razumljivih informacij za samooskrbo urejanja izločanja s pomočjo urinskega katetra in zagotavljanje varnosti. Vstavljen urinski kateter je »proteza«, ki zahteva ustrezno poučevanje bolnika in spremljanje bolnikovega zaznavanja ali zaskrbljenosti, kar vodi k boljšemu sprejemanju pripomočka (Roe in Brocklehurst, 1987).

Na *»duševnem«* področju bolnika običajno niti ne ugotavljamo, kaj mu urinski kateter pomeni. Urogenitalno področje je najbolj intimno področje človekovega telesa. O problemih v zvezi s tem področjem javno ne razpravljamo, jih skrivamo. Naravne funkcije urogenitalnega področja (kontinenca, spolna funkcija) so del človekovega jaza, samopodobe in telesne podobe ter človekovega dostojanstva. Vsaka večja sprememba pa pomeni spremenjeno doživljanje samega sebe, lahko tudi izgubo lastnega dostojanstva. Pri vstavitvah urinskega katetra za krajši čas bolnik ni toliko osebnostno ali čustveno obremenjen, ker se lahko tolaži z mislijo, da je vstavljeni kateter le začasen pripomoček. Pri dlje trajajoči ali trajni vstavitvi pa bi morala biti obravnava bolnika individualna in celovita z upoštevanjem psihosocialnih posebnosti in problemov, ki jih bolnik doživlja. Tudi na tem področju se je potrebno z bolnikom pogovoriti, mu predstaviti možne rešitve in s strinjanjem bolnika najti najboljšo rešitev. Wilde (2003) navaja, da so bolniki z dolgotrajno vstavljenim katetrom potrebovali skoraj leto dni, da so se navadili nanj in ga sprejeli. Poleg tega je kateter motil njihovo družbeno življenje in dobro počutje. Zaskrbljenost v družbi je povzročal strah pred puščanjem urinske vrečke, strah pred zadahom, zamašitvijo katetra ali potreba po praznitvi vrečke v javnosti ali izven doma.

Z *družbenega stališča* ni namen izpostavljati, kakšen odnos ima družba do bolnikov z motnjami izločanja in odvajanja. Če bi družba imela povsem pozitiven odnos, bolniki ne bi imeli občutka stigmatizacije zaradi svojih problemov, jih ne bi skrivali in bi se o njih lahko sproščeno pogovarjali. V družbi namreč še vedno veljajo pravila norme in normalnega in vsi odkloni od norme človeka izpostavljajo kot posebnega, zaznamovanega, stigmatiziranega. Bolniki z urinskim katetrom so zaradi pripomočka pogosto v zadregi, jih je sram in se počutijo stigmatizirane in ranljive (Wilde, 2003).

Vstavljen urinski kateter za daljše obdobje je za bolnika lahko tudi družbeni problem. Zaradi motene spolne funkcije se lahko spremenijo odnosi v družini. Posameznik z moteno spolno funkcijo pa je lahko družbeno izpostavljen kot manjvreden (posebno moški, ki se identificirajo s spolno zmožnostjo), ali pa sam pri sebi doživlja občutke manjvrednosti (spremenjeno doživljanje sebe in svoje telesne podobe).

Tudi naše, strokovno stališče do motenj izločanja je družbeno stališče. Zaposleni v zdravstveni negi prav tako predstavljamo »družbo«, ki s svojimi stališči in odnosi sprejema ali odklanja določene načine ravnanja in razmišljanja. Zdravstveni delavci bi se morali vprašati, kaj je pri posameznih življenjskih aktivnostih, v tem primeru pri izločanju, bolj naravno, normalno, na kakšen način je možno bolnikom bolje ali prej pomagati, in se izogibati rutinski obravnavi bolnikov. Vstavljen urinski kateter nenazadnje vpliva na kakovost življenja (Tovornik, 2003). Spremljajo ga zapleti kot bakteriurija, ki kadarkoli lahko preide v vnetje mehurja (Saint, 2000; Cravens in Zweig, 2000) ali ledvic (Madigan, Felber, 2003), spazmi mehurja in bolečine (Sulzbach, 2002), zamašitev katetra, nalaganje kristalov v kateter ali nanj (Madigan, Felber, 2003), razjeda sečnice zaradi pritiska samega katetra ali še pogosteje zaradi vlečenja katetra, zatekanje urina ob katetru in drugi.

Kdaj nastopijo etične dileme

Največje etične dileme v zvezi z vstavljanjem urinskih katetrov izvirajo prav iz (ne)strokovnega odnosa do tistih bolnikov, ki so najbolj ranljivi (izpostavljeni tem problemom) in nezmožni soodločati ali v celoti odločati o sebi in se znajdejo v položaju odvisnosti in podrejenosti. Starejši bolniki, zelo prizadeti bolniki (bolniki v terminalni bolezni, stanja po CVI, po poškodbah...), duševno moteni bolniki namreč v sistemu zdravstvenega varstva težko izražajo svoja stališča, želje in potrebe. Pri teh bolnikih zdravstveni delavci pogosto prevzamemo pobudo za odločanje (pozicija moči, v kateri bolnik »nima besede«), bolnike izključimo kot nesposobne soodločanja, včasih jih celo stigmatiziramo kot zmedene, neracionalne, nesposobne izražanja in zaznavanja, namesto da bi zagovarjali njihove koristi. Bolnikom neupravičeno odvzamemo pravico do avtonomnega odločanja, saj jih o svojih namenih in postopkih pogosto niti ne obveščamo. Takim »označenim« bolnikom že ob sprejemu

vstavimo urinski kateter, ob predpostavki, da bodo inkontinentni, in niti ne preverjamo dejanskega stanja ali se ne potrudimo, da bi kontinenco vzdrževali z drugimi pristopi. Prednosti enostavnejše oskrbe bolnika (naše koristi) postavimo pred koristi bolnika in se nam tako dejanje zdi povsem normalno in ustrezno, čeprav ima lahko škodljive posledice.

Z vstavitvijo urinskega katetra onemogočimo naravno odpornost organizma proti okužbi, ki sestoji iz tesno stisnjenega sfinktra uretre in rednega spiranja uretre in mehurja ob izločanju (Mallik, Hall, Howard, 1998). Posledica je okužba uretre in mehurja prek urinskega katetra.

Naslednja stopnja pri bolniku je izguba funkcije izločanja na kognitivni ravni, ker bolnik v svoji miselni shemi sčasoma izgubi občutek in potrebo po izločanju, kar se zelo hitro lahko zgodi pri zgoraj omenjenih bolnikih. Na fizični ravni se funkcija izgublja zaradi neaktivnosti/neraztezanja mišic mehurja. Z dolgotrajno vstavitvijo urinskega katetra s prostim pretokom urina bolniku psihofizično škodujemo. Ob odpustu potem bolnika strokovno zaznamujemo kot inkontinentnega (tudi če ob sprejemu ni bil), čeprav bi na tak način izgubljeno funkcijo izločanja praviloma morali imenovati hospitalizem. Hospitalizem pomeni v zdravstveni ustanovi pridobljeno bolezen, poškodbo ali drugo stanje, kamor lahko uvrstimo tudi zaradi nestrokovnosti izgubljeno življenjsko aktivnost bolnika. Stigmatizacija bolnika kot inkontinentnega, čeprav ni ali ob sprejemu ni bil, pomeni grobo nespoštovanje človekovega dostojanstva. Ob odpustu ali premestitvi bolnika v drugo ustanovo pa običajno strokovno nikogar več ne zanima, ali bo bolnik pridobil oziroma kako bo ponovno pridobil izgubljeno funkcijo izločanja, ali bo vse življenje odvisen od urinskega katetra in kako se bo soočal z vnetji sečnega mehurja, kar so redni zapleti vstavljenih urinskih katetrov.

Dileme, ki se pojavljajo ob množičnem vstavljanju urinskih katetrov bolnikom v naši vsakodnevni praksi, zadevajo strokovnost in etiko. Na splošno bi jih lahko združili v naslednjih točkah:

- Ali je prav, da je urinski kateter sredstvo izbora za uravnavanje (motenj) izločanja ali bi s strokovnega stališča (tako medicine kot zdravstvene nege) morali opredeliti indikacije in druge načine obravnave;
- ali ob odločanju za vstavitev urinskih katetrov spoštujemo bolnika, njegove psihofizične zmožnosti in sposobnosti, pravico do so- in samoodločanja, bolnikovo dostojanstvo;
- ali se v naših odločitvah odraža skrb za bolnika v celostnem pomenu ali nas pri odločanju vodijo naše koristi;
- ali je etično in strokovno, da pri svojem delu ne upoštevamo načel in stališč, ki so znanstveno utemeljena in tako zavestno škodujemo bolniku.

Vemo, da strokovno odločitev za vstavljanje urinskega katetra sprejme zdravnik. Zelo pogosto pa prav medicinske sestre spodbujajo vstavitev urinskega katetra, čeprav brez posebne indikacije (Sulzbach, 2002). Kot zagovornice bolnikovih koristi bi medicinske sestre, ki ob bolniku preživijo največ časa, prve morale skrbeti za bolnikovo čim bolj naravno izločanje, v zdravstvenem timu pa dajati pobude za odstranitev urinskega katetra, ki ni absolutno indiciran, čim bi zaznale možnost drugačnega uravnavanja bolnikovega problema izločanja. To seveda pomeni več aktivnosti zdravstvene nege in večjo obremenitev zaposlenih, vendar je do bolnika veliko bolj etično in strokovno od klasičnih odločitev.

Sklep

Vsak medicinsko tehnični poseg in postopek v zdravstveni negi spremljajo strokovne in etične smernice. Etična načela nas usmerjajo v individualno obravnavo bolnika, pri kateri že pri odločanju za postopek/poseg v bolnikovo telo ugotavljamo prednosti in slabosti odločitve in izbiro tiste možnosti, ki je za bolnika najbolj ustrezna, najboljša, najmanj škodljiva. Postopki in posegi pri bolnikih ne morejo biti rutinski, kajti rutinski pristop izgubi sestavine namena, cilja in varnosti za bolnika, ki je individualno bitje z lastnimi potrebami, odzivanji, občutki in doživljanji, pravicami, vrednotami in vlogami.

