

Etička promišljanja medicinskih sestara u zajednici

Sonja Kalauz

Zdravstveno veleučilište Zagreb, Mlinarska 38

Sažetak

Danas još uvijek postoje različita tumačenja i shvaćanja pojma *zdravstvena njega u zajednici*, no većina se stručnjaka slaže da se pod tim pojmom podrazumijeva integriranje mnogo sektora djelovanja (intersektorski pristup) kao što su primjerice javno-zdravstveni rad, očuvanje i promicanje zdravlja, zdravstvena njega u kući, radna terapija, rehabilitacija, palijativni rad, rad sa socijalno potrebitima i dr. Medicinska sestra koja provodi zdravstvenu njegu u zajednici treba biti svjesna snažne povezanosti između zajednice koju čini svaki njezin pojedinac i njihove uzajamne refleksivnosti. Svaki poremećaj zdravlja pojedinca značajno utječe na njegovu obitelj, a samim tim i na zajednicu u kojoj oni žive, a svaka promjena unutar zajednice reflektira se na pojedince unutar nje. Dubinska autentična vrijednost sestrinstva jest upravo skrb za čovjeka. Kada se pokuša osvijestiti odnos medicinska sestra – čovjek, onda je to svakako sveukupan, složen i interaktivan odnos. To je odnos ljudskog bića s drugima ljudskim bićem zasnovan na ravnopravnom, ali međuzavisnom odnosu. Medicinske sestre danas, svoj izvorni autoritet trebaju tražiti u području integrativne skrbi za zdravog ili bolesnog pojedinca, koji se mora temeljiti na razumijevanju, prihvaćanju i pomaganju čovjeku kao cjelovitom ljudskom biću, kao osobi. Stoga vrijednost rada medicinskih sestara u zajednici jest vrhunac integrativnosti pristupa u području zdravstvene njege. Bez obzira gdje rade, medicinske se sestre svakodnevno susreće s bezbroj različitih situacija, pa tako i moralnih dilema. No, medicinske sestre koje provode zdravstvenu njegu u zajednici suočavaju se sa specifičnim izazovom: kako očuvati i unaprijediti zdravlje u zajednici (u općoj populaciji) uz istovremeno poštovanje autonomije, integriteta i dostojanstva svakog pojedinca u njoj. Dakle, temeljni je zadatak medicinske sestre - objedinjavanje dualnosti: s jedne se strane treba skrbiti za očuvanje i promicanje zdravlja u zajednici, dok s druge strane za očuvanje i promicanje zdravlja pojedinca. Upravo to stvaranje uravnoteženog suodnosa između dvije interesne strane, bez da se nanese bilo kakva šteta ili nepravda jednoj od njih, zahtjeva ozbiljno moralno promišljanje i predstavlja veliku moralnu obvezu.

Ključne riječi: sestrinska etika, sestrinstvo u zajednici, moralnost, etički model.

Sestrinska etika je vrlo mlada područna, profesionalna etika iako njezini korijeni sežu duboko u prošlost. Smatra se da se prvi začeci prave profesionalne sestrinske etike mogu naći u radovima Florence Nightingale.¹ Sve do objave II. izdanja *Enciklopedije bioetike* sestrinska se etika smatrala djelom medicinske ili liječničke etike. U drugom izdanju *Enciklopedije bioetike* sestrinska je etika izdvojena kao posebno područje u kojem se o određenim moralnim problemima raspravlja s aspekta etike sestrinstva. Etičke su se dileme počele promatrati iz perspektive sestrinske odgovornosti i dužnosti. Sposobnost donošenja etičkih odluka pitanje je moralne izvrsnosti medicinskih sestara. One se često nalaze u vrlo zahtjevnim situacijama i za određeni moralni izbor ili radnju moraju imati vrlo jake argumente. Sudjelujući u moralnim raspravama ili boreći se za svoja stajališta, svoje mišljenje moraju utemeljiti ili na etičkim teorijama, pravilima i principima ili na sintezi teorijskog znanja i iskustva. Etička razmišljanja, etička pravila, principi i teorije pomažu u procjeni potrebnoj za donošenje etičkih odluka. Znanje, životno iskustvo i sposobnost procjenjivanja usmjerenog prema pojedincu kao jedinstvenom entitetu, ključni su za odgovarajući izbor, interpretaciju, kulturološku adaptaciju i primjenu relevantnih etičkih pravila, principa i teorija. U praksi teorija i iskustvo funkcioniraju kao dvostruki proces u kojem jedno nadopunjuje drugo.

Medicinske sestre nikad ne smiju imati osjećaj da postoji samo jedna jedina etička teorija, jedan jedini etički model i jedan najvažniji princip za sve situacije. Temeljna spoznaja da je svaki čovjek jedinka za sebe, jedinstvena i neponovljiva, mora uvijek određivati put promišljanju i djelovanju jer i ono mora biti posebno, jedinstveno i

¹ Zdravstvena njega Florence Nightingale direktno je vezana za evangeličku vjeru viktorske ere, utemeljena je na altruizmu i na udruživanju zajedničkih interesa bolesnika i medicinskih sestara. Za razliku od evangeličke vjere židovsko-kršćanski imperativ za zdravstvenu njegu jest čin ili djelo milosrđa i kao takvo najčešće se spominje u kontekstu priče o dobrom Samarićaninu. Medicinske su sestre toga vremena inzistirale na moralnom karakteru budućih kolegica, jer se njihovi poslovi nisu odnosili samo na znanja tehničkih vještina nego na njegu čovjeka u cijelosti, uzimajući u obzir njegove fizičke, psihičke, emocionalne i duhovne osobitosti. Kao što je Florence Nightingale navela, medicinska sestra nije ulazila u ugovorni odnos s bolesnikom već u savez zasnovan na neovisnom reciprocitetu.

