

Etičke dvojbe medicinskih sestara u zdravstvenoj skrbi

Lupi-Ferandin, Miranda

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:718560>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Miranda Lupi - Ferandin

**ETIČKE DVOJBE MEDICINSKIH SESTARA U
ZDRAVSTVENOJ SKRBI**

Diplomski rad

Split, 2022.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Miranda Lupi - Ferandin

**ETIČKE DVOJBE MEDICINSKIH SESTARA U
ZDRAVSTVENOJ SKRBI**

NURSES ETHICAL ISSUES IN HEALTHCARE

Diplomski rad / Master's thesis

Mentor:

doc. dr. sc. Ana Jeličić

Split, 2022.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

DIPLOMSKI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Diplomski sveučilišni studij sestrinstvo

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor: doc. dr. sc. Ana Jeličić

ETIČKE DVOJBE MEDICINSKIH SESTARA U ZDRAVSTVENOJ SKRBI

Miranda Lupi - Ferandin, broj indeksa: 11273

SAŽETAK: Sestrinstvo se percipira kao etička struka od samih početaka. Tijekom vremena je neminovno došlo do promjene percepcije etike i etičnosti. Danas se sestra smatra zagovornicom pacijenta (engl. *patient advocate*) koja pomaže pacijentima kod donošenja kompleksnih odluka. Medicinska sestra i sama nastoji etički postupati u svakodnevnim kliničkim situacijama. Napredak dijagnostike i terapije u medicini je omogućio bolji i kvalitetniji oporavak pacijenata i produljenje životnoga vijeka. Posljedično svekolikom napretku medicine dolazi i do sve učestalijih moralnih i etičkih dvojbi vezanih za pacijentov integritet, boljitak, kvalitetu i cijenu zdravstvene skrbi. Iako se uglavnom općenito zna ili nagađa o postojanju etičke problematike ista nije sistematski istražena i to prvenstveno u smislu vrste i učestalosti. Glavni cilj ovog rada je utvrditi vrstu i pojavnost etičkih problema medicinskih sestara/tehničara te korelirati povezanost etičkih problema s godinama staža u struci, vrstom struke i spolom. U KBC-u Split je provedeno presječno istraživanje (engl. *cross-sectional study*) koje je uključivalo medicinske sestre i tehničare zaposlene u KBC-u a koji su bili voljni sudjelovati u istraživanju i ispuniti upitnik etičkih dvojbi. U istraživanju je korišten obrazac za upis demografskih podataka i upitnik Skala etičkih problema(dvojbi) (engl. *Ethical Issues Scale*). U ovom istraživanju je potvrđeno postojanje etičkih problema ispitanika. Najčešći etički problemi su iz domene ljudskih prava. Rezultati ovog istraživanja su u suglasju sa rezultatima etičkih istraživanja iz razvijenih država. Nije potvrđena korelacija rezultata s trajanjem radnog staža, dobi i spolom ispitanika. Iako se općenito zna o postojanju etičkih problema sestara isti nisu sistematski istraženi kako u našoj državi tako i u svijetu. Identifikacija etičkih problema je put ka efikasnom rješavanju istih jer neriješeni etički problemi negativno utječu na produktivnost. Etički problemi ovise o individualnom, ali i o organizacijskom aspektu zdravstvenog radnika i zdravstvene ustanove. Najčešći etički problemi medicinskih sestara i tehničara koji su sudjelovali u ovom istraživanju su iz domene problematike u svezi s ljudskim pravima. Takvi rezultati su u suglasju s publiciranim istraživanjima razvijenih država. Temeljem ovih rezultata postoji konkretna osnova za rješavanje tj. ublažavanje etičke problematike.

Ključne riječi: etički problemi, medicinske sestre, upitnik etičkih problema

Rad sadrži: 45 stranica, 7 tablica i 10 slika

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

MASTER'S THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Master of Nursing

Scientific area: biomedicine and health care

Scientific field: clinical medical sciences

Supervisor: doc. dr. sc. Ana Jeličić

NURSES ETHICAL ISSUES IN HEALTHCARE

Miranda Lupi - Ferandin, broj indeksa: 11273

SUMMARY: Nursing has been perceived as an ethical profession since its inception. Over time, the perception of ethics inevitably changed. Today, a nurse is considered a patient advocate who helps patients make complex decisions. Nurse tries to act ethically in everyday clinical situations. Advances in diagnostics and therapy in medicine have enabled better recovery of patients and prolongation of life expectancy. As a result, with the progress of medicine, there are much more moral and ethical doubts related to the patient's integrity, well-being, quality and cost of health care, etc. Although it is generally known about the existence of ethical problems it has not been systematically investigated, primarily in terms of type and frequency. The main goal of this work is to determine the type and occurrence of ethical problems of nurses/technicians. Also we wanted to correlate the relationship between ethical problems and years of experience in the profession, type of profession and gender. A cross-sectional study was conducted at University hospital Split, which included nurses and technicians employed at KBC who were willing to participate in the research and fill the Ethical Issues Scale questionnaire. The research used a form for entering demographic data and the Ethical Issues Scale questionnaire. In this research, the existence of ethical problems of the nurses was confirmed. The most common ethical problems are from the domain of human rights. The results of this research are in agreement with the results of ethical research from developed countries. The correlation of the results with the length of service, age and gender of the respondents was not confirmed. Although it is generally known about the existence of ethical problems of nurses, they have not been systematically investigated both in our country and in the world. Identification of ethical problems is the way to their efficient solution. Ethical problems depend on the individual but also on the organizational aspect of the health worker and the health institution. The most common ethical problems of nurses and technicians who participated in this research are from the domain of issues related to human rights. Such results are in agreement with published studies of developed countries. Based on these results, there is a concrete basis for solving, i.e. mitigating, ethical issues.

Keywords: ethical issues, nurses, ethical issue questionnaire

Thesis contains: 45 pages, 7 tables and 10 figures

Original in: Croatian

SADRŽAJ

SAŽETAK	I
SUMMARY:	II
SADRŽAJ	III
1. UVOD	1
1.1. DEFINICIJA SESTRINSTVA	3
1.1.1. Hrvatsko udruženje medicinskih sestara- HUMS	5
1.1.2. Međunarodno vijeće medicinskih sestara.....	6
1.1.3. Američka udruga medicinskih sestara.....	7
1.2. POVIJESNI RAZVOJ SESTRINSTVA.....	7
1.3. RAZVOJ SESTRINSTVA U HRVATSKOJ	9
1.4. ETIKA U SESTRINSTVU DANAS	10
1.5. ETIČKA OSIJETLJIVOST SESTARA	12
1.6. ETIČKE KOMPETENCIJE SESTARA.....	12
1.7. ETIČKI KONFLIKTI U SESTRINSTVU.....	13
1.8. SIMULACIJA KAO TEHNIKA PODUČAVANJA ETIKE U SESTRINSTVU	16
2. CILJ RADA	18
3. IZVORI PODATAKA I METODE	19
3. 1. USTROJ ISTRAŽIVANJA	19
3. 2. UZORKA ISPITANIKA	19
3. 3. POSTUPCI.....	19
3. 3. 1. Obrazac za prikupljanje demografskih podataka ispitanika	19
3. 3. 2. Skala etičkih problema	20
3. 4. STATISTIČKA ANALIZA	22
4. REZULTATI	24

5. RASPRAVA.....	32
5.1. Usporedba etičke problematike između žena i muškaraca	33
5.2. Usporedba etičke problematike između kirurške i nekirurške struke	34
5.3. Etički problemi rukovodećih (glavnih) sestara	35
5.4. Radni staž.....	36
6. ZAKLJUČCI	38
7. LITERATURA	40
8. ŽIVOTOPIS.....	44

Zahvala

Iskreno zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Ani Jeličić na stručnoj i ljudskoj pomoći tijekom izrade ovog rada.

Od srca hvala svim kolegicama i kolegama koji su pristali sudjelovati u ovom istraživanju.

I na kraju, hvala mojoj obitelji i prijateljima na potpori i razumijevanju tijekom izrade ovog rada.

1. UVOD

Prema Bergeru etičke dileme u sestrinstvu su jedna od glavnih tema u stručnoj i znanstvenoj sestrijskoj literaturi što odražava rastuću društvenu svijest o toj problematici (1). Sestrinstvo se percipira kao etička struka i od sestara se očekuje etičnost u svakodnevnoj praksi. Od vremena Florence Nightingale pa naovamo percepcija „dobre sestre“ se promijenila (2). Medicinske sestre danas obnašaju ulogu pacijentovog zagovornika (*engl. patient advocate*) i pomažu pacijentu i njegovoj obitelji u sučeljavanju sa složenim odlukama vezanim uz zdravstvenu skrb (3, 4).

Identifikacija i razumijevanje etičkog problema u svezi s pacijentom je prvi korak u donošenju ispravne etičke odluke tj. u razrješavanju etičkog konflikta (5). Stoga, prepoznavanje etičkog problema predstavlja jednu od osnovnih sestrijskih vještina u cilju donošenja ispravne etičke odluke.

Zbog činjenice da se medicinske sestre i tehničari danas sve češće susreću s kliničkim situacijama koje zahtijevaju pomne etičke prosudbe sve je jača svijest potrebitosti edukacija u pružanju zdravstvene skrbi tj. njege na etički prihvatljiv način.

Napredak dijagnostike i terapije u medicini je omogućio bolji i kvalitetniji oporavak pacijenata i produljenje životnoga vijeka (3). Posljedično svekolikom napretku medicine dolazi i do sve učestalijih moralnih i etičkih dvojbi vezanih za pacijentov integritet, boljitak, kvalitetu i cijenu zdravstvene skrbi, itd.

Medicinske sestre predstavljaju najbrojniju skupinu zdravstvenih djelatnika koja je uz to i najučestalije u kontaktu sa pacijentima tako da su temeljem i tih činjenica učestalo izložene etičkim dvojabama. Učestale etičke dvojbe u dnevnoj praksi dovode do uznemirenosti i nespokoja, izgaranja na poslu, umanjenja zadovoljstva obavljenim poslom, slabljenja kvalitete zdravstvene skrbi, odsustva s posla i ostalih negativnih posljedica bilo po sestru bilo po zdravstveni sustav (3).

Studije koje su istraživale etičko samopouzdanje mlađih uzrasta sestrijske populacije pokazale su nedostatak istog (6). Također, novodiplomirane sestre su svjesne svojih ograničenja i nepripremljenosti u svezi s etičkim dvojabama (4). Woods 2005 objavljuje

podatke svoje studije i navodi da su sestrinske škole sve osviještenije o nužnosti etičke edukacije (7). Također, navodi se da ta edukacije nije sasvim u suglasju s realitetom i da ne priprema mlade sestre za uspješno nošenje s mnoštvom etičkih situacija u kliničkom okruženju (7). Tradicijska edukacija iz etike se svodi na stjecanje tradicionalnih i filozofskih saznanja i stvorila je nesuglasje između teorije i prakse (7). Slijedom toga, nužno je implementirati nove pristupe u pragmatičnom stjecanju novih etičkih saznanja (4). Drugim riječima, nužna je identifikacija problema s kojim se moguće susresti u praksi kao i suvremena etička edukacija. Tijekom provođenja edukacije iz sestrinske etike stav je da je efektivnije i korisnije bavljenje s specifičnim etičkim dilemama ili problemima (specifični za određenu sestrinsku praksu odnosno domenu) nego s općenitim problemima (3).

Jedno od najstarijih istraživanja etičkih problema u sestrinskoj praksi je Vaughanova analiza sadržaja devedeset i pet sestrinska dnevnika iz davne 1935. godine u kojima su navedeni etički problemi i dvojbe iz tog vremena (8). Analiza je evidentirala 2265 etičkih problema sestara, a među najučestalijim problemima su bili nedostatak suradnje između sestara i liječnika kao i između sestara općenito (2).