Vstavljanje urinskih katetrov je v naši praksi sorazmeroma rutinski postopek. Analiza prakse kaže, da smo ob rutini pozabili na bolnika in da je tudi skrb za izločanje usmerjena bolj v naše nadziranje izločanja kot v bolnikovo življenjsko aktivnost, ki jo je potrebno ohranjati ali ponovno vzpostaviti. Še bolj smo zanemarili psihosocialne vidike, ki spremljajo dolgotrajne vstavitve urinskih katetrov. Glede na številne etične dileme, s katerimi se soočamo pri vstavljanju urinskih katetrov, bi morali na strokovni ravni opredeliti indikacije za uravnavanje motenj izločanja z urinskimi katetri in bolniku na osnovi njemu lastnega doživljanja in soodločanja omogočiti druge možne nadomestne načine. Velikega pomena je informiranje in poučevanje bolnika za pravilno samooskrbo.

Etičnega ali neetičnega ravnanja ne moremo izražati s statističnimi podatki. Neetično ravnanje in škoda, ki jo bolnik pretrpi, je vedno individualna, kar je potrebno upoštevati tudi pri odločitvi za vstavitev urinskega katetra.

Literatura

1. Bandman EL, Bandman B. Nursing ethics through the life span. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1995.
2. Bishop, AH, in Scudder, JR. The Practical, Moral and Personal Sense of Nursing. Albany: State University of New York Press, 1990.
3. Cravens DD, Zweig S. Urinary catheter management. Am Fam Phys, 2000; Jan. 15. http://www. aafp.org/afp/20000115/369.html.

4. Curtin L, Flaherty MJ. Nursing ethics, theories and pragmatics. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1982.
5. Jain P, Parada JP, David A, Smith LG. Overuse of the indvelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. Arch Intern Med, 1995; 155: 1425–9.
6. Madigan E, Felber D. Care of patients with long-term indwelling urinary catheters. Online Journal of Issues in Nursing 2003; http://www.nursingworld.org/ojin/hirsh/topic2/tpc2_1.htm
7. Mallik M, Hall C, Howard D. Nursing knowledge & practice: a decision making approach. London: Bailliere Tindall, 1998.
8. Matteson MA, McConnell ES, Linton AD. Gerontological nursing: concepts and practice. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.
9. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing: concepts, process & practices. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1996.
10. Roe BH, Brocklehurst JC. Study of patients with indwelling catheters. J Adv Nurs, 1987; 12(6): 713–9.
11. Saint S. How to prevent urinary catheter-related infections in the critically ill. J of Crit Ill, 2000; 15(8): 419–23.
12. Sulzbach LM. Ask the experts. Crit Care Nurse, 2002. http://www.looksmart.com
13. Šmitek J. Vloga profesorja zdravstvene vzgoje na kliničnem oddelku. Diplomsko delo. Pedagoška fakulteta in Visoka šola za zdravstvo. Ljubljana, 1998.
14. Tovornik M. Kakovost življenja s stalnim urinskim katetrom.v Gantar M. ur. Inkontinenca urina in blata: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Laško, 17. in 18. marec 2003, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, Ljubljana: 2003.
15. Wilde MH. Life with indwelling urinary catheter: the dialectic of stigma and acceptance. Qual Health Res, 2003; 9(13): 1189–204.
16. Yeo M, Moorhouse A. Concepts and cases in nursing ethics. 2nd ed. Peterboroug: Broadview Press, 1996.

STOME, RANE, INKONTINENCA – AKTIVNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

simpozij z mednarodno udeležbo

Zbornik predavanj

3., 4. in 5. marec 2011
Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankaran

Organizator:

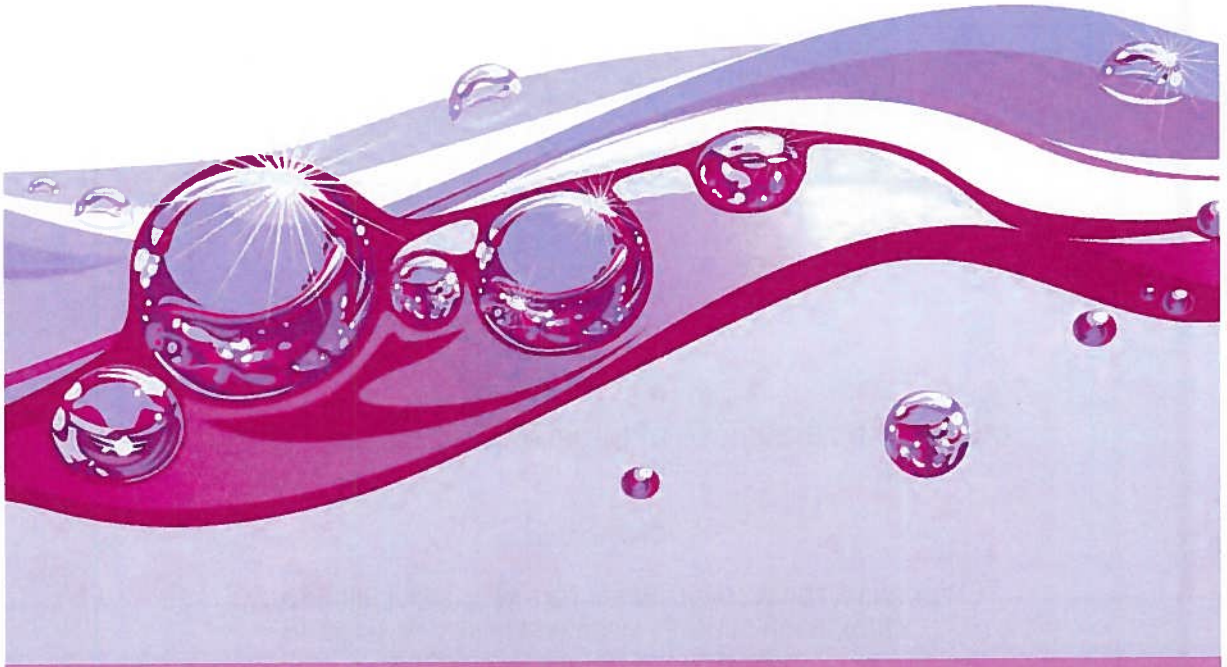
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ENTEROSTOMALNI TERAPIJI

STOME, RANE, INKONTINENCA –

AKTIVNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

Simpozij z mednarodno udeležbo



3., 4. in 5. marec 2011,

Mladinsko zdravilišče in letovišče
Debeli rtič, Ankaran

STOME, RANE, INKONTINENCA – AKTIVNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI
Simpozij z mednarodno udeležbo
3., 4. in 5. marec 2011

Urednici:	Suzana Majcen Dvoršak mag. Darija Šćepanović
Recenzenta:	mag. Tamara Štemberger Kolnik Igor Karnjuš
Organizacijski odbor:	mag. Tamara Štemberger Kolnik Boža Hribar Dragica Tomc
Programski odbor:	Suzana Majcen Dvoršak Vanja Vilar Anita Jelar Slatner Renata Batas
Lektor:	Teo Šinkovec
Oblikovanje:	Studio Ark, Manca Švara
Založila in izdala:	Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji
Tisk:	Camera d.o.o.
Naklada:	200 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-008.22-083(082)
616-089.86-083(082)

STOME, rane, inkontinenca - aktivnosti v zdravstveni negi : simpozij z mednarodno udeležbo, 3., 4. in 5. marec 2011, Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankaran : zbornik predavanj / organizator Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji ; [urednici Suzana Majcen Dvoršak, Darija Šćepanović]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2011

ISBN 978-961-91336-9-9
1. Majcen Dvoršak, Suzana 2. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji
254883584

ETIČNE DILEME V ZDRAVSTVENI NEGI – PACIENT Z INKONTINENCO

ETHICAL DILEMMAS IN NURSING CARE – PATIENT WITH INCONTINENCE

Darinka Klemenc, dipl.m.s.
Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
predsednica@zbornica-zveza.si

IZVLEČEK

Uvod: Urinska in/ali fekalna inkontinenca pomenita za posameznika in njegovo okolico hudo psihično, telesno, socialno in ekonomsko obremenitev; gre za osebni, družinski, zdravstveni in družbeni problem prizadetega in njegovih bližnjih. S tem področjem se soočajo tudi medicinske sestre enterostomalne terapevtke. Pri svojem delu se srečujejo z vrsto situacij, predpisov, etičnih dilem, povezanih zlasti s pacientovimi pravicami. V prispevku so opisani osnovni pojmi za razumevanje zdravstvene obravnave pacientov z inkontinenco tudi v odnosu na etični vidik. Naštete so nekatere etične dileme iz kliničnih okolij, s katerimi se medicinske sestre pogosto srečujejo, ko se morajo odločati med dvema možnostma in nobena ni posebno dobra za pacienta; tehtajo strokovne odločitve, kaj bi bilo najboljše za pacienta in njegovo okolico. Ob tem ne moremo prezreti pacientovih pravic, npr. pravico do zasebnosti in spoštovanja človekovega dostojanstva. V zaključku so podani konkretni izkustveni primeri, koristni za vsakdanjo prakso pri delu z inkontinentnimi pacienti.
Metoda: Izveden je bil pregled literature. Za iskanje so bile uporabljene naslednje baze podatkov: Virtualna knjižnica Slovenije, Obzornik zdravstvene nege in brskalnik Google.
Rezultati: S pregledom literature je bilo ugotovljeno, da s strokovnega področja etike v zdravstveni negi v povezavi z inkontinenco ni veliko zapisanega, zlasti ne v domači strokovni literaturi. Obstaja pa v R Sloveniji več

Poleg tega se bomo bolj pogosto osredotočali na preventivo, naj bo v praksi ali zgolj z edukacijo. Kako že pravijo? Preventiva je boljša kot kurativa.