prilagođeno jedinstvenosti situacije. Rješenja etičkih problema ovise o etičkoj refleksiji više osoba koje donose odluku: zdravom ili bolesnom pojedincu, medicinskoj sestri i drugim osobama koje u donošenju odluke sudjeluju. Etičari znaju da je u donošenju odluka uključeno mnogo komponenti i varijabli i da ne postoji jednostavna etička metoda koja bi ponudila odgovore na sva etička propitivanja. Različiti modeli etičkog odlučivanja predstavljaju različite sistematske procese ili prijedloge koje sestre moraju uzeti u obzir pri donošenju odluke koja se odnosi na zdravlje i zdravstvenu njegu pojedinca ili grupe ljudi. Pri tome moraju voditi računa o vrijednostima i interesima osoba o kojima se odlučuje, s kojima se suodlučuje, o svim elementima potrebnim da se problem identificira, metodologiji u donošenju odluka te vrsti ili prirodi sestrinske odgovornosti u određenom slučaju.

Tradicionalna etika ima snažan utjecaj na razumijevanje etike u sestrinskoj praksi, iako je često kritizirana u smislu limitiranosti primjene u zdravstvenom sustavu, posebice kad je riječ o odnosu između medicinske sestre i zdravog ili bolesnog pojedinca. Ozbiljni filozofi kao što su Blum (1988.), Blustein (1991.), Williams (1981.) i MacIntyre (1985.) kritizirali su tradicionalne etičke teorije smatrajući da iskazuju značajno pomanjkanje pažnje prema ljudskim emocijama, prema ulozi patnje, sućuti i sažaljenja, te otuđenost od društva, povijesnog i društvenog okružja. Tako primjerice *konzekvencijalistička etička teorija* (koja bi trebala imati posebno mjesto u promišljanju medicinskih sestara koje provode zdravstvenu njegu u zajednici) kao vrhovni kriterij (nalog) za ljudsko djelovanje uzima učinak koji iz tog djelovanja proizlazi. Najpoznatiji oblik konzekvencijalističke etike jest utilitarizam, koji za vrhovni kriterij uzima najveću korist najvećeg broja pojedinaca. Utilitarizam ili konzekvencionalizam gledašte je prema kojem se primarno trebaju vrednovati konzekvence odnosno posljedice postupaka, a cilj je najveća sreća najvećeg broja ljudi, što u konačnici znači da je moralno činiti ono što dovodi do najveće sreće najvećeg broja ljudi. U definiciji zdravstvene njege Virginie Henderson naglasak je stavljen na bolesnog i zdravog pojedinca kojem medicinska sestra pomaže da dosegne stanje u kojem će osjećati najmanje patnje i boli, što jest na neki način na tragu utilitarizma. Smanjivanjem boli i patnje pojedinca povećava se ukupna količina sreće za sve, za njega osobno, za članove njegove obitelji, za medicinske sestre koje skrbe o njemu, za Pojednostavljeno rečeno, uloga je medicinske sestre da svojim radom doprinese da svijet u kojem živi čovjek bude bolje

mjesto. Međutim, analizirajući utilitarizam sasvim je razvidno da utilitaristi uvijek govore o ukupnoj količini sreće, dakle ne analiziraju i ne zanima ih ukupna sreća svakog pojedinca osim u kojoj količini sreća svakog pojedinca može doprinijeti ukupnoj sreći.

Ova etička teorija svedena na pokušaj primijene u sestrinskoj praksi obiluje nejasnoćama. Ona zahtjeva, na primjer, da se pri utvrđivanju zdravstvene politike i programa, kao i pri donošenju zakona i odluka o mjerama i aktivnostima koje se tiču zaštite zdravlja imaju u vidu, prije svega, interesi društva, odnosno najveća moguća dobrobit (sreća) uz najmanju moguću štetu (patnju) za društvenu zajednicu. Utilitaristi pri tome izbjegavaju govoriti o distribuciji ukupne količine dobra, pa se tako najbolja skrb može koncentrirati u velikim gradovima, a u malim mjestima gotovo je neće ni biti. Pod znak upitnika stavlja se elementarno ljudsko pravo, pravo na zdravlje. Može li uopće jedan sustav biti održiv ako se na štetu manjine osigurava sreća većine građana, iako i jedni i drugi imaju ista prava.

Slijedeće pitanje glasi što to sreća zapravo jest. Prvo, utilitaristi polaze od pretpostavke da svi znaju što je to sreća ili dobar život i da to svi razumiju na isti ili sličan način. Ako svatko može procijeniti koje radnje, prema utilitarizmu postupaka, dovode do sreće, onda bi svaki čovjek trebao imati svoje kriterije morala. Rezultat toga bit će kaos, koji su utilitaristi pokušali riješiti isticanjem utilitarizma pravila sredinom 20. stoljeća. No, ta pravila ili smjernice mogu nanijeti više štete nego dobra. Utilitarna teorija ne priznaje elementarno pravo bolesnika da bude informiran o svim načinima i pristupima u zdravstvenoj njezi, intervencijama koje će se provoditi, mogućim ishodima, prije nego pristane na sve planirano, odnosno potpiše suglasnost o tome. Također po ovoj teoriji bolesnik nema izričito pravo na tajnost podataka o svojoj bolesti niti o svom identitetu. Ta se prava priznaju samo ako ne remete naprijed spomenuto osnovno načelo „najveće moguće dobrobiti uz najmanju moguću štetu za najveći mogući broj ljudi“. Pitanje koje se nameće glasi smiju li se žrtvovati interesi nekolicine ljudi za korist drugih i nije li to u konačnici pretvaranje čovjeka u objekt. Moralnost ljudskog djelovanja ne može se izražavati kroz ciljeve, rezultate ili posljedice, a da se pri tome ne pozabavi s ljudskim namjerama ili motivima.

