

## MOČ ZA POMOČ VIRI ETIČNEGA ODLOČANJA PRI DELU MEDICINSKIH SESTER

**Povzetek.** Namen članka je razmišljanje o virih etičnega odločanja medicinskih sester. Avtorica umesti zdravstveno nego v družbene procese modernizacije, ki so jo premaknili iz zasebnega sveta v javni prostor zdravstvenih institucij in jo tam vzpostavili kot podrejeno obliko dejavnosti formalnega zdravstvenega varstva. Pozna moderna, zlasti v zahodnih družbah, skozi subjektivizacijo povzroči obrat k središčanju zdravstvene nege okoli skrbi kot celovite obravnave pacientov. V to smer se razvija tudi raziskovanje procesov etičnega odločanja na osnovi pripovedi zdravstvenih delavcev in bolnikov, ki omogoči globlje razumevanje pojava. V Sloveniji nam raziskave o etičnem razmišljanju in virih odločanja odkrivajo le nekatere značilnosti teh procesov, ki bi jih bilo za kakovostno obravnavo bolnikov potrebno podrobneje proučiti.

**Ključni pojmi:** zdravstvena nega, medicinske sestre, etika, sociologija zdravstvenega dela

### Uvod

Ranljivost, šibkost, bolečina, neugodje in trpljenje so univerzalne človeške izkušnje. Doživljamo jih pri sebi in pri drugih. Ko jih opažamo pri drugih, so reakcije različne: ranljivost ali šibkost drugega lahko izkoristimo za svojo nadvlado, lahko pa ravnamo tako, da jo zmanjšamo, odpravimo ali vsaj ublažimo. Nekatere poklicne skupine, recimo zdravstveni delavci, opravljajo pomoč šibkejšim kot profesionalno plačano dejavnost. Ta dejavnost ima več plasti. Naj tukaj omenim samo dve. Ena je izbiranje in izvajanje postopkov njihovega zmanjševanja ali odpravljanja, ki temelji na empiričnem znanju o človeških (zdravstvenih) problemih. Druga je etična, to je sprejemanje odločitev o tem, katero ravnanje je v določeni situaciji "dobro". Na osnovi česa se medicinske sestre odločajo, kaj je "dobro", kaj pomaga? In od kod dobijo moč za pomoč? Odgovore bom iskala v družbenih značilnostih te skupine in v njeni vpetosti v procese poznomoderne družbe.

Kot ugotavlja Uletova (2003), je sociološke refleksije etike v medicini malo. Medicina se pri obravnavi etičnih vprašanj bolj povezuje s pravom. Etika je namreč predvsem normativna veda, usmerjena v najstvo, njen output naj bi bili zgledi za

---

\* Doc.dr. Majda Pahor, Visoka šola za zdravstvo, Univerza v Ljubljani.

usmerjanje odločitev. Sociologija je bolj empirična veda in išče odgovore na vprašanja o socialnih vplivih na odločitve ter o njihovih posledicah. Sociologijo medicinske etike torej bolj zanimajo vzroki in posledice dejanj zdravstvenih delavcev kot pa, kakšna so v etičnem smislu njihova dejanja sama. Sprašuje se, kako se spreminjajo vrednostni sistemi in etična načela skozi čas in na katerih osnovah.

Namen tega članka je najprej umestiti zdravstveno nego v družbene procese, ki so pripeljali do pozne moderne, in jo nato opazovati z vidika etike skrbi. Etiko skrbi razumem po Sevenhuijsen (2003) kot prepoznavanje ranljivosti sebe, drugih in okolja in kot naklonjeno ravnanje. Etična podlaga zdravstvene nege ima torej dve ravni: spoznavno in akcijsko. Na prvi bi se lahko vprašali: Koliko, kako, kdaj MS prepoznajo ranljivost njih samih, ranljivost drugih (bolnikov, sorodnikov, sodelavcev) in ranljivost okolja, v katerem živijo? Na drugi ravni pa bi se lahko vprašali: Kako, kdaj, na kakšen način naklonjeno ravnajo? Tu se postavlja vprašanje, kako naj etično ravnajo osebe, ki so v sistemu zdravstvenega varstva v podrejenem položaju, imajo pogosto nizko samopodobo, o njih se nadrejeni zaničljivo izražajo in tudi v njihovih medsebojnih odnosih so prisotni elementi horizontalne agresivnosti (Klemenc, Pahor, 1999; Klemenc, Pahor, 2001). Vprašanje je, ali je lahko skrb sestavni del vsakodnevnega delovanja medicinskih sester. Koliko so prisotni elementi etike skrbi, kot so pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost (Sevenhuijsen, 2003) v njihovem ravnanju in kako lahko to ugotovimo?

Delo zdravstvene nege se iz predmoderne, kjer je skrb nereflektirana sestavina sveta življenja, razvija skozi moderno z njenim razvrednotenjem skrbi in podrejenim mestom v sistemu zdravstvenega varstva, v postmoderno, za katero je značilna visoka stopnja zadovoljenosti materialnih potreb, ki omogoča refleksijo o tem, kaj zares rabim in kaj me osrečuje. Giddens (1991) opozarja na nenačrtovane posledice človekovih dejanj in na nujnost refleksije, (samo)spraševanj, vrednotenja in argumentiranja. To lahko poteka samo skozi razpravo, jezik, s poimenovanji. Vprašanje je, ali je argumentiranje vsakdanja praksa zdravstvenih delavcev, ali reflektirajo svoja dejanja in uvidijo družbene vzroke, vplive in posledice svojih odločitev.

Moja predpostavka je, da je mogoče prepoznavanje in podporo potreb šibkejšega vključiti (ali ponovno vključiti) v sistemsko obravnavo bolnikov na osnovi refleksivnosti kot značilnost poznomoderne družbe. Če je skrb kot sestavni del sveta življenja nereflektirana, in če je v institucionaliziranem zdravstvenem varstvu moderne razvrednotena in podrejena, pa poznomoderna omogoča ponovno spraševanje po tem, katere potrebe bolnih, pomoči potrebnih in šibkejših so pomembne.

Potrebno je reflektirati pomen in dragocenost tega, kar delajo medicinske sestre. V zdravstvu so storitve razvrščene v hierarhijo od bolj cenjenih tehnično zahtevnih in kompleksnih storitev z uporabo tehnologije, do manj cenjenih, vsakdanjih oblik pomoči pri vsakdanjih aktivnostih, "tistih, ki bi jih znal vsakdo". Če je tehnološki pristop podlaga ti. "herojske medicine", ki je dejansko rešila mnogo življenj, pa je dejstvo, da je zdaj čedalje več ljudi s "pritlehnimi" problemi, ki potrebujejo in zahtevajo pomoč. V preteklosti so se družbene vrednote že večkrat premaknile, poudarki so bili na različnih področjih. Ali ni že čas, da ugotovimo, kakšen

pomen ima skrb v našem vsakdanjem življenju, in zlasti takrat, ko so zmanjšane naše sposobnosti, da skrbimo sami zase?

Vstopanje zdravstvenonegovalnih tem v javni diskurz je pomembno zaradi preseganja paradoksa racionalnosti kot dominacije sistema nad svetom življenja v zdravstvenem varstvu (Habermas, 1997), je ena od oblik prizadevanja, kako prevesti skrb v jezik javnosti: znanosti in politike, in obogatiti ta dva diskurza s skrbjo (Pahor, 2000).