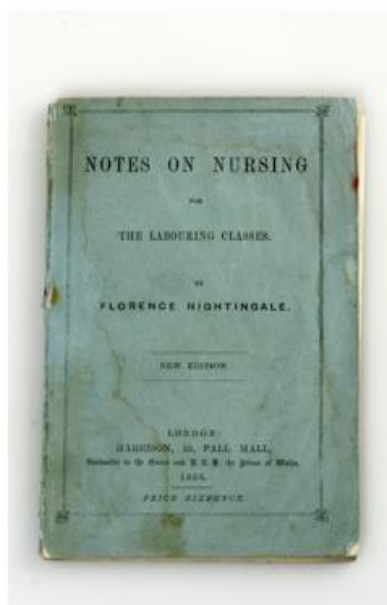
Kasnija istraživanja etičkih problema su usredotočena na određena specifična područja sestrinske prakse. Većina ovih istraživanja su bile deskriptivne prirode a temeljile su se na kvalitativnoj metodologiji (2). Samo su nekolicina istraživanja opisala učestalost etičkih problema tj. dvojbi u sestrinskoj populaciji (1, 9). Drugim riječima, većina istraživanja etičkih dvojbi nije prezentirala komparabilne podatke (3).

Scanlon je 1994. godine u svom istraživanju na uzorku od 934 sestre tijekom konvencije američkih medicinskih sestara publicirao podatak da se 43% sestara na dnevnoj bazi susreću s etičkim dvojbama, 36% sestara ima etičke dvojbe na tjednoj bazi a najveća incidencija takve problematike je zabilježena kod sestara na rukovodećim mjestima (9). U navedenoj studiji najčešća problematika su bili: troškovi koji ugrožavaju kvalitetu skrbi, odluke o njezi pacijenata u terminalnoj fazi, nekompetentni kolege i neetični postupci kolega. Bergerovo istraživanje iz 1991. sa uzorkom od 52 sestre identificiralo je nekoliko etičkih problema od kojih je najčešći bio neadekvatnost tj. nestručnost zdravstvenog osoblja (1).

1.1. DEFINICIJA SESTRINSTVA

Sestrinstvo je nastalo kao poziv. Na mnoge načine taj poziv nastavlja i danas biti ovjekovječen u predodžbi javnosti kao slika nesebične i brižne Florence Nightingale iz 19. stoljeća (10).

Jedna od prvih definicija sestrinstva je svakako definicija same Florence Nightingale iz 1858. godine: „Sestrinstvo treba dovesti pacijenta u najbolje uvjete za djelovanje prirode“ (11). Florence Nightingale je također sestrinstvu dodijelila atribute umjetnosti i znanosti, a to je stotinjak godina kasnije potvrdila i nastavila svoj rad na tim temeljima britanska autorica Muriel Skeet (11).



Imaged by Heritage Auctions, HA.com

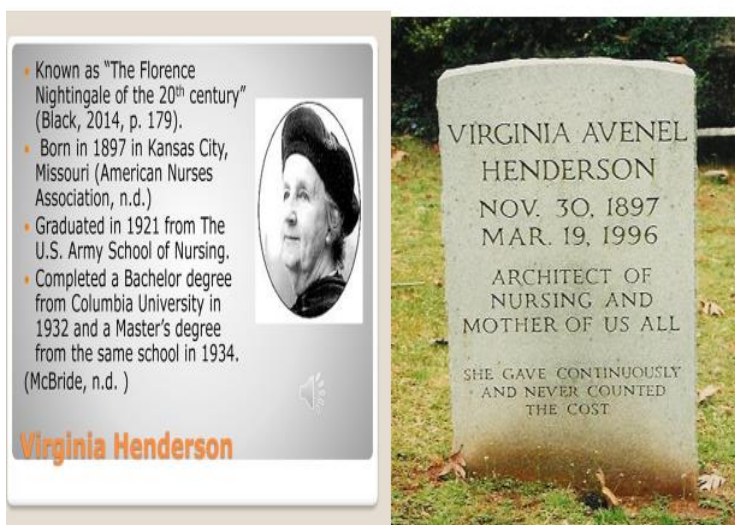
Slika 1. Florence Nightingale i njega knjiga *Notes on nursing*

Izvor:

https://bs.wikipedia.org/wiki/Datoteka:Florence_Nightingale_three_quarter_length.jpg

Nažalost, učestalo i dan danas, više od 150 godina nakon prve definicije sestринства Florence Nightingale, predodžba o sestrama širom svijeta je da su one izučene njegovateljice pacijenata i da je jedini njihov doticaj sa kliničkom praksom precizno slijedenje protokola kojeg određuje liječnik (10). Relativno nedavno je došlo do promjena na ovom planu i to uglavnom u razvijenijim državama. Sestrinstvo se odmaklo od ove popularne definicije tj. Konceptije sestринства i to prema modernoj, klinički utemeljenoj profesiji sa strukturiranim putem obrazovanja koji je temeljen na programu sveučilišnog studija (10).

1994. godine amerikanka Virginia Henderson je na svoj način pokušala definirati ulogu medicinske sestre. Prema toj američkoj autorici uloga medicinske sestre je pomaganje pojedincu, bilo bolesnom, bilo zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili blagoj smrti. Te aktivnosti bi osoba sama obavljala kada bi imala adekvatnu snagu, volju ili znanje. Osobi treba pomoći da postane neovisna što prije (12). Za Virginiju Henderson se obično kaže da je ona američka Florence Nightingale. Na njenom nadgrobnom spomeniku piše između ostalog i da je „arhitekt sestринства“. Doživjela je duboku starost, umrla je 1996. godine, a skoro do pred samu smrt je gorljivo održavala predavanja o sestринstvu.



Slika 2. Virginia Henderson

Izvor: <https://www.aahn.org/assets/images/Henderson-gr.jpg>

1.1.1. Hrvatsko udruženje medicinskih sestara- HUMS

Na temelju članka 27. Zakona o sestrinstvu („Narodne novine“ broj 121/03.) i članka 14. Statuta Hrvatske komore medicinskih sestara (pročišćeni tekst od 11. ožujka 2005.) Skupština Komore je na svojoj 2. redovnoj sjednici od 22. prosinca 2005. godine donijela Etički kodeks medicinskih sestara*.

Ukratko, u Etičkom kodeksu hrvatskih medicinskih sestara, sestrinstvo i sestrińska etika se povezuju s unapređivanjem, održavanjem i očuvanjem zdravlja, sprječavanjem bolesti, smanjenjem patnji i mirnom smrći, „ako se život više ne može održati“.



Slika 3. Logo Hrvatske udruge medicinskih sestara

Izvor:

https://www.facebook.com/photo/?fbid=478709347633655&set=a.478709310966992&_t_n_=%3C

*(http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf)

1.1.2. Međunarodno vijeće medicinskih sestara

Međunarodno vijeće medicinskih sestara (engl. *The International Council of Nurses, ICN*) je udruženje koje se sastoji od više od 130 nacionalnih udruga medicinskih sestara s više od 28 milijuna članova širom svijeta. Prema ICN-u iz 2002. godine sestrinstvo obuhvaća autonomnu i združenu skrb za pojedince svih dobi, obitelji, grupa i zajednica, bolesnih ili zdravih u svim okruženjima. Sestrinstvo uključuje promicanje zdravlja, prevenciju bolesti te njegu bolesnih, nemoćnih i umirućih osoba. Osim toga, uključuje zagovaranje i promicanje sigurnog okruženja, istraživanje, sudjelovanje u oblikovanju zdravstvene politike, upravljanje pacijentima i zdravstvenim sustavima i obrazovanje medicinskih sestara. Sve navedeno i bez iznimke spada u ključne uloge sestrinstva (10).



Slika 4. Simbol međunarodnog vijeća medicinskih sestara

Izvor: <https://hums.hr/wp-content/uploads/2-3.png>

1.1.3. Američka udruga medicinskih sestara

Američka udruga medicinskih sestara (engl. *American Nurses Association, ANA*) ima svoju definiciju sestrinstva. Sestrinstvo je zaštita, promicanje i optimizacija zdravlja i sposobnosti; prevencija bolesti i ozljeda; olakšavanje ozdravljenja; ublažavanje patnje kroz dijagnozu i liječenje i naposljetku promicanje skrbi za pojedince, obitelji, grupe, zajednice i stanovništvo (13).



Slika 5. Logo američke udruge medicinskih sestara

Izvor: <https://nationalhealthcouncil.org/wp-content/uploads/2019/12/ANALogo.png>

1.2. POVIJESNI RAZVOJ SESTRINSTVA

Sestrinska praksa datira od davnina i to u vidu negovateljice koja skrbi o bolesnima, ranjenim i potrebitim. Također, žena vođena materinskim instinktom je bila jedan od prvih nositelja zdravstvene skrbi. Tek kasnije dolazi do uključivanja muškaraca u taj kompleksni sustav. Među začetnice sestrinstva spada i pokrštena fabricijka Fabiola iz 4. stoljeća koja je u Rimu osnovala ustanovu za liječenje i skrb. 1136. godine u Carigradu je osnovana takva jedna ustanova. Na zapadu prvi hospitali nastaju u samostanima gdje su se inicijalno liječili redovnici, a kasnije i ostali potrebiti. U pružanju skrbi su prednjačili benediktinci. Osnovna je funkcija hospitala bila smještaj i njega, a tek kasnije liječenje. Liječnici su u takve ustanove tek povremeno navraćali. 1598. godine je otvorena prva primaljska škola u Parizu, a od 1576.

do 1669. osnivaju se svjetovna udruženja žena s ciljem pomoći bolesnicima. 18. stoljeće donosi napredak medicine i znanosti što se odražava na negu bolesnika. Liječnik organizira i propisuje liječenje, a sestre postaju izvršitelji.

Ipak, trebalo je proći dosta vremena da sestrinstvo dobije status zasebne profesije, a proces osamostaljenja kreće od šezdesetih godina 20. stoljeća (14). Počeci sestriinske struke naj snažnije se povezuju s utemeljiteljicom suvremenog sestrinstva Florence Nightingale (1829. – 1910.) koja je smatrala da postoji dosta prostora za poboljšanje njege bolesnika primjenom suvremenih spoznaja iz života i znanosti. U tom vremenskom razdoblju posao medicinske sestre odnosno njegovateljice je bio namijenjen djevojkama ili ženama iz nižih društvenih slojeva britanskog društva (11).

1854. godine Florence Nightingale je pvela skupinu žena mlađe i srednje životne dobi na poluotok Krim gdje je u tijeku bio Krimski rat. Zahvaljujući određenim, poglavito higijenskim mjerama koje je primijenila u britanskim vojnim bolnicama došlo je do značajnog pada smrtnosti ranjenih i oboljelih. Njena skrb o bolesnima i ranjenima uz noćne obilaske potrebitih s svjetiljkom u ruci priskrbili su joj naziv „gospođica s svjetiljkom“ i popularnost još za njena života. I danas se ta nadaleko poznata svjetiljka nalazi na službenom simbolu Međunarodnog vijeća medicinskih sestara (engl. *The International Council of Nurses, ICN*). F. Nightingale je 1859. godine izdala udžbenik o njezi bolesnika, a 1860. u Londonu je osnovana i otvorena prva škola za izobrazbu sestara. Temeljem navedenog s pravom se može Florence Nightingale smatrati utemeljiteljicom suvremenog sestrinstva. 1882. godine u Beču je otvorena prva škola za sestre u Austro- Ugarskoj monarhiji i to zalaganjem čuvenog kirurga Billrotha. Tu školu su pohađale i neke djevojke s naših prostora.

Svakako treba spomenuti američku teoretičarku sestrinstva Virginiju Henderson (1897-1996) koja je američka inačica F. Nightingale. V. Henderson se u definiciji sestrinstva nije vodila medicinskim dijagnozama nego jedinstvenom ulogom medicinske sestre u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba u okviru zdravstvene skrbi (12).

Društvo u kojem živimo značajno se i dinamično mijenja, praktički svakodnevno. Zahvaljujući napretku znanosti dolazi do napretka medicine tako da u konačnici dolazi do poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi i produljenja ljudskog života. Pojedinci danas zahtijevaju kvalitetnu zdravstvenu skrb kao i poštivanje njihovih individualnih odluka u svezi

s zdravstvenom skrbi (15). Sestrinstvo kao struka mora „opipavati puls“ društva i shodno tome treba biti spremno prilagođavanju potrebama društva (15). Upravo stoga Američko udruženje medicinskih sestara, ANA (engl. *American Nurses Association*) je u relativno kratkom vremenskom razdoblju uradilo reviziju definicije sestrinstva (1980., 1995. i 2003.). Ove revizije definicije sestrinstva pokazuju dinamiku i sposobnost sestriinske profesije da odgovori na potrebe društva koje je stalno u tranziciji (15).