Primjere za to možemo potražiti u bliskoj prošlosti. Šezdesete su godine prošlog stoljeća otvorile mnoga pitanja zlouporabe etičkih normi u medicini, posebice u području istraživačkog rada.

Jedan od događaja koji je senzibilizirao javnost za biomedicinske probleme odnosio se na način odabira bolesnika za primjenu tehnike dijalize bubrega u američkom gradu Seattlu, u Sjedinjenim Američkim Državama (država Washington). Šezdesetih godina prošlog stoljeća znanstvenici su otkrili kako načiniti aparate za dijalizu koji mogu obavljati funkciju bubrega, nakon što bolesnicima zakažu njihovi bubrezi. U početku aparata za dijalizu bilo je jako malo, pa se svim oboljelima nije moglo pomoći. Odmah se nametnulo pitanje: kome treba dati priliku da nastavi živjeti, a tko će morati umrijeti. Liječnička zajednica za pomoć se obratila povjerenstvu dragovoljaca kojeg su sačinjavali istaknuti građani, a njihov je zadatak bio izraditi izbornu procedure, odnosno kriterije na osnovu kojih će se donositi takve odluke. Povjerenstvo sastavljeno od jednog bankarskog činovnika, odvjetnika, svećenika, domaćice, državnog službenika, sindikalnog povjerenika i kirurga imalo je tešku zadaću, jer su svojom odlukama nekima produžavali života, a nekima potvrđivali neizbježnost skore smrti. Sročeni kriteriji za izbornu proceduru kao što su: dob, spol, društveni status, dohodak, imovina, razina obrazovanja, prethodni doprinosi društvu, perspektive i preporuke doveli su u sumnju ispravnost izbora. Mnogi su se počeli pitati s kojim pravom jedna mala grupa ljudi odlučuje koga treba spasiti, a koga pustiti umrijeti i zbog čega osoba koja je zaposlena i koja uzdržava obitelj ima prednost ili više vrijedi u odnosu na siromašnu osobu, neudatu majku ili prosjaka. Zbog svega toga ovo je povjerenstvo dobilo naziv „Božji odbor“ (The Seattle 'God Committee'), pripisujući članovima ulogu koju ima sam Bog. U američkom časopisu Life članak „Oni odlučuju tko živi a tko umire: medicinsko čudo stavlja moralno breme na leđa malog odbora“ („They Decide Who Lives, Who Dies: Medical miracle puts moral burden on small committee“) novinarka Shana Alexander izazvao je veliku nacionalnu raspravu o tom problemu. Pitanje pravednosti postalo je glavno pitanje, pa je Paul Ramsey, protestantski teolog i jedan od pionira bioetike, doveo u sumnju ispravnost izborne procedure koja se isključivo temeljila na „društvenoj vrijednosti“ osobe odnosno bolesnika. Paul Ramsey se zajedno s Jamesom F. Childressom zalagao za moralno prihvatljiviji izbor bolesnika temeljen

na slučajnosti, a ne na temelju procjene osobnih zasluga ili društvenog statusa bolesnika.

Pomoć da se ustanove vladajuća etička načela u biomedicini došla je sa strane američke bioetičke Nacionalne komisije za zaštitu ljudskih ispitanika u biomedicini i bihevioralnim istraživanjima, koju je 1974. godine osnovao američki Kongres. Povod za to bilo je izbijanje jednog od najvećih skandala u Sjedinjenim Američkim Državama. Naime, dvije godine ranije, 1972., otkriveno je strašno Tuskegeejsko istraživanje neliječenog sifilisa kod muškaraca crne boje kože („The Tuskegee Syphilis Study of Untreated Syphilis in the Negro Male“). Bilo je to Vladino istraživanje, projekt službe javnog zdravstva Sjedinjenih Američkih Država, koje je trajalo četrdeset godina, od 1932. do 1972., a završilo je tek kad je njegovo postojanje konačno otkriveno. Liječnici su pratili zdravstveno stanje šest stotina siromašnih crnaca koji su živjeli u Macon Countyu, u Georgiji, od kojih je tri stotine devedeset devet imalo sifilis, a dvije stotine jedan nije. Ni jedan oboljeli nije dobio prave informacije o nazivu, vrsti i učinku ispitivane bolesti, već im je rečeno da će biti liječeni od „loše krvi“. Da bi pristali sudjelovati u projektu obećana im je besplatna hrana, osigurani liječnički pregledi i pogrebni troškovi. Pretpostavlja se da je cilj bio praćenje tijeka bolesti bez primjene lijekova, s polazištem da je sifilis prirodna posljedica „urođeno lošeg karaktera“ u crnaca, te da je njihov genitalni i cerebralni razvoj obrnuto proporcionalan razvoju karaktera. Samo desetak godina nakon što je studija započeta pronađen je penicilin, antibiotik koji se osim za liječenje niza upalnih bakterijskih bolesti pokazao vrlo djelotvornim i za liječenje sifilisa. Studija iz Tuskegee imala je duboku konotaciju rasističke diskriminacije i ideološke zlouporabe medicine. To je bila prijelomna etička točka. Studija je izazvala duboko nepovjerenje ljudi u sva medicinska istraživanja i spoznaju o njihovoj velikoj opasnosti za čovjeka i za čovječanstvo ako se ne stave pod kontrolu.