Članek je organiziran v štirih poglavjih. V prvem bomo obravnavali vzpostavitev zdravstvene nege v moderni družbi kot paramedicinske dejavnosti, ki je potisnila v ozadje "nežnost" te dejavnosti. V pozni moderni pa se zdravstvena nega prilagaja procesom, kot je subjektivizacija (Bury, 1998) in se ponovno usmerja na skrb. V drugem poglavju bomo obravnavali etične pristope k problemom zdravstvene nege in v tretjem pogledali nekatere vidike etičnega odločanja v slovenski zdravstveni negi. Zadnji del nakazuje možnosti nadaljnega raziskovanja etičnega odločanja in kot eden od možnih pristopov predstavi fenomenološko-hermenevtični metodološki pristop.

## **Od skrbi kot "naravne", nereflektirane dejavnosti vsakdanjega življenja prek razvrednotenja skrbi v moderni k njenemu prevrednotenju v pozni moderni**

Sedanja dejavnost zdravstvene nege ima dve izhodiščni točki, prvo, ki izhaja iz tradicionalne zdraviteljske in negovalne vloge žensk v družini in skupnosti, in drugo, ki temelji na vzponu bolnišnic v 19. stoletju.

V družini in skupnosti so ženske tradicionalno imele zdraviteljsko in negovalno (skrbstveno) vlogo. Mogoče je, da ta vloga izhaja iz materinske vloge žensk, pri čemer gre za prepoznavanje in podporo potreb šibkejšega. Odnos mati - otrok je percipiran kot povezava, empatija, zaščitniška ljubezen, a pogosto vsebuje tudi konflikt, nasilje, ambivalenco. Svet življenja in tradicionalna skrb za zdravje imata tudi temne plati - nereflektiranost, fatalizem, predsodke, vraže, nekritično sprejemanje tradicije, zaupanje brez preverjanja.

Druga, za sedanjo zdravstveno nego mnogo vplivnejša izhodiščna točka je vzpon bolnišnic v devetnajstem stoletju z medicinskimi sestrami kot zdravnikom podrejeni poklicni skupini. Skrb za bolne se je s tem institucionalizirala in industrializirala. Zdravstvena nega je prevzela specializirano funkcijo v delitvi dela znotraj institucije, ki je v organizacijskem smislu posnemala tovarniško proizvodnjo (Dingwall, 1991).

Vrednote sočutja, podpore, tolažbe so se umaknile in pri medicinskih sestrah je prevladala vloga zdravnikovih pomočnic pri medicinskih intervencijah, vzdrževanje higiene, reda in nadzorovanje pomožnih delavcev ter bolnikov. Za ta namen so tudi usposabljele šole za medicinske sestre (Pahor, 1998). S Habermasom lahko rečemo, da je zdravstvena nega tipičen primer sistemske podreditve dejavnosti sveta življenja, saj postane pomoč pri življenjskih aktivnostih v sistemu zdravstvene nege varstva marginalizirana in razvrednotena.

Če se sprašujemo po virih, ki jih imajo medicinske sestre za pridobitev moči za pomoč v naglo se spreminjajoči družbi moderne, je potrebno upoštevati nekatere značilne procese, od globalizacije, potrošništva, do uveljavljanja subjektivnosti in iskanja pomena. Kako se v teh procesih znajde zdravstvena nega? Kot del zdravstvenega varstva jo oblikujejo kulturne in socialne oblike modernega in postmodernega življenja, procesi, ki jih Bury (1998) imenuje objektivizacija, racionalizacija in subjektivizacija.

Proces *objektivizacije* pomeni napredujočo tendenco ločevanja dejavnosti in oblik znanja iz lokalnega ali zasebnega okolja v javnost. Tam jih razvijajo področni specialisti v oblike ekspertne dejavnosti in znanja, naj bo to gospodarstvo, politika, kultura ali religija, do zdravljenja in nege. Industrializacija je povzročila naraščajočo delitev dela, kjer so posamezna opravila postajala čedalje bolj specializirana. Ti procesi so prinesli institucionalizacijo dejavnosti, ki so bile prej locirane v družini ali lokalni skupnosti, oziroma selitev dejavnosti sveta življenja v sistem (Habermas, 1997).

Na področju zdravja in zdravljenja je to pomenilo ločitev bolezni od bolnika in njegove izkušnje trpljenja. Obravnava tako ločene bolezni je utemeljena v naravoslovnih znanostih. Bolniki niso več obravnavani kot posamezniki, ampak kot "primeri" bolezni. Druga posledica tega procesa je vzpostavitev medicinske profesije, kot jo poznamo še danes. Vključuje objektivni pogled na bolezen, ki temelji na iskanju specifičnih vzrokov zanjo. Kdor ni sprejel te ideologije, je bil marginaliziran: zakoni o zdravstvenem varstvu so postopoma, od sredine 19. stoletja do začetka 20., omejili pravico do zdravljenja samo na uradno registrirane zdravnike (Turner, 1995). Zboleti je zdaj pomenilo, obrniti se na zdravnika, ki je delal v okviru regulirane profesije. S tem se uveljavi "klinični pogled" kot nova oblika socialne kontrole. Bolezen je tako odstranjena iz vsakdanjega življenja in postane predmet medicinskega diskurza. Prepoznavanje, imenovanje in legitimacija bolezni so postali monopol medicinske profesije. Samo zdravniki so lahko poznali "resnico" o bolezni skozi svoj specifični jezik, in bolnik se spremeni v pasivni objekt. Tako kot so bili proizvodnja, izobraževanje, kaznovanje in skrb za pomoči potrebne relocirani v tovarno, šolo, zapor in center za socialno delo, so bolezni in bolniki preseljeni v bolnišnice.

*Racionalizacija* je postopno prevzemanje razumskega tehtanja in preračunavanja v odnosu do različnih vidikov življenja. Procesi racionalizacije vstopajo v vsakdanje življenje in povzročajo v njem novo in močno dinamiko. Ekspertno znanje "hrani" vsakdanje življenje z namenom, da ga racionalizira, kolonizira in homogenizira (Featherstone, 1992, cit. po Bury, 1998). Ni težko opaziti kontradikcij tega procesa - potreba po pomoči in zdravljenju, ki generira profesionalno svetovanje, minira lokalno znanje in laične mreže, ki podpirajo zdravje in samopodobo. Vsakdanje življenje postane prepojeno z učinki iz sistema izhajajočih racionalizacijskih procesov. To se vidi tudi v procesu prehoda medicine iz bolnišnične "trdnjave" v nadzorovanje zdravja celotne populacije. Epidemiologija in socialna medicina iščeta zgodnje znake nenormalnosti, svetovanje in zdravstvena vzgoja skušata usmerjati ravnanje ljudi v zvezi z zdravjem in boleznijo.