Sestrinstvo je tijekom svog razvoja kao zasebne struke prošlo kompleksni razvojni put. Taj je put na svojim počecima bio iskustveno utemeljen, a iskustva su se prenosila od usta do usta tj. usmenom predajom. Danas je sestrinstvo utemeljeno na znanstveno- istraživačkom i stručnom radu, a suvremena saznanja se dijele putem stručnih mrežnih stranica. Kao i znanstveno- stručne spoznaje koje su podložne čestim promjenama tako i sestrinstvo zahtijeva kontinuiranu posvećenost kao i redovito usvajanje novih spoznaja.

1.3. RAZVOJ SESTRINSTVA U HRVATSKOJ

Što se tiče razvoja sestrinstva na području Republike Hrvatske svakako treba, poglavito iz povijesnih razloga, spomenuti prvu poznatu primalju Eliju Soteru čiji je nadgrobni spomenik iz 2. stoljeća pronađen u okolini Solina tj. na području antičke Salone. Nadgrobni spomenik je na latinskom jeziku i pretpostavlja se da se radilo o bivšoj rimskoj ropkinji koja je kasnije oslobođena ropstva možda i zbog zasluga stečenih primaljskim poslom.

Sami začeci ozbiljnijeg pristupa sestrinstvu u Hrvatskoj mogu se povezati s 1845. godinom kada iz Beča dolazi šest medicinskih sestara u Zagreb na poziv biskupa Maksimilijana Vrhovca (16). One su osim uloge njegovateljica imale i pedagošku ulogu jer su educirale djecu i mladež.

Prva škola za sestre pomoćnice u Zagrebu je počela s radom 1921. godine a prve polaznice su bile osam svjetovnih žena i trideset redovnica (16). Prva nadstojnica te škole je bila sestra Jelka Labaš koja je do tada bila sestra u Beču gdje je i stekla edukaciju iz sestrinstva. 1928. godine prve diplomirane sestre se zapošljavaju u bolnici za zarazne bolesti

u Zagrebu, a 1953. godine je osnovana prva Viša škola za medicinske sestre, također u Zagrebu, i to inicijativom profesora Andrije Štampara.

Nakon završetka Drugog svjetskog rata odredbom vlade tadašnje države redovnicama se zabranjuje sestrinski rad u bolnicama. Slijedom toga i nedostatkom sestrinskog kadra 1947. godine otvaraju se škole za medicinske sestre u Rijeci, Osijeku, Splitu i Šibeniku. Od 1975. do 1991. godine obrazovanje medicinskih sestara traje dvije godine i to nakon završene osnovne škole i dva razreda opće srednje škole. Reduciranjem stručnog dijela na dvije godine nužno je došlo do opadanja kvalitete programa što se odrazilo i na samu sestrinsku struku.

Od 1991. do 2010. godine obrazovanje medicinskih sestara traje četiri školske godine. Od 2010. obrazovanje medicinskih sestara traje pet godina. Od 2010. godine u Republici Hrvatskoj postoji mogućnost obrazovanja sestara na stručnom, ali i na sveučilišnom studiju.

1.4. ETIKA U SESTRINSTVU DANAS

Sestrinstvo se oduvijek shvaćalo kao etička praksa i od sestara se očekuje da budu etične u svakodnevnoj praksi (3). Medicinske sestre sa svih kontinenata se praktički oduvijek suočavaju s etičkim izazovima tijekom skrbi za pacijente. Zapravo, u svojoj knjizi „Bilješke o sestrinstvu“ sama Florence Nightingale je raspravljala o etičkim dužnostima: povjerljivosti komunikacije s pacijentom kao ključu zadovoljavanja potreba pacijenata (17). Od vremena Florence Nightingale percepcija društvenog poimanja sestrinstva se promijenilo tako da se medicinska sestra danas doživljava kao zagovarateljica pacijenata (engl. *patient advocate*) i njihovih obitelji te im u tom duhu i pomaže kada se suočavaju s složenim informacijama i teškim odlukama (3). Drugim riječima, medicinska sestra ne treba donositi samo etičke odluke nego se od nje očekuje da bude potpora pacijentu dok donosi vlastite odluke. Upravo, danas, ta riječ „zagovarateljica“ (engl. *advocate*) najbolje opisuje dobru sestrinsku praksu. Identifikacija i razumijevanje etičkog problema je prvi korak u donošenju etičke prosudbe. Napretkom medicine i zdravstvenog sustava dolazi i do neizbježnog povećanja kompleksnosti etičkih problema (18). Slijedom navedenog sve je teže obnašati sestrinske dužnosti zbog kompleksnih moralnih izbora tj. mogućnosti kao i pritisaka s kojima se sestre

suočavaju a jedan od njih je kronični nedostatak kvalificirane radne snage u zdravstvu (19). Pojedinci se mogu razlikovati ne samo po tome kako spoznaju etički ili moralni problem već i po tome kako isti problem rješavaju. Zbog toga je bitna etička prosudba, etička osjetljivost i etička kompetencija. Naravno, u podlozi svega stoji stručno postupanje oplemenjeno s moralom i etikom.

Činjenica da medicinske sestre danas učestalo svjedoče kliničkim situacijama koje zahtijevaju etičku prosudbu naglašava potrebu medicinske sestre da ovlada vještinama zdravstvene njege, ali na etičan način. Uvođenje novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka nužno prati i implementacija nove i sofisticirane opreme koja u pravilu zahtijeva izdašna financijska sredstva. Kao neupitna posljedica ovog napretka su novi moralni i etički problemi u svezi s pacijentovim integritetom, autonomijom, rastućim troškovima njege, kvalitetom njege, odlukama u terminalnoj fazi života, itd (9, 20).

Istraživanja Bunch i Woods su potvrdila nedostatak pouzdanja u rješavanju etičkih problema kod novodiplomiranih medicinskih sestara tako da se nameće potreba za sestrama koje mogu kvalitetno rješavati etičke dvojbe i probleme (6, 7).

Također, usprkos nastojanjima da se unaprijede etički temelji sestrinstva evidentno je da obrazovanje ne prati stvarnost i ne priprema nove sestre da se efikasno nose sa brojnim etičkim dilemama u praksi. Tradicionalna edukacija etike je više bazirana na filozofiji i teoriji nego na realnim kliničkim situacijama što ukazuje na evidentni procijep između teorije i prakse (7).

Nameće se zaključak da je potreban novi, pragmatičniji pristup u edukaciji iz etike. Ukratko, edukacija iz sestrinske etike mora razriješiti konkretne i specifične etičke dileme s kojima se sestra susreće na dnevnoj bazi (21). U današnjoj visoko diferenciranoj medicini treba pretpostaviti da sestre iz različitih medicinskih domena nailaze na specifične etičke probleme i s različitom učestalošću (1). Na žalost, većina današnjih istraživanja iz područja etike nema podataka koji su usporedivi po tipu i učestalošću etičkog problema u različitim sestrinskim područjima (3).

1.5. ETIČKA OSIJETLJIVOST SESTARA

Broj sestara koje su sudski tužene zbog nesavjesnog liječenja i štetnih radnji je skoro udvostručen u posljednjem desetljeću u Sjedinjenim američkim državama (19). Veliki dio tužbi zbog nemara je proizišao zbog toga što medicinske sestre nisu bile zagovaratelji pacijenata (engl. *patient advocate*) (19). Također, u posljednje vrijeme sve češće optužbe slijede i zbog nepriličnog korištenja pametnih telefona te fotografiranja i objavljivanja fotografija nepriličnog sadržaja (npr. fotografije nakon reanimacije ili objavljivanja privatnog sadržaja, npr. dosada na poslu) (22). U ovakvim slučajevima očito dolazi do neprepoznavanja etičkih implikacija činjenja ili možda nečinjenja određene radnje.

Etička osjetljivost se definira kao temelj etičkog djelovanja tj. sposobnost prepoznavanja etičke prirode nekog problema. Još i danas postoje oprečna mišljenja o etičkoj osjetljivosti i o moralnoj osjetljivosti. Neke teorije smatraju da se radi o sinonimima dok druge tumače da se radi o zasebnim kategorijama. Etička osjetljivost je ključni element koji omogućava odlučivanje u sestrinskoj praksi, ali ipak sama definicija etičke osjetljivosti nije u cijelosti jasna. Jedno od objašnjenja je činjenica da su rezultati nekih istraživanja o tom problemu često oprečni (23).

Smanjenje ili odsutnost etičke osjetljivosti može dovesti do etički nekompatibilne skrbi koja nije u skladu s profesionalnijom obvezama sestrinstva (19). Slijedom toga postizanje etičke osjetljivosti je imperativ kako bi se postigla i ostvarila etička praksa. Svakako, prije bilo kakvih intervencija s ciljem poboljšavanja etičkog promišljanja potrebno je ispitati razumiju li sestre etički sadržaj svakodnevne prakse, a to je i jedan od glavnih ciljeva ovog rada.

1.6. ETIČKE KOMPETENCIJE SESTARA

Obveza zdravstvenih ustanova je provoditi visoko kvalitetnu, sigurnu i efikasnu zdravstvenu skrb utemeljenu na dokazima i etici. Posljednja dva desetljeća zdravstvene organizacije su se fokusirale na promicanju pozitivne etičke klime koja podrazumijeva etičku

edukaciju, etičke obilaskе, etičke konzultacije, dostupnost časopisa i knjiga s etičkim temama i problemima te skupove s etičkim temama (23). Dobro je poznato da sestrinske etičke kompetencije i odgovornost čine temelj etičkog djelovanja. Neka istraživanja (npr. Scanlon iz 1997. godine) su potvrdila da sestrama nedostaje potpore u rješavanju etičkih problema (24). Kao rezultat nemogućnosti postizanja adekvatnog etičkog djelovanja moguće je izgaranje na poslu (engl. *burnout*), loša učinkovitost pa čak i napuštanje sestrinske profesije. Slijedom navedenog, razvijanje etičkih kompetencija kod sestara je jedna od osnovnih zadaća bilo na individualnoj bilo na organizacijskoj razini (23).

Pod definiciju etičke kompetencije spadaju: etičko djelovanje koje zahtijeva etičko znanje i odgovarajuću legislativu, poznavanje etičkog kodeksa, etička osjetljivost i sposobnost donošenja etičkih odluka.

1.7. ETIČKI KONFLIKTI U SESTRINSTVU

Medicinske sestre čine najbrojniju skupinu zdravstvenih radnika svugdje na svijetu i kao takve imaju središnju ulogu u zdravstvenom sustavu (25). U cilju ostvarivanja kvalitetne zdravstvene skrbi one moraju komunicirati s pacijentima, njihovim obiteljima i ostalim zdravstvenim radnicima i osobljem. Takva ekstenzivna komunikacija stvara realne mogućnosti za etički konflikt. Etički konflikt je interpersonalni i intrapersonalni problem, sučeljene između dvije ili više moralnih pozicija odnosno moralne i nemoralne pozicije (5).

Iako je etički konflikt osobni problem isti je pod snažnim utjecajem čimbenika okoline. Činjenica je da je osoblje iz intenzivne njege pod većim rizikom za etički konflikt od ostalih kolega i to zbog veće učestalosti stresa, složenosti njege, težih pacijenata, sofisticiranosti medicinske opreme i sličnog.

Kao ozbiljan profesionalni problem i čimbenik stresa, etički konflikt može ozbiljno utjecati na fizičko i mentalno zdravlje sestre, socijalne odnose, profesionalni učinak te u konačnici rezultirati s moralnim tegobama, nezadovoljstvom u poslu, izgaranjem, odsustvom s posla, itd. Činjenica je da je samo manji broj sestara svjestan proživljavanja etičkog

konflikta. Slijedom toga, logika bi bila, podizanje svijesti i poboljšanje znanja o etičkom konfliktu može dovesti do prevencije i ublažavanja konflikta.