Gotovo istovremeno sa otkrivanjem Tuskegeejskog istraživanja otkrile su se pojedinosti jednog drugog istraživanja poznatog kao „CASE: Willowbrook Hepatitis Experiments“. U nastojanju da otkriju cjepivo protiv hepatitisa B, 1956. godine, liječnici Saul Krugman i Joan P. Giles s Medicinskog fakulteta u New Yorku zatražili su i dobili pristanak roditelja da virusom hepatitisa B namjerno zaraze njihovu djecu koja su bila smještena u Državnoj školi za mentalno retardiranu djecu (Willowbrook State School) u

Willowbrook, u Staten Islandu. Radilo se o specijaliziranoj školi za teško retardiranu djecu u kojoj je broj institucionalizirane djece stalno rastao. U takvim su uvjetima novoprimljena djeca bila izložena svim vrstama zaraznih bolesti koje se javljaju u dječjoj dobi, tim više što nisu primala nikakvu imunološku zaštitu koja bi podizala obrambene snage organizma. Nakon što je o eksperimentu obaviještena javnost istraživači su se pokušali opravdati tvrdeći da bi se infekcija hepatitisa B ionako razvila s obzirom na prenapučenost institucije i teške uvjete života. No, nepobitna je činjenica da su istraživači proveli namjeran medicinski postupak umjetnog izazivanja infekcije. Nakon istrage utvrdilo se da za djecu čiji roditelji nisu dali suglasnost nema pisanih izvještaja jesu li ili nisu bili uključeni u eksperiment. Željeni je cilj pronalaženja cjepiva postignut, ali je istraživanje značajno naštetilo javnoj percepciji morala istraživača. Iako su roditelji odobrili istraživanje nametnulo se iznimno ozbiljno pitanje: mogu li se najslabiji i najranjiviji žrtvovati za unapređenje medicinske prakse i vrijedi li njihov život manje u odnosu na druge uvjetno zdrave ljude.

Druga je pretpostavka utilitarista da svi mogu postati sretni na sličan način i da određeno djelovanje može dovesti do najveće sreće za sve. Različita su istraživanja pokazala da najveća sreća najvećeg broja ljudi nije u pronalaženju najboljeg načina za postignuće sreće, niti ih takve aktivnosti uvijek čine sretnima. Pitanja na koje utilitaristi ne mogu argumentirano odgovoriti glase: „Kako možete znati što sreća jest?“ i „Kako možete odrediti koji je najbolji put do nje?“ Primjer za to je grupa ljudi koja je potpuno legitimno odlučila patiti po uzusima svoje vjere i za njih je trpljenje put do zadovoljstva ili sreće.

Treća je pretpostavka utilitarista da djelovanje treba biti impersonalno bez obzira u kakvim je relacijama čovjek sa članovima svoje obitelji, prijateljima ili socijalnom grupom kojoj pripada, što je, ako se racionalno promisli, gotovo utopija. Naprosto, protuprirodno je svjesno žrtvovati člana svoje obitelji ili pripadnika svoje socijalne grupe u ime viših ciljeva društvene zajednice, izuzev u ekstremnim situacijama.

U svom je radu medicinska sestra usmjerena na pružanje pomoći pojedincu i/ili članovima njegove obitelji, a njezina moralna zadaća jest osigurati im najbolje moguće uvjete koji će doprinijeti prizdravljenju, ozdravljenju ili mirnoj smrti. Ona dakle, bez obzira na kojoj teoriji sestrintstva zasniva svoju praksu, treba gledati interes i sreću

pojedince, bez obzira koliko će to u pojedinoj situaciji oštetiti društvo ili oduzeti pretpostavke za sreću većine. Primjer za to su medicinske sestre koje zahtijevaju da se za zbrinjavanje dekubitusa (otvorene rane koja nastaje kao posljedica dugotrajnog ležanja) koriste vrlo skupe podloge, jer se, što je dokazano nizom istraživanja, s njima postižu najbolji rezultati, smanjuje se intenzitet boli, opasnost nastanka teških bolničkih infekcija koje mogu dovesti i do smrti te se smanjuje broj dana ležanja. Takvi zahtjevi nerijetko izazivaju otpore, najčešće ljudi u bolničkoj administraciji, kojima je cilj štednja, jer na taj način osiguravaju sredstva za plaće svojih djelatnika ili kupnju nekog skupog medicinskog aparata. Osiguravanjem plaća za svoje djelatnike kupuju socijalni mir i osiguravaju sebi ostanak na dobro plaćenim rukovodećim mjestima (sreća za veći broj ljudi), a kupnjom skupog medicinskog aparata stječu „prednost“ ispred druge konkurentske zdravstvene ustanove. Istina je, da bi taj novi aparat mogao biti od koristi većem broju ljudi, kad bi organizacija rada bila takva da je dostupnost tog aparata moguća tijekom dvadeset četiri sata, a to bi opet bilo moguće jedino onda kad bi bio dovoljan broj školovanih stručnjaka koji bi radili na tako skupim aparatima.

Iako zdravstveni radnici imaju odgovornost za ukupno zdravstveno stanje u društvu, ispred sebe uvijek imaju interes pojedinca i trebaju pronaći najbolji put kako zadovoljiti oboje. No prije svega i iznad svega stoji bolestan čovjek, a osnovno je polazište zdravstvene skrbi pronaći dovoljno dobar način da onima kojima je loše bude bolje.