LITERATURA

1. Matteson MA, McConnell ES, Linton AD. Gerontological nursing: concepts and practice. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.
2. Meglič L., Moje srečanje z inkontinenco. Revija Naša lekarna. Dostopno na: www.nasalekarna.si/clanki/clanek/moje-srecanje-z-inkontinenco/
3. Šmitek J., Etika v praksi - izločanje in vstavljanje urinskih katetrov. Obzornik zdravstvene nege Slovenije, 2004; 38: 319-24.

zakonskih in etičnih določil s tega področja, ki ščitijo človekove/pacientove pravice; del teh lahko prenesemo tudi na zdravstveno nego pacientov z inkontinenco. Medicinske sestre se srečujemo z etičnimi dilemami, na katere ni vedno mogoče dobiti enoznačnih odgovorov.
Razprava: Strokovne odločitve pomenijo temelje zdravstvene nege; temeljiti morajo na protokolih, strokovnih smernicah, standardih, ob upoštevanju poklicnega kodeksa, zakonskih predpisov in dobrih praks. Vsako strokovno odločitev je potrebno pretehtati tudi skozi prizmo poklicne etike in predvideti možne posledice sprejetih odločitev ali opustitev posameznih aktivnosti z vidika telesnega, duševnega, socialnega, pravnega, ekonomskega, družbenega vidika, zlasti še s stališča osebnega pacientovega doživljanja. Pri aktivnosti izločanja posegamo v najintimnejše področje človekove biti.
Sklep: Strokovna na/vodila, ki vključujejo človeka kot celoto in ga presojajo tudi skozi prizmo etičnih načel in pravic, so lahko dobra osnova za ocenjevanje, kaj je prav in dobro za pacienta, pa tudi za zaposlene v zdravstveni negi, ki naj bi se s tem področjem nenehno ukvarjali in o tem kontinuirano izobraževali, tako na ožjih strokovnih področjih, kot na področju zdravstvene zakonodaje in poklicne etike.
Ključne besede: inkontinenca, medicinska sestra, etika, zdravstvena nega

ABSTRACT

Introduction: Urinary and / or faecal incontinence means for the individual and his surroundings severe psychological, physical, social and economic burden, it is a personal, family, health and social problem affected patients and their relatives. This area has also been facing by nurses-enterostomal therapists. Nurses in their workplace find the variety of situations, regulations, ethical dilemmas, particularly related to patients' rights. The paper describes the basic concepts for understanding the treatment of patients with incontinence, including ethical aspect. Some ethical dilemmas in clinical environments are frequently encountered by nurses, where it is needed to decide between two alternatives where none is good for the patient, weighing the good professional decisions for the patient and his surroundings. We must think about patients' rights, for example a right to privacy and human dignity. In conclusion there are given some concrete practical examples, useful for everyday practice in working with incontinent patients.
Method: An overview of the literature. To search were used the following databases: Virtual Library of Slovenia, Obzornik zdravstvene nege and a browser with Google.
Results: The literature review found that the professional ethics of nur-

sing care in conjunction with incontinence is not much written, especially in the domestic literature. In Slovenia there are legal and ethical norms in this field, which protects human / patient rights, most of them can also be found for the patients' care with incontinence. Nurses are faced with ethical dilemmas, which is not always possible to obtain unique answers. **Discussion:** Professional decisions of nursing care must be based on protocols, professional guidelines, standards, having regard to professional ethical code, legal requirements and best practices. Every professional decision should be considered through the prism of the professional ethics, while providing for the possible consequences of the act or omission of individual activities in terms of physical, mental, legal, economic, social aspects, especially in terms of patients' personal experiences. Regarding incontinence nurses manage into the most intimate area of human being. Conclusion: The professional guidelines, including human being as a whole, further through the prism of ethical principles and patients' rights are a good basis for continuous evaluation of what is right and what is good for patients and staff in health care, to be with This area is constantly engaged and continually educate both the immediate areas of expertise such as in health law and professional ethics.
Key words: incontinence, nurse, ethics, nursing care

UVOD

Izločanje (urina) in odvajanje (blata) spadata med osnovne življenjske aktivnosti, brez katerih si ne moremo predstavljati življenja. Obe aktivnosti omogočata organska sistema, ki ju sestavljajo posamezni organi z različnimi osnovnimi funkcijami. Od izpada dejavnosti posameznih organov je odvisen način zdravstvene obravnave pacienta. Po rojstvu se normalno vzpostavijo vse osnovne življenjske aktivnosti, tudi izločanje in odvajanje. Odsoten pa je nadzor nad omenjenima funkcijama, ki je povezan z bio-psiho-socialnim razvojem človeka/otroka. Otrok šele pri približno treh letih starosti razvije sposobnost nadzora nad izločanjem in odvajanjem. Pri tem ima pomembno vlogo tudi družbeno okolje oziroma pričakovanja (Šmitek, 2004). Inkontinenca ni bolezen, niti ni neogibna posledica staranja. Je le simptom ali skupek simptomov, ki so rezultat različnih motenj. Nekatere od njih bi lahko preprečili ali uspešno zdravili. Tudi pri tistih, ki jih ne moremo ozdraviti, lahko izboljšujemo kakovost življenja. Približno do petega leta starosti se človek nauči izločati telesne izločke na socialno sprejemljivem kraju in ob socialno primernem času. To sposobnost imenujemo kontinenca. Ko to sposobnost izgubimo, nastopi inkontinenca. Poleg dojenčkov in majhnih otrok, ki so edina skupina z dopustno inkontinenco, so lahko inkontinentni tudi šolski otroci, mladostniki, odrasli in starostniki (Klemenc, 1995).

Podatki raziskave, ki je bila opravljena v treh domovih za starejše - v Kopru, Izoli in Novi Gorici - kažejo, da ima težave z urinsko inkontinenco kar 45,4 odstotkov anketirancev (Trobec, Ličen, Žvanut et al., 2010). Statistični podatki kažejo, da je v slovenskih domovih za starejše inkontinentnih kar 57 odstotkov žensk (Lukanovič, 2002, Trobec, Ličen, Žvanut et al., 2010). Kontinenca blata in urina je namreč tudi pričakovana družbena norma in predstavlja pomemben korak pri otrokovi neodvisnosti. Vzpostavitev kontinence pomembno vpliva na otrokov - človekov razvoj in njegovo zavedanje dostojanstva. Ker predstavlja družbeno normo in se pojmuje kot nekaj normalnega, je kontinenca zelo pomemben dejavnik pri dojemanju človekove samopodobe. Ko pacient izgubi nadzor nad izločanjem in ga opredelimo kot inkontinentnega, mu to lahko povzroči hudo duševno travmo in spremeni njegovo samopodobo. Samopodoba je sestavljena iz štirih glavnih predstav o sebi: *osebnostne identitete, telesne podobe, samospoštovanja ali samovrednotenja in zaznavanja družbene vloge* posameznika. Pri izgubi življenjskih aktivnosti, ki predstavljajo del normalnega človeka ali življenja, pride do motenj v samopodobi, najbolj do motenj telesne samopodobe. Odstopanja v telesni samopodobi lahko nastanejo zaradi izgube nadzora

nad telesno funkcijo, izgube telesne funkcije ali zaradi spremembe fizičnega videza (Matteson, McConell, Linton, 1997, Šmitek, 2004).

Po Klemenc (1995) so skupne značilnosti in težave inkontinentnih pacientov:

- pacient mora vedno premišljevati o tem, kako bo prišel do stranišča, pa naj gre v službo (pogoste so bolniške odsotnosti in predčasne invalidske upokojitve), trgovino (vedno obiskuje iste trgovine), gledališče ali na obisk (postopoma opusti družabno življenje);
- zaradi neprestanega strahu pred odkritjem problema, pred neprijetnim vonjem in vidno mokroto, se izogiba bližine drugih ljudi in je nesproščen v komuniciranju;
- težavo skriva pred drugimi, včasih celo pred partnerjem, ki ga tudi intimno zavrača;
- brez razlage se umika v samoto;
- izogiba se telesnim naporom, nošenju težjih bremen in športu;
- izogiba se potovanjem, predvsem prevozu z javnimi sredstvi;
- zbrane ima vse informacije o javnih straniščih v mestu; pogosto jih tudi uporablja, da preveri svoje stanje »za vsak primer« (Klemenc, 1995).

Poleg zgoraj omenjenih in še dodatnih težav so z inkontinenco povezani tudi finančni izdatki. Ne glede na kraj oskrbe inkontinentnega pacienta (bodisi na domu, v domu starostnikov, v bolnišnici) moramo mokre predloge pogosto menjavati. Mnogokrat moramo zamenjati tudi spodnje perilo in celo zgornja oblačila. Vzdrževanje vsega naštetega povečuje izdatke in terja čas. Poleg ekonomske je tu navzoča še psihična obremenitev, tako za pacienta kot za negovalca. Tu lahko dodamo še mnogokrat prezrto stisko starejših ljudi, ki se niso bili vajeni slačiti pred drugimi, zdaj pa so prisiljeni svojo goloto razkazovati komerkoli, ki mu je pripravljen nuditi pomoč (Klemenc, 1995).

ETIČNI VIDIK

Vsaka obravnava pacienta, naj bo telesna, duševna ali družbena, je povezana s strokovnimi in etičnimi smernicami. Poseg v njegovo telo ni samo tehnični postopek, pri katerem določamo korake in način izvedbe, ampak predstavlja celovito dejanje, ki vključuje tudi predvidevanje bio-psiho-socialnih posledic, dobrih ali slabih. Ko presojamo o svojih odločitvah in dejanjih s stališča dobrega ali slabega, gre za etično presojo. Ko utemeljujemo potrebnost določenega postopka, gre za strokovno presojo. Strokovnost in etika sta v zdravstveni negi tesno povezani, tako Bishop in Scudder (1990) enačita obe področji in trdita, da mora biti tisto, kar zaznavamo kot strokovno, tudi etično in obratno, kar je v zdravstveni negi etično, mora biti

tudi strokovno. Obe stališči morata pacientu, tako v namenu kot v posledicah, zagotoviti dobro (oziroma dobrobit), pravilno (v postopku), koristno (za pacienta) in sočutno ravnanje. Strokovne smernice določajo indikacije, namen, način in kakovost postopka ter vključujejo varovalne mehanizme, ki zagotavljajo načelo neškodljivosti. To je poleg dobronamernosti osnovno biomedicinsko načelo. Etične smernice so tiste, ki opravičujejo namen posega v pacientovo telo s stališča dobrega, pravilnega in koristnega. Etične smernice v tem kontekstu celovito obravnavajo vse dejanske ali možne bio-psihosocialne okoliščine, ki pri določeni obravnavi/posegu nastopijo in vodijo naše strokovne odločitve. Kadar smo v dvomu, ali je naše delovanje oziroma odločanje res v korist pacientu ali mu morda celo škoduje, govorimo o etični dilemi (Šmitek, 2004).

Z antropološkega vidika telo ni naravna, ampak kulturna entiteta. Pomembni so estetski standardi; kar je v nekem primeru sprejemljivo, v drugem ni. Gre tudi za vidik, kateri del telesa je "čist" in kateri "umazan". Umazano je v vseh kulturah povezano z gnusom. Gnus je kulturna reakcija na nečiste oziroma na umazane snovi, kot so izločki: menstrualna kri, slina, urin, blato, odstriženi nohti itd. Prav tako v vseh kulturah umazano povezujejo z nevarnim, kot tistim, ki onesnaži čisto. Dokler je nekaj del telesa, je to čisto, ko je odstranjeno, pa postane nečisto. Podobno kot družbeni tabuji pripravijo človeka do tega, da zavrača nečiste stvari, tako zavrača tudi odnos oziroma druženje z umazanimi ljudmi. Umazani ljudje so strogo kontrolirani, so marginalizirani, živijo zunaj socialnih okolij, na posebnih lokacijah, ponavadi nosijo drugačna oblačila in prakticirajo drugačne socialne prakse. V očeh večine niso "normalni" člani okolja. Zaradi "umazanije" jih stigmatizirajo. V njihovih očeh so umazani ljudje nenehno v stiku z izločki, z blatom; ker torej živijo v "umazaniji", so tudi nevarni. Edina rešitev zanje je, da se ločijo od umazanije; samo odstranitev izločkov je kulturno sprejemljiva. To pomeni intervencijo, ki lahko traja le minuto ali dve, s katero človek izloči umazanijo in postane sprejemljiv za življenje v nestigmatiziranem kulturnem okolju (Godina, 2008).