Jedan od rezultata istraživanja Iranske studije iz 2018. godine je izostanak značajne korelacije etičkog konflikta, dobi sestara i radnog staža. Isto je istraživanje pokazalo da je etički najkonfliktija situacija rad s stručno nekompetentnim radnim kolegama (5). Ovi rezultati ukazuju na to da je moguće rješavanje ovog konflikta poboljšanje stručnih kompetencija nekompetentnih djelatnika. Za razliku od ovog postoje istraživanja koja su detektirala veću učestalost etičkog konflikta kod mlađih sestara (26). Sestre sa duljim radnim iskustvom su vjerojatno kompetentnije u korištenju obrambenih mehanizama tako da proživljavaju manje stresa.

Također, istraživanje Saberi i suradnika je pokazalo interesantan podatak da su medicinske sestre koje žive u braku izloženije etičkom konfliktu kao i sestre koje su pohađale edukacijske etičke programe (5). Moguće objašnjenje za potonje je vjerojatno to što medicinske sestre nakon etičke edukacije postaju kompetentnije u detektiranju etičkog konflikta i zbog toga proživljavaju veći nivo stresa.

Jedan od etičkih konflikata u istraživanju Saberi i suradnika je način nagrađivanja u okviru radne organizacije (5). U ovom istraživanju nagrađivanje nije bilo temeljeno radnim zaslugama i radna postignuća nisu imala značajnijeg utjecaja na radno i stručno napredovanje. U ovoj je studiji također objavljeno da su međuljudski odnosi, kao i organizacijske karakteristike, značajniji čimbenici etičkog konflikta u sestara nego medicinske intervencije i odnosi s pacijentima i njihovom rodbinom.

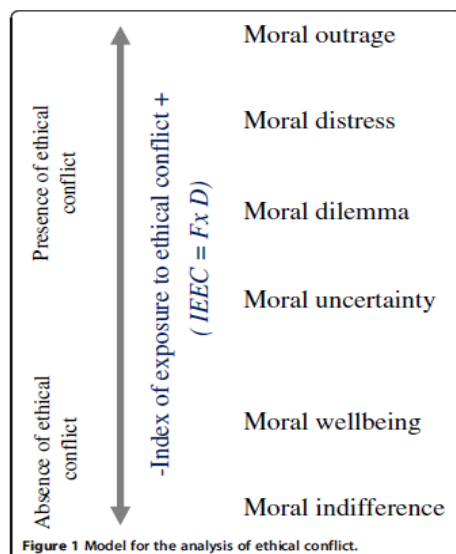
Etički konflikti se istražuju već nekoliko godina u različitim kliničkim okruženjima. Rezultati istraživanja pokazuju da je učestalost etičkih konflikata u sestrijskoj domeni u porastu zbog sve kompleksnije njege te znanstvenog i tehnološkog napretka u medicini i zdravstvu (18). Jedinice intenzivne skrbi su okruženja koja su poglavito sklona razvoju etičkog konflikta (18). Zuzelo je 2007. godine detektirala etičke konflikte koji nastaju iz tri glavna razloga: odnos sestara s pacijentima i njihovim obiteljima te provođenje određenih postupaka u nekim karakterističnim okruženjima u kojima klinički tim radi (27). Prvi uzrok predstavlja npr. nemogućnost osiguravanja informiranog pristanka, nemogućnost osiguravanja privatnosti, nemogućnost zaštite pacijentovog interesa itd. Što se tiče

provođenja određenih dijagnostičko-terapijskih postupaka radi se o previše agresivnim postupcima, neadekvatnoj analgeziji, ograničavanju mjera potpore života (npr. ograničena mogućnosti pristupa respiratorima poglavito u novije vrijeme tijekom COVID-19 pandemije) i sl.

Andrew Jameton je 1984. godine kreirao termin „*moral distress*“ (moralna nevolja) i definirao tri tipa etičkog konflikta koji sestre mogu proživljavati: moralna nesigurnost, moralna dilema i moralni „*distress*“ ili nevolja (28).

- Moralna nesigurnost znači nesigurnost o postojanju etičkog problema.
- Moralna dilema nastaje kada se mora birati između dva ili više moralno korektnih principa, a svi se provode različitim aktivnostima.
- Moralni „*distress*“ ili nevolja znači prepoznavanje nekog etičkog principa i poznavanje ispravnog načina djelovanja, ali postoji ograničavanje od strane nekoga ili nečega za ispravan postupak.

Judith Wilkins je 1989. godine „skovala“ termin „moralni bijes“ (engl. *moral outrage*) koji bi značio osjećaj nemoći tijekom nazočenja nekoj nemoralnoj djelatnosti. Jameton je 1993. godine uključio termin „moralni bijes“ (engl. *moral outrage*) u svoju klasifikaciju etičkog konflikta (Slika 6.).



Slika 6. Jametonov model analize etičkog konflikta

Izvor: Jameton i sur. (28)

Iako se priličan broj istraživanja bavi etičkim konfliktima sestara relativno mali broj istraživanja je razvio alate za mjerenje ovakve problematike (18). Zanimljiv je podatak koji su u svom istraživanju iznijeli Levi i ostali 2004. godine kada su pokazali da medicinske sestre češće nego liječnici osjećaju da etički problemi u terminalnim fazama nisu u cijelosti prodiskutirani od strane zdravstvenog tima koji njeguje pacijenta ili s obitelji pacijenta (29). Istraživanje Scanlona iz 1994. godine je objavilo podatak da od ukupno 934 medicinske sestre koje su nazočile konvenciji američkog udruženja medicinskih sestara (ANA) njih 43% ima etičke probleme u dnevnoj praksi a 36% ima etičke probleme tjedno (9).

1.8. SIMULACIJA KAO TEHNIKA PODUČAVANJA ETIKE U SESTRINSTVU

Etičko ponašanje je jedan od osnovnih aspekata u zdravstvenoj praksi. Važnost etičkog ponašanja je prepoznata između petog i trećeg stoljeća prije Krista čemu svjedoči Hipokratova zakletva. Zdravstveni djelatnici se suočavaju s etičkim dilemama koje su kompleksne a rezultat su direktnog konflikta višestrukih etičkih principa. Naravno, svekoliki napredak medicine i zdravstvene zaštite uvelike doprinosi povećanju broja etičkih problema i dilema. Implementacija etike u praksi zahtijeva znanje etičkih teorija, moralnog i kritičkog razmišljanja, zadovoljavajućih komunikacijskih vještina i mogućnosti brze integracije višestrukih informacija.

Uobičajeni pristup etičkoj edukaciji je prikaz slučaja i rasprava nakon prikaza. Tijekom takve vrste edukacije prezentira se određeni scenarij ili slučaj studentima ili polaznicima edukacije koji se ohrabruju istražiti i prodiskutirati etičko pitanje proizašlo iz tog slučaja (engl. *case review and discussion*) (30). Studenti tada diskutiraju te obrazlažu kolegama što bi učinili u konkretnoj situaciji. Međutim, u kliničkoj praksi tj. u realnoj situaciji, etičke dileme se odvijaju tijekom određenog vremenskog razdoblja i one stavljaju na kušnju komunikacijske vještine i etičko znanje medicinskih sestara. Naravno da je implementacija etičkih principa jednostavnija u uvjetima učionice ili predavaonice kada je problem fiktivan tj. zamišljen i relativno jednostavan. Puno realističnije okruženje zasigurno može više

pomoći polaznicima tečaja edukacijskih vještina u napretku i stjecanja etičkih kompetencija i to od razumijevanja do primjene istih.

Simulacije osiguravaju sigurnu okolinu za sudionike edukacije uz to što i vrlo realistično oponašaju kliničku praksu. Iako postoji mnoštvo aplikacija za simulaciju etičkih problema za pomoć u etičkoj edukaciji sestara u literaturi postoji malo radova na temu simulacije tijekom edukacije (31). Simulacija omogućava prakticiranje i demonstraciju znanja, vještina, kritičkog razmišljanja i komunikacije (32). Postoji nekoliko tipova simulacije u rasponu od simulacije niske vjerodostojnosti do simulacije visoke vjerodostojnosti. U takvom sučelju se koristi standardizirani pacijent koji je u naravi glumac i koji koristi standardizirane izraze da bi imao interakciju sa studentima te kreirao planirano i jedinstveno iskustvo učenja. Kao jedna od komponenti simulacije javlja se i razmišljanje o samome sebi (engl. *self-reflection*). Razmišljanje o sebi potiče polaznike na samo procjenu i planiranje budućeg učenja (33). Standardizirano ispitivanje tijekom simulacije osigurava vođenje studenta i planiranje budućih susreta. Student se može ispitati odmah nakon simulacije ili s vremenskim odmakom u smislu dublje procjene simulacije. Simulacija omogućava studentu implementaciju etike u praksi i razvijanje komunikacijskih vještina potrebnih u rješavanju kompleksnih situacija (33). Standardizirani pacijenti (glumci) podrazumijevaju određeni trošak, ali se takav trošak može eventualno umanjiti implementacijom i uključivanjem u edukaciju obučanih volontera (umirovljeni zdravstveni djelatnici). Etička simulacija pomaže studentima sintetizirati znanje, vještine, i ponašanje u sigurnoj okolini koja omogućava procjenu etičke osjetljivosti, etičkih kompetencija i komunikacijskih vještina.

2. CILJ RADA

Nastavno na problematiku istraživanja **glavni cilj** ovog istraživanja je:

1. Utvrditi vrstu i pojavnost etičkih problema medicinskih sestara/tehničara

Sporedni ciljevi ovog istraživanja su:

1. Provjeriti postoji li povezanost etičkih problema s godinama staža provedenima u struci
2. Provjeriti postoji li povezanost etičkih problema s vrstom struke (kirurška / ne kirurška)
3. Provjeriti postoji li povezanost etičkih problema s spolom (ženski / muški)

Hipoteze istraživanja su:

H1: Ispitanici čiji je radni staž <18 godina češće imaju etičke probleme od ispitanika čiji je radni staž ≥ 18 godina

H2: Ispitanici koji rade na kirurškim odjelima češće imaju etičke probleme od ispitanika koji rade na ne kirurškim odjelima

H3: Ispitanici oba spola imaju podjednaku učestalost etičkih problema

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3. 1. USTROJ ISTRAŽIVANJA

U KBC-u Split je provedeno presječno istraživanje (engl. *cross-sectional study*) koje je uključivalo medicinske sestre i tehničare zaposlene u KBC-u koji su bili voljni sudjelovati u istraživanju i ispuniti upitnik etičkih dvojbi. Istraživanje je provedeno tijekom kolovoza i rujna 2022. godine.

3. 2. UZORAK ISPITANIKA

Ovo istraživanje je provedeno u KBC-u Split. Istraživanje, kao i svi postupci vezani za ovo istraživanje, odobreni su od strane Etičkog povjerenstva KBC-a Split i provedeni su u skladu s načelima Helsinške deklaracije.

Istraživanjem su obuhvaćeni medicinske sestre i tehničari (n=155) koji su zaposleni u KBC-u Split a koji su bili voljni sudjelovati u istraživanju i ispuniti upitnik etičkih dvojbi. Dva neovisna prevoditelja prevela su upitnik s engleskog na hrvatski jezik. Prije samog istraživanja smisao i svrha istraživanja su objašnjeni ponaosob svakom ispitaniku od strane glavnog istraživača te je dobivena suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Putem on-line aplikacije *Google forms* upitnik je podijeljen medicinskim sestrama i tehničarima koji su bili voljni sudjelovati u istraživanju i ispuniti upitnik.

3. 3. POSTUPCI

3. 3. 1. Obrazac za prikupljanje demografskih podataka ispitanika

Obrazac za prikupljanje demografskih podataka ispitanika formiran je na sljedeći način:

Poštovani!

Hvala Vam što se pristali ispuniti upitnik „Skala etičkih problema“ koji ispituje vrste i učestalosti etičkih problema medicinskih sestara i medicinskih tehničara.

Istraživanje je anonimno te će se prikupljeni podatci koristiti isključivo u znanstvene svrhe.

