

SPOŠTOVANJE ETIČNEGA NAČELA AVTONOMIJE – TEMELJ OBRAVNAVE BOLNIKA KOT SUBJEKTA V ZDRAVSTVENI NEGI

RESPECT OF THE ETHICAL PRINCIPLE OF AUTONOMY – THE PATIENT AS SUBJECT
IN NURSING CARE

Alenka Košir

UDK/UDC 614.253.52:614.253.8

DESKRIPTORJI: *etika zdravstvene nege; medicinska sestra-bolnik odnosi*

DESCRIPTORS: *ethics, nursing; nurse-patient relations*

Izvleček – V prispevku je predstavljeno etično načelo avtonomije kot eden izmed elementov v zdravstveni negi, ki postavljajo pacienta v središče obravnave in mu daje pravico, da sam odloča o sebi. Za sprejem pravih odločitev, ki imajo pozitivne posledice za njegovo zdravje in počutje, mora biti seznanjen s postopki zdravstvene nege in zdravljenja. Spoštovanje avtonomije predstavlja izhodišče, na katerem prehaja pacient iz objekta v subjekt, ki se aktivno vključuje v proces zdravstvene nege.

V nadaljevanju so predstavljeni izsledki raziskave Društva medicinskih sester Ljubljana, ki je s pomočjo anketnega vprašalnika na vzorcu 488 medicinskih sester ugotavljala, kako dobro so pacienti seznanjeni s postopki zdravstvene nege in kakšno je ravnanje medicinskih sester, če bolnik odkloni negovalno intervencijo. Ugotovitve kažejo, da so po mnenju večine medicinskih sester pacienti seznanjeni s postopki zdravstvene nege. Večina medicinskih sester pa se je s pacientom pripravljena pogajati, kadar odkloni negovalno intervencijo in ga skušajo prepričati v pristanek.

Abstract – The article presents the ethical principle of autonomy as one of the elements of nursing care which places the patient in the centre of treatment and gives him/her the right to decide for him/herself. To be able to take the right decisions with positive consequences for his/her health and well-being, the patient has to be informed about the proceedings of nursing care and medical treatment. The respect for patient's autonomy is the starting point from which the patient proceeds from being an object to being a subject actively participating in the process of nursing care.

The results of a survey on 488 nurses show how well the patients are informed with the proceedings of nursing care and what are the reactions like when a patient declines a nursing intervention. The results reveal that according to the opinion of the majority of nurses, the patients are sufficiently informed about the proceedings of nursing care. The majority of nurses are ready to negotiate with the patient who declines a nursing intervention, trying to convince him/her to consent with it.

Uvod

Sodobna zdravstvena nega, ki temelji na teoretičnih modelih, dognanjih raziskav in procesu zdravstvene nege, postavlja v središče dogajanja človeka s svojimi fizičnimi, psihičnimi, socialnimi in duhovnimi potrebami ter vrednotami. Omogoča njegovo aktivno sodelovanje v procesu zdravstvene nege in s tem možnost uresničevanja etičnega načela spoštovanja avtonomije oziroma neodvisnosti pacienta. V takem odnosu je pacient subjekt, ki sta mu zagotovljeni integriteta in dostojanstvo.

Avtonomija

Beseda avtonomija je grškega izvora, sestavljena iz predpone autos-sam in nomus-načelo; predpis, za-

kon (Slovar tujk, 1983). Po mnenju MacDonalda (2002) ima avtonomija dva vidika; opisnega in predpisanega, ki sta v medsebojni povezavi. Opisno je avtonomija sposobnost samostojnega delovanja (Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi, 1999) oziroma pristojnost samo-nadzora. Predpisano pomeni spoštovanje avtonomije, ne vmešavati se v osebni nadzor nad življenjem drugih in ne delovati v smeri, ki bi omogočila tak nadzor (MacDonald, 2002).

V strokovni literaturi s področja etike je mogoče zaslediti, da pomen pojma spoštovanje avtonomije različni avtorji različno razlagajo. Očitno je, če se izraz ne uporablja kot sinonim za kakovost (kot se ponavadi odobrava), se uporablja v smislu pretiravanja. Ob-

Alenka Košir, dipl. m. s., Patronažna služba, Zdravstveni dom Škofja Loka

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.

časno se uporablja izraz kot enačaj za svobodo, včasih pa kot enačaj za samonadzorovanje, neodvisnost ali svobodno voljo. Enači se z dostojanstvom, integriteto, individualnostjo, neodvisnostjo, odgovornostjo in samospoznanjem. Identificira se kot kakovost samozagovorništva, kritičnega razmišljanja, kot svoboda do obveznosti, odsotnost zunanjih vplivov in poznavanje lastnih interesov. Povezan je z akcijo, vero, razlogi za ukrepanje, odločanjem, osebno voljo, mišljenjem in načeli (Dworkin, 1989, cit. po van Thiel in van Delden, 2001).