*Subjektivizacija* je proces, ki je izrasel iz prejšnjih dveh, po drugi strani pa jima nasprotuje. Je razumsko, reflektivno vzpostavljanje sebe, ki neprestano

poteka in ni nikoli zaključeno. Refleksivnost povzroča stanje stalne negotovosti, ko ne more obstati nobena oblika avtoritarnega znanja. Strah pred posledično nesmiselnostjo življenja je mogoče ena najbolj temeljnih značilnosti našega časa. Refleksivnost res poveča naše razumevanje sveta okoli nas, a njeno udejanjanje spodkoplje zaželene učinke. Za pozno moderno je torej značilen neprestani dvom v neprestanem iskanju zaupanja! Za Foucaulta razvoj moderne družbe ne pomeni le prehoda od moči suverena k disciplinarni moči, ampak tudi vzpon "pastoralne" moči, pogled skrbi na subjektivnost osebe. Subjektivnost je izpostavljena nadzorovalnemu pogledu naraščajočega števila "skrbstvenih profesij/ poklicev pomoči", ki deloma direktno, deloma pa skozi medije, vodijo vsakdanje življenje.

Obrat iz objektivističnega in racionalističnega načina razmišljanja k subjektivizaciji najdemo vsaj na dveh področjih zdravstvenega varstva v pozni moderni: v splošni medicini in v zdravstveni negi. Za Veliko Britanijo (Bury, 1998) je že od 50. let dalje značilno pritoževanje splošnih zdravnikov nad vsakdanjostjo, pritlehnostjo njihovega dela. Študij jih je usposobil za spopad z boleznijo, zdaj pa k njim prihajajo ljudje s "trivialnimi problemi". Zaradi tega čutijo, da imajo nizek status v svoji poklicni skupini. Kot protiutež je Balint (v Bury, 1998) predlagal spremembo paradigme. Zdravniki naj ne gledajo več svojih pacientov kot "nosilcev bolezni", ampak kot osebe s svojimi življenjskimi zgodbami, kot subjekte, ki potrebujejo pomoč tudi na psihičnem področju. Zdravnike so tudi začeli spodbujati, da proučujejo svojo lastno subjektiviteto. Z refleksijo lahko identificirajo svoje lastne potrebe in občutke, kar bi jim omogočilo poiskati vire nezadovoljstva in frustracij, pa tudi bolje razumeti proces zdravljenja in imeti v njem drugačno vlogo - zdravnik naj bi deloval kot zdravilo.

Drug pomemben primer je zdravstvena nega. Moderna zdravstvena nega je temeljila na objektivizaciji telesa, in vsakdanje delo medicinskih sester je bilo usmerjeno na njegovo vzdrževanje, nego, obnavljanje in čistočo. Drugi elementi, kot npr. trpljenje pacientov, čustva, neugodje so morali biti spregledani. Medicinske sestre naj bi jih ignorirale ali opravile z njimi na neformalen način. Tak način razmišljanja je še zdaj prisoten v slovenski zdravstveni negi. Študentka tretjega letnika zdravstvene nege je v odgovoru na odprto vprašanje o medicinskih sestrah napisala: "Poleg tega, da opravljajo svoje delo, se s pacienti večkrat tudi pogovarjajo." (Pahor, 2001) Kar kaže, da je zdravstvena nega še vedno pojmovana kot "fizično delo na fizičnem objektu" (Šmitek, 1998).

Mogoče najbolj prepoznavana družbena predstava o zdravstveni negi je, da gre za žensko delo (Jones, 1994). Osnova za ohranjanje delitve dela v zdravstvu, ki razume skrb in nego kot žensko delo, izhaja iz ideje o tem, da imajo ženske prirodne sposobnosti za nego in skrb zaradi svoje vloge pri rojevanju. To velja za ženske vseh socialnih slojev, starosti ali narodnosti. Baje so te lastnosti univerzalne in izhajajo iz ženske narave. Tudi Florence Nightingale (1820 - 1910) je dobro medicinsko sestro pojmovala kot "dobro žensko": z lepim značajem, primernega družbenega izvora in visokimi moralnimi standardi (Jones, 1994). Njena ideologija zdravstvene nege je predvsem želela vzpostaviti distinkcijo med neugledno in neizobraženo negovalko preteklosti in "novo", za nego bolnikov usposobljeno

osebo. Ideologija zdravstvene nege kot ženskega dela je gojila koncept ženskosti, ki predpostavlja, da obstoji sklop značilnosti in posebnih obnašanj, specifičnih za ženske. Zahteve za to službo so na primer nežnost, sočutje, sposobnost izražanja, empatija, na drugi strani pa tudi lastnosti, kot so podrejenost, vodljivost, čustvenost, iracionalnost itd. Ženske so bile vključene v organizacijo bolnišnice na način, ki je reproduciral njihovo vlogo v patriarhalni družini: triada oče - mati - otrok iz zasebne sfere je bila prevedena v triado zdravnik - medicinska sestra - pacient v javnem prostoru bolnišnice (Dingwall, 1991).

Zdravniki so obdržali nadzor nad diagnosticiranjem in zdravljenjem, dobrodošla pa jim je bila pomoč medicinskih sester pri dolgočasnih nalogah nadziranja pacientov in izvajanja naročenih posegov. Opravljale so večinoma tista dela, ki bi jih neplačane negovalke, sorodnice, če bi bil pacient doma. Zdravstvena nega je tako pritegnila dve skupini žensk: neporočene ženske iz srednjih slojev, ki so postale matrone in nadzornice, vzdrževale ideal higijene, ter ženske iz delavskega razreda, ki bi se sicer zaposlile kot služkinje ali tovarniške delavke, in so pristajale na podrejenost medicinskih sester višjega ranga. Zdravstvena nega je bila torej že od začetka ženski poklic, a tudi razslojen podobno kot gospodinjstvo srednjega razreda: na eni strani gospodinja in na drugi služkinje, dekle in pomočnice v skrbno strukturirani hierarhiji. In vsi ti sloji žensk so skupno opravljali žensko delo nege, skrbi, kuhanja in čiščenja, medtem ko so moški zdravniki od daleč nadzorovali celotno dogajanje (Jones, 1994).

Florence Nightingale je v svoji poklicni ideologiji kombinirala elemente religiozne etike s strogo vojaško disciplino, ki je vladala med medicinskimi sestrami. Z idejo "poklicanosti" za zdravstveno nego je "očičevala" pretežno umazana dela, kot so umivanje, hranjenje, odstranjevanje telesnih izločkov in nego prostora, to je zagotavljanje čistoče in reda. Poleg in deloma proti tej se je uveljavljala še ideologija profesionalizacije, povezane predvsem s sodelovanjem pri medicinskih posegih ter, precej kasneje, ideologija zagovorništva pacientov, ki je vzklikala najprej v psihiatričnih ustanovah in na področju skrbi za starejše (Dingwall, 1991).

Skozi čas se je torej spreminjalo pojmovanje "dobrega" v zdravstveni negi: od usmerjenosti na telo in njegovo delovanje k obravnavi celotne osebe. Lahko se torej vprašamo, ali je zdravstvena nega vedno "nežna".