Vaša e-pošta:

Spol: M Ž

Dob (molim upisati godine):

Godine staža u struci:

Klinika / Zavod / Odjel gdje radite:

Pozicija/dužnost koju obnašate:

Stupanj edukacije:

- Srednja stručna sprema
- Prvostupnik/ca sestrinstva
- Diplomirani medicinski tehničar / diplomirana medicinska sestra (magistar/a sestrinstva)

3. 3. 2. Skala etičkih problema

Upitnik Skala etičkih problema (engl. *Ethical Issue Scale, EIS*) je upitnik koji se koristi za identifikaciju etičkih dvojbi (problema) i dvojbi u svezi s ljudskim pravima medicinskih sestara i tehničara u svakodnevnoj praksi (2). Radi se o upitniku koji se sastoji od 32 pitanja podijeljena u tri dijela koji se počeo koristiti još od 1994. godine. Validacija i psihometrijska evaluacija je urađena 2001. godine od strane autora Fry and Damrosch (2). Pitanja iz upitnika su definirana iz tadašnje literature i putem intervju sa medicinskim sestrama, a podijeljena su u tri kategorije etičkih dvojbi tj. problema:

- dvojbe u svezi s liječenjem u terminalnoj fazi
- dvojbe u svezi s zdravstvenom njegom pacijenata

- dvojbe u svezi s ljudskim pravima.

Istraživanje Fry i Dambrosch iz 2001. godine je potvrdilo pouzdanost i validnost upitnika (upitnik je validiran) tako da je upitnik prikladan alat za etička istraživanja. Svakom pitanju na skali etičkih problema potrebno je pridružiti odgovarajući broj na Likertovoj ljestvici (0= nikad, 1= rijetko, 2= ponekad, 3= često) koji najbolje odgovara određenom problemu sa kojim su se susretale medicinske sestre/ tehničari tijekom posljednjih 12 mjeseci.

A. Odluke o liječenju u terminalnoj fazi

1. Produljivanje procesa umiranja uzaludnim mjerama
2. Liječenje pacijenta protivno željama pacijenta ili obitelji
3. Uskraćivanje sredstava za održavanje na životu (prehrana, hidrataciju) kod umirućih pacijenata
4. Oživljavanje ili neoživljavanje pacijenta bez znanja njegove volje
5. Liječenje ili neliječenje pacijenata s teškim fizičkim ili mentalnim oštećenjima
6. Donošenje odluka bez razmatranja kvalitete života pacijenta
7. Postupanje koje nije u skladu sa vašim osobnim ili religijskim nazorima
8. Postupanje koje nije u skladu sa pacijentovim osobnim ili religijskim nazorima
9. Određivanje trenutka kada nastupa smrt
10. Dobavljanje ili distribucija organa ili tkiva za transplantaciju
11. Prekomjerno ili nedostatno korištenje analgetika
12. Prekomjerno ili nedostatno indiciranje dijagnostike, testova itd.
13. Postupanje po naputcima liječnika za neoživljavanje terminalnih pacijenata

B. Problematika u svezi s zdravstvenom negom pacijenata

14. Raspored osoblja koji ponekad ostavlja neke pacijente bez dostatne sestrinske skrbi
15. Prijava zlostavljanja ili zanemarivanja djeteta, odrasle ili starije osobe

16. Nepotrebno korištenje resursa (ljudskih, finansijskih, opreme)
17. Provedba naputaka koji smanjuju kvalitetu skrbi za pacijente
18. Kršenje povjerenja ili privatnosti pacijenata (npr. HIV status)
19. Rad s neetičnim / nesposobnim / neodgovornim kolegama
20. Ignoriranje pacijentove autonomije
21. Skrb za pacijente koji su neinformirani ili pogrešno informirani o svom zdravstvenom stanju
22. Utvrđivanje prava maloljetnika u odnosu na roditeljsko pravo
23. Različito liječenje bolesnika ovisno o njihovom statusu
24. Rad s nesigurnom opremom i / ili opasnostima iz okoliša
25. Sukob u odnosu medicinske sestre i liječnika (ili u drugim profesionalnim odnosima)
26. Prijavljivanje neetičke zdravstvene prakse
27. Provedba naputaka koji ograničavaju pristup zdravstvenoj skrbi

C. Problematika u svezi s ljudskim pravima

28. Sputavanje pacijenata fizički ili lijekovima
29. Poštivanje/ nepoštivanje želje pacijenta u svezi s liječenjem
30. Zaštita prava pacijenata i ljudskog dostojanstva
31. Pravilno informiranje pacijenata tijekom potpisivanja obrasca informiranog pristanka
32. Pružanje zdravstvene skrbi pacijentima s mogućim rizikom za vaše zdravlje (npr. TBC, HIV, nasilje)

3. 4. STATISTIČKA ANALIZA

Statistička analiza prikupljenih podataka je provedena koristeći statistički program MedCalc za osobno računalo (Medcal Software, Ostend, Belgija, verzija 20.115). Kvalitativni podatci su prikazani kao cijeli brojevi i postotci, a kvantitativni kao aritmetička sredina \pm standardna devijacija ili medijan (interkvartilni raspon). Za procjenu normalnosti

distribucije korišten je Kolmogorv-Smirnov test. Usporedba između kvantitativnih nekontinuiranih varijabli je provedenu koristeći Mann-Whitney U test, dok je usporedba između kategorijskih varijabli provedena koristeći Chi-kvadrat test. Stupanj statističke značajnosti je bio postavljen na $p < 0.05$.

4. REZULTATI

U istraživanje je bilo uključeno 155 ispitanika, od čega 22 (14.2%) muškaraca i 133 (85.8%) žena. Dob ispitanika je bila 39.1 ± 10.5 godina dok je staž u struci iznosio 17.0 (8.0-27.0) godina. Najviše ispitanika je imalo višu stručnu spremu (49.0%) dok ih najviše radi na internističkim odjelima (44.8%). Najčešća radna pozicija je bila odjel (74.8%) (Tablica 1).

Tablica 1. Osnovni demografski podatci ispitivanog uzorka.

Parametar	Ukupni uzorak N=155
Spol (N, %)	
Muškarci	22 (14.2)
Žene	133 (85.8)
Dob (godine)	39.1 ± 10.5
Stož u struci (godine)	17.0 (8.0-27.0)
Stupanj edukacije (N, %)	
Srednja stručna sprema	54 (34.8)
Viša stručna sprema	76 (49.0)
Visoka stručna sprema	25 (16.1)
Radno mjesto (N, %)	
Kirurški odjel	53 (34.4)
Internistički odjel	69 (44.8)
PZS	14 (9.1)
Hitna služba	15 (9.7)
Srednja škola	3 (1.9)
Pozicija (N, %)	
Odjelna ms/mt	116 (74.8)
Instrumentar/ka	8 (5.2)
Ambulantna ms/mt	10 (6.5)

Glavna ms/mt	17 (11.0)
Predavač/ica	4 (2.6)

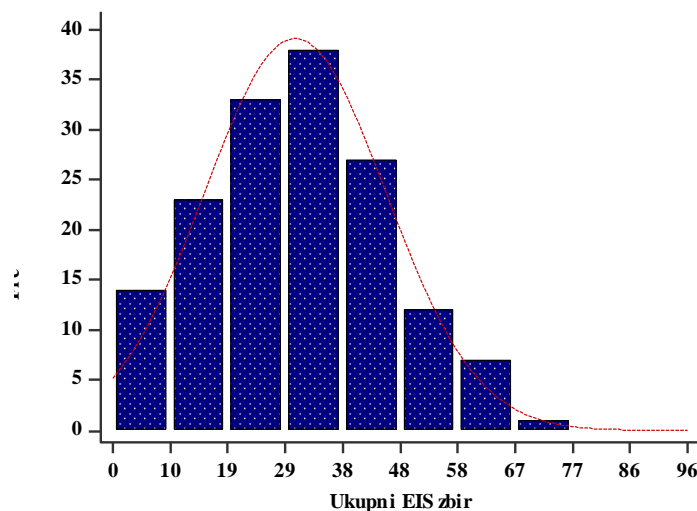
Svi podatci su prikazani kao cijeli brojevi (postotak), aritmetička sredina ± standardna devijacija ili medijan (interkvartilni raspon); **PZS** - primarna zdravstvena skrb; **ms/mt** - medicinska sestra/medicinski tehničar.

Rezultati *Skale etičkih problema* (EIS) u domeni problematike liječenja u terminalnoj fazi je iznosio 10.0 (5.0-14.0), u domeni problematike u svezi njege pacijenta je iznosio 11.0 (6.2-16.2) dok je u domeni problematike u svezi ljudskih prava iznosio 9.0 (6.0-11.0) (Tablica 2). Ukupni rezultat EIS skale u ispitivanom uzorku je iznosio 31.0 (20.0-40.0) (Slika 7).

Tablica 2. Prikaz dijelova EIS u ispitivanom uzorku.

Parametar	Ukupni uzorak N=155
Problematika liječenja u terminalnoj fazi	10.0 (5.0-14.0)
Problematika u svezi njege pacijenata	11.0 (6.2-16.2)
Problematika u svezi ljudskih prava	9.0 (6.0-11.0)

Svi podatci su prikazani kao medijan (interkvartilni raspon).



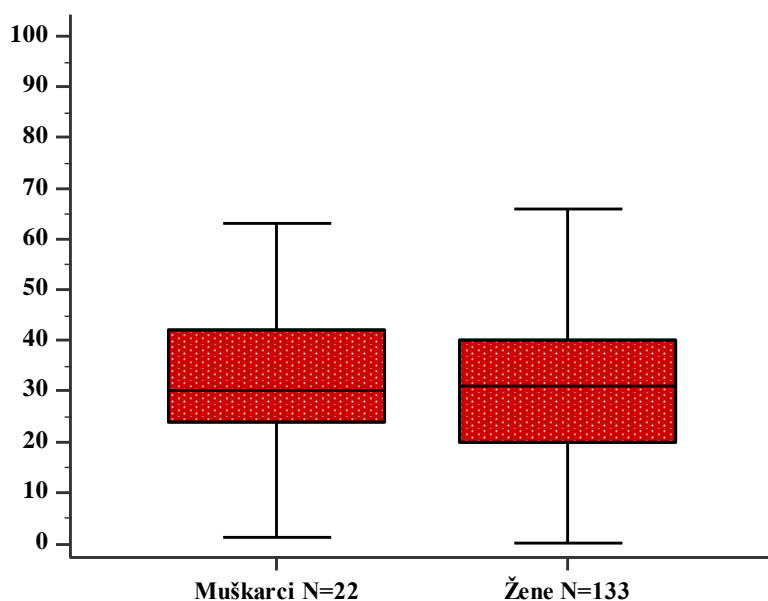
Slika 7. Histogram ukupnog EIS zbira u ispitivanom uzorku (N=155).

Pri usporedbi muškaraca i žena nije pronađena statistički značajna razlika rezultata EIS skale u domeni problematike liječenja u terminalnoj fazi (9.0 (4.0-13.0) vs 10.0 (5.0-14.0) ; $p = 0.636$), u domeni problematike u svezi njege pacijenta (12.0 (4.0-18.0) vs 10.0 (7.0-16.0); $p = 0.957$) i u domeni problematike u svezi ljudskih prava (9.0 (6.0-12.0) vs 9.0 (6.0-11.0); $p = 0.714$) (Tablica 3). Također, nije pronađena statistički značajna razlika pri usporedbi ukupnog rezultata EIS skale između muškaraca i žena (30.0 (24.0-42.0) vs 31.0 (20.0-40.0); $p=0.963$) (Slika 8).

Tablica 3. Usporedba dijelova EIS između spolova.