Utilitarističku poziciju sestrinstva u smislu osiguravanja najvišeg mogućeg dobra najvećeg broja ljudi možemo uočiti tek u funkciji promicanja zdravlja i prevenciji bolesti, za što se možda jedino u socijalno razvijenim zemljama odvajaju dovoljno sredstava. Rad na unapređenju zdravlja stanovništva zaustavio bi bogaćenje određenih interesnih skupina ili institucija na račun bolesti, a doprinio bi unapređenju kvalitete života i onih ljudi koji se nalaze na egzistencijalnom rubu ili danas poprilično marginaliziranih skupina kao što su osobe s posebnim potrebama

Mnogi praktičari kritiziraju i principizam, odnosno principima orijentiran pristup etike zdravstvenih radnika, zbog toga što su usmjereni na strukturu moralnih opravdanja, prije nego na sadržaje etičkih pitanja i donošenje odluka. Prema Jane Megan Johnstone biomedicinski principi zahtijevaju ozbiljno kritičko preispitivanje kad je riječ o moralnom promišljanju i djelovanju medicinskih sestara. Ako se medicinske sestre

rukovode primjerice principom činjenja dobra, onda se samo po sebi nameće osnovno pitanje „što za tog čovjeka jest dobro?“. Ako se polazi od premise da je svaki čovjek jedinstven sam po sebi, onda princip činjenja dobra zahtjeva provjeru svakog pojedinog moralnog problema kod svakog bolesnika. Situacija u kojoj se jedna osoba nalazi drugačija je od situacije u kojoj se nalazi druga osoba, te najčešće određuje uvjete prema kojima će se moralna dilema razriješiti. Primjerice, artificijelni abortus u većini se kultura smatra, ako ne ubojstvom nerođena djeteta, onda teškim nemoralnim djelom. Međutim, za ženu koja živi u bijedi i siromaštvu i koja već ima veći broj djece, takav čin može biti težak, ali za nju pravilan izbor. Iako je sam čin abortusa nešto što se protivi pravoj prirodi žene, ponekad postoje vrlo jaki razlozi za takvu odluku. S druge strane, za neku ženu odluka da rodi dijete i bude samohrana majka može također biti pravilan izbor, usprkos tome što će je sredina u kojoj živi osuditi kao nemoralnu. Pojam loš ili pojam dobar nikada nisu jednoznačni. U etici skrbi, u ovakvim i sličnim situacijama ne razmišlja se o principima (činiti dobro, činiti pravu stvar), već su na prvom mjestu osoba i njezine potrebe, osoba koja se treba saslušati, čuti, prihvatiti, uvažavati njezin stav i nju samu. I tradicionalne etičke teorije kritizirane su zbog malog pridavanja pažnje ljudskim emocijama, ulozi patnje, sućuti, sažaljenja, odnosno otuđenja od društva, povijesnog i društvenog okružja.

Princip istinitosti definiran je kao obaveza govorenja istine, neizgovaranje laži i neobmanjivanje drugih. U mnogim kulturama istinitost je temelj za uspostavu odnosa povjerenja među ljudima i njome se izražava poštovanje među njima. Temeljno je pravo ljudi pravo na istinu, njih se ne smije lagati niti ih obmanjivati. Upravo je istinitost jedan od najvažnijih principa modernih zdravstvenih sustava u svijetu. Medicinske su sestre dužne govoriti istinu, jer laganje može narušiti odnos povjerenja s bolesnikom ili zdravim članom zajednice, a samim tim i sve buduće aktivnosti. Dalekosežno, gubitak povjerenja ili neprimjereni način komunikacije može polučiti neželjene posljedice za sve buduće odnose s zdravim ili bolesnim pojedincem, te štetiti njihovom zdravlju i dobrobiti.

Obaveza govorenja istine složen je zadatak, jer se mora voditi računa o različitosti situacija, kulturi ili čak društvenom sustavu. Primjerice, neki društveni sustavi jako uvažavaju autonomiju bolesnika i njegovo pravo da zna za različite zdravstvene

projekte koji se poduzimaju s određenim ciljem, da zna svoju medicinsku dijagnozu ili prognozu, pa to može biti ono što u određenoj situaciji može prevagnuti. Zadržavanje ili tajenje informacija može biti shvaćeno kao paternalizam ili kao neopravdani postupak koji ugrožava osnovna ljudska prava. U drugim društvenim sustavima pak smatra se da se istina ne treba uvijek znati i da je takav način postupanja u skladu s najboljim interesom člana te zajednice.

Čak i kad ne postoje specifične okolnosti ponekad u sestrinskoj praksi dolazi do sukoba između principa autonomije i principa govorenja istine. Danas u većini zemalja, bar deklarativno, zdravi ili bolesni pojedinac ima pravo na potpunu informaciju o svemu što ga zanima vezano za njegovo zdravlje ili bolest, a medicinska sestra dužna je obavijestiti ga o svemu što bi za donošenje njegove odluke o procesima unutar zdravstvene njege bilo relevantno. Ako sestra zataji određene informacije, iz bilo kojih razloga (najčešće je to želja da osoba ne napravi izbor koji po mišljenju medicinske sestre nije u njegovom najboljem interesu), onda ne samo da krši princip govorenja istine već krši i princip autonomije odnosno pravo čovjeka na osobni izbor. Među liječnicima i medicinskim sestrama uvriježio se termin „milosrdna laž“ za bolesnike koji se nalaze u životno ugrožavajućim situacijama. To podrazumijeva ublažavanje slike stvarnog stanja, jer bolesniku nema pomoći i nepotrebno mu je otežavati ionako tešku situaciju. No, i ovdje se nameće pitanje što to jest milosrdna laž i može li ona doista biti milosrdna ako je laž.