Zdravstvena nega je pojmovana kot oblika materinjenja, prenesenega v javno sfero: vključuje personalizirano skrb, trdo ročno in pogosto umazano delo, dolg delavnik, potrebo po nekaj organizacijskih sposobnostih in prilagoditev na uboganje praviloma moške avtoritete. Enako kot materinjenje je nežnost in skrb pogosto videna kot normalna in naravna lastnost žensk. Skrbstveno delo se pojavlja v zasebni in javni sferi, medtem ko je zdravljenje trdno zasidrano v javni sferi. Zaradi pojavljanja skrbstvenega in negovalnega dela v obeh sferah, je pogosto pojmovano kot nekaj, kar zna vsaka ženska in ne rabi posebno dolgega usposabljanja niti visokih plač. Tudi znotraj zdravstvene nege je bila dolgo prisotna (in je deloma še) delitev na pravo delo, to je pomoč pri medicinskih tehničnih posegih, medtem ko so nega telesa in pogovori s pacienti nekaj manjvrednega, kar lahko opravljajo tudi nižje usposobljene negovalke (Melia, 1987, cit. po Jones, 1994; Pahor, 2001). Tako prepričanje je problematično za osamosvajanje zdravstvene nege - ali potem sploh

ima svoje samostojno področje, če je njeno bistvo pomoč zdravnikom pri medicinsko tehničnih posegih?

Poudarki o pomenu odnosov med medicinskimi sestrami in pacienti se torej neprestano spreminjajo: med skrbjo in nadzorovanjem, med ženskostjo in profesionalizmom. Pomemben obrat se je ob koncu 70. let zgodil v zahodni Evropi in severni Ameriki. Od medicinskih sester je zahteval popolno prekinitev s prejšnjim načinom dela. Ta obrat je posledica subjektivizacije v medicini, ki jo je podprla poklicna elita. Zdaj od medicinskih sester pričakujejo, da ugotavljajo tudi pacientove misli in občutke in ne le delovanje telesa. Skrbna medicinska sestra je torej relativno nov izum. Prej so jih učili, naj sodelujejo z zdravniki in jim ne ugovarjajo, naj tvorijo enotno fronto v odnosu do pacientov. Zdaj so pacienti razumljeni kot bio-psiho-socialne celote, zdravstvena nega pa je razumljena kot sistem zaupnih, čustveno zahtevnih, na pacienta usmerjenih holističnih intervencij. Ta obrat se je pričel v akademskih okoljih, se uveljavil v študijskih programih zdravstvene nege, v praksi, zlasti bolnišnični, pa manj (Pahor, 1998).

### **Etični koncepti kot osnova delovanja v zdravstveni negi**

S spremembami poznomoderne družbe se vrednote na novo centrirajo, demokratizacija omogoča uveljavljanje potreb večine prebivalstva, vlada postaja bolj izvršna oblast ljudstva. Ali, kot pravi Sevenhuijsen, v demokratični družbi imajo vlada oz. oblikovalci politik vlogo, da se odzivajo na ideje ljudi o za življenje pomembnih stvareh. Njihova vloga je, da se odzivajo, podpirajo in skrbijo za dvosmerno komunikacijo v politiki, kar pomeni prehod od modela nadzora k modelu podpore (Sevenhuijsen, 2003). Analogno bi to lahko veljalo tudi za institucije na vseh ravneh. Kraj političnega odločanja postaja torej prostor, kjer aktivni državljani pripovedujejo o tem, kaj je pomembno za njihovo življenje in na tej osnovi oblikujejo skupne pomene - to so temelji dolgotrajnih oblik soobstoja na osnovi javnih odločitev. Javno mnenje, odprta javna razprava je pogoj za to.

Velike spremembe se v pozni moderni dogajajo v značilnostih zdravstvenih problemov ljudi. Kot posledica prevlade kroničnih bolezni je potrebna relokacija skrbi v zdravstvu od zdravljenja k negi. To ustvarja potrebo po novi organizaciji življenja in dela in po večjem poudarku na kakovosti življenja pri zdravljenju. V družbi se je skrb preselila iz družine v javno sfero in postala predmet političnega delovanja in pogajanj. Ta selitev je povzročila potrebo po novi družbeni infrastrukturi skrbi. Ta se vzpostavlja na novih normativnih okvirih: če mora javna sfera opravljati dejavnosti skrbi, mora temeljiti na vrednotah skrbi, mora se uveljaviti "skrbno državljanstvo" (Sevenhuijsen, 2003). Pri tem je vloga družboslovja, da identificira trende mogočega v že obstoječem, v tem je emancipacijska vloga družboslovnih ved (Habermas, 1976, Giddens, 1991).

Uveljavljanje vrednot skrbi poteka poleg oz. v povezavi z vrednotami solidarnosti, pravičnosti, učinkovitosti. Vendar te vrednote niso vedno kompatibilne. Raziskave na Nizozemskem so dokazale, da preveč racionalizacije škodi skrbi - če je poudarek le na produktivnosti, kakovost in količina skrbi upade, zato je nujno

skrb umestiti v središče politične presoje in javnega delovanja, kot kriterij, ne kot produkt (Sevenhuijsen, 2003).

Etika skrbi razume skrb kot proces in kot prakso. Skrb je dejavnost človeške vrste, ki vključuje vse, kar delamo, da ohranjamo, nadaljujemo in popravljamo naš svet (ki vključuje nas same, druge in okolje) tako, da lahko kar najbolje živimo (Tronto, 1993, cit. po Sevenhuijsen, 2003). Avtorica loči štiri elemente etike skrbi. Ti so:

- pozornost, kar pomeni sposobnost prepoznati potrebo po skrbi,
- odgovornost, to je pripravljenost in sposobnost za ustrezno ukrepanje,
- kompetentnost ali posedovanje virov in znanja za zadovoljevanje konkretnih potreb,
- odzivnost ali vzajemna občutljivost, sposobnost za interakcijo in sprejemanje skrbi.

Te štiri vrednote so jedro etike skrbi kot moralne orientacije in skrbi kot družbene prakse, temeljijo pa na zaupanju kot pogoju, ki skrb omogoča.

Vprašanje pa je, kako lahko ljudje uskladimo skrb zase, za druge in za svet. Kajti vsi smo ranljivi, "nedokončani". Etika skrbi zato temelji na etiki zaupanja. Sistemi namreč potrebujejo več kot pogodbe in pravila za svoje delovanje. Potrebno je zaupanje kot tisto, ki vzpostavlja družbeno kohezijo, sodelovanje in solidarnost. A zakaj potrebujemo zaupanje in kako do njega pride (Sevenhuijsen, 1998)?

Po Sevenhuijsen (1998) je zaupanje tisto, ki skrb sploh omogoča. O zaupanju in družbeni koheziji pa so tradicionalno pisali predvsem z vidika abstraktnega individuuma. Ta zorni kot je filtriral pogled na družbeno življenje na specifičen način, tako kot fotografski filter vpliva na posneto podobo pokrajine. Baierjeva (Baier, 1994, cit. po Sevenhuijsen, 1998) ugotavlja, da so bili filozofi, ki so obravnavali koncept zaupanja, z redkimi izjemami "duhovniki, sovražniki žensk in puritanski samci". To so bili ljudje, za katere je bila značilna minimalna medsebojna odvisnost, za njih so skrbeli drugi, družbo so videli kot mrežo hladnih in oddaljenih odnosov med odraslimi. Sevenhuijsen (1998) vidi več problemov v zvezi s takim pojmovanjem zaupanja. Naj njeno razmišljanje poskusim navezati na položaj medicinskih sester.