Parametar	Muškarci N=22	Žene N=133	P^*
Problematika liječenja u terminalnoj fazi	9.0 (4.0-13.0)	10.0 (5.0-14.0)	0.636
Problematika u svezi njege pacijenata	12.0 (4.0-18.0)	10.0 (7.0-16.0)	0.957
Problematika u svezi ljudskih prava	9.0 (6.0-12.0)	9.0 (6.0-11.0)	0.714

Svi podatci su prikazani kao medijan (interkvartilni raspon); * - Mann-Whitney U test



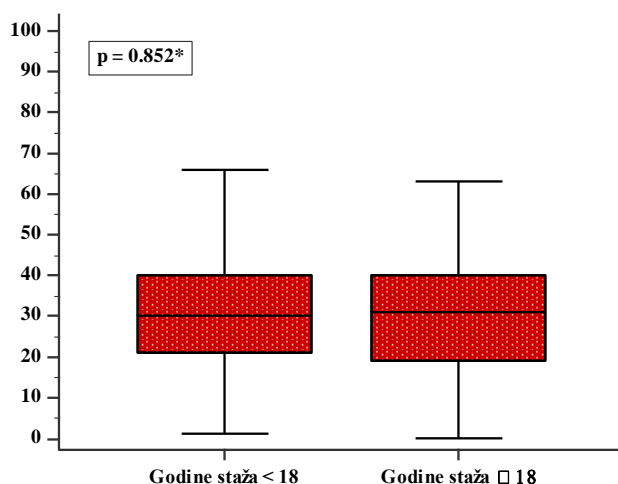
Slika 8. Usporedba ukupnog EIS zbira između muškaraca i žena.

Pri usporedbi grupe čiji je radni staž <18 i grupe čiji je radni staž ≥ 18 godina nije pronađena statistički značajna razlika rezultata EIS skale u domeni problematike liječenja u terminalnoj fazi (10.0 (4.5-14.0) vs 10.0 (5.0-14.0); $p = 0.846$), u domeni problematike u svezi njege pacijenta (11.0 (7.0-16.0) vs 11.0 (6.0-17.0); $p = 0.876$) i u domeni problematike u svezi ljudskih prava (9.0 (6.0-12.0) vs 9.0 (6.0-10.0); $p = 0.217$) (Tablica 4). Također, nije pronađena statistički značajna razlika pri usporedbi ukupnog rezultata EIS skale između grupe čiji je radni staž <18 i grupe čiji je radni staž ≥ 18 godina (30.0 (21.0-40.0) vs 31.0 (19.0-40.0) ; $p = 0.852$) (Slika 9).

Tablica 4. Usporedba dijelova EIS između grupe čiji je radni staž <18 i grupe čiji je radni staž ≥ 18 godina.

Parametar	Radni staž	Radni staž	<i>P</i> *
	<18 godina N=81	≥ 18 godina N=74	
Problematika liječenja u terminalnoj fazi	10.0 (4.5-14.0)	10.0 (5.0-14.0)	0.846
Problematika u svezi njege pacijenata	11.0 (7.0-16.0)	11.0 (6.0-17.0)	0.876
Problematika u svezi ljudskih prava	9.0 (6.0-12.0)	9.0 (6.0-10.0)	0.217

Svi podatci su prikazani kao medijan (interkvartilni raspon); * - Mann-Whitney U test.



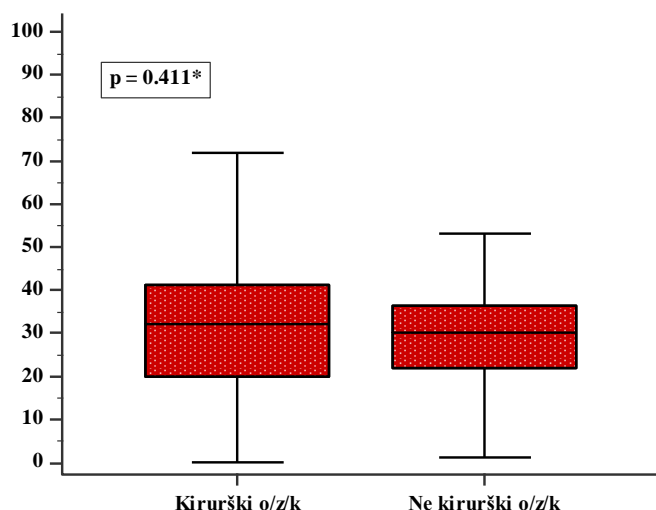
Slika 9. Usporedba ukupnog EIS zbira između grupe čiji je radni staž <18 (N=81) i grupe čiji je radni staž ≥ 18 godina (N=74).

Pri usporedbi grupe koja radi na kirurškom odjelu, zavodu ili klinici i grupe koja radi na ne kirurškom odjelu, zavodu ili klinici nije pronađena statistički značajna razlika rezultata EIS skale u domeni problematike liječenja u terminalnoj fazi (9.0 (5.0-14.0) vs 10.0 (5.7-14.2); $p = 0.614$), u domeni problematike u svezi njege pacijenta (12.0 (6.0-19.0) vs 9.0 (6.0-14.0); $p = 0.166$) i u domeni problematike u svezi ljudskih prava (10.0 (7.0-12.0) vs 9.0 (6.0-11.0); $p = 0.166$) (Tablica 5). Također, nije pronađena statistički značajna razlika pri usporedbi ukupnog rezultata EIS skale između kirurške i ne kirurške grupe (32.0 (19.7-41.2) vs 30.0 (21.7-36.2); $p=0.411$) (Slika 10).

Tablica 5. Usporedba dijelova EIS između grupe koja radi na kirurškom o/z/k i grupe koja radi na ne kirurškom o/z/k.

Parametar	Kirurški o/z/k N=53	Internistički o/z/k N=69	p^*
Problematika liječenja u terminalnoj fazi	9.0 (5.0-14.0)	10.0 (5.7-14.2)	0.614
Problematika u svezi njege pacijenata	12.0 (6.0-19.0)	9.0 (6.0-14.0)	0.166
Problematika u svezi ljudskih prava	10.0 (7.0-12.0)	9.0 (6.0-11.0)	0.235

Svi podatci su prikazani kao medijan (interkvartilni raspon); * - Mann-Whitney U test.



Slika 10. Usporedba ukupnog EIS zbira između grupe koja radi na kirurškom o/z/k (N=53) i grupe koja radi na ne kirurškom o/z/k (N=69).

Tablica 6. prikazuje nam učestalosti etičkih problema medicinskih sestara i tehničara. Procjenjivali su odluke o liječenju u terminalnoj fazi, probleme u svezi s zdravstvenom njegom te problematika u svezi s ljudskim pravima. Na navedene tvrdnje ispitanici su odgovarali koliko često su se susretali s navedenim problemima.

Tablica 6. Prikaz učestalosti etičkih problema medicinskih sestara i tehničara

Svi podatci su prikazani kao cijeli brojevi (postotak).

Pitanje	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često
Odluke o liječenju u terminalnoj fazi (N, %)				
Produljivanje procesa umiranja uzaludnim mjerama	87 (56.1)	41 (26.5)	12 (7.7)	15 (9.6)
Liječenje pacijenta protivno željama pacijenta ili obitelji	67 (42.1)	57 (35.8)	28 (17.6)	3 (1.9)
Uskraćivanje sredstava za održavanje na životu (prehrana, voda) kod umirućih pacijenata	127 (81.9)	20 (12.9)	7 (4.5)	1 (0.6)
Oživljavanje ili neoživljavanje pacijenta bez znanja njegove volje	75 (48.4)	43 (27.7)	23 (14.8)	14 (9.0)
Liječenje ili neliječenje pacijenata s teškim fizičkim ili mentalnim oštećenjima	41 (26.5)	62 (40.0)	42 (27.1)	10 (6.5)
Donošenje odluka bez razmatranja kvalitete života pacijenta	66 (42.6)	42 (27.1)	31 (20.0)	16 (10.3)
Postupanje koje nije u skladu sa vašim osobnim ili religijskim nazorima	82 (52.9)	46 (29.7)	25 (16.1)	2 (1.3)
Postupanje koje nije u skladu sa pacijentovim osobnim ili religijskim nazorima	90 (58.1)	44 (28.4)	18 (11.6)	3 (1.9)
Određivanje trenutka kada nastupa smrt	79 (51.0)	31 (20.0)	30 (19.4)	15 (9.7)
Dobavljanje ili distribucija organa ili tkiva za transplantaciju	118 (76.1)	22 (14.2)	13 (8.4)	2 (1.3)
Prekomjerno ili nedostatno korištenje analgetika	65 (41.9)	45 (29.0)	33 (21.3)	12 (7.7)
Prekomjerno ili nedostatno indiciranje dijagnostike, testova itd.	55 (35.5)	43 (27.7)	35 (22.6)	22 (14.2)
Postupanje po naputcima liječnika za neoživljavanje terminalnih pacijenata	79 (51.0)	39 (25.2)	30 (19.4)	7 (4.5)
Problematika u svezi s zdravstvenom njegom pacijenata (N, %)				
Raspored osoblja koji ponekad ostavlja neke pacijente bez dostatne sestrinske skrbi	42 (27.3)	40 (26.0)	44 (28.6)	28 (18.2)
Prijava zlostavljanja ili zanemarivanja djeteta, odrasle ili starije osobe	90 (59.2)	45 (29.6)	15 (9.9)	2 (1.3)
Nepotrebno korištenje resursa (ljudskih, financijskih, opreme)	35 (22.9)	53 (34.6)	42 (27.5)	23 (15.0)

Provedba naputaka koji smanjuju kvalitetu skrbi za pacijente	66 (43.1)	52 (34.0)	27 (17.6)	8 (5.2)
Kršenje povjerenja ili privatnosti pacijenata (npr. HIV status)	87 (56.5)	42 (27.3)	17 (11.0)	8 (5.2)
Rad s neetičnim/nesposobnim/ neodgovornim kolegama	36 (23.5)	63 (41.2)	35 (22.9)	19 (12.4)
Ignoriranje pacijentove autonomije	76 (49.7)	47 (30.7)	22 (14.4)	8 (5.2)
Skrb za pacijente koji su neinformirani ili krivo informirani o svom zdravstvenom stanju	34 (22.1)	58 (37.7)	39 (25.3)	23 (14.9)
Utvrđivanje prava maloljetnika u odnosu na roditeljsko pravo	97 (63.0)	42 (27.3)	12 (7.8)	3 (1.9)
Različito liječenje bolesnika ovisno o njihovom statusu	83 (54.6)	35 (23.0)	20 (13.2)	14 (9.2)
Rad s nesigurnom opremom i/ili opasnostima iz okoliša	59 (38.8)	55 (36.2)	23 (15.1)	15 (9.9)
Sukob u odnosu medicinske sestre i liječnika (ili u drugim profesionalnim odnosima)	35 (22.9)	66 (43.1)	35 (22.9)	17 (11.1)
Prijavljivanje neetičke zdravstvene prakse	99 (64.7)	48 (31.4)	4 (2.6)	2 (1.3)
Provedba naputaka koji ograničavaju pristup zdravstvenoj skrbi	99 (64.7)	36 (23.5)	14 (9.2)	4 (2.6)
Problematika u svezi s ljudskim pravima (N, %)				
Sputavanje pacijenata fizički ili s lijekovima	52 (33.8)	39 (25.3)	49 (31.8)	14 (9.1)
Poštivanje/ nepoštivanje želja pacijenta u svezi s liječenjem	47 (30.5)	45 (29.2)	45 (29.2)	17 (11.0)
Zaštita prava pacijenata i ljudskog dostojanstva	29 (19.0)	23 (15.0)	36 (23.5)	65 (42.5)
Pravilno informiranje pacijenata tijekom potpisivanja obrasca informiranog pristanka	24 (15.6)	22 (14.3)	32 (20.8)	76 (49.4)
Pružanje zdravstvene skrbi pacijentima s mogućim rizikom za Vaše zdravlje (HIV, nasilje)	22 (14.3)	28 (18.2)	45 (29.2)	59 (38.3)

Svi podatci su prikazani kao cijeli brojevi (postotak).

Samo 2% ispitanika izjavilo je da postupalo u skladu koje nije u njihovim osobnim ili religijskim nazorima, a 3% njih koje nije u skladu s pacijentovim osobnim ili religijskim nazorima. Česti rad s neetičnim/nesposobnim/ neodgovornim kolegama imalo je čak 12,4% ispitanika, dok sukob u odnosu medicinske sestre i liječnika (ili u drugim profesionalnim odnosima) nikad nije imalo njih 22.9%. Detaljan prikaza učestalosti etičkih problema vidljiv je u tablici 6.