Po mnenju Downie in Calman (1994, cit po Scott in sod., 2003) je avtonomna tista oseba, ki je sposobna oblikovati in dosegati zastavljene cilje. Torej je sposobna spremljati pravila in vrednote. Nanaša se na posameznika, ki ima nadzor nad lastnim življenjem, neodvisno izbira in odloča, razume svoj položaj ter razmišlja in snuje načrte (Scott in sod., 2003).

Najpomembnejša metoda, ki podpira in spoštuje avtonomijo pacienta, je informiran pristanek (Šmitek, 1998).

Informiran pristanek

Informiran pristanek natančno določa, da moramo od pacienta pridobiti dovoljenje, preden karkoli storimo v zvezi z njim. Vključuje pacientovo strinjanje z najosnovnejšimi postopki v zdravstveni negi in ne samo pisno strinjanje z večjimi invazivnimi posegi. Bolj ko je intervencija za pacienta invazivna, rizična in mučna, bolj jasno ga je treba vprašati, ali 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 (Šmitek, 1998).

Poklicna vloga medicinske sestre je ponuditi pacientu potrebne informacije, da razume bistvo in namen negovalne intervencije (Hyland, 2002). To mora biti storjeno na osnovi resnice, razumljivo in na človeško obziren način. Za pridobivanje soglasja se ne sme uporabljati statusne moči, prisile ali zavajati varovanca (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1994).

Medicinska sestra posreduje pacientu informacije le v okviru svojih pristojnosti. Pomembno je, da prepozna razliko med zasliševalnimi in molčečimi pacienti. V prvem primeru je pozorna, da ne bi vprašanja posegala izven področja zdravstvene nege. Hyland (2002 cit. po Johnston, 1994) opozarja, da se mora medicinska sestra zavedati nevernosti, ko se odzove na pacientovo potrebo po dodatnih informacijah, saj jo to lahko zavede na področje pristojnosti zdravnika. Standard načela avtonomije varovanca določa, da ga v primeru, ko se vprašanja varovanca nanašajo na področje izven zdravstvene nege, napoti k za to pristojnemu zdravniku ali drugemu zdravstvenemu delavcu (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih delavcev Slovenije, 1994).

V primeru, ko je pacient zaprt vase, ga skuša motivirati, da bi informacije o poteku zdravstvene nege osvojil. Potreba oziroma interes pacienta po informiranosti je pogojen z njegovo osebnostjo (življenjsko filozofijo, izobrazbo, starostjo). Po drugi strani pa je informiranje odvisno od tega, kako se v družbi interpretira in spoštuje avtonomija posameznika (vpliv ideologij in tradicije) ter kakšna je stopnja profesionalizacije poklica medicinske sestre.

Na sposobnost razumevanja informacij odločilno vplivajo inteligenca, starost in življenjski slog (Fallowfield, 2001 cit. po Skela Savič, 2003). Ko je zaradi stanja pacienta motena sposobnost samo-odločanja (motnje zavesti, demenca, psihiatrični bolniki idr.) in v primeru, ko gre za mladoletno osebo, je potrebno informirati svojce, skrbnika oziroma osebo, ki se odloča v njegovem imenu. Otroka, ki ne more dajati pravnega soglasja, vseeno na primeren način seznanjamo in vključujemo v postopke zdravstvene nege (Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1994).

S strani komuniciranja je pri informiranju predvsem pomembno pacientovo razumevanje informacij (razumevanje jezika, v katerem mu informacije posredujemo, intelektualne sposobnosti, stanje sluha) in sposobnost (jasnost) medicinske sestre pri posredovanju informacij.

Avtonomija in neodvisnost pacienta v zdravstveni negi

Načelo avtonomije varovanca je eno izmed štirih vodilnih etičnih načel v zdravstveni negi. Medicinsko sestro zavezuje, da spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja. Zato Bohinc opredeljuje (2001) avtonomijo kot osebno svobodo pacienta, da se v procesu zdravstvene nege sam odloči glede na osebne vrednote in prepričanja.

Edwards (1996 cit. po Scott in sod., 2003) meni, da se avtonomija nanaša na odločitve in akcije. Avtonomne odločitve so tiste, ki temeljijo na vrednotah posameznika, njegovi dobri informiranosti in razumevanju, so sprejete brez siljenja in omejitev s tehtnim razlogom in premišljenostjo. Avtonomne akcije so tiste, ki izhajajo iz avtonomnih odločitev (Scott in sod., 2003). Davies in sod. (1997 cit. Atkinson, 1991; Macmillan, 1986) vidijo osnovno razliko med avtonomijo in neodvisnostjo prav v tem, da se prvo nanaša na samoopredelitev in sposobnost izbire, medtem ko se izraz neodvisnost v zdravstveni negi pogosteje uporablja v zvezi s fizično sposobnostjo pacienta, da samostojno izvaja življenjske aktivnosti; nanaša se na akcijo. Čeprav imata avtonomija in neodvisnost različen pomen, predstavljata v zdravstveni negi skupen cilj.