Prvi problem je v tem, da ljudje niso enoplastni, ne ravnaajo vedno enako, niso "dokončani". Če to večplastnost spregledamo, definiramo identiteto na osnovi razlik med "nami" in "njimi", med insiderji in outsiderji, med znanim domačim in neznanim tujim, ki mu ne smemo zaupati. Če lahko zaupamo samo "našim", se oblikuje družbena kohezivnost, zgrajena na ksenofobiji in izključevanju, torej v nasprotju z demokratičnimi ideali inkluzivnega državljanstva. Primeri takega dualizma med "nami" in "njimi" in odnosov vnaprejšnjega nezaupanja so npr v relacijah medicinskih sester do pacientov ("včasih nas hočejo okoli prinesiti"), do sorodnikov, do zdravnikov, do drugih zdravstvenih delavcev, do drugih medicinskih sester, ki se razlikujejo po izobrazbi, specialnosti, delovnem mestu, do družbe oz. javnosti (Pahor; 2001, Klemenc, Pahor, 1999; Klemenc, Pahor, 2001).

Problem je tudi statično razumevanje zaupanja, pojmovano kot značilnost, ne kot proces, ali, kot pravi Sevenhuijsen, kot samostalnik, ne kot glagol. Medicinske sestre pričakujejo vnaprejšnje zaupanje že s tem, ko se predstavijo. A zaupanje je



dinamično, vzpostavlja se v interakcijah med ljudmi. V konceptu zaupanja, temelječem na izoliranem posamezniku, manjka ravno ta odnosi vidik.

Vendar, opozarja Sevenhuijsen, je zaupanje lahko škodljivo in spodkopavanje zaupanja je lahko moralno upravičeno dejanje. Pojmovanje zdravstvene nege so vedno določali zdravniki: medicinske sestre so poučevali v šolah in jih nadzorovali pri delu ter predstavljali v javnosti. Tako so določali njihovo vlogo in način delovanja, skozi proces poklicne socializacije pa so jim tudi oblikovali njihovo samopodobo kot podrejene delovne skupine, ki opravlja manj pomembna dela v zdravstvu. Nereflektirano sprejemanje take podobe je v preteklosti ohranjalo medicinske sestre podrejene in njihovo delo marginalizirano.

Zaupanje se gradi na reflektivnosti ljudi, ki nadomesti sisteme instrumentalnega ekspertnega znanja (Giddens, 1991). Govorjenje in poslušanje kot osnova reflektivnosti je temeljna dejavnost človeka, v vsakdanjiku je za to potrebno zagotoviti čas. V zdravstveni negi je tega še vedno malo in še velja pravilo, da je potrebno delati, ne govoriti (Pahor, 2001).

Sociološke raziskave v Veliki Britaniji (Davies, 1995) kažejo, da medicinske sestre poudarjajo interakcijo z bolniki, vzpostavljanje odnosov, komunikacijo, ki pomeni razumevanje in spodbujanje, ter lajšanje telesnih in duševnih bolečin. Torej bi lahko bila alternativa odnosna etika. Po Bergum (2003) je usmerjena k ustvarjanju povezav med ljudmi s pomočjo spoštovanja in zaupanja in z namenom, izraziti sočutje skozi zdravljenje in nego. Odnosna etika pomeni vzpostavljanje in ohranjanje komunikacije. Pomeni tudi, da je etika vključena v vsakodnevne stike med ljudmi in ni le "razkazovanje moralne trdnosti v trenutku krize". Bergum (2003) meni, da odnosna etika obsega štiri osrednje koncepte:

1. etika pomeni, "kako" obravnavamo drug drugega za razliko od kliničnih odločitev, "zakaj" izberemo določeno obravnavo,
2. etično dejanje je recipročno, torej izvajalci in prejemniki skrbi dobivajo in dajejo,
3. osebna avtonomija se razvija in izraža s povezavami med ljudmi in ne le z individualnimi pravicami,
4. etika je bolj vprašanje "Kaj naj bi sedaj storil/a?" kot trditev "To bi moral/a storiti".

Že s sobivanjem participiramo ter vzpostavljamo določeno situacijo, in nismo nikoli samo zunanji opazovalci, tudi če smo npr. samo obiskovalci v bolnišnici.

Odnosna etika torej poudarja bolj pomen vprašanja "kdo sem jaz" kot "kaj delam", je bolj način življenja kot odločanje. Je način, kako zabodemo iglo, kako pričnemo z razgovorom, kako pokažemo spoštovanje, kako smo drug z drugim. V tem pojmovanju etike je poznavanje etičnih principov in teorij ključnega pomena, vendar ne izključnega - voditi mora k povezanosti z drugimi. Prostor in čas za skrb je potrebno načrtovati na vseh ravneh, in po Sevenhuijsen (1998) je na družbeni ravni vlada glavna režiserka in supervizorka politike skrbi.

## Nekateri vidiki etičnega odločanja v slovenski zdravstveni negi

Če uporabimo sociološki pogled na etično odločanje medicinskih sester, predpostavimo, da odločitve sprejemajo (tudi) na osnovi svoje družbene vpetosti. Poglejmo samo prisotnost medsebojnega (socialnega) zaupanja kot temeljnega pogoja za etično delovanje. Po mednarodni raziskavi je Slovenija dokaj neprijazno okolje za vzpostavljanje etike skrbi: samo 14% anketirancev meni, da je ljudem v splošnem mogoče zaupati, v primerjavi s 43% Švicarjev (Delhey, Newton, 2003).

In kakšne so značilnosti te družbene skupine, kdo so osebe, ki delajo na področju zdravstvene nege? Najprej je potrebno omeniti, da so težave že z njihovim imenom. Čeprav se ukvarjajo z zdravstveno nego, se nočejo imenovati negovalke oz. negovalci, to ime je prihranjeno samo za najmanj izobražene pomožne delavce v zdravstvenih ustanovah. Naziv "medicinska sestra" naj bi imela oseba s postsekundarno izobrazbo, medtem ko imajo naziv zdravstveni tehnik oz. tehnik zdravstvene nege tisti, ki so zaključili srednjo šolo. V pogovornem jeziku pa se uporablja izraz "medicinska sestra" za vse zaposlene v zdravstveni negi, in tako tudi v tem članku.

Medicinske sestre (Peternelj, 2001) so najbolj številčna skupina znotraj slovenskega zdravstvenega varstva, skupaj okoli 13 000 oseb. Večina, 95%, so ženske, vendar je v skupini mlajših, od 18 do 24 let, preko 20% moških. Največ (77%) ima srednješolsko izobrazbo in le 23% višjo, visoko ali fakultetno. Že podatek o izobrazbeni strukturi kaže oddaljenost od profesionalnega modela, ki ga elita poklica predstavlja kot zaželeno stanje. Večina ima zaposlitev brez vodilnega ali vodstvenega položaja, 14% občasno opravlja nadzor drugih zaposlenih, dobrih 8 odstotkov ima vodstveni položaj na ravni delovne enote, nekaj manj kot 3 odstotke pa vodilni položaj na ravni ustanove.

Slaba polovica jih dela v bolnišnicah. V ambulantah in patronažnem varstvu jih je 33%, v drugih ustanovah, kot so domovi za starejše, posebni socialni zavodi in podobno pa okoli 18%. Trije odstotki nimajo opravka s pacienti, vsi ostali pa se najbolj pogosto srečujejo s pacienti vseh starosti (približno 40%), odraslimi (33%), otroki (15,7%), mladostniki (10,1%) in s starostniki (20,4%). Največ se jih ukvarja z bolnimi pacienti (76,1%), slaba petina z zdravimi, ostali pa z obojimi.