Najučestalije etičke probleme koje navode medicinske sestre i tehničari u ovom istraživanju, prikazane su u tablici 7.

Tablica 7. Prikaz pet najučestalijih etičkih problema medicinskih sestara

Pet najučestalijih etičkih problema medicinskih sestara i tehničara u ovom istraživanju		
1.	Pravilno informiranje pacijenata tijekom potpisivanja obrasca informiranog pristanka	76 49.4%
2.	Zaštita prava pacijenata i ljudskog dostojanstva	65 42.5%
3.	Pružanje zdravstvene skrbi pacijentima s mogućim rizikom za Vaše zdravlje (HIV, nasilje)	59 38.3%
4.	Raspored osoblja koji ponekad ostavlja neke pacijente bez dostatne sestrinske skrbi	28 18.2%
5.	Nepotrebno korištenje resursa (ljudskih, finansijskih, opreme)	23 15.0%

Svi podatci su prikazani kao cijeli brojevi (postotak).

Iz tablice je vidljivo da je najučestaliji etički problem pravilno informiranje pacijenata tijekom potpisivanja obrasca informiranog pristanka, gotovo 50% od svih navedenih problema, a najmanje prisutan etički problem procijenili su nepotrebno korištenje resursa (ljudskih, finansijskih, opreme) (15%).

5. RASPRAVA

U ovom presječnom deskriptivnom istraživanju vrste i učestalosti etičkih problema medicinskih sestara i tehničara koji su zaposleni u KBC-u Split i koji su pristali sudjelovati u istraživanju analizirano je 155 ispitanika oba spola. Od toga je bilo 133 (85.8%) žene i 22 (14.2%) muškarca.

Istraživanje je pokazalo i potvrdilo činjenicu da postoji kontinuitet dokazane etičke problematike sestrinstva od samih početaka sestrinstva pa naovamo. Svakako treba spomenuti začetnicu suvremenog sestrinstva Florence Nightingale, koja je u svojoj knjizi „Notes on nursing“ navela etički pristup pacijentu kao okosnicu sestričkog djelovanja. Već u relativno novijoj povijesti Vaughanovo istraživanje iz 1935. godine je pokazalo neke nove činjenice (problemi u odnosima sestra-lijeknik, sestra- sestra) čiji se kontinuitet nastavlja sve do danas (8).

Današnje etičke probleme treba sagledati u svjetlu suvremenog napretka u zdravstvenoj skrbi i cijelokupnoj medicini. Posljedično svekolikom napretku dolazi do povećane potrebe za zdravstvenom skrbi zbog porasta udjela starije populacije koja je kronično bolesna. Slijedom navedenog dolazi do povećanja obima posla i povećanja odgovornosti svih zdravstvenih djelatnika pa tako i sestara. Također, kao jedan od bitnih čimbenika u genezi etičke problematike je odbacivanje tradicionalnog shvaćanja odnosa sestra-lijeknika kao neprimjerenog.

Medicinske sestre i tehničari predstavljaju najbrojniju skupinu zdravstvenih djelatnika te imaju jednu od ključnih uloga u pružanju zdravstvene skrbi (25, 34).

Usprkos tim činjenicama kao i sve većoj osviještenosti o postojanju etičkog konflikta ili problema moguće je da je samo manji dio sestričke populacije svjestan da i one ponaosob proživljavaju ili prolaze kroz etičke probleme tj. konflikte. Slijedom toga, educiranje sestara o etičkom konfliktu ili problemu može pomoći u razumijevanju istoga, preveniranju i upravljanju samim etičkim konfliktom (35). Naravno, potrebna su i buduća istraživanja koja bi bila standardizirana i naravno s mogućnošću usporedbe rezultata.

U ovom ispitivanju je korišten upitnik Skala etičkih problema (engl. *Ethical Issue Scale*, *EIS*) (2). Radi se o jednostavnom upitniku koji je moguće ispuniti u kraćem vremenskom

roku (od deset do dvadeset minuta). Nitko od ispitanika nije prijavio probleme kod ispunjavanja tj. rješavanja upitnika. Jednostavnost i brzina rješavanja ovog instrumenta za ispitivanje vrste i učestalosti etičkih problema medicinskih sestara i tehničara čini ga pogodnim za korištenje u sve užurbanijoj kliničkoj svakodnevici.

U tablici 1. su navedeni osnovni demografski podatci ispitanika. Što se tiče stupnja edukacije, od 155 ispitanika čak 76 (49,0%) ima višu školu tj. bakalaureat, a 25 (16,1%) ima magisterij. Praktički samo trećina sestara 54 (34,8%) ima srednju školu. Ovi podatci su u suglasju s činjenicom napretka i diverzifikacije sestrinske struke što neminovno nameće dodatne potrebe za edukacijom. U prilog tome govori i početak obrazovanja sestara od 2010. godine na sveučilišnom diplomskom studiju sestrinstva čime se stječe naziv magistra/ magistre sestrinstva.

5.1. USPOREDBA PROBLEMATIKE IZMEĐU ŽENA I MUŠKARACA

Od 155 ispitanika oba spola, 133 (85,8%) su bile žene, i 22 (14,2%) muškarca (Tablica 3.). Pri usporedbi rezultata EIS skale u sve tri domene između skupine muškaraca i žena nije pronađena statistički značajna razlika rezultata EIS skale u sve tri ispitivane domene tj. sastavnice. Također, nije pronađena statistički značajna razlika pri usporedbi ukupnog rezultata EIS skale između muškaraca i žena (Slika 7.). U našem istraživanju žene tj. medicinske sestre čine većinu ispitanika 133 (85.8%) kao što je poznato iz prakse. Temeljitom pretragom baza podataka u nijednom dosadašnjem istraživanju koje je koristilo EIS skalu nije pronađena usporedba rezultata muškaraca i žena tj. medicinskih sestara i tehničara. Ova činjenica veseli iz dva razloga, radi se o izvornom rezultatu iz naše ustanove, našeg grada i naše države kao i to da ne postoji statistički značajna razlika u poimanju etičkih problema između dva spola tj. muškaraca i žena u KBC-u Split.

5.2. USPOREDBA ETIČKE PROBLEMATIKE IZMEĐU KIRURŠKE I NEKIRURŠKE STRUKE

Što se tiče prirode radnog mjesta ispitanici su podijeljeni u dvije skupine, djelatnici kirurške struke 53 (34,4%) i ostali, tj. ne- kirurške struke (Tablica 5.). Ustrojbene jedinice (klinike, zavodi, odjeli) koje primarno koriste kirurške metode liječenja jesu „kirurške struke“. Pri usporedbi rezultata EIS skale u sve tri domene između ove dvije skupine nije pronađena statistički značajna razlika rezultata EIS skale u sve tri ispitivane domene.

Na prvi pogled bi se moglo tvrditi da uistinu nema razlike između kirurške i nekirurške struke što se tiče etičkih problema. Međutim, podatci iz literature nam ukazuju na drugačije stanje. U suvremenoj medicini je došlo do nastajanja usko specijaliziranih struka kako u okviru liječničke tako i u okviru sestrinske struke. Iako je etički problem osobna stvar, isti je pod znatnim utjecajem čimbenika okoline. Prema navodima literature etički problemi ovise o ustrojbenoj jedinici tj. njenim radnim i poslovnim karakteristikama (5, 19). Slijedom toga, za detaljnije ispitivanje etičkih problema sestara potrebno je „raspršiti“ upitnike po svim ustrojbenim jedinicama jer je svaka sredina specifična na svoj način. Tek tada i u konačnici usporedbom tih rezultata moguće je saznati pravo stanje etičke problematike između različitih struka (3). Poznato je da neriješeni etički konflikti dovode do povećanog sagorijevanja osoblja na poslu, nezadovoljstva samim sobom i sredinom, smanjenja produktivnosti i u konačnici do promjena radnog mjesta (5, 19). To treba svakako sagledati u svjetlu kroničnog nedostatka kvalificirane radne snage u zdravstvu u suvremenom svijetu (15, 17). Npr. osoblje iz jedinica intenzivne njege ima veći rizik za razvoj etičkog konflikta nego njihove kolege sa drugih odjela i to zbog veće količine stresa tj. zbog stresnijeg posla (5).

5.3. ETIČKI PROBLEMI RUKOVODEĆIH (GLAVNIH) SESTARA

Od 155 ispitanika 17 (11,0%) ispitanika su na poziciji glavne ili rukovodeće medicinske sestre ili tehničara. U literaturi su poznata istraživanja koja se bave istraživanjem etičkih problema glavnih sestara (engl. *staff nurses ili nurses in leadership roles*) (36). Pretpostavljalo se da zbog povećane odgovornosti glavne sestre mogu biti pojačano izložene etičkom problemu odnosno mogu pojačano proživljavati etički konflikt. Istraživanjem Redman i Fry iz 2003. godine to je i potvrđeno (36). Analizirano je 470 upitnika kojima su anketirane sestre na pozicijama glavnih sestara.

Najučestaliji etički problemi glavnih sestara su bili (36):

- zaštita ljudskih prava i dostojanstva
- poštivanje ili nepoštivanje informiranog pristanka za postupke
- korištenje ili nekorištenje fizičkih ili kemijskih sredstava za sputavanje pacijenata
- provođenje zdravstvene njege s mogućim rizikom za zdravlje medicinske sestre
- postupci vezani za napredno održavanje pacijenata na životu
- problemi s manjkom osoblja koji ograničavaju dostupnost zdravstvene njege

Najstresniji etički problemi glavnih sestara su bili (36):

- problemi s manjkom osoblja koji ograničavaju dostupnost zdravstvene njege
produljivanje procesa umiranja s neprikladnim mjerama
- rad s neetičnim, nekompetentnim kolegama
- implementacija službene zdravstvene skrbi koja umanjuje kvalitetu skrbi
- briga o pacijentima i obiteljima koji su neinformirani o terapiji i prognozi bolesti

U tablici 2. podatci ovog istraživanja su prikazani kao medijan (interkvartilni raspon). Rezultat EIS skale u domeni problematike liječenja u terminalnoj fazi je iznosio 10.0 (5.0-14.0), u domeni problematike u svezi njege pacijenta je iznosio 11.0 (6.2-16.2) dok je u domeni problematike u svezi ljudskih prava iznosio 9.0 (6.0-11.0).

Poznata je činjenica da općenito postoji manjak istraživanja koja se bave etičkom problematikom sestrištva (19). U ovom istraživanju smo dobili gore spomenute rezultate koje za sada ne možemo usporediti s drugim rezultatima u Republici Hrvatskoj. Buduća istraživanja kako u svijetu tako i u RH su potrebna za dobivanje i usporedbu ovih rezultata po domenama EIS skale. Osim toga, rezultati ovog istraživanja se mogu usporediti s rezultatima novog istraživanja, nakon određenog vremenskog perioda i/ili nakon provedene određene intervencije.

5.4. RADNI STAŽ

Svi ispitanici iz ovog istraživanja su svrstani u dvije skupine temeljem godina radnog staža u struci i to skupina čiji je radni staž <18 godina i skupina čiji je radni staž ≥ 18 godina (Tablica 4.). Pri usporedbi grupe čiji je radni staž <18 i grupe čiji je radni staž ≥ 18 godina nije pronađena statistički značajna razlika rezultata EIS skale u sve tri domene. Također, nije pronađena statistički značajna razlika pri usporedbi ukupnog rezultata EIS skale između grupe <18 i grupe čiji je radni staž ≥ 18 godina.

Premda je jedna od hipoteza bila da ispitanici čiji je radni staž <18 godina češće imaju etičke probleme od ispitanika čiji je radni staž ≥ 18 godina ona se u ovom istraživanju nije pokazala kao točna. Ovdje se radi o činjenici koja može ukazivati na dobru stručnu suradnju „starije“ i „mlađe“ dobne skupine. Uostalom, kao i način razrješavanja etičkih problema u literaturi se navode konzultacije sa kolegama kao najčešći način. Ovi rezultati su u suglasju sa studijom Saberi i suradnika iz 2019. godine gdje je publiciran podatak da nema korelacije etičkih problema i duljine radnog staža (5).