Razvoj, utrjevanje in spoštovanje avtonomije so pod vplivom medsebojnega delovanja notranjih in zunanjih dejavnikov. Notranji dejavniki, kot je staranje,

ko se slabšata vid in sluh ter psiho-fizične sposobnosti prispevajo k zmanjševanju avtonomije. Zunanji dejavniki (npr. predviden, ustaljen čas obrokov) imajo neposredni vpliv na izvrševanje avtonomije. To je pomembno, če upoštevamo vpliv medicinske sestre pri podpori in omogočanju avtonomije pacienta. Erlander in sod. (1993 cit po Scott in sod, 2003) so z raziskavo na Švedskem in v južni Angliji ugotovili, da vzdušje, organizacija, pravila in navade v bolnišnici ter vedenje medicinskih sester prispevajo k stopnji, do katere so pacienti sposobni ohraniti avtonomijo. V splošnem se pacienti želijo obnašati bolnišničnemu sistemu primerno, kar zavira željo po avtonomiji. Tradicionalno gledano prevzemajo pacienti pogosto pasivno vlogo in prepuščajo odločanje v procesu zdravljenja zdravniku v procesu zdravstvene nege pa medicinski sestri.

Opravljenih je bilo tudi mnogo raziskav, ki so pri medicinskih sestrah ugotavljale, kako podpirajo avtonomijo pacienta. Davies in sod. (1997) in Scott in sod. (2003) navajajo ugotovitve, da stopnja izobrazbe vpliva na podporo avtonomije. Medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe dajejo pacientu več podpore pri avtonomiji kot tiste z nižjo izobrazbo (pomočnice). Ugotovljeno je tudi, da zdravniki pripisujejo avtonomiji manjši pomen kot bolniki, medicinske sestre in administratorji (Scott in sod., 2003).

Obstaja razlika v pojmovanju avtonomije med tistimi, ki izvajajo zdravstveno nego, in tistimi, ki jo prejemajo.

V raziskavi, ki jo je opravil Farrell (1991, cit po Scott in sod., 2003), je ugotovljeno, da se dojemanje lastnih potreb pri pacientih razlikuje od dojemanja teh pri medicinski sestri, ki jim nudi zdravstveno nego. Jang (1992, cit po Scott in sod., 2003) je v raziskavi, opravljeni pri medicinskih sestrah in institucionaliziranih starejših pacientih, ugotovil, da imajo pacienti malo izbire pri določenih življenjskih aktivnostih, ki so za njih pomembne, razen v primeru, ko negovalno osebje pripisuje izbrani aktivnosti podobno pomembnost.

Dejavniki, ki vplivajo na povečano priznavanja avtonomije bolnika, so zakonska in poklicna uveljavljenost avtonomije, stopnja izobrazbe v družbi, možnost dostopa do primernih informacij in strah pred sodnim postopkom. Dejavniki, ki omejujejo avtonomijo bolnika, so tradicionalno vedenje, strah, pomanjkanje znanja, ne družinsko okolje in izvajalci zdravstvene nege, ki delujejo prisilno (Hyland, 2002).

V glavnem se ugotavlja, da so osebnostne značilnosti in življenjska filozofija pomembnejši kot socialno-demografski dejavniki in zdravstveno stanje, ki so bolj variabilni. Po mnenju McWilliams in sod. (1994 cit. po Scott in sod., 2003) ima osebnost pacienta vpliv na izgubo avtonomije, saj so ugotovili, da so pacienti s pozitivnim mišljenjem ostali samostojni, kljub poskusom negovanja na paternalističen (pokroviteljski) način.

Avtonomija kot odnos med pacientom in medicinsko sestro

Elementi, kot so svoboda in neodvisnost v primerjavi s siljenjem (omejitvami), so v družbi konkretni in prepoznavni ter deležni javnih razprav, kar je prispevalo k liberalnemu pogledu na avtonomijo. Po mnenju van Thiel in van Delden (2001) pa je liberalni pogled na avtonomijo pomanjkljiv, saj dopušča popolno svobodo, kar pomeni, da je vsaka izražena želja pacienta izhodišče za zdravstveno nego. Meja avtonomije pri pacientu lahko v tem primeru omejuje oziroma posega v svobodo drugega pacienta, kar predstavlja za medicinsko sestro resen problem. Predvsem pri institucionaliziranih pacientih se liberalne predstave o življenju kot avtonomni osebi radikalno razlikujejo od realnega življenja v zdravstveni ustanovi.