Djelovati po principima dobrobiti i neškodljivosti znači raditi za zdravog ili bolesnog pojedinca ono što je u njegovom najboljem interesu ili utjecati na ponašanje koje će spriječiti ili smanjiti rizik od bilo kakve štete za njega. Primjena i ovih principa u praksi može za medicinske sestre predstavljati problem. Primjerice, jedna je od moralnih obaveza medicinskih sestara smanjivanje intenziteta patnje i boli, posebice kod bolesnika u terminalnim stadijima bolesti. Danas se u takvim stanjima koriste dosta invazivne farmakološke ili kirurške tehnike, koje uz izvjesnu korist (bolesnik ne osjeća bol ili je bol manjeg intenziteta) nose sa sobom niz negativnih popratnih pojava (smanjena razina svijesti, smanjena pokretljivosti, rizik od pada). Medicinske sestre ne odlučuju o tome koja će se tehnika analgezije primijeniti, ne vrše kirurški zahvat niti propisuju dozu lijeka, no moraju paziti na moguću štetu koja može nastati kao

posljedica bilo koje od navedenih intervencija. Vrlo je teško razlikovati što je u ovakvim slučajevima dobro, a što je loše. Je li dobro to što je bolesnik bez bolova i sužene svijesti ili je dobro samo smanjiti intenzitet boli, a očuvati njegovu svijesti i kontakt sa zdravstvenim osobljem ili članovima obitelji. Neki etičari mišljenja su da činjenje dobra znači istovremeno dužnost izbjegavanja štete.² Činjenje, pa i najmanje štete može biti neetički čin, pa je princip neškodljivosti neki put jači od dužnosti činjenja dobra. *Prvenstveno ne štetiti (primum non nocere)* vodeći je princip u liječništvu, koji se tradicionalno vezuje uz Hipokratovu medicinsku praksu. No, većina se etičara i ostalih stručnjaka slaže da je dobročinstvo i neškodljivost sredina između pružanja dobra i rizika od štete. Treći problem u primjeni navedenoga principa u sestrinskoj profesiji ograničenja su s kojima se sestre svakodnevno susreću. Često su prisiljene raditi „u okviru mogućeg“, jer ono najbolje što se može napraviti u interesu osobe o kojoj skrbe, ograničeno je najčešće ljudskim i financijskim resursima.

Princip autonomije odnosi se na poštovanje sposobnosti donošenja odluka samostojnih osoba. U sestrinskoj praksi ovaj princip može dovesti do moralnih dilema, posebice u slučajevima kada medicinska sestra ili drugi član zdravstvenog tima misli da izbor ili odluka zdrave ili bolesne osobe nije u njegovom najboljem interesu. Dakako da se odmah postavlja pitanje ograničavanja njegove autonomije i kriterija za preuzimanje odgovornosti za drugu odluku koju će donijeti medicinska sestra, a koja će, po njenom mišljenju ili mišljenju drugih stručnjaka koji sudjeluju u donošenju odluke, biti u najboljem interesu bolesnika.³ Ponekad, ključ za poštovanja principa autonomije

² Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, str. 122-123. - „Ipak, treba razlikovati princip neškodljivosti od principa dobročinstva i to na sljedeći način: princip neškodljivosti znači da se ne smije nanositi zlo ili šteta ...“

³ Takav način postupanja zdravstvenih radnika zove se paternalizam. Riječ *paternalizam* dolazi od latinske riječi *pater*, što znači otac, a označava odnos u kojem jedan čovjek, uprava ili vlast sebi prisvaja pravo na očinski odnos prema drugom čovjeku ili grupi ljudi. Prema ljudima se postupa kao da su djeca koja nisu odrasla i koja ne znaju što je zlo ni dobro, i zato pater/otac treba paziti na njih. Childress i Beauchamp definiraju paternalizam kao zaobilaženje individualnog izbora ili namjeravanih radnji u potrebi pružanja dobra određenoj osobi. Paternalizam je rijetko opravdan u zdravstvenoj njezi bolesnika i koristi se samo onda kada se vjeruje da autonomna odluka bolesnika može prouzročiti veliku štetu za njegovo zdravstveno stanje.

bolesnika može biti obitelj osobe o kojoj se skrbi. Neki su stručnjaci mišljenja da tajenje informacija bolesniku, a istinito informiranje obitelji o njegovom stanju ne ugrožava pravo bolesnika na autonomiju. Neki se put pak prepušta članovima obitelji da bolesniku kažu istinu, posebice u situacijama kad se smatra da će oni to učiniti na najbolji mogući način. Pri tome članovi obitelji moraju jamčiti da njihov postupak neće narušiti tijek liječenja niti će bolesniku oduzeti nadu u oporavak.

Mnogi su kritizirali principizam (Seren Holm, 2007., David DeGrazia, 2003., Danner K. Clouser, Bernard Gert, 1990.), odnosno principima orijentirani pristup etici jer je po njihovom mišljenju takva orijentacija zasnovana na strukturi moralnog opravdanja za etičko promišljanje ili djelovanje, prije nego na sadržaju etičkih pitanja i donošenju etičkih odluka (ne mogu se koristiti za pojedinačne probleme). Holm ističe da je principe, ukoliko su izvedeni iz opće moralnosti, gotovo nemoguće prenijeti u različita društva.⁴

Prema Gertu i Clouseru principi su nešto više od popisa naslova za vrijednosti koje treba imati na umu, oni nemaju nikakvu moralnu supstancu i nisu prikladne smjernice za djelovanje. Tako navode primjer principa pravednosti. Ne postoje, tvrde oni, nikakve specifične smjernice za djelovanje ili teorija pravednosti koja proizlazi iz tih principa. Analize na temelju principa, po njihovom mišljenju, ne uspijevaju izgraditi teoriju opravdanja ili teoriju kojom se principi povezuju u jednu cjelinu. Principi bi se u teškim okolnostima morala međusobno natjecati, ali temeljna procjena nije u stanju odrediti koji bi princip trebao imati prednost ili kako razriješiti sukob. Principi ne daju nikakve smjernice za postupak prilikom donošenja odluka u situacijama sukoba. Clouser i Gert vjeruju da je uloga principa u etici više ceremonijalna nego bitna.