U tablici 7. temeljem podataka iz tablice 6. navedeno je pet najčešćih etičkih problema medicinskih sestara i tehničara što u naravi i predstavlja najznačajniji rezultat ovog istraživanja. Ovo su najčešći etički problemi istraživane skupine:

- Pravilno informiranje pacijenata tijekom potpisivanja obrasca informiranog pristanka;
- Zaštita prava pacijenata i ljudskog dostojanstva;

- Pružanje zdravstvene skrbi pacijentima s mogućim rizikom za Vaše zdravlje (HIV, nasilje);
- Raspored osoblja koji ponekad ostavlja neke pacijente bez dostatne sestrinske skrbi
- Nepotrebno korištenje resursa (ljudskih, financijskih, opreme)

Od navedenih pet etičkih problema tri se nalaze u domeni „Problematika u svezi s ljudskim pravima“ a ostala dva se nalaze u domeni „Problematika u svezi s zdravstvenom njegovom pacijenata“.

U usporedbi s australskim istraživanjem iz 2004. (37) prva četiri etička problema su apsolutno identična s našim istraživanjem. Jedina razlika je to što je u našem istraživanju „Nepotrebno korištenje resursa (ljudskih financijskih, opreme) na petom mjestu a u australskom istraživanju peto mjesto zauzima „fizičko ili kemijsko sputavanje“. U usporedbi s New England istraživanjem (38) također postoji preklapanje u četiri etička problema. Australsko istraživanje i New England istraživanje su praktički identični po svim točkama.

U usporedbi Južno Korejskog i našeg istraživanja pet najčešćih etičkih problema se preklapaju u dvije točke. Zanimljiv je rezultat Južno Korejske studije autorice Park M. iz 2014. godine (3). Tu je najčešći konflikt u odnosu liječnik-sestra ili sestra-sestra. Znači, ni u jednoj od navedene tri studije (Hrvatska, Američka, Australna) nema takvog problema, a pogotovo ne tako visoko rangiranog (prvo mjesto) kao što je u Korejskoj studiji. Odnos sestra- liječnik nije samo etički problem u okviru ovog istraživanja već globalni problem u zdravstvenom sustavu koji ima utjecaja ne samo na kvalitetu zdravstvene skrbi već i na same medicinske sestre ponaosob. Kao razriješene konflikta sestra-liječnik ili sestra-sestra predloženo je rješenje u smislu suradnje temeljene na povjerenju jer je cilj zajednički, a to je boljitak pacijenta. Također, potrebna je identifikacija i razumijevanje etičkog problema.

U istraživanje Ulrich iz 2010. korišten je upitnik koji ima 16 etičkih problema a također je temeljen na Likertovoj skali učestalosti (39). Od pet najčešćih etičkih problema iz tog istraživanja tri su sasvim identična i preklapaju se s tri od najčešćih pet problema iz našeg istraživanja.

6. ZAKLJUČCI

Ovo je istraživanje potvrdilo postojanje kontinuiteta etičke problematike medicinskih sestara i tehničara. Iako se uglavnom općenito zna ili nagađa o postojanju etičke problematike ista nije sistematski istražena i to prvenstveno u smislu vrste i učestalosti. Znanje tj. iskustvo u identifikaciji etičkog problema može poboljšati etičke kompetencije sestara. Etička edukacija je ključ za unaprjeđivanje etičkih kompetencija i etičke prakse sestara. Rezultati ovog istraživanja mogu pružiti informacije za dodatno poboljšanje specifičnih intervencija za unaprjeđivanje etičke prakse.

Najčešći etički problemi medicinskih sestara i tehničara koji su sudjelovali u ovom istraživanju su iz domene problematike u svezi s ljudskim pravima. Takvi rezultati su u suglasju s publiciranim studijama razvijenih država (Sjedinjene Američke Države, Australia, Južna Koreja) koje su koristile iste metode istraživanja. Ovim se potvrđuje osviještenost i senzibilitet ispitanika prema ljudskim pravima pacijenata što je karakteristika modernih zdravstvenih sustava. Ovakvi rezultati predstavljaju razlog za optimizam ispitivane radne skupine.

Temeljem ovih rezultata postoji konkretna osnova za rješavanje tj. ublažavanje etičke problematike i to putem različitih edukacija iz etike. Opće je poznat negativni učinak etičke problematike zdravstvenog osoblja na radnu učinkovitost. Kao krajnji rezultat tih negativnih učinaka je odsustvo s posla i u konačnici promjena posla. Jedan od najvećih problema zdravstvenih sustava širom svijeta je nedostatak kvalificirane radne snage.

Nije pronađena razlika u zastupljenosti etičke problematike između ženskog i muškog spola što je podatak s kojim se nismo susreli u nijednoj do sada objavljenoj studiji iz ove domene. Ovakav rezultat također predstavlja razlog za optimizam u okvirima ispitivane radne sredine jer kao takav potvrđuje kompaktnost iste.

Nije pronađena razlika u zastupljenosti etičke problematike između skupine sa radnim odnosom <18 godina i skupine čiji je radni odnos ≥ 18 što je u suglasju s rezultatima iz drugih studija.

Nije pronađena razlika u zastupljenosti etičke problematike između kirurških i nekirurških klinika/zavoda/odjela.

Ipak, ovakvi se rezultati ne mogu generalizirati. Zbog poznatih rezultata dosadašnjih publiciranih istraživanja za detaljnu analizu etičke problematike potrebno je provesti istraživanje na nivou svake ustrojbene jedinice.

7. LITERATURA

1. Berger MC, Seversen A, Chvatal R. Ethical issues in nursing. *Western journal of nursing research*. 1991;13(4):514-21.
2. Fry ST, Duffy ME. The development and psychometric evaluation of the Ethical Issues Scale. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 2001;33(3):273-7.
3. Park M, Jeon SH, Hong HJ, Cho SH. A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units. *Nursing ethics*. 2014;21(5):594-607.
4. Mihyun Park MJJoNL. Ethical issues in nursing practice. 2009;13(3):68.
5. Saberi Z, Shahriari M, Yazdannik AR. The relationship between ethical conflict and nurses' personal and organisational characteristics. *Nursing ethics*. 2019;26(7-8):2427-37.
6. Bunch EH. Hidden and emerging drama in a Norwegian critical care unit: ethical dilemmas in the context of ambiguity. *Nursing ethics*. 2001;8(1):57-67.
7. Woods M. Nursing ethics education: are we really delivering the good(s)? *Nursing ethics*. 2005;12(1):5-18.
8. Vaughan HF. Serving the Public for Health. *American journal of public health and the nation's health*. 1935;25(6):681-6.
9. Scanlon C. Ethics survey looks at nurses' experiences. *The American nurse*. 1994;26(10):22.
10. Currie EJ, Carr-Hill RA. What is a nurse? Is there an international consensus? *International nursing review*. 2013;60(1):67-74.

11. Skeet M. Nightingale's Notes on Nursing, 1860 - 1980. Interview by Alison Dunn. *Nursing times*. 1980;76(43):1871-3.
12. Henderson V, Usui H. [An interview with Miss Virginia Henderson. Nurses' actions: definition by Henderson and that of Nightingale]. [Kango] *Japanese journal of nursing*. 1982;34(14):30-48.
13. Meyer G, Lavin MA. Vigilance: the essence of nursing. *Online journal of issues in nursing*. 2005;10(3):8.
14. Matulić TJBs. Identitet, profesija i etika sestinstva. 2007;77(3):727-44.
15. Wilson C. Said Another Way. 2005;40(3):116-8.
16. Kalauz S, Orlic-Sumić M, Simunec D. Nursing in Croatia: past, present, and future. *Croatian medical journal*. 2008;49(3):298-306.
17. Ulrich C, Zeitzer M. *Ethical issues in nursing practice*: Springer Publishing Company, New York; 2009.
18. Falcó-Pegueroles A, Lluch-Canut T, Guàrdia-Olmos J. Development process and initial validation of the Ethical Conflict in Nursing Questionnaire-Critical Care Version. *BMC medical ethics*. 2013;14:22.
19. Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nursing ethics*. 2018;25(3):278-303.
20. Wright F, Cohen S, Caroselli C. Diverse decisions. How culture affects ethical decision making. *Critical care nursing clinics of North America*. 1997;9(1):63-74.
21. Omery A, Henneman E, Billet B, Luna-Raines M, Brown-Saltzman K. Ethical issues in hospital-based nursing practice. *The Journal of cardiovascular nursing*. 1995;9(3):43-53.
22. Our family secrets. *Annals of internal medicine*. 2015;163(4):321.

23. Poikkeus T, Suhonen R, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Organisational and individual support for nurses' ethical competence: A cross-sectional survey. *Nursing ethics*. 2018;25(3):376-92.
24. Scanlon C. Developing and maintaining ethical competence. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*. 1997;9(1):85-92.
25. Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nursing ethics*. 2000;7(4):360-6.
26. Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. *Nursing ethics*. 2012;19(4):464-78.
27. Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing ethics*. 2007;14(3):344-59.
28. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing*. 1993;4(4):542-51.
29. Levi BH, Thomas NJ, Green MJ, Rentmeester CA, Ceneviva GD. Jading in the pediatric intensive care unit: Implications for healthcare providers of medically complex children. *Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*. 2004;5(3):275-7.
30. Thiel CE, Connelly S, Harkrider L, Devenport LD, Bagdasarov Z, Johnson JF, et al. Case-based knowledge and ethics education: improving learning and transfer through emotionally rich cases. *Science and engineering ethics*. 2013;19(1):265-86.
31. Buxton M, Phillippi JC, Collins MR. Simulation: a new approach to teaching ethics. *Journal of midwifery & women's health*. 2015;60(1):70-4.
32. Bensfield LA, Olech MJ, Horsley TL. Simulation for high-stakes evaluation in nursing. *Nurse educator*. 2012;37(2):71-4.

33. Buxton M, Phillippi JC, Collins MRJJoM, Health Ws. Simulation: a new approach to teaching ethics. 2015;60(1):70-4.
34. Hamric AB, Wocial LD. Institutional Ethics Resources: Creating Moral Spaces. The Hastings Center report. 2016;46 Suppl 1:S22-7.
35. Edwards M, Thronson K, Girardin J. Survey of Canadian critical care nurses' experiences of conflict in intensive care units. Dynamics (Pembroke, Ont). 2012;23(3):15-9.
36. Redman BA, Fry ST. Ethics and human rights issues experienced by nurses in leadership roles. Nursing leadership forum. 2003;7(4):150-6.
37. Johnstone M-J. Registered and enrolled nurses' experiences of ethical issues in nursing practice. The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation. 2004;22:31-7.
38. Duffy M, Currier S. Report on the ethics and human rights in nursing practice: A survey of New England nurses. (Prepared for S. Fry and J. Riley). 1999. Boston College School of Nursing, Boston. Massachusetts).
39. Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. Journal of advanced nursing. 2010;66(11):2510-9.

8. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Miranda Lupi-Ferandin

Mjesto rođenja: Split, Hrvatska

Datum rođenja: 15. srpnja, 1971. godine

Državljanstvo: hrvatsko

Elektronička pošta: mirandalupi8@gmail.com

Obrazovanje:

1978. – 1985. Osnovna škola: „prof. Filip Lukas“ u Kaštel Starom

1985. – 1989. Zdravstveni obrazovni centar Split (Srednja medicinska škola)

2011. diplomirala na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu na stručnom studiju sestrinstva, stečen stručni naziv viša medicinska sestra (u skladu sa važećim zakonskim odredbama odgovara stručnom nazivu STRUČNA PRVOSTUPNICA (BACCALAUREA) SESTRINSTVA

2017. upisan diplomski studij sestrinstva na Sveučilištu u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija.

2019. na Filozofskom fakultetu u Splitu upisan i završen program PPDMO-a (program pedagoškog-psihološkog-didaktičkog-metodičkog obrazovanja)

Radno iskustvo:

1991. do danas - zaposlena u KBC-u Split, Klinika za dječju kirurgiju.

Strani jezici: aktivno služenje engleskim jezikom u govoru i pismu