V splošnem se imajo pacienti za sposobne, dokler njihova nesposobnost ne postane očitna. Hyland (2002) meni, da pretirano poudarjanje avtonomije pacienta lahko zmede in zatre dobronamerne negovalne intervencije, kar lahko povzroči škodo pri pacientu in medicinski sestri zaradi opuščanja oziroma neizvrševanja poklicne dolžnosti.

Liberalno pojmovanje avtonomije lahko škoduje interesom pacienta, ker tudi zmanjšuje pomen enega izmed osnovnih načel etičnega delovanja medicinske sestre, to je načela zagovornišтва pacienta. Medicinska sestra ve več o pravicah pacientov ter moralno etičnih dolžnostih zdravstvenih delavcev kot pacient in to znanje moralno opravičuje njeno vlogo zagovornice (Wurzbach, 1996, cit. po Šmitek, 1998). Zagovornišтво je potrebno, kadar je pacient sam izrazil potrebo po pogovoru in strokovni pomoči, v primeru otrok, dementnih bolnikov, ali ko medicinska sestra sama po oceni zdravstvene nege ugotovi, da bolnik zagovornišтво potrebuje (Bohinc, 2001). Metode zagovornišтва so lahko:

- zaščita pacienta,
- podpora pacientu in
- izobraževanje in učenje pacienta (Bohinc, 2001).

Zagovornišтво je lahko zaščita in podpora pacientu pri avtonomiji. Hyland (2002) ugotavlja, da potrebujejo tako zaščito pacienti, ki se bojijo avtoritete zdravstvenih delavcev, pacienti, ki so ranljivi in tisti, ki so sami zahtevali pomoč.

Medicinska sestra s svojo poklicno vlogo in znanjem izobražuje in uči pacienta. Daje mu popolne informacije v okviru svojih pristojnosti, razloži potek zdravstvene nege, ga pouči o njegovih pravicah in dolžnostih, o ustreznem načinu življenja. S tem omogoča pacientu, da pri samo-odločanju izbere odločitve, ki so pozitivne za njegovo zdravje.

Sherwin (1998) in Donchin (1995 cit. po MacDonald, 2002) sta dokazala, da je liberalno razumevanje avtonomije kot svobodnega in neodvisnega posame-

znika neprimerno. Avtonomijo je mogoče bolje razumeti, če gledamo nanjo kot na prepletanje osebnih in institucionalnih odnosov, ki so prisotni ali izbijajo iz ozadja in narekujejo realne možnosti. To novo razumevanje avtonomije je poznano kot avtonomija odnosa oziroma avtonomija kot odnos. Temelji na predpostavki, da so ljudje globoko medsebojno povezani in soodvisni. Avtonomija odnosa je pomembna za etiko v zdravstveni negi, saj kaže na mnoge rešitve, med drugim tudi na razumevanje vloge zagovornišтва, informiranega pristanka in zaupnosti.

Pacient kot subjekt

Zdravstvena nega ni enosmerna aktivnost. Oba, medicinska sestra in pacient, imata v procesu zdravstvene nege svoje naloge. Zato se v etiki skrbi avtonomija ne razume kot samostojno sprejemanje odločitev, temveč je obravnava posameznika v zdravstveni negi rezultat komunikacije z njim (Tronto, 1993 cit po van Thiel in van Delden, 2001).

Pogoj za dober medsebojni odnos, v katerem je pacient obravnavan kot subjekt, je po mnenju Thomasa (1994 cit. po Davies in sod., 1997) verbalna komunikacija, ki dopušča možnosti, omogoča razlago poteka negovalnih postopkov in pacienta vzpodbuja, da se odziva. S posredovanjem zdravstvenih informacij in z zdravstveno vzgojo pacienta dosežemo njegovo boljše sodelovanje v procesu zdravljenja. Pomanjkanje informacij in njihovo nerazumevanje, skupaj z neustrežno in nasprotujočo si informacijo, je lahko glavni razlog stresa (Enova, 2002) in psihofizičnega neugodja za pacienta. Neučinkovita komunikacija pa po mnenju Skela Savič (2003) prav tako poveča možnost nastanka psihičnih problemov pri članih zdravstvenega tima. To je pomembno, saj se mora po mnenju Skela Savič (2003) za obravnavo pacienta kot subjekta tudi medicinska sestra počutiti kot subjekt.

Odnos na relaciji, kjer sta oba, medicinska sestra in pacient, subjekta, omogoča njegovo aktivno vključevanje v proces zdravstvene nege, ki dopušča svobodno izbiro in odločanje. Vsak pacient ima pravico biti v vlogi subjekta, ki ima pravico odkloniti neakovostno zdravstveno nego, saj ima pravico odločati o sebi v okviru svojih sposobnosti (Ščavničar, 2003).