Upravo zbog neutemeljenosti, nedorečenosti i rigidnosti principa mnoge medicinske sestre etička promišljanja i djelovanja u sestrinskoj praksi zasnivaju većinom na tradicionalnim etičkim teorijama. Tradicionalne etičke teorije zajedno s novijim bioetičkim pristupom koji uvažava etički pluralizam, interdisciplinarnost i

⁴ „Moralnost se ne odnosi na jednu instituciju ili način ponašanja, ona je poseban način djelovanja u različitim područjima i situacijama i pod utjecajem je onoga što općenito zovemo principima, pravilima normama ili vrijednostima.“ - Seren Holm, „Medical Aid and disaster relief“, str. 54.

pluriperspektivizam trebaju medicinskim sestrama biti vodiči u razumijevanju prirode sestrinskog prosuđivanja u njezi bolesnika.

Nema jednostavnih formula ni savršenog recepta za donošenje etičkih odluka u sestrinskoj praksi. Svaka sestra mora uključiti sva svoja etička znanja i vrijednosti, životno iskustvo, kognitivne sposobnosti, moralnu osjetljivost, sposobnost razmišljanja i osobnu moralnu motivaciju kako bi (zajedno s zdravim ili bolesnim pojedincem) kroz proces promišljanja došla do najbolje odluke i djelovala po njoj. Donošenje odluke složen je proces i prije primjene bilo kojeg etičkog modela odlučivanja važno je učiniti temeljitu analizu činjenica uključujući sve vrijednosne sustave. Većina etičkih modela daju samo osnovne smjernice, a tek neki sadrže više detalja koji pomažu u donošenju odluka, pa se one najčešće temelje na problemskom razrješavanju dilema (problem solving) ili na analizi procesnog kruga zdravstvene njege. Od poznatijih etičkih modela u sestrinstvu može se spomenuti *model zasnovan na profesionalnom kodeksu*, *ugovorni model*, *pogodbeni model* i često korišten *respektivni model*.

Etički model zasnovan na profesionalnom kodeksu najčešće se primjenjuje kod bolesnika u vrlo teškim stanjima, koji su iznimno ovisni o pomoći medicinskih sestara. Medicinska sestra treba bolesniku pružiti sigurnost, štititi njegove interese i poticati sve aktivnosti koje bi mogle dovesti do poboljšanja njegovog stanja. Smisao ovog modela jest potpuno pomaganje ovisnom bolesniku, podrška i očuvanje dostojanstva čovjeka.

Ugovorni model primjenjuje se u onim situacijama u kojima je zdrav ili bolestan pojedinac neovisan, pokretan, priseban i kompetentan za donošenje odluka. Bolesnik je u mogućnosti sam tražiti pomoć, ako je treba, a zdravstveni radnik je pruža u onom obliku koji u najvećoj mjeri može zadovoljiti njegove potrebe. Problemi se razmatraju zajednički i zajednički se donose odluke.

Pogodbeni model posebno je prikladan u onim situacijama u kojima pojedinac osjeća potrebu za osnaživanjem i poticanjem. Medicinske sestre imaju zadatak da ga potiču na veću samostalnost i na autonomno djelovanje, a odnos cijelo vrijeme mora biti potpuno ravnopravan.

Respektivni model u potpunosti je orijentiran na primatelja usluga (zdrav ili bolestan pojedinac) ili osobu koja će biti najviše uključena u donošenje odluka i koja će zastupati

najbolje interese osobe koja je u skrbi. On se sastoji od sedam koraka: 1) prepoznavanja moralne dimenzije dužnosti ili problema; 2) uzimanja u obzir svih potrebnih smjernica i evaluativnih principa; 3) specifikacije interesa drugih osoba zainteresiranih za problem, te njihovih principa; 4) uzimanja u razmatranje različite alternative; 5) evaluiranja alternativa u odnosu na principe korisnika; 6) odabiranja one alternative koja je najbliže punom ostvarenju cilja, 7) provođenja aktivnosti.

Znanstvenike je oduvijek zanimalo što je to što osim objektivnih pokazatelja omogućava profesionalcima brzo i lagano razumijevanje određene situacije. Osim koncepta odlučivanja na osnovu činjenica i dokaza, mnogi su stručnjaci mišljenja da je odlučivanje na osnovu intuicije posebna vrsta umijeća, posebice u situacijama hitnosti. Smatra se da je intuicija jedan od mehanizama za preživljavanje, da pomaže čovjeku da se udalji od opasnosti i usmjeri prema sigurnosti. Iako za mnoge stručnjake donošenje intuitivnih odluka nije samo dezorijentirajuće, već i neprofesionalno ponašanje i obično ga omalovažavaju u odnosu na znanstveno i racionalno prosuđivanje, veliki broj psihologa slaže se da je intuicija suptilna sposobnost stjecanja znanja bez jasnog upletanja ili shvaćanja procesa. Ona prema svojoj definiciji nema objektivnu valjanost, ali je široko prihvaćena kao očigledan fenomen. Intuicija nije na razumu zasnovan osjećaj, odnosno ona je u potpunosti iracionalni fenomen.

Carl Gustav Jung napravio je distinkciju između racionalnog i intuitivnog ponašanja. Racionalnost je objasnio kao opravdano uvjerenje koje se rukovodi razumnim razlozima, te je kazao da razmišlja o racionalnosti kao o ponašanju čiji je princip da različita događanja, osjećaje i aktivnosti objektivno vrednuje. Prema Jungu intuicija je osjećaj koji se ne može objasniti na način da se zna otkud se pojavila. Ona se osjeti za razliku od nečega što je nastalo kao produkt razmišljanja. Mnogo se puta intuicija pokaže kao osjećaj koji je imao mnogo komponenti racionalnog razmišljanja. Dakle intuicija može biti iracionalan proces, ali donošenje intuitivnih odluka to sigurno nije.