Največ medicinskih sester je poročenih (68%), v izvenzakonski skupnosti jih živi 11,4%. Samskih je 13,3%, razvezanih pa 5,6%. Medicinske sestre imajo več otrok kot slovenske ženske na sploh, v povprečju 1,6 otroka. Največ jih ima dva otroka. Tiste iz dohodkovnega razreda 100 - 150.000 SIT imajo največ otrok. Povprečni neto osebni dohodek je v avgustu 2001 znašal 140.000 SIT in je predstavljal povprečno 53% vseh družinskih dohodkov.

Na podeželju živi 40,3% medicinskih sester, 32,6% v mestu in 27,1% v primestnem naselju. Skoraj polovica jih ima do delovnega mesta manj kot 5 km. Članice društev, ki se ukvarjajo z zdravjem in boleznijo, je 4,3%, v ostalih pa manj. Za verne se je opredelilo 45,5%, 31,3% se jih o tem ne more odločiti, ostale pa niso verne (Peternelj, 2001).

In kako razumejo skrb slovenske avtorice s področja zdravstvene nege? Za Šmitkovo (2001) skrb pomeni, da nekoga ali nekaj vzamemo v obzir ("nam je

mar"), da nam nekaj pomeni in da v okviru njegove odvisnosti od našega delovanja prostovoljno prevzamemo pobudo odgovornosti zanj/za nekaj (otroka, žival, zdravje, higieno, zdravo okolje); brez medsebojnega odnosa ni skrbi.

Pojmi zdravstvena nega, nega/negovanje in skrb se medsebojno razlikujejo (Šmitek, 2001). Pojem zdravstvena nega se nanaša na strokovno področje, stroko ali znanstveno disciplino. Nega/negovanje je izvajanje zdravstvene nege, tradicionalno predvsem zadovoljevanje pacientovih osnovnih fizičnih potreb. Skrb pa je jedro, bistvo delovanja in predstavlja osnovno vrednoto v zdravstveni negi. Usmerjena je v celovitost bolnika in združuje zadovoljevanje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih in družbenih potreb pacienta. Osnova za prevzem skrbi za nekoga je njegova odvisnost (npr. nezmožnost samooskrbe, čustvena odvisnost ipd.) in ranljivost. Časovno in prostorsko skrb za paciente ni vezana izključno na neposredne medsebojne stike. Vključuje namreč trenutne in bodoče potrebe, ki jih medicinska sestra zazna ali predvidi pri pacientu na osnovi svojega profesionalnega znanja in izkušenj (Šmitek, 2001).

V praktičnem delovanju zajema skrb poleg telesne nege še aktivno poslušanje, pogovarjanje, poznavanje pacienta kot posameznika, spoštovanje, dotikanje, spodbujanje, tolaženje, informiranje za samostojno odločanje, ugotavljanje, da bolnik sam sebe najbolje pozna, zagovarjanje pacienta in njegovih koristi, podporo varnosti, udobja in občutka lastne vrednosti. Skrb obsega tudi razmišljanje o pacientu, ugotavljanje in obravnavanje pacienta v stanju čustvene napetosti in stresa, ki jo izraža preko zaskrbljenosti, strahu, jeze, žalosti, zadrege - torej je skrb tudi podpora, prisotnost in izražanje pripravljenosti pomagati. Nadalje je skrb načrtovanje svetovanja, učenja in osvajanja potrebnih ročnih spretnosti za samooskrbo, predvidevanje potreb po strokovni pomoči ter navodila za bolnikovo oskrbo sodelavcem, vključevanje svojcev do zavestnega vključevanja etičnih stališč. Vseh teh aktivnosti medicinske sestre v okviru tehničnega pogleda na zdravstveno nego nikdar niso mogle ali znale izpostaviti. Pacienti subjektivno ne zaznavajo le "nege", ki je z negovalnimi in medicinsko-tehničnimi posegi usmerjena na telesno področje, ampak skrb kot celoto. Skrb je način vzdrževanja pacientovega dostojanstva in celovitosti. Več avtorjev (Radsma, 1994 v Šmitek, 2001; Robinson, Vaugham, 1993)) opredeljuje skrb in nego kot "nevidni šiv" - če je, ga sploh ne opazimo, če pa ga ni, občutimo pomanjkanje. Zanimarjanje je bolj opazno kot skrb, pomanjkanje skrbi oseba veliko bolj občuti kot prisotnost skrbi. V tem je tudi bistvo nevidnosti ženskega dela; skrb za drugega, ki je v družbi praviloma naloga žensk, je del vsakdanjega življenja in o njej ne razmišljamo kot o "delu". Zato tudi v zdravstveni negi kot delo opažamo predvsem tehnične postopke, ki jih je možno kvantitativno vrednotiti in izražati v merljivih količinah (število nahranjenih pacientov ipd.) in ocenjevati z učinkovitostjo, medtem ko je skrb mogoče ocenjevati le s tem, kar je bilo "dobrega" storjeno (Šmitek, 2001: 70). Klemenc (2003) razume skrb kot bistvo zdravstvene nege, zaznavanje in doživljanje človeka kot celote, ki jo lahko izvaja zdravstvena nega samo v sodelovanju z drugimi strokovnjaki zdravstvenega in socialnega varstva, in s tem odpira novo raven razvoja tega področja oziroma avtonomijo (MacDonald, 2002).

Šmitkova (2001) je ugotavljala, kako slovenske medicinske sestre razmišljajo o etiki. Da je etični vidik enako pomemben kot izvajanje postopkov zdravstvene

nege, meni skoraj 91% anketirank, da je sicer pomemben, a bistveno ne vpliva na izide zdravstvene nege, meni 5,9 % in da je manj pomemben kot sami postopki, odgovarja 3,4%. Le ena sama med 1057 anketirankami je odgovorila, da etični vidik sploh ni pomemben. O etičnosti svojega ravnanja razmišljajo veliko: vsakodnevno se s tem ukvarja 45,5%, pogosto pa 40,1%. Redkokdaj ali nikoli o tem vprašanju razmišlja le dobra 2% anketiranih

Zaznavanje kršitev etičnih načel pri obravnavi pacientov je visoka. Najmanj pogosto opazijo kršitev načela spoštovanja predpisov o strokovnem izvajanju postopkov v zdravstveni negi. Pogoste ali občasne kršitve posameznih etičnih načel zaznavava 40, 6% anketirank, najbolj pogosto pa je kršena zasebnost bolnika pri razgovoru (79%). Po opažanjih anketirank so pogosto ali občasno kršene tudi pravice pacientov (75, 6%), pravica do telesne zasebnosti (70, 1%), pravica do osebne dostojanstva (59%) in pravica do zaupnosti podatkov (55, 1%).