Danes je v procesu zdravljenja pacient obravnavan kot subjekt zdravljenja, kar pomeni, da so tako bolnik kot delavci v zdravstvenem timu v procesu zdravljenja enakopravni, vsi skupaj imajo isti cilj: čim boljše, popolnejše ter fizično in psihično čimmanj boleče zdravljenje. Med možnimi potmi do tega cilja izbirajo skupaj. Pot, ki jo izberejo, mora biti zgrajena na medsebojnem zaupanju. Bolnik ima pravico vedeti o diagnozi in prognozi svoje bolezni in odločati o poteku zdravljenja (Poklicna etika, 2003).

Odnos med bolnikom in medicinsko sestro je najpomembnejši instrument za spoštovanje integritete bolnika. Ta vključuje spoštovanje bolnika kot osebnosti,

izkazovanje občutljivosti za različnost drugih in zavedanje o ranljivosti posameznega bolnika (Rander in sod., 2002).

Namen raziskave

Pojmovanje in spoštovanje avtonomije je pogojeno s kulturo in stopnjo razvitosti družbe. Gledano s strani posameznika, ki ima svoja osebna prepričanja, znanje, vrednote in sposobnosti, se lahko to splošno družbeno gledanje od človeka do človeka razlikuje. Medicinska sestra pa mora na ravni poklicnega delovanja svoja stališča poenotiti v skladu s poklicnimi zahtevami, načeli in vrednotami. V procesu zdravljenja in zdravstvene nege, ki ima močen vpliv na zdravje in življenje človeka, je poznavanje in upoštevanje etičnega načela avtonomije neizogibno za kakovostno opravljanje dela. Avtonomijo pacienta pa je mogoče uresničevati, če je ta ustrezno in izčrpno seznanjen s potekom zdravljenja in zdravstvene nege. Spoštovanje pravice, da pacient odloča sam o sebi, omogoča njegovo aktivno vključevanje kot subjekta v proces zdravstvene nege.

V okviru Raziskovalne skupine pri Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana sem si zastavila namen dela raziskovalnega projekta:

- kako dobro so pacienti po mnenju medicinskih sester v Sloveniji seznanjeni s postopki zdravstvene nege, pri čemer je bil izpostavljen potek negovalne intervencije; možnosti stranskih učinkov negovalnih intervencij; ali so bolniki seznanjeni z zdravili, ki jih prejemajo; z možnostjo uporabe prostorov in s hišnim redom v ustanovi ter s svojimi pravicami.
- kakšna so ravnanja medicinskih sester, če pacient odkloni negovalno intervencijo; kako upoštevajo pravico bolnika do avtonomije.

Rezultati

Seznanjenost bolnikov s postopki v zdravstveni negi

Prvo vprašanje je bil namenjeno ugotavljanju seznanjenosti pacientov v procesu zdravstvene nege. V odgovor je bila ponujena petstopenjska lestvica od 1 (sploh niso seznanjeni) do 5 (v celoti so seznanjeni). Na vprašanje je odgovorilo 488 medicinskih sester. V nadaljevanju je za lažje razumevanje uporabljen naziv medicinska sestra za vse stopnje izobrazbe, vse strokovne naslove in oba spola.

Po mnenju medicinskih sester so pacienti najboljše seznanjeni o možnosti uporabe prostorov in s hišnim redom v ustanovi, saj so ocenili z oceno 5 kar v 41,2 %, oceno 4 v 25,4 % (skupaj 66,6 %) in oceno 1 samo v 2,3 %, ter 2 v 8 %. Najslabše so pacienti seznanjeni o zdravilih, ki jih prejemajo, saj so se medicinske

sestre odločile za oceno 5 v 27,5 %, oceno 4 v 23,2 %, (skupaj 50,7 %), za oceno 1 v 4,3 % in za 2 kar v 18 %. Delež tistih, ki menijo, da bolniki sploh niso seznanjeni (ocena 1), je v vseh primerih majhen (pod 5 %), vendar najvišji pri seznanjenosti o poteku negovalne intervencije (5,1 %). Če upoštevamo še oceno 3, je seznanjenost (ocene od 3 do 5) o poteku negovalne intervencije 78,8 %, o stranskih učinkih negovalnih intervencij 78,6 %, o zdravilih, ki jih prejema, 73,9 %, o možnosti uporabe prostorov in s hišnim redom v ustanovi 86,6 % in s svojimi pravicami 78,5 % (tab. 1).

rec pa je težišče gibanja v smeri razlik, ki so bile ugotovljene pri medicinskih sestrah s fakultetno izobrazbo, le da so manj izrazite.

Seznanjenost pacientov glede na delovno mesto medicinskih sester

Glede na delovno mesto medicinskih sester so bila opazna odstopanja pri oceni seznanjenosti pacientov. Nadpovprečni delež tistih, ki so z oceno 5 ocenili seznanjenost pacientov o zdravilih, ki jih prejema, je bil ugotovljen v zasebnih ustanovah (56,2 %), domo-

Tab. 1. Seznam pacientov s postopki.