Kontinenca blata in urina je namreč tudi pričakovana družbena norma, ki otroku predstavlja pomemben korak na poti do njegove neodvisnosti. Vzpostavitev kontinence pomembno vpliva na otrokov – človekov razvoj in zavedanje dostojanstva. Ker jo družbena norma pojmuje kot nekaj normalnega, je kontinenca zelo pomemben dejavnik pri dojemanju človekove samopodobe. Ko pacient izgubi nadzor nad izločanjem in je opredeljen kot inkontinenten, mu to lahko povzroči hudo duševno travmo in spremeni samopodobo. Samopodoba je sestavljena iz štirih glavnih predstav o sebi: osebnostne identitete, telesne podobe, samospoštovanja ali samovrednotenja in zaznavanja

družbene vloge posameznika. Pri izgubi življenjskih aktivnosti, ki predstavljajo del normalnega človeka ali življenja, pride do motenj v samopodobi, najbolj do motenj v telesni podobi. Odstopanja v telesni podobi lahko nastanejo zaradi izgube nadzora nad telesno funkcijo, izgube telesne funkcije ali zaradi spremembe fizičnega videza (Matteson, McConell, Linton, 1997; Šmitek, 2003).

Izguba telesnih funkcij je le del problema; običajno se ji sekundarno pridružijo še občutek sramu, krivde (zaradi odvisnosti od drugih), izogibanje socialnim stikom, zapiranje vase in druge osebnostne motnje. Kako pacient doživlja samopodobo zaradi motenih funkcij izločanja in odvajanja je odvisno tudi od spola in življenjskega obdobja. Tej načeti samopodobi pa se običajno pridružijo še drugi pacientovi osebni problemi, kot so na primer nezmožnost izbire partnerja, okrnjena spolna funkcija, nezmožnost spolnega življenja in drugo. Zato motenj pri izločanju in odvajanju ne smemo obravnavati le kot pacientov fizični problem, še manj pa kot izključno medicinski ali negovalni problem, kar se v večini primerov dogaja (Šmitek, 2003).

Ali kot pravi Brložnikova (2003): »Problem na prvi pogled ni pereč (Uhajanje vode, kaj je pri tem tako hudega?). Ko pa je človek v domačem okolju, je to čisto drugače kot v bolnišnici, kjer je vedno pri roki medicinska sestra... Tudi uporaba nočne posode ali pleničk se zdi v bolnišnici čisto nekaj drugega kot doma.« Ob vsem tem pa je tu še pacientov strah, da se mu bo kdo posmehoval, češ da je kot dojenček, ali naj se počasi pripravi na smrt (Kakšno življenje pa je to, če še na vodo ne moreš več tako kot včasih?). Za pacientove stiske ima medicinska sestra izostren čut, veliko razumevanja in upošteva pacientove prioritetne potrebe. Seveda se bo vedno našel pacient, ki bo ponujeno pomoč in podporo odklanjal, čeprav bi bilo za vse veliko lažje, če bi jo sprejel. Po drugi strani pa medicinske sestre pri svoje delu doživijo tudi lepe trenutke, ko na primer srečajo starejšo gospo, staro 85 let, ki je vedra in nasmejana, saj je prej živela doma sama v zaudarjajočem stanovanju, nesrečna, ker se je zavedala svojega stanja... S preprosto uporabo predlog pa je ponovno zaživela; hodi na izlete, na sestanke, redno v cerkev, vedno ima okoli sebe ljudi in skupaj se zabavajo (Brložnik, 2003).

ETIČNE DILEME

Razlika med problemom in dilemo je, da za problem obstaja potencialna rešitev. Pri dilemi pa rešitve nimamo; odločiti se moramo za eno od več možnosti, ki pa so vse enako težke, slabe ali celo nemogoče. To se dogaja v

mnogih življenjskih situacijah. Pogosto ima vsaka od ponujenih možnosti enako težke posledice. V bistvu ni izbire. Vse skupaj je še veliko težje, če zadeva ljudi iz naše bližine ali tiste, za katere smo odgovorni ali smo jim odgovorni (Tschudin, 2004).

Iz rezultatov raziskave, ki jo je Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana opravilo leta 2001, je razvidno, da se v Sloveniji kar 45,3 odstotka medicinskih sester vsak dan sprašuje o etičnosti svojega ravnanja (N=1038) in le 2,1 odstotka o tem nikoli ne razmišlja. Raziskava je tudi pokazala, da so najpogostejše kršitve neupoštevanje standardov zdravstvene nege in zaupnosti podatkov, kršitve pacientovega dostojanstva, neupoštevanje telesne zasebnosti pacienta, kršitve pravic pacienta in neupoštevanje zasebnosti pri razgovoru (Kvas, 2004). Da je etični vidik v zdravstveni negi enako pomemben kot izvajanje zdravstvene nege, je v isti raziskavi zatrdilo kar 90,6 odstotkov vprašanih. Šmitkova (2001) poudarja, da je za zdravstveno nego poleg "vedénja, da" zelo pomembno "vedeti, kako" delovati etično. Da medicinske sestre premalo pozornosti namenjajo etičnemu razmišljanju v vsakodnevni praksi, trdi tudi Tschudinova (2004), saj pogosto ne zaznavajo etičnega pomena, ki se vsakodnevno izraža v odnosih s pacienti ali v odnosih sodelavcev do pacientov. In ravno zato pogosto o tem molčijo (Velepič, 2009).

Dileme, ki se pojavljajo ob množičnem vstavljanju urinskih katetrov pacientov v naši vsakodnevni praksi, zadevajo strokovnost in etiko. Na splošno bi jih lahko združili v naslednjih točkah:

- ali je prav, da je urinski kateter sredstvo izbora za uravnavanje (motenj) izločanja ali bi s strokovnega stališča (tako medicine kot zdravstvene nege) morali opredeliti indikacije in druge načine obravnave;
- ali ob odločanju za vstavitev urinskih katetrov spoštujemo pacienta, njegove psihofizične zmožnosti in sposobnosti, pravico do so- in samoodločanja, njegovo dostojanstvo;
- ali se v naših odločitvah odraža skrb za pacienta v celostnem pomenu ali nas pri odločanju vodijo naše koristi;
- ali je etično in strokovno, da pri svojem delu ne upoštevamo načel in stališč, ki so znanstveno utemeljena in tako zavestno škodujemo pacientu (Šmitek, 2004).

PREGLED UGOTOVITEV

Kljub temu, da pri zdravstveni negi in oskrbi inkontinentnega pacienta medicinska sestra upošteva načela etičnega kodeksa, obstoječo zakonodajo s

področja človekovih/pacientovih pravic, tudi zakonodajo s področja varovanja podatkov, je pri izvajanju življenjskih aktivnosti in pri drugih opravilih (komuniciranje, rokovanje z zdravstveno in negovalno dokumentacijo, s pacientovimi osebnim in zdravstvenimi podatki) veliko možnosti kršenja etičnega kodeksa in zakonodaje o pacientovih pravicah. Prav tako se večkrat lahko pojavljajo etične dileme, povezane s področjem zdravstvene nege in oskrbe, tako v domačem okolju kot v bolnišnici ali kateri drugi ustanovi. Kakorkoli jih skušamo reševati, ni enoznačnih rešitev; ponavadi tehtamo med dvema manj dobrima možnostma.

Po Šmitkovi (2004) vsak medicinsko tehnični poseg in postopek v zdravstveni negi spremljajo strokovne in etične smernice. Etična načela nas usmerjajo v individualno obravnavo pacienta, pri kateri že pri odločanju za postopek/poseg v pacientovo telo ugotavljamo prednosti in slabosti odločitve in izbiramo tisto možnost, ki je za pacienta najbolj ustrezna, najboljša, najmanj škodljiva. Postopki in posegi pri pacientih zato ne morejo biti rutinski, kajti rutinski pristop izgubi sestavine namena, cilja in varnosti za pacienta, ki je individualno bitje z lastnimi potrebami, odzivanji, občutki in doživljanji, pravicami, vrednotami in vlogami.
Poleg lastne prizadetosti ob pojavu inkontinence se prizadeti srečujejo tudi z odnosom (bližnjih) drugih do njihove težave. Večina ljudje, vključno z zdravstvenimi delavci, ne prenašajo dobro pogleda na telesne izločke, vsaj nekatere. Tudi medicinske sestre niso izjeme in jih ni malo, ki jim je zdravstvena nega pacienta z inkontinenco neprijetna in težko sprejemljiva. Po Godini (2008) so pomembni estetski standardi, ki določajo, kateri del telesa je "čist" in kateri "umazan". Izločki so sami po sebi nečisti, smrdeči. Ker otroke v našem kulturnem okolju ob navajanju na čistočo (še zmerom) vzgajamo s stereotipi, češ "lulanje in kakanje je fuj" in torej nespodobno, jih bo morebitni drugačen način odvajanja prizadel do te mere, da bodo odklanjali že sam pogled na spremembo svojega telesa in enako velja tudi za njegove starše. In če kje, se prav pri otrocih odraža pristnost medosebnih odnosov, tudi npr. z izražanjem "gnusa" nad sošolcem s telesno hibo. Otroci kmalu ugotovijo, zakaj je njihov sošolec po novem npr. oproščen telovadbe. Človek ima v različnih obdobjih različen odnos do svojega telesa in zunanjosti, inkontinenca pa je zanj dodatno breme. Kulturna reakcija na "nečistega" človeka je lahko izključitev iz socialnega okolja. Da postane sprejemljiv za življenje v nestigmatiziranem kulturnem okolju, poskrbimo s pripomočki, higiensko oskrbo (Godina, 2008; Klemenc, 2008).
Skupne značilnosti in težave inkontinentnih pacientov, kot so neprestano iskanje stranišča, strah pred neprijetnim vonjem, vidno mokroto ali celo

zamazanimi oblačili zaradi fekalne inkontinence, zahajanje v določene trgovine, lokale, izogibanje prijateljem in drugim, celo partnerju, opustitev telesnih aktivnosti, športa, potovanj, nesproščenost v komuniciranju, izogibanje javnim prevoznim sredstvom in drugo, so povezane s stiskami prizadetih v vseh starostnih obdobjih, vseh slojev, obeh spolov. In predstavljajo izziv medicinskim sestram pri njihovem delu. Ljudje tudi ne zaupajo vedno medicinski sestri, npr. patronažni ali v ambulanti družinske medicine, ker se bojijo, da bi informacija o njihovi težavi prišla v javnost, se razširila po vasi. Zato je delo teh medicinskih sester zahtevno tudi po tej plati – varovanje pacientovih podatkov na najboljši možni način. Ne nazadnje so po zakonu dolžni to tudi početi. Težko bi našli razlog za kršitev etičnega načela o spoštovanju človekove zasebnosti v tem pogledu (Klemenc, 1995).