In kdo so kršitelji? Nihče, je odgovorilo dobrih 21% anketirancev, ki kršitev v svojem okolju ne opazajo. Anketiranke so kritične do sodelavk in sodelavcev, zlasti do zdravnikov. Kar 45,8% jih meni, da le-ti najpogosteje kršijo etična načela. Kršitve pri zdravstvenih tehnikah in srednjih medicinskih sestrah opaža 40,6%. V podobnem obsegu so kršitelji tudi nezdravstveni sodelavci (administratorke, čistilke ipd.), sodelavke - višje medicinske sestre pa v 21, 9 %. Da one same kršijo etična načela, jih je priznalo 11,2%. Nekaj nad polovico anketirank v takih primerih tudi ukrepa, največ z opozorilom kršitelju, nekatere pa tudi opozorijo odgovorno osebo. Precejšen delež (18,2%) ugotavlja, da ne more ukrepati, ker etična načela kršijo nadrejeni. Ostale, ki ne ukrepajo, to utemeljujejo s tem, da jih itak nihče ne upošteva (8,6%), da se bojijo posledic, npr. zamere (9,9%), ali da je etično ravnanje stvar posameznika (7,3%).

Podkupovanje kot kršitev zakonov in kot etična kršitev je po mnenju anketirank močno prisotno v našem zdravstvu: le 0,7% meni, da ga ni; 36, 5% da je redko in 44,9%, da je pogosto. Tudi v raziskavi Ninamedie, po naročilu Zdravniške zbornice Slovenije, FIDES in Slovenskega zdravniškega društva, je korupcija v zdravstvu velik problem po mnenju 60, 2% vprašanih Slovencev (Bobnar Najzer, 2003).

Starejše medicinske sestre manj opazajo nespoštovanje pravice pacientov do telesne zasebnosti. Najmočnejša je zveza med izobrazbo in pogostostjo razmišljanja o etičnih problemih: bolj izobražene dajo etičnemu vidiku v zdravstveni negi večjo težo in pogosteje razmišljajo o etičnosti svojega ravnanja. Pogosteje tudi opazajo kršitve pravic pacientov na večini področij. Tudi v raziskavi prve generacije medicinskih sester, ki je svojo stroko študirala na univerzitetni ravni, je bil odnos do položaja pacientov v slovenskem zdravstvu zelo kritičen. V anketi ob začetku dvoletnega študija je 75% anketirank njihov položaj opisalo kot slab (kot podrejen, manjvreden, zapostavljen, premalo upoštevan, nepravilno obravnavan ipd), ob koncu pa jih je tako menilo že 94,1% (Pahor, 1998). Bolje plačane MS, ki pa so verjetno tudi v skupini bolj izobraženih, tudi poudarjajo pomen etičnega vidika in pogosto opazajo kršitve pravic pacientov (Kvas, 2003). Tudi raziskava na 46 patronažnih medicinskih sestrah na Gorenjskem je pokazala, da se vse srečujejo s problemi osamljenosti starostnikov in v večini z nasiljem nad njimi. Gre za zapletene okoliščine, zlasti ko medicinske sestre ne morejo vzpostaviti sodelovanja s starost-

niki in njihovimi družinami. Problemi večinoma niso zadovoljivo rešeni; zaradi odnosa družbe do starih, nezadostne povezave strokovnih služb in osebnosti starostnikov. Ob tem imajo nekatere medicinske sestre občutke nemoči, druge pa to (resignirano) sprejmejo kot vsakdanjo realnost (Košir, 2003).

### **Kako bi bilo mogoče poiskati vire "dobrega" v dejavnosti slovenskih medicinskih sester?**

O etično dobrih dejanjih in njihovih virih ni raziskav, vse dosedanje so proučevale bolj kršitve etičnih načel. Toda bistvo etičnega delovanja je blažitev trpljenja, tolažba, podpora. Vprašanje je, kako ugotoviti pogoje za etično akcijo, ko slabo, težavno situacijo obrnemo v dobro. Kateri viri so potrebni za to, je njihov izvor na individualni, skupinski ali strukturni ravni? Eden od možnih odgovorov je analiza pripovedi ljudi, ki so vpleteni v take situacije.

Anna Soederberg (1999) je proučevala doživljanje etično zahtevnih situacij pri medicinskih sestrah, zdravstvenih tehnikah in zdravnikih v enotah intenzivne nege v šestih bolnišnicah na severu Švedske. Skrb za hudo bolne paciente pomeni pogosto srečavanje z etičnimi problemi. V intervjujih so respondenti pripovedovali o takih situacijah. Pripoved je temeljni način razumevanja svojih lastnih izkušenj, kajti kako naj vem, kaj mislim, dokler tega ne povem. Naše izkušnje skozi pripoved organiziramo tako, da odgovarjajo na vprašanja: kaj, zakaj, kdo, kje, kako, za koga itd. Pripoved je mešanica objektivnih dejstev, subjektivnih izkušenj in smisla dogodka. Vprašanje se je glasilo: pripovedujte o katerikoli situaciji iz vašega dela, ko je bilo težko vedeti, kaj bi bilo dobro in pravilno narediti. Vsi intervjuvanci so pripovedovali o več kot eni situaciji. Avtorica je 255 pripovedi analizirala z uporabo fenomenološko-hermenevtične metode.

Najbolj pogosta tema pripovedi je bila "preveč zdravljenja", o tem so zdravniki govorili z vidika sprejemanja odločitev, medicinske sestre z izvršnega vidika in zdravstveni tehniki z odnosnega vidika. Kljub razlikam med poklicnimi skupinami, so vsi imeli skupno vrednoto sočutja. Analiza pripovedi medicinskih sester je odkrila pomen dostojanstva in kako ga je mogoče zagotavljati v pogojih intenzivne nege. Zgodbe zdravstvenih tehnikov so govorile o fizični bližini trpljenja pacientov in njihovih družin in o tem, kako je obup mogoče spremeniti v tolažbo, kar je temeljna etična praksa. Zgodbe zdravnikov so obravnavale velika tveganja pri odločanju, ali naj poskušajo rešiti življenje pacienta za vsako ceno ali naj ga pustijo umreti. Probleme so imeli s tem, ker je težko uporabljati splošna pravila v specifičnih situacijah. Analiza nakazuje, da klinično odločanje v enotah intenzivne nege, kjer gre za visoko tehnološko okolje, urgentnost in težavnost odločitev, zajema "mejne situacije", ki zahteva etiko vrlin bolj kot akcijsko etiko. Dileme zdravnikov so bile predvsem v zvezi s tem, kaj narediti, kako biti pravičen, dileme medicinskih sester pa predvsem v zvezi s tem, kako vzpostaviti dobre odnose s pacienti in njihovimi družinami.

Glavni vir etičnih problemov pri vseh intervjuvancih je bila nezmožnost "sprejemanja". "Sprejemanje" pomeni omogočiti sodelovanje drugega, kar odpre mož-

nost za etično razsežnost. Etični problemi so se pojavili v situacijah, ko so zdravstveni delavci doživljali pomanjkanje "sprejemanja". "Sprejemanje" je pred-etičen način bivanja in ne način delovanja, je pogoj za etično dobro delovanje s tem, ker omogoči zdravstvenim delavcem komuniciranje z realnostjo na različne načine: z odkritimi razpravami, s sočustvovanjem, s procesom vzpostavljanja dostojanstva, s prisotnostjo in s povezanostjo. Komuniciranje z realnostjo pomeni napraviti prostor za drugega v sebi. Če sem popolnoma napolnjen/a s sabo, bo zame nemogoče, da sprejemam, da vključim vase sporočilo drugega. S pomočjo različnih načinov komuniciranja je mogoče tolažiti, spoštovati dostojanstvo in zagotavljati realistično zdravljenje in nego, pravi Soederberg.