	Sploh niso seznanjeni (1)	2	3	4	V celoti so seznanjeni (5)	Brez odgovora ne vem	Manjkajoč, prazen odgovor	Skupaj
O poteku negovalne intervencije	5,10 %	10,70 %	25,80 %	26,60 %	26,40 %	4,50 %	0,80 %	100,00 %
O možnih stranskih učinkih negovalnih intervencij (bolečina...)	3,70 %	12,70 %	22,70 %	30,50 %	25,40 %	3,50 %	1,40 %	100,00 %
O zdravilih, ki jih prejema	4,30 %	18,00 %	22,30 %	23,20 %	27,50 %	2,90 %	1,80 %	100,00 %
O možnostih uporabe prostorov in s hišnim redom v ustanovi	2,30 %	8,00 %	17,80 %	25,40 %	41,20 %	4,10 %	1,20 %	100,00 %
S svojimi pravicami	4,10 %	11,50 %	24,40 %	25,00 %	29,10 %	4,90 %	1,00 %	100,00 %

Seznanjenost pacientov glede na izobrazbo medicinskih sester

Med medicinskimi sestrami s fakultetno izobrazbo je pri ocenjevanju seznanjenosti pacientov z zdravili, ki jih jemljejo, statistično značilen ($p < 0,07$) nadpovprečni delež (40 %) takšnih, ki menijo, da so pacienti slabo seznanjeni o zdravilih, ki jih prejema v primerjavi s celotnim vzorcem (17,7 %) in podpovprečen delež (5 %) v primerjavi s celotnim vzorcem (27,6), takšnih, ki so ocenili seznanjenost bolnikov z oceno 5. Prav ti so ocenili tudi seznanjenost pacientov s svojimi pravicami (statistično pomembno $p < 0,01$) z oceno 1 nadpovprečno (15 %) v primerjavi s celotnim vzorcem (4,1 %) in podpovprečno (10 %) z oceno 5 v primerjavi s celotnim vzorcem (29,2 %). Podobna odstopanja pri medicinskih sestrah s fakultetno izobrazbo so značilna tudi pri ocenjevanju seznanjenosti o poteku negovalne intervencije, o možnih stranskih učinkih negovalne intervencije itd., vendar so statistično nepomembna ($p > 0,09$).

Pri medicinskih sestrah s srednjo izobrazbo je bilo mogoče opaziti glede na celoten vzorec višji odstotek takšnih, ki so ocenile seznanjenost bolnikov z oceno 5. Statistično pomembna ($p < 0,07$) je njihova ocena 5 pri seznanjenosti o zdravilih, ki predstavlja 32 % (celoten vzorec 27,6 %) in enaka ocena pri seznanjenosti pacientov s svojimi pravicami ($p < 0,01$) v 36,9 % (celoten vzorec 29,2 %).

Med medicinskimi sestrami z višjo in visoko izobrazbo ni možno zaslediti bistvenih in statistično pomembnih razlik pri ocenjevanju. Glede na celoten vzo-

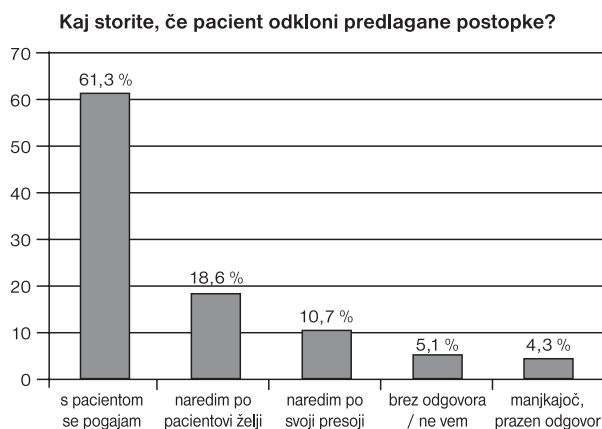
vih starejših občanov (38,4 %) in zdravstvenih domovih (33,9 %). Povprečje na celotnem vzorcu je bilo 27,7 % in je statistično pomembno ($p < 0,01$). V domu starejših občanov je seznanjenost z možnostjo uporabe prostorov in s hišnim redom ocenjena s 5 v 71,7 % (celoten delež 41,4 %) in z oceno od 1 do 2 v 0 % (celoten delež 10 %), medtem ko sta bili z oceno 5 podpovprečno (27,8 %) ocenjeni seznanjenost o uporabi prostorov in s hišnim redom v zdravstvenem domu. V šoli je pri vseh trditvah nadpovprečno velik delež (22,2 %) tistih, ki niso dali ocene v zvezi s seznanjenostjo (delež na celotnem vzorcu je 4,4 %). Rezultat je verjetno odraz narave dela, saj se pri delu na šoli mogoče ne srečujejo s pacienti.