Komu in kdaj posredovati informacijo o pacientovem zdravstvenem stanju, kamor spada tudi področje in/kontinence? Zadeva postane pomembna zlasti ob določenih situacijah, ob planiranem odpustu v domače okolje, še posebej, če je bil pacient prej kontinenten. Kaj sploh lahko medicinska sestra pove in komu?
Sotler in Klemenc (2010) pravita; kljub temu, da se pri posredovanju informacij lahko »naslonimo« na teorije zdravstvene nege, pa največ uporabljamo posredovanje informacij s področij štirinajstih življenjskih aktivnosti po Virginii Henderson (dihanje, prehranjevanje, pitje, izločanje in druge). Pri sporočanju informacij o pacientu lahko naletimo na etične dileme, naredimo napako, presežemo svoje kompetence. Tu se pogosto sprašujemo, kaj je pravilno in kaj ne, do kod seže naša odgovornost, komu lahko posredujemo informacije in komu ne, katere in na kakšen način (osebno, telefonično in drugo), kakšne so lahko posledice dajanja neprimernih informacij? Primerov iz prakse je veliko, spreminjajo se tudi glede na različne dejavnike, ozaveščenost ljudi na tem področju je vedno večja, spreminjajo se zakonodaja, izobrazba, usposobljenost, delovne izkušnje, dinamika dela, medosebni/medpoklicni odnosi v timih.

Nekaj primerov etično spornega posredovanja informacij:

- **neprimeren način:** po telefonu, e-pošti, ko ni mogoče preveriti identitete klicatelja, ob tem pa velike stiske pacientovih bližnjih (npr. akutna stanja, ljudje, otroci);
- **kršenje etičnega kodeksa in zakonodaje:** posredovanje informacij o pacientih na neprimernih mestih (npr. na hodniku, v dvigalu, v mestnem avtobusu, med pogovorom v družbi, v lokalu, na e-socialnih omrežjih);

- **strokovne ali organizacijske napake:** posredovanje informacij: napačnim (nepooblaščenim) osebam, o napačnih pacientih z napačno strokovno vsebino (nepozornost, malomarnost, nepoznavanje primera);
- **preseganje poklicnih aktivnosti in kompetenc:** nedorečenost sporočene vsebine, oblike, naslovnika, neupoštevanje pacientovih pravic (npr. posredovanje histološkega izvida), (Sotler, Klemenc, 2010).

Nekaj etičnih dilem, s katerimi se srečujejo medicinske sestre (izkustveno), kot iztočnice za razpravo:

- kako povedati inkontinentnemu, da zaudarja po telesnih izločkih (urinu, blatu)?
- sprejem v dom starostnikov, ko nastopi inkontinenca...
- kako urejati človeka z inkontinenco v domačem okolju, kam npr. postaviti sobno stranišče, če v majhnem stanovanju ni možnosti za zasebnost?
- kdaj opremiti pacienta z inkontinentnimi pripomočki in kakšne pripomočke izbrati, če jih odklanja?
- uporaba pralnih inkontinenčnih pripomočkov ali tistih za enkratno uporabo (etična dilema tudi v odnosu na varovanje okolja)?
- rokovanje z inkontinenčnim odpadki – kam in kako z uporabljenimi?
- rokovanje s pacientovo dokumentacijo;
- prisotnost bližnjih in inkontinenca (poseg v zasebnost);
- varovanje podatkov o inkontinentnem človeku v domačem okolju (npr. soseska, lekarna, zdravstveni dom);
- dostava pripomočkov za oskrbo inkontinentnega na dom?
- medicinska sestra in priporočanje pripomočkov samo določene firme;
- komunikacija – kako jo prilagoditi pacientu – da se bomo dobro razumeli (npr. poimenovanje moških in ženskih genitalij v "ljudskem jeziku");
- vstavitev urinskega katetra – kot nasilna in "ogrožajoča rešitev" vseh težav;
- siljenje za izločanje v postelji (v plenice) sicer pomičnega pacienta;
- informacije o pacientovem zdravstvenem stanja (kdaj, komu?);
- inkontinenca in bolnišnične okužbe; ali res vedno upoštevamo higiensko epidemiološke predpise za preprečevanje ali zmanjševanje okužb, tudi na pacientovem domu oz. ko nas nihče ne vidi?

ZAKLJUČEK

Vsakdo, ki se je kdaj srečal z inkontinentnim pacientom ali je imel celo sam težave z inkontinenco, bo razumel stiske, nekatere zelo subjektivne, druge objektivne narave, povezane s pojavom inkontinence urina in/ali blata. Velike so tudi psihosocialne obremenitve tako prizadetega kot njegove

okolice. Z inkontinentnim pacientom ravnamo z veliko mero občutka in razumevanja. Individualna obravnava naj bo nujno dejstvo in ne le modna beseda. Strokovna na/vodila, kjer je človek z inkontinenco obravnavan kot celota bio-psiho-socialnega, skozi prizmo etičnih načel in pacientovih pravic, so lahko dobra osnova za stalno tehtanje, kaj je prav in dobro za pacienta. Istočasno pa predstavljajo tudi strokovno in etično ozaveščenost zaposlenih v zdravstveni negi. Nenazadnje bo s tem, kakšna je etična dilema v zdravstveni negi inkontinentnega pacienta, postala rešljiv etični problem.

LITERATURA

1. Brložnik M., Bolnik z inkontinenco urina v domačem okolju. V: Gantar M. ur. Inkontinenca urina in blata: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Laško, 17. in 18. marec 2003, Zbornica zdravstvene nege, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, Ljubljana: 2003.
2. Godina V., Spremenjena telesna podoba z antropološkega vidika. Proceedings with Congress Programme. 17th Biennial Congress of the WCET. Ur.: Klemenc D. et. al., Ljubljana, 2008: 120–22.
3. Klemenc D., Urinska inkontinenca. Obzor. Zdr. N. Zbornica Zveza. Ljubljana. 1995; 29: 27-45.
4. Klemenc D., Medicinska sestra - zagovornica pacientovih pravic. Obz. Zdr. N. Zbornica Zveza. Ljubljana. 2004; 38:287-96.
5. Klemenc D., Etika v zdravstveni negi otroka in mladostnika – v odnosu na spremenjeno telesno podobo (stomo). V: Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika. Zbornik predavanj z recenzijo.Ur. Šćepanović D., Černetič A., Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Portorož: 2008:143-53.
6. Sotler R., Klemenc D., Komu in katere informacije lahko sporočamo pacientu in njegovim bližnjim v okviru pristojnosti zdravstvene nege. V:Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo. Ur.: Bobnar A., Zdravstvena fakulteta, Zbornik predavanj / Dan Stane Kavalič, strokovno srečanje, Bobnar A., 2010.
7. Šmitek J., Etika v praksi- izločanje in vstavljanje urinskih katetrov. Obzor Zdr N. 2004; 38: 319–24.

Etične dileme v patronažni zdravstveni negi

Ethical Dilemmas in Community Nursing

Darinka Klemenc
mag. **Tamara Štemberger Kolnik**

Povzetek

Teoretična Izhodišča: Etika kot filozofska disciplina opredeljuje dobro in zlo. Kot taka se umešča v vsakdanjik človeškega življenja, posebno pomembna pa je v poklicih, ki zagotavljajo dobrobit sočloveka. Medicinska sestra je eden od poklicev, ki temelji na skrbi za sočloveka, za pacienta. Patronažna medicinska sestra se kot profil v zdravstveni negi v svojem vsakdanjem stiku s pacientom in njegovo družino ter drugimi bližnjimi še pogosteje in intenzivneje srečuje z različnimi etičnimi dilemami. Hote ali nehote je vpletena v celotno družinsko dogajanje, saj pacienta neguje in oskrbuje v domačem okolju. Namen raziskave je proučiti, s kakšnimi etičnimi dilemami se najpogosteje srečujejo patronažne medicinske sestre v Sloveniji ob svojem delu s pacientom in njegovo družino.

Metoda: Izvedena je bila kvalitativna raziskava. Patronažne medicinske sestre so na rednem letnem srečanju vodij patronažnih služb v zdravstveni zavodih ali kot zasebnice predstavljale etične dileme, ki smo jih pregledali in razvrstili v sklope. V prispevku so etične dileme samo predstavljene. Odgovorili smo na raziskovalno vprašanje: S kakšnimi etičnimi dilemami se v Sloveniji srečujejo patronažne medicinske sestre?

Rezultati: Patronažne medicinske sestre v Sloveniji se srečujejo z mnogimi etičnimi dilemami. Velik pomen zanje predstavlja timski pristop k obravnavi pacienta, samostojnost pri delu medicinske sestre v domačem okolju in strokovno znanje. Pogosto se patronažne medicinske sestre srečujejo z nasiljem v družini, vedno pogosteje tudi s stiskami, povezanimi s socialnimi dejavniki, kot sta osamljenost in revščina.

Razprava: Glede na predstavljene rezultate lahko rečemo, da bi medicinske sestre v patronažnem varstvu potrebovale dodatna znanja s področja zdravstvene zakonodaje in socialnega varstva. Ko se znajdejo v situacijah, kjer same ne znajo ali ne zmorejo izpeljati najbolj optimalne rešitve za pacienta, pa potrebujejo povezovanje s strokovnjaki različnih profesij.

Ključne besede: etika, etika skrbi, etična dilema, patronažna zdravstvena nega

Abstract

Background: Ethics as a philosophical discipline defines good and evil. It forms part of the daily routine and it is particularly important in jobs that provide welfare for others. The nurse is one of the professions based on care for the patient. Family nurse is coming up against various ethical dilemmas in their daily contact with the patient and his family. Intentionally or unintentionally family nurse is invilved in all family events with providing patient care in the home environment.