No, mnogi se pitaju tko ili što određuje kriterije za procjenu onoga što je iracionalno. U zapadnoj je kulturi racionalno ono što se može dokazati i mjeriti i što može poslužiti kao određeni standard. Ipak, većina se znanstvenika slaže da ljudski mozak može savršeno točno izvući iz sjećanja sva potrebna znanja i vještine koje su se kumulirale u prošlosti i da u zahtjevnim trenucima analizira, odnosno prerađuje sve potrebne podatke

kako bi pronašao najbolje rješenje. Mozak stalno uspoređuje tekuća iskustva sa prošlima i traži podudarnosti i kad pronade nešto slično u sjećanju, u djeliću sekunde zaključuje je li sadašnja situacija povoljna ili nije. Dakle intuicija je prenosnica do linearnog racionalnog promišljanja čija je posljedica nemogućnost razložnog objašnjenja. Znanje i iskustvo najvažniji su za validaciju intuitivnog procesa, oni pomažu da se prepozna „šablona“, pa neki stručnjaci objašnjavaju da se neke naučene vještine u djetinjstvu, vrlo lako mogu obnoviti, čak u starijoj životnoj dobi. No, u radu s ljudima, uvijek i iznad svega treba slušati glas razuma, a intuitivna promišljanja pokušati osvijestiti u granicama realnih spoznaja i činjenica.

Problem moralnog promišljanja tradicionalno je konstruiran kao odnos volje i odgovornosti. Neki su filozofi smatrali da moralno promišljanje zahtjeva slobodnu volju, pa se ljude može smatrati odgovornima za njihovo ponašanje i za predvidljive posljedice tog ponašanja, pod uvjetom da ono proizlazi iz slobodne volje. Pri tome treba razlikovati istinsko samoodređenje od izbora koji nameće društveni sustav, posebice od usvajanja nametnutog moralnog sustava koji služi kao autocenzura slobodnom izražavanju mišljenja, namjere i djelovanja. Činjenica jest da različiti ljudi daju prednost različitim vrijednostima, imaju različite pristupe u promišljanju, ali i da se vrlo rijetko usuđuju prepustiti djelovanju na osnovu svog vlastitog određenja, ukoliko ono kao takvo nije u suglasju s društvenim očekivanjima. Moralno djelovanje određeno slobodnom voljom trebalo bi se ustrojiti prema idealu koji nije nametnut od drugih, nego je rezultat vlastitog slobodnog izbora koji nije suprotan društveno prihvatljivim vrijednostima. To znači da društveno uređenje mora biti zasnovano na univerzalno prihvaćenim etičkim vrijednostima sa svrhom ostvarenja najvišeg općeg dobra. To su takve vrijednosti koje ni jedan pojedinac, nikakva većina i nikakva država ne mogu stvoriti, modificirati ili razoriti, nego ih moraju priznati, poštovati i promicati.

Literatura:

1. Alexander Shana, „They Decide Who Lives, Who Dies: Medical miracle puts moral burden on small committee”, *Life*, November, 1962., str. 117., 124-125., „They Decide Who Lives, Who Dies: Medical miracle puts moral burden on small committee”, *Life*, November, 1962., str. 117., 124-125.

2. Beauchamp L. Tom , Childress F. James, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1994.
3. Blagg R, Christopher , „The Early Years of Chronic Dialysis:The Seattle Contribution“, *American Journal of Nephrology*, 19 (2/1999), str. 350-354.
4. Childress F. James, „Who Shelle Live When Not All Can Live“, *Soundings*, 54 (4/1970), str. 339-355.
5. English Ian, „Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model“, *Journal of Advanced Nursing*, 18 (2/1993), str. 387-393.
6. Fry T. Sarah, Veatch M. Robert, *Case Studies in Nursing Ethics*, Jones and Bartelett, Boston, 2005., str. 44-46.
7. Johnstone J. Megan, *Bioethics: A Nursing Perspectives*, Hardcourt Sounders, Sydney,1999.
8. Jung Carl Gustav, *Psychological types, The Collected Works of Carl G. Jung*, Bollingen Series XX, 6, Princeton University Press, New Yersey, 1976.
9. Jones H. Jame, „Bad Blood, The Tuskegee Syphilis Experiment“, *The Free Press*, New York, 1993., str. 212-217.
10. Kanitsaki Olga, „Transcultural Human Care: It's challeng and critique at professional nursing care“, u: Dolores A. Gaut (ur.), *A Global agenda for caring*, National League for Nursing Press, New York,1993., str.19-45.
11. Kanitsaki Olga, Johnstone J. Megan, „Culture, language, and patient safety: making the link“, *International Journal for Quality in Health Care*, **18 (5/2006), str. 383-388.**
12. Krugman Saul, „The Willowbrook hepatitis studies revisited“, *Review of Infection Diseases*, 8 (1/1986), str. 157-162.

13. McCarthy Joan, „**A pluralist view of nursing ethics**“, *Nursing Philosophy*, 7 (3/2006), str. 157-164.
14. Nyström Maria, „A patient-oriented perspective in existential issues: a theoretical argument for applying Peplau's interpersonal relation model in healthcare science and practice“, [*Scandinavian Journal of Caring Sciences*](#), 21 (2/2007), str. 282-287.
15. Prevou Tim, „A patient reflects on chronic illness - and support from family and physicians“, *Journal list*, Baylor University Medical Center, 22 (2/2009), str. 151–152.
16. Ross David William, *The Right and the Good*, Clarendon Press, Oxford, 2002., str. 4., 39., 156.
17. **Smith M. Cedric**, „Origin and Uses of Primum Non Nocere - Above All, Do No Harm“, *Journal of Clinical Pharmacology*, 45, 2005., str. 371-377.
18. Thompson E. Ian. E., Melia M. Kath , Boyd M. Kenneth, *Nursing Ethics*, Elsevier Limited, New York, 2000., str. 72 -77.