V zvezi s starostjo, spolom in z leti delovnih izkušenj medicinskih sester ni bilo možno zaslediti statistično pomembnih razlik, ki bi odstopale od povprečja.

Ravnanja medicinskih sester v primeru, ko pacient odkloni negovalno intervencijo

Na vprašanje »Kaj storite, če pacient odkloni predlagane postopke (npr. hranjenje, osebna higiena, ipd.)?« je odgovorilo 488 medicinskih sester. Večina (61,3) se s pacientom pogaja, 18,6 % jih naredi po pacientovi želji in 10,7 % po svoji presoji (graf 1).

V šoli je statistično pomemben ($p < 0,00$) nadpovprečen delež (44,4 %) tistih, ki naredijo po svoji presoji v primerjavi s celotnim vzorcem (10,3 %). Manj so se tudi pripravljene pogajati (33,3 %) in manj upo-



Graf 1: Ravnanje medicinskih sester ob zavrnitvi negovalne intervencije.

štovati željo pacienta (11,1 %). Rezultat je lahko posledica avtoritete, večjega obsega znanja in odnosa na relaciji študent – predavatelj, ki se preslikava v odnos pacient – medicinska sestra.

Najnižji delež tistih, ki naredijo po pacientovi želji, je v domu starejših občanov (7,6 %) in najvišji v zasebni ustanovi (31,2 %). Vendar pa je v zasebnih ustanovah tudi povprečni delež (25 %) medicinskih sester, ki so se pripravljene pogajati in nadpovprečni delež takšnih brez odgovora oz. ne vem (18,7 %, v odnosu na celoten delež, ki je le 5 %).

V nadaljevanju je bila ponujena možnost objasnitve za svojo odločitev. Napisanih in veljavnih je bilo 342 pojasnil od ene besede do največ dveh stavkov. Po prebiranju besedil je glede na to, kdo sprejme odločitev, bilo možno opredeliti tri skupine:

- odločitev medicinske sestre,
- odločitev pacienta,
- odločanje kot proces sodelovanja.

Odločitev medicinske sestre-zagovorništvo

V 21 izjavah so medicinske sestre navedle, da ravnajo izključno po svoji presoji. Kot razlog takega ravnanja so navedle svojo poklicno avtoriteto (5 izjav) in sprejemanje odločitev po lastni presoji v korist pacienta (7 izjav). Te odločitve so tudi posledica njegovih zmanjšanih psihofizičnih sposobnosti in zmožnosti samo-odločanja (7 pojasnil), ter mnenja, da ima medicinska sestra ustrezno znanje o tem, kakšne so potrebe pacienta (2 izjavi).

Odločitev pacienta

V 37 primerih pojasnil je možno zaslediti, da medicinske sestre ravnajo izključno po pacientovi želji, saj menijo, da ima vsak pravico odločati o sebi. V tem se odraža liberalno razumevanje avtonomije.

Odločanje kot proces sodelovanja

Tako stališče odraža 284 pojasnil, pri katerih so bile opažene naslednje značilnosti:

- v pojasnilih je bilo mogoče zaslediti način, namen in argumente oz. dokazni razlog, ki opravičuje delovanje medicinske sestre, vendar so v redkih bili prisotni vsi elementi;
- končna odločitev večinoma ni bila jasna, oziroma jo je opredelil že namen;
- kadar je bila končna odločitev opredeljena, je bil to lahko kompromis, presoja medicinske sestre, ali upoštevanje želje pacienta (vse so bile približno enako pogoste);
- na odločitev vpliva stanje varovanja in pomembnost postopka;
- včasih so medicinske sestre pripravljene prilagoditi ali preložiti intervencijo;
- namen pogajanja je bil pogosto »prepričati«, kar je bil tudi najpogostejše uporabljen pojem v izjavah (48-krat);
- najpogostejši način je bilo razlaganje pacientu za spremembo odločitve (»mu razložim« 30-krat);
- včasih je bilo odločanje timsko;
- kadar je bil izražen argument, so bili izpostavljeni pomembnost, prednost, koristnost, postopka;
- prava prisila je prisotna redko (»ga prisilim« 2 izjavi);
- v izjavah je mogoče zaslediti, da so stališča pogojena z delovnim mestom, značilnostmi pacientov in zahtevnostjo zdravstveno-negovalnih postopkov, predvsem pa s filozofijo zdravstvene nege, ki je prisotna v timu.

Razprava

Opravljen raziskava je pokazala, da so po mnenju medicinskih sester pacienti seznanjeni s postopki zdravstvene nege. Ena četrtnina jih meni, da so v celoti seznanjeni. Delež tistih, ki menijo, da pacienti niso seznanjeni, je majhen in verjetno predstavlja skupino pacientov pri delu medicinske sestre, ki jih zaradi zmanjšanih psihofizičnih sposobnosti ni mogoče seznaniti.