Method: A quality research has been done. Ethical dilemmas were presented by family nurses at the regular annual meeting of the heads of community nursing services in health institutions. These ethical dilemmas were reviewed and classified into sections. In the article we answered the research question: What ethical dilemmas is facing the family nurse in Slovenia.

Results: Family nurses in Slovenia are confronted with many ethical dilemmas. Team work, autonomy at work and professional competence are of great importance for family nurses. Domestic violence and different social factors such as loneliness and poverty are things family nurses are faced with.

Darinka Klemenc, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije predsednica@zbornica-zveza.si

mag. **Tamara Štemberger Kolnik,** Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Univerza na Primorskem, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija tamara.stemberger@gmail.com

Discussion: Based on the presented results we can say that the nurses in community nursing require additional knowledge in health policy and social secirity. In case where family nurses are not able to find an optimal solution for the patient, they need a cooperation with the experts of different professions.

Key words: ethics, ethics of care, ethical issues, community nursing

1 Teoretična izhodišča

Etika je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) (1994) opredeljena kot filozofska disciplina, ki obravnava človeška hotenja in ravnanja glede na dobro in zlo. Zgodovina piše o modrecih v Aksialni dobi (800 p. n. š.–600 n. š.), ki so o etiki razmišljali v smislu človeka kot moralnega bitja ali človeka kot nemoralnega bitja. Ali je človek dobil edinstven položaj v živalskem svetu prav zaradi morale? To razmišljanje je privedlo do dveh opcij – v eni je človeška narava v bistvu dobra, v drugi pa je človeška narava v bistvu zla in se dobrota lahko pridobi le z vajo (Fernandez-Armesto, 2006a). Nekateri filozofi pa so pojma dobro in zlo kar opredelili kot izpolnjevanje človekovega lastnega interesa. Pod drugo točko jo SSKJ (1994) opredeljuje kot moralna načela, norme ravnanja v določenem poklicu, kot primer navede poklicno etiko. Fernandez-Armesto (2006b) povzema filozofe, ki pravijo, da je ideja morale vir šibkosti. Ljudem preprečuje, da bi razvili svoje prednosti in svojo moč. Prepričan pa je, da se »dobro« vedno izkaže močnejše od zla. Torej sta morala in etika tesno povezani. Tudi Dragoš in Radelj (2011) se strinjata, da je etika teorija o morali, ki govori o tem, zakaj naj ljudje ravnajo na določen način, zakaj nekatere odločitve veljajo za dobre, poštene, pravilne, druge pa za njihovo nasprotje. Torej, kot opredeljuje SSKJ v tretjem delu, pod etiko spada etičnost, ki opredeljuje ravnanje posameznikov ali skupin. Dragoš in Radelj (2011) v eni misli pravita, da etika kot pojem zadeva načela o dobrem in zlu ter določa merila človeških hotenj in ravnanj glede na dobro in zlo. Osebno prepričanje posameznika prav tako vpliva na posameznikovo gledanje in razumevanje etike kot filozofske discipline, ki ima seveda lahko več pomenov; vsak si jo lahko razlaga na različne načine. Vedno pa etika obravnava standarde, ki usmerjajo obnašanje posameznika in skupin ter so povezani z njihovim čustvovanjem, pogledi na svet in vrednotami. Tschudin (2004) pravi, da vsak etični sistem zahteva odsev v moralni drži in povzema Johnsonstona (1994), ki je zapisal, da se etična vprašanja ne nanašajo na vprašanje »Kakšen je ta svet?«, temveč bolj na vprašanje »Kakšen bi ta svet moral biti?«. Etika skuša ugotoviti, kaj je dobro in kaj je prav ter kaj je slabo in narobe; prednost daje potrebi posameznika. V zdravstveni negi etika združuje filozofska stališča in vrednote o moralni dimenziji dela medicinskih sester. Ker so vrednote tako individualne in odvisne od številnih vplivov, so se vzpostavila skupna pravila, ki izpostavijo v različnih poklicnih skupinah osnove in najpomembnejše moralne vrednote ter jih opredelijo kot etična načela v profesionalnih kodeksih. Za medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike je torej zelo pomembno, da pri svojem delu upoštevajo najpomembnejša splošna etična načela: spoštovanje avtonomije, načelo dobronamernosti, načelo neškodljivosti in načelo pravičnosti. Etična načela so vodilo pri sprejemanju etičnih odločitev in moralnem ravnanju. Niso dogmatična in ne predstavljajo absolutne ali nezmotljive resnice. So začetna točka in usmerjajo razmišljanje osebe pri reševanju etičnih dilem. Končna odločitev pa je

vedno odvisna od posameznika. Najpomembnejša etična načela, ki jih predstavlja tudi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Kersnič in Filej, 2006), so: dobronamernost in neškodovanje, pravičnost, avtonomija, pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost (Škrabl in Kvas, 2004). Zgodba, ki jo posameznik pozna, je osnova za etične odločitve in ravnanja. Kersnik (2002) odločitev v družinski medicini, ki jo lahko apliciramo prav tako na odločitve v zdravstveni negi, opredeljuje kot proces izbiranja med več možnimi rešitvami zaznanega vprašanja, v katerem oseba z razmišljanjem prihaja v stanje, ko bi rada nekaj naredila. Odločanje poteka intuitivno, analitično (izkustvo) ali rutinsko (veščine in pravila). Odločanje v družinski medicini je procesno in povezano z velikim številom informacij in sodelavcev, biti mora pravočasno in strokovno ter etično. Kersnik (2002) poudarja predvsem pomen strokovnega in etičnega odločanja v zdravstvu. Prvega povezuje s strokovnim znanjem, pridobljenim v toku študija in vseživljenjskega učenja v celotni delovni dobi kadrov v zdravstvu. Pri etičnem odločanju pa poudari timski pristop k obravnavi pacientov, v katerem sodelujejo različni strokovnjaki zdravstvenih strok in drugi poklici, ki imajo vsak svoje vrednote, cilje in etične norme.

1.1 Etične dileme in odločitve v patronažni zdravstveni negi

Mamhidir, Kihlgren in Sorlie (2007) govorita o etični dilemi, ki nastane, kadar je na voljo več možnosti za obravnavo določenega problema, a vsaj ena od možnih rešitev ne vodi k pozitivnemu izidu in poudarjata, da reševanje etičnih problemov ne temelji zgolj na strokovnjakovih lastnih prepričanjih. Sellin (1999) dodaja, da je v opredelitvi etične dileme pomemben občutek notranjega tehtanja strokovnjaka, ki vključuje dilemo med moralo in močjo. Etična odločitev temelji na tem, da vpleteni strokovnjak nastalo situacijo pogleda z različnih zornih kotov, opredeli natančno naravo problema, prepozna vse vpletene akterje in njihov odnos do pacienta glede na duševne zmožnosti pacienta. Nato pa prioritetno tehta in uravnoteža vse etične različice v luči razpoložljivih možnosti. Avtorica poudarja, da se večina ljudi odloča v skladu s svojim lastnim vrednostnim sistemom. Oseba, ki verjame v neodvisnost, samozadostnost, bo verjetno bolj pogosto dajala v ospredje dobrodelnost. Cipriano, Fletcher in Merkle Sorrell (2004) predstavljajo preventivno delovanje pri vsaki etični odločitvi, ki jo izvede patronažna medicinska sestra. Govorijo o primarni, sekundarni in terciarni preventivi v sklopu etičnega odločanja. Primarna preventiva temelji na uporabi kodeksa etike kot usmeritev v praksi zdravstvene nege. Sekundarna preventiva temelji na tem, da v situaciji, ko patronažna medicinska sestra ne ravna v skladu s kodeksom etike, premisli svoje dejanje, pacientu sporoči svojo napako in se mu opraviči. Terciarna preventiva pa temelji na povezovanju strok, če se problema ne more rešiti na nivoju zdravstvene nege. Poleg tega avtorji postavljajo pravila za učinkovito zagovorništvo pacientov: I. Deluj vedno v zadovoljevanju pacientovih (družinskih in skupnostnih) interesov; II. Deluj vedno v soglasju s pacientovimi (družinskimi, skupnostnimi) željami in navadami; III. Vedno ustrezno obveščaj pacienta (družino ali skupnost); IV. Izvajaj zdravstveno negovalne posege in preventivne obiske dosledno in kompetentno; V. Deluj nepristransko in nudi iskrene in neodvisne nasvete in VI. Ohrani zaupnost pacienta, družine ali skupnosti.

Carpenito-Moyet (2011) povzema NANDA-I (2006), kjer je definirana negovalna diagnoza »*Moralno trpljenje*«, ki je aplikativna na vse medicinske sestre v vseh kliničnih okoljih in se ne uporablja za pacienta, temveč izključno za medicinske sestre.

Medicinske sestre se pri obravnavi pacienta znajdejo v značilnih situacijah, v katerih se mora odločati v korist pacienta ali njegovih družinskih članov. Pri odločanju išče ravnovesje med avtoriteto, odgovornostjo in dolžnostjo do pacienta ter njegovih družinskih članov. Največkrat imajo medicinske sestre več dolžnosti kot avtoritete. Avtoriteta je bolj pripisana zdravnikom, ki predpisujejo diagnostično-terapevtske posege.

V patronažni zdravstveni negi se medicinske sestre dnevno srečujejo z etičnimi dilemami. Ob proučevanju in reševanju etičnih dilem v domačem okolju (v okviru patronažnega zdravstvenega varstva) je za medicinske sestre velikega pomena poznavanje etičnih načel in etičnih teorij, ki pripomorejo k reševanju negovalnih problemov. Sellin (1999) na primeru obravnave pacienta s psihiatričnim obolenjem v patronažni zdravstveni negi (psihiatrična zdravstvena nega v domačem okolju) predstavlja dve uporabni etični teoriji – teorijo utilitaristične etike in deontološke etike. Utilitaristično etiko predstavlja kot načelo koristnosti, ki se osredotoča na morebitne posledice dejanj v večjih skupinah z namenom doseganja najvišjega dobrega ali najvišje koristi za celotno skupino. Medicinska sestra probleme identificira skupaj z vsemi akterji identificiranega problema, najpogosteje so to pacient in njegova družina, osebni zdravnik, medicinske sestre, socialne službe ali predstavniki drugih institucij. Vsi predstavijo svoj vidik nastalega problema, proučijo prednosti in slabosti predlogov in iz tega iščejo primerno rešitev nastalega problema, ki bo predstavljala optimalno rešitev za čim več udeleženih akterjev in bo etično najboljša rešitev. Kopčavar-Guček (2003) opozarja še na določene obveznosti in odgovornosti do pacienta, ki jih ima posameznik v timu. Poudarja, da so povezane s poklicem posameznika in njegovo umeščenostjo v tim, prav to pa naj bi bil nenadomestljiv doprinos posameznika pri obravnavi pacienta. Za tim, ki izpelje za pacienta optimalno rešitev, pa je po mnenju avtorice pomemben etično obvezen, profesionalen in spoštljiv odnos med člani tima. Utemeljitelj deontološke etike, ki jo Juhant (2003) opredeljuje kot etiko dolžnosti, je Kant. Po njem ima etično svoj razlog v nujnosti moralnega delovanja človeka. Sellinova (1999) pravi, da je deontološka etika osnovna etika za sprejemanje odločitev v okviru zdravstveno negovalnih dilem, saj raste iz dolžnosti in obveznosti, ki izhajajo iz odnosa medicinska sestra – pacient in pooseblja načela avtonomnosti, soglasja in verodostojnosti, zaupnosti, dobrodelnosti, preprečevanje škode in pravico.