Študija je pokazala, da sprejemati pomeni pripravljeno na sodelovanje - to je pogosto trenutek obrata v odnosu, s pričetkom komuniciranja, s pozornostjo in vključenostjo, s prisotnostjo in povezanostjo. Sprejemanje omogoča dobro etično odločitev - ampak kako sprejemati od pacientov še kaj poleg kupa informacij, ki so rezultat kliničnih opazovanj in meritev fizioloških funkcij? V dveh tretjinah opisanih primerov zdravstveni delavci niso uspeli izvesti obrata iz etičnega problema v nekaj dobrega. Namesto tega jim je izkušnja pustila občutek ujetosti, odbijanja in odtujitve, v duhovnem smislu občutek, da niso doma, občutek brezdomstva. Nasprotje temu je občutek, da "sem doma". Temeljni kamen tega občutka je svoboda in ustvarjalnost. Svoboda pomeni sprejemati drugega, takega kot je, brez manipuliranja ali razvrednotenja, kar omogoča drugemu, da je on sam. Ustvarjalnost pa je podarjanje sebe, ustvarjanje iz sebe, iz lastnih resursov. Kakšna pa je zveza med tem, kar sem in tem, kar delam? Zdravstveni delavci imajo pri tem pogosto težave - kako naj etično zahtevne situacije spremenijo v nekaj dobrega. Nezmožnost preoblikovati situacijo povzroča obup, obup pa okupira, zapre in me naredi nedostopnega drugim in s tem preseka možnost pomoči. Če pa uspemo preoblikovati težko situacijo v nekaj dobrega, to povzroči olajšanje. Olajšanje dovoljuje zavezanost, smiselnost, dostopnost drugim, odpira možnosti opraviiti z zahtevami življenja, moč za obstoj.

Narediti nekaj dobrega drugim (pacientom, njihovim družinam, kolegom) predpostavlja sprejemanje njihovega sodelovanja. Sprejemanje omogoči povezanost in znotraj povezanosti je mogoče odkriti realnost situacije. Ko vidimo realno, je mogoče delovati etično. Dobro je mogoče storiti le v povezavi z drugim, z varovanjem njegove krhkosti in istočasnim sprejemanjem njegove avtoritete (Soederberg, 1999).

## Zaključek

Kaj je dobro, ni mogoče povedati enkrat za vselej, v nekih splošnih pravilih (npr. Kodeks etike, 1994); mogoče je le razmišljati, v katerih okoliščinah lahko pride do nečesa, kar vsi vključeni doživljajo kot "dobro". Kako vzpodbuditi ustvarjanje takih okoliščin, je politično vprašanje o zagotavljanju virov za etično delovanje, kot so čas, prostor, znanje, moč. Potrebno bi bilo pogledati, kako formalna in neformalna socializacija zdravstvene delavce usposobi za etično delovanje, za

pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost. Eden od najpomembnejših političnih odgovorov na globalizacijo je izobraževanje, ki se usmerja v ključne sposobnosti za uporabo na različnih področjih dela, ugotavlja Beck (2001). To so npr. sposobnost družbenega delovanja, sposobnost dela v timu, razreševanja konfliktov, razumevanja drugih kultur, sposobnost integriranega mišljenja in sposobnost obvladovanja negotovosti in paradoksov pozne moderne.

Potrebno bi bilo raziskati konkretne izkušnje zdravstvenih delavcev in pacientov o etični praksi ter o okoliščinah, ki jo omogočajo. S političnimi odločitvami na mikro in makro ravni je mogoče na tej osnovi zagotavljati vire in vzpodbujati ustrezne razmere za "aktivno državljanstvo" (Sevenhuijsen, 1998).

#### LITERATURA

- Beck, Ulrich (2001): What is globalization. London: Polity Press.
- Bergum, Vangie (2003): Relational ethics. What is it? Dostopno preko <http://www.phen.ab.ca/materials/intouch/vol1/intouch1-02.html>
- Bobnar Najžer, Elizabeta (povzela za objavo) (2003): Mnenje slovenske javnosti o zdravstvu. ISIS, junij: 28-32.
- Bury, Michael (1998): Postmodernity and health. V: Scambler, Graham, Higgs, Paul (eds): Modernity, medicine and health. Medical sociology towards 2000. London and New York: Routledge.
- Davies, Celia (1995): Gender and the professional predicament in nursing. Buckingham: Open University Press.
- Delhey, Jan in Newton, Kenneth (2003): Who trusts? The origins of social trust in seven societies. European Societies Vol. 5 No 2: 93-138.
- Dingwall, R., Rafferty A, Webster, C. (1991): An introduction to the social history of nursing. London: Routledge.
- Giddens, Anthony (1991): Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age. London: Polity Press.
- Habermas, Jürgen (1976): Saznanje i društveni interes. Beograd: Nolit.
- Habermas, Jürgen (1997) The theory of communicative action. Cambridge: Polity.
- Jones, Linda J. (1994): The social context of health and health work. London: The Macmillan Press.
- Klemenc, Darinka (2003): Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbi. Obzor Zdr N; 37: 99-106.
- Klemenc, Darinka in Pahor, Majda (1999): Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. V: Klemenc, Darinka in Pahor, Majda (ur): (1999): Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Klemenc, Darinka in Pahor, Majda (ur) (2001): Medicinske sestre v Sloveniji. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
- Košir, Alenka (2003): Etične dileme medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi starostnika. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Kvas, Andreja (2003): Razlike v odnosu do izobraževanja in zdravja, vrednot, etike in samopodobe medicinskih sester v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

- MacDonald, Chris (2002): Nurse autonomy as relational. *Nurse Ethics* 9 (2).
- Pahor, Majda (1998): Univerzitetni študij za medicinske sestre. Primer prve generacije zdravstvene vzgoje. *Obzor Zdrav N*; 32: 185-197.
- Pahor, Majda (2000): Izziv novega tisočletja za slovensko zdravstveno nego: vzpostavitev znanstvene osnove dejavnosti. *Obzor Zdrav N*; 34: 173-175
- Pahor, Majda (2001): Medicinske sestre v očeh študentov zdravstvene nege: kvalitativna študija. V: Klemenc, Darinka in Pahor, Majda (ur) (2001): *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Peternej, Klavdija (2001): Medicinske sestre v Sloveniji: predstavitev raziskovalnega vzorca. V: Klemenc, Darinka in Pahor, Majda (ur) (2001): *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Robinson, Kate, Vaughan, Barbara (1993): *Knowledge for nursing practice*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Sevenhuijsen, Selma (1998): Too good to be true? Feminist considerations about trust and social cohesion. IWM Working paper No 3/1998, Vienna.
- Sevenhuijsen, Selma (2003): Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V: Sevenhuijsen, Selma in Švab, Alenka (ur): *Labirinti skrbi*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Soederberg, Anna (1999): The practical wisdom of enrolled nurses, registered nurses and physicians in situation of ethical difficulty in intensive care. Doctoral dissertation. Umea: Umea University, Medical Faculty.
- Šmitek, Jana (1998): Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 32: 127- 138.
- Šmitek, Jana (2001): Etika in etična razmišljanja v zdravstveni negi. V: Klemenc, Darinka in Pahor, Majda (ur): *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Turner, Brian (1995): *Medical Power and Social Knowledge*. New York: Sage.
- Ule, Mirjana (2003): *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Založba Aristej.