Najboljše so pacienti seznanjeni o možnosti uporabe prostorov in s hišnim redom v ustanovi. Najslabše so seznanjeni o zdravilih, ki jih prejemajo, kar je lahko posledica prepričanja medicinske sestre, da je to naloga tistega, ki zdravi predpisuje – zdravnika.

Opazene so razlike glede na izobrazbo medicinskih sester. Tiste s fakultetno izobrazbo so bile mnenja, da je seznanjenost slabša, predvsem v zvezi z dajanjem zdravil in s pravicami pacientov. To mnenje je verjetno posledica večjega znanja, ki ga imajo. Nasprotno so medicinske sestre s srednjo izobrazbo pogostejše ocenile, da je seznanjenost s tem dobra. Povezavo med seznanjenostjo pacientov in izobra-

zbo medicinskih sester so ugotovili tudi Scott in sod. (2003). V raziskavi, ki so jo opravili v petih evropskih državah med starostniki in medicinskimi sestrami, je bilo ugotovljeno, da so bili najmanj informacij deležni varovanci v Grčiji, kjer je bila tudi najnižja izobrazbena stopnja tistih, ki so izvajali zdravstveno nego. Prav tako je bila pri njih najmanjša naklonjenost informiranju varovancev, v nasprotju z medicinskimi sestrami v Veliki Britaniji, ki so bolnike najbolj izčrpno informirale, kar pripisujejo njihovemu znanju o zdravstveni negi in etiki.

Dolžna bivanja oz. čas zadrževanja v ustanovi vpliva na to, kako so bolniki seznanjeni z uporabo prostorov in s hišnim redom. Daljši ko je čas bivanja, boljše so seznanjeni in obratno. S prejetjem zdravil so najbolj seznanjeni v zasebnih ustanovah (pri nas opravljajo večinoma ambulantno dejavnost) in v ambulantah.

Kadar bolnik odkloni negovalno intervencijo, so se medicinske sestre večinoma pripravljene z njim pogajati, kar pomeni, da vidijo avtonomijo kot medosebni odnos. V tem odnosu izpostavljajo vlogo medicinske sestre kot zagovornice pacienta. V kakšnem položaju je pacient pri tem odnosu (podrejenem, enakovrednem ali nadrejenem), iz raziskave ni mogoče zanesljivo trditi.

Vendar pa se je v izjavah pogosto pojavljal pojem »prepričati«, ki pomeni doseči, da ima kdo povedano, mišljeno glede na logiko, izkustvo, upravičeno za resnično, pravilno (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 1994). Prepričevanje lahko zato pomeni tudi vsiljevanje mnenja, ki je drugačno od pacientovega, še zlasti če medicinska sestra skozi to uveljavlja svojo moč.

Sklep

Rezultati raziskave so vzpodbudni, kljub temu, da ni bilo mogoče iz njih natančno opredeliti, kakšen je izid pri medicinskih sestrah, ki se pogajajo ob zavrnitvi intervencije. Očitno je, da se postavljajo v vlogo

zagovornika, vendar je meja, kjer ta omejuje avtonomijo varovanca, lahko predmet mnogih razprav.

Na koncu se postavlja vprašanje, kaj menijo pacienti o tem, kako so seznanjeni in koliko avtonomije imajo v procesu zdravstvene nege.

Literatura

1. Bajec A, Jurančič J, Klopčič M 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.
2. Bohine M. Filozofija zdravstvene nege in profesionalna etika. Gradivo za študij za interno uporabo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2001.
3. Davies S, Laker S, Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *J Adv Nurs* 1997; 26: 408–17.
4. Enova D. Psihološka zdravstvena oskrba v bolnišnici za telesne bolezni – skupni projekt osebja zdravstvene nege in kliničnega zdravstvenega psihologa. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 33–40.
5. Hyland D. An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice. *Nursing Ethics* 2002; 9: 472–82.
6. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999.
7. MacDonald C. Nurse autonomy as relational. *Nursing Ethics* 2002; 9: 194–2002.
8. Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999.
9. Poklicna etika na http://www.geocities.com/baccio_slo/zapiski/poklicna_etika.htm, 3. 11. 2003.
10. Randers I, Olson TH, Mattiasson AC. Confirming older adult patients: Views of who they are and would like to be. *Nursing Ethics* 2002; 9: 416–31.
11. Scott PA, Valimaki M, Leino Kilpi H et al. Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics* 2003; 10: 28–38.
12. Skela Savič B. informiranje bolnika z rakom kot element celovitega upravljanja kakovosti. *Obzor Zdr N* 2003; 37:?????
13. Ščavničar E. Subjekt in objekt v odnosu med medicinsko sestro in bolnikom. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 41–4.
14. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 127–38.
15. Van Thiel GJM, van Delden JJM. The principle of respect for autonomy in the care of nursing home residents. *Nursing Ethics* 2001; 8: 419–31.
16. Verbinc F. Slovar tujk. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1982.