Kratke ležalne dobe in želja pacienta po oskrbi v domačem okolju so elementi, ki pripomorejo k pogostejši obravnavi pacienta v domačem okolju. Ko govorimo o želji pacienta po oskrbi v domačem okolju, opomnimo na paliativno oskrbo doma. Santos Salas in Cameron (2010) sta izvedli kvalitativno raziskavo, s katero sta proučevali etičnost paliativne oskrbe pacienta s strani medicinskih sester v domačem okolju. V domačem okolju morajo medicinske sestre razviti razumevanje izkušenj posameznika (pacienta) v domačem okolju in le-te vključiti v profesionalno oskrbo pacienta na domu, hkrati pa etično držo do pacienta in njegovih svojcev. Raziskava je pokazala, da je pri patronažnih medicinskih sestrah stalno prisoten občutek, da so v družini gosti, zato so njihove odločitve vedno previdnejše. V primerih obravnave duševnih bolnikov na domu so bile medicinske sestre v dilemi, ali so v hiši gosti ali so s strani pacienta tretirane celo kot vsiljivke. To je pri patronažnih medicinskih sestrah povzročilo veliko udejstvovanje za vzpostavitev dobrih odnosov s pacientom in njegovo družino. Avtorici sta ugotovili še, da je biti »gost« v domovih pacientov za patronažne medicinske sestre stalnica, ki se izrazi tudi v zelo težkih profesionalnih situacijah, kjer morajo patronažne medicinske sestre pri odločanju uporabiti vsa

svoja strokovna znanja in etično držo, kar pa predstavlja podlago za uspešna pogajanja s pacientom in njegovimi svojci. Zanimivo je tudi to, da sta avtorici ugotovili, da so patronažne medicinske sestre neusmiljeno odločene, da ne pustijo pacienta v stiski, kar izhaja iz etike skrbi, ki je osnova etike v zdravstveni negi. Podobno sta ugotavljala Cortis in Kendrick (2003) v kvalitativni raziskavi, kjer sta izvedla intervjuje z medicinskimi sestrami in pacienti manjših migracijskih skupin, katerih norme in prepričanja temeljijo na drugačnih kulturnih osnovah. Avtorja ugotavljata, da je skrb človeška lastnost, ki povezuje, in se izraža skozi odnos pacient – medicinska sestra. Skrb povezujeta s kulturo in etiko; za vzpostavitev občutka povezanosti pacienta in njegove družine z medicinsko sestro pa je najpomembneje, na kakšen način je izražena skrb, torej dajeta velik poudarek na čustveni komponenti skrbi. Pahor (2003) povzema Tronto (1993), ki pravi, da etika skrbi razume skrb kot proces in kot prakso. Človeško dejavnost, ki vključuje vse, kar ljudje delajo, da ohranijo, nadaljujejo in popravljajo svoj svet, avtorica poimenuje skrb. Etiko skrbi razdeli na štiri elemente: I. pozornost, kar pomeni sposobnost prepoznati potrebo po skrbi, II. odgovornost, to je pripravljenost in sposobnost za ustrezno ukrepanje, III. kompetentnost ali posedovanje virov in znanja za zadovoljevanje konkretnih potreb in IV. odzivnost ali vzajemna občutljivost, sposobnost za interakcijo in sprejemanje skrbi. Cortis in Kendrick (2003) opredeljujeta ključne značilnosti etike skrbi v zdravstveni negi na malo drugačen način. Skrb kot: I. vključujoča, univerzalna človeška lastnost, II. čustvena reakcija, III. dinamičen medosebni odnos, IV. terapevtski proces in V. moralna vrednota. Škof (2011) govori o sodobnih etikah, med katere uvršča feministično etiko, skrb, pri kateri poudari pomen avtonomnosti oseb ter hkrati simetrije odnosa med njimi. Odnosa, v katerem se vselej deli posameznikov svet, da v skrbi za drugega vedno skrbi tudi za svet kot celoto, svet, katerega del je. V tem je pravzaprav skrito edino sporočilo etike in njeno nasledstvo.

Patronažna zdravstvena dejavnost je edina samostojna dejavnost v zdravstveni negi v Sloveniji. Medicinske sestre so pri načrtovanju in izvedbi preventivnih obiskov samostojne, pri izvedbi obiskov, ki jih izvedejo na podlagi delovnega naloga, izdanega s strani izbranega pacientovega zdravnika, pa prevzemajo vso odgovornost izvedbe naročenega diagnostično terapevtskega posega. Karlssonova s sodelavci (2010) opisuje patronažno medicinsko sestro z njeno osrednjo vlogo pri skrbi za ljudi in ustvarjanju pogojev, ki izboljšajo pacientovo kakovost življenja. So blizu pacientu in svojcem ter sodelujejo z različnimi strokovnjaki za dosego najboljšega za pacienta. Patronažna medicinska sestra deluje v kompleksnih situacijah v katerih sodeluje z družinskimi člani, je odvisna od drugih strokovnjakov in nima časa za dolg razmislek. To lahko na terenu, v pacientovem domačem okolju, pogosto privede do različnih oblik etičnih dilem.

Namen raziskave je proučiti, s kakšnimi etičnimi dilemami se najpogosteje srečujejo patronažne medicinske sestre v Sloveniji ob svojem delu s pacientom in njegovo družino.

2 Metode

Cilji raziskave so: proučiti etične dileme, s katerimi se srečujejo patronažne medicinske sestre v Sloveniji, ugotoviti, ali se patronažne medicinske sestre pri svojem delu znajo soočati z etičnimi dilemami. Postavili smo si raziskovalno vprašanje, ki se

glasi: »S kakšnimi etičnimi dilemami pri obravnavi pacientov se najpogosteje srečujejo patronažne medicinske sestre v Sloveniji?« Izvedli smo kvalitativno raziskavo, ki je temeljila na postavitvi odprtega vprašanja patronažnim medicinskim sestram, ki se je glasilo: »S kakšnimi etičnimi dilemami ste se srečali ali se še srečujete pri svojem delu?« V vzorec smo zajeli vodje patronažnih služb, ki so se v letu 2011 udeležile letnega posveta vodij patronažnih medicinskih sester v Sloveniji. Posvet je organiziran pod okriljem Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, ki deluje pod okriljem nacionalnega združenja medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic »Zbornice - Zveze«. Razdeljenih je bilo 34 vprašalnikov. Vrnjene smo dobili vse vprašalnike, dva sta bila prazna, trije niso imeli navedenih etičnih dilem. Te smo iz raziskave izločili. Rezultate smo po temeljitem pregledu kategorizirali glede na vrsto problematike, ki so jo patronažne medicinske sestre navajale. Uporabili smo presečno etiko (Dragoš, 2012), ki opredeljuje zrcaljenje več pogledov v vsaki etični dilemi, po avtorjevem mnenju več etik. Opredelili smo kategorije: družbeno kulturna etika, osebna etika, poklicna etika, zakonodajna etika, interno službena etika in ekonomska etika. Odločili smo se za enostaven pregled predstavljenih primerov, morebitna reševanja in smiselne obravnave so za ta prispevek preobsežno gradivo.

3 Rezultati

V prvi kategoriji smo se osredotočili na osebno etiko. Ena od patronažnih medicinskih sester je navedla: »*Vedno pri dilemi izhajam iz sebe ali iz svojih družinskih članov... zadeve se tako rešujejo same po sebi,*« veliko pa jih je osebno etiko izražalo z dvomom: »... ali sem naredila prav?«, »*kako bi se razpletlo, če bi ravnala drugače?*« ...

Družbeno kulturnih etičnih vprašanj v podatkih nismo zasledili.

Poklicna, zakonodajna in interno službena pa se pokrivajo v skoraj vseh primerih etičnih dilem, ki so jih predstavljale patronažne medicinske sestre. Tu smo razdelili navedene etične dileme v tri velike kategorije. Prva kategorija zajema delo v timu in vse akterje, ki v timu sodelujejo. Tako se pojavljajo etične dileme s strani odločitev posameznih pacientov, kjer patronažna medicinska sestra navaja: »... *pacient ne želi v dom starejših občanov. Je nepomičen, ne more skrbeti zase. Svojci ne zmorejo. Pacient ostaja sam doma ...*«, »*Ali je prav, da ga pustim, čeprav vem, da nima optimalnih pogojev za bivanje?*«. Svojci so kot del tima, ki odloča o pacientu v patronažnem zdravstvenem varstvu, pomembna komponenta reševanja pacientovih težav. Patronažne medicinske sestre navajajo: »*Mnogokrat je želja svojcev po izvedbi diagnostično terapevtskih posegov pri umirajočem pacientu v domačem okolju ... predvsem po aplikaciji intravenozne infuzije ...*«, »*Svojci ne želijo aplicirati parenteralne terapije pri pacientu, ki je za to sam nezmožen ... Ali patronažna medicinska sestra to mora storiti ...*«, »*svojci in osebni zdravnik se odločijo, da pacientu ne povedo diagnoze. Meni pa se zdi, da je za bolnikovo zaupanje do mene pomembno, da mu diagnozo povem*«, »*Svojci zaklepajo pacienta v stanovanje, jaz imam ključ od stanovanja, da ga lahko trikrat tedensko obiščem za prevezo rane. Kako se lahko zaščitim?*«; in naslednja: »*Mož in sin ne dovolita preveze rane zaradi pritiska ...*«, kar privede do poslabšanja pacientkinega zdravstvenega stanja do te mere, *da je* »... *pacientka nepomična, rana ogromna – šele po moji prijavi pravni službi dovolijo obiske.*« V timu pri obravnavi pacienta na domu je vedno vključen tudi osebni zdravnik. Patronažne medicinske sestre navajajo:

»*Osebni zdravnik odklanja obisk pacienta na domu – kaj naredim? Naroči terapijo brez pregleda pacienta, izda delovni nalog. Po poslabšanju pacientovega zdravstvenega stanja zdravnik ponovno izda delovni nalog z večjo dozo, enormno dozo zdravil, pacientovo stanje se slabša. Kaj naredim?*« in vprašanje »*Če so navodila zdravnika netočna, kaj storim??*« ali »*Ali odklonim poseg, s katerim presegam kompetence medinske sestre? ... Nad mano se izvaja mobbing.*« in »*... pritisk zdravnikov, da opravimo dela, za katera nismo usposobljene (kateterizacija moških, aplikacija intravenske terapije na domu in drugo).*« V timu so še medicinske sestre, dileme: »*Pacienti se pritožujejo nad patronažno medicinsko sestro, ne želijo njenih obiskov, patronažna medicinska sestra nekritična noče videti ...*« in nasproten problem: »*patronažna medicinska sestra izvaja obiske izven delovnega časa kljub organizirani službi popoldan?*« in misel ene intervjuvanke: »*Etične dileme rešujem timsko, v povezavi z družino.*« Izpostavil pa se je tudi problem nestrokovne oskrbe pacientov na domu: »*Na terenu zdravstveno nego izvajajo nestrokovne osebe, kaj storiti?*«

Dve najpogostejši dilemi, ki jih navajajo anketiranke, pa predstavljata problem na področju nasilja v družini in strokovnih odločitev patronažnih medicinskih sester. Intervjuvanke navajajo: »*Mož in sin ne dovolita, da patronažna medicinska sestra prevezuje rano zaradi pritiska ...*«; »*težko določim mejo nasilnega vedenja v družini, kadar gre za nego oslabelega (dementnega) svojca*« in opravičuje svojce: »*....razumem sicer obremenjenost svojcev, vendar ...; svojci rešujejo finančno situacijo družine in se ne odločijo za premestitev starostnika v dom starejših občanov ...*«. »*Kljub temu, da zaznamo neke vrste nasilja in izkoriščanja starostnika, obvestimo Center za socialno delo, pa se ne zgodi nič ...*«; »*... stara mati ima vensko golenjo razjedo ...svojci ji ne verjamejo, da jo zelo boli ... pravijo, da ni zaželeno, da bi uporabljala skupno kuhinjo ... pravi, da se ji snaha in vnukovo dekle posmehujeta ...* na zadnjem obisku se mi je jokala.« »*najhujše dileme pri starostnikih: maltretiranje, zmerjanje, poniževanje, brez hrane, jemanje denarja in dokumentov ...*« Poseben primer, ki so ga intervjuvanke navedle, je pacientka nosečnica odvisnica, ki ne želi, da za njeno odvisnost izve družina. Patronažna medicinska sestra pa pravi: "*informacijo posredujem ginekologinji zaradi zdravljenja, ta pa obvesti družino ...*«

Intervjuvanke so omenjale tudi strokovno izvajanje postopkov v zdravstveni negi, ki so v domačem okolju ovirani s strani svojcev: »*Mož in sin ne dovolita ...*«, s strani okolja: »*... pacient je zaklenjen, ko svojcev ni ...*«, *s strani timskih sodelavcev, ki naročajo izvedbo nekaterih tehničnih posegov, ki zahtevajo tudi sodobne materiale, pa jih ne priskrbijo.* »*... Tudi nam ne dajejo (predvsem zasebniki) ustreznih materialov, ki jih rabimo za izvajanje medicinsko tehničnih posegov ...*«, »*Če je pacientov zdravnik zasebnik, ne dobijo nobene sodobne obloge za oskrbo rane, vse si morajo pacienti sami kupiti ...*« patronažne medicinske sestre se sprašujejo tudi o izvedbi posegov izven njihovih kompetenc: »*Prevzemanje dela in nalog izven kompetenc profesije ... premalo upoštevanja standardov zdravstvene nege z vseh vidikov ...*«, »*... poznam primer, ko delo zdravstvenega tehnika opravlja oseba z neustrezno izobrazbo ...*« in na splošno, se sprašuje: »*Ali sploh obstaja tako polivalentno znanje ...*«, kot bi ga danes potrebovala patronažna medicinska sestra v Sloveniji.

Na koncu naj samo omenimo še nekaj vprašanj, ki si jih zastavljajo patronažne medicinske sestre: »*Ali ravnam prav, da ostaja pacient sam, kljub temu da nima zagotovljeno optimalno oskrbo?*«, »*Kako presoditi, koliko naših obiskov zares potrebuje pacient?*« in dilemo: »*Imam premalo moči za zagovarjanje in zagotavljanje pacientovih odločitev.*«

4 Razprava

Toren in Wagner (2010) opredeljujeta stopnje etičnega odločanja: I. definira etično dilemo, II. pojasni osebne in profesionalne vrednote, etične norme in pomembno zakonodajo, III. prouči možnosti za ukrepanje, IV. izberi ukrep, V. govori o nerešenih vprašanjih, VI. posploši rešitev na različne podobne primere. Navedeno zaporedje bi bilo morda smiselno za patronažne medicinske sestre, ki navajajo, (I.) da včasih ne vedo, (II.) ali so se prav odločile, ali je prav, da pustijo pacienta v okoliščinah, za katere vedo, da niso optimalne za pacientovo kakovost življenja. V svojih izjavah patronažne medicinske sestre ugotavljajo, da svojci vplivajo na potek zdravljenja, da pacienti odklanjajo potrebno zdravljenje in terapijo, ki jo predpiše zdravnik, in drugo. V Sloveniji imamo Zakon o pacientovih pravicah (2008), ki opredeljuje in ponuja rešitve za marsikatero področje etičnega odločanja patronažnih medicinskih sester. V rezultatih zasledimo, da patronažne medicinske sestre zaznajo nasilje v družini, ki ga v Sloveniji opredeljuje zakonodaja in je v zakonu navedeno kot vsaka uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana proti drugemu družinskemu članu oziroma zanemarjanje družinskega člana ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročiteljice oziroma povzročitelja nasilja (Zakon o preprečevanju nasilja v družini, 2008). Pahor (2003) ugotavlja, da je zaznavanje kršitev etičnih načel pri obravnavi pacientov s strani medicinskih sester visoka. Najmanj pogosto po avtoričinih ugotovitvah medicinske sestre opazijo kršitev načela spoštovanja predpisov o strokovnem izvajanju postopkov v zdravstveni negi. Morda lahko pri patronažnih medicinskih sestrah govorimo prav o tem, da je znanje in odgovornost opravljanja samostojnega dela velik zalogaj, ki zahteva neprestano strokovno izpopolnjevanje s področja zdravstvene nege nasploh. Za reševanje tako etičnih dilem kot kompleksnih problemov v zdravstveni negi in za zadovoljitev pacientovih potreb je potrebno zadostiti pogojem na strani posameznika (ponudnika) in zdravstvene prakse. Black (2005) poudarja, da je delovanje na podlagi znanja, sposobnosti in s spoštljivim odnosa do pacienta usmerjeno v opolnomočenje pacienta s potrebnimi informacijami, povezano s kulturno kompetentne skrbi, feministično etiko skrbi in v pacienta usmerjene skrbi.

5 Zaključek

Glede na predstavljene rezultate lahko rečemo, da bi medicinske sestre v patronažnem varstvu potrebovale dodatna znanja s področja zakonodaje, socialnega varstva in supervizijsko obravnavo, ko se znajdejo v situacijah, kjer same ne znajo ali ne zmorejo izpeljati najbolj optimalne rešitve za pacienta, ki pa je tudi usklajena s prepričanji in vrednotami patronažne medicinske sestre.

Literatura

Black RM. Intersections of care: An analysis of culturally competent care, client centered care, and the feminist ethic of care. Work 2005; 24(4): 409–22.

Carpenito-Mojet LJ. Ridurre la sofferenza morale negli infermieri. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi. 2.ed. Rozzano: Casa Editrice Ambrosani; 2011: 57–65.

Cortis JD, Kendrick K. Nursing Ethics, Caring and Culture. Nurs Ethics 2003; 10(1): 77–88.

Dragoš S, Radelj B. Etika in nepristranskost. In: Radelj B, Golobič M, Macur M, Dragoš S, eds. Vrednotenje politik. Obzorje nove miselnosti. Ljubljana: Vega; 2011.

Dragoš S. Presečna etika. Etika in zdravje. 2012. Dostopno na: http://www.sdeval.si/Objave/Srecanja-Etika-in-zdravje.html (25. 4. 2012).

Fernandez-Armesto F. Dobro in zlo. Ideja univerzalne morale. In: Fernández-Armesto R, Rotar K, Rotar J, eds. Ideje, ki so oblikovale svet. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2006a: 49.

Fernandez-Armesto F. Etična bitja. In: Ideje, ki so oblikovale svet. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2006b: 137.

Juhant J. Etika in človeškost. Filozofski temelji etike. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta. 2003. Dostopno na:
http://www.scribd.com/doc/ 50191902/3/Deontološka-utemeljitev (21. 1. 2011).

Karlsson M, Roxberg A, Barbosa da Silva A, Berggren I. Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. Int J Palliat Nurs 2010; 16(5): 224–31.

Kersnič P, Filej B, eds. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2.izd. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006.

Kersnik J. Odločanje v družinski medicini. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva; 2002: 37–52.

Kopčavar-Guček N. Etika in odnosi znotraj zdravstvenega tima. In: Kersnik J. ed. Etika v družinski medicini. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2003: 49–55.

Mamhidir AG, Kihlgren M, Sorlie V. Ethical challenges related to elder care. High level decision-makers' experiences. *BMC Medical Ethics* 2007; 8(3).

Pahor M. Moč za pomoč. Viri etičnega odločanja pri delu medicinskih sester. Teorija in praksa 2003; 40(6): 1127–42

Santos Salas A, Cameron BL. Ethical openings in palliative home care practice. Nurs Ethics 2010; 17(5): 655-65.

Sellin CS. Ethics And Psyhiatric Home Care. Home Health Care Manag Pract 1999;11(4): 1–7.

Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1994.

Škof L. Od diha do diha, ali o izvornem mestu etike. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, eds. Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov – 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik prispevkov z recenzijo, Maribor, 12. –14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic; 2011: 2–7.

Škrabl N, Kvas A. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. Obzor Zdr N 2004; 38(4): 305–12.

Toren O, Wagner N. Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma. Nurs Ethics 2010; 17(3): 393–420.

Tschudin V. Etika v zdravstveni negi. Razmerja skrbi. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, EDUCI; 2004.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini. Uradni list RS. 16/2008:1148.

Zakona o pacientovih pravicah. Uradni list RS. 15/2008: 1045.