

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Kravcar

Etični kodeks medicinskih sester in zdravstvenih  
tehnikov Slovenije in njihova stališča do posmrtnega  
odvzema organov in tkiv

Diplomsko delo

Ljubljana, 2009

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Kravcar

Izr.prof.dr. Dana Mesner-Andolšek

Etični kodeks medicinskih sester in zdravstvenih  
tehnikov Slovenije in njihova stališča do posmrtnega  
odvzema organov in tkiv

Diplomsko delo

Ljubljana, 2009

## **ETIČNI KODEKS MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE IN NJIHOVA STALIŠČA DO POSMRTNEGA ODVZEMA ORGANOV IN TKIV**

Diplomsko delo je sestavljeno iz treh delov, kjer v prvem delu opredelim pojme: etika, morala, avtonomija kot enega izmed elementov v zdravstveni negi, ki postavlja pacienta v središče obravnave in mu daje pravico, da sam odloča o sebi in kot eno ključnih pravic pri celostni individualni obravnavi posameznika.

Pri spoštovanju pacientove avtonomije, obravnavi pacienta kot subjekt, pa si pomagamo s kodeksom etike in njegovimi načeli, ki so vodilo za pravilno, uspešno in strokovno zdravstveno nego.

Slovenija je postala polnovreden član evropske transplantacijske mreže Eurotransplant leta 2000. Do sedaj smo razvile ustaljen način dela, zato je nujno potrebno, da predstavimo vlogo operacijskih medicinskih sester pri multiorganskem odvzemu organov in tkiv.

V tretjem delu, ki je namenjen raziskavi, izpostavim etični dilemi z dvema pod dilemama, ki se nanašata na bolnika - dajalca in na osebje, ki to delo opravlja in sicer, ali je upoštevana svobodna privolitev bolnika in ali lahko zdravstveno osebje odloča o tem, kako in kdaj je bolnikova integriteta dosežena in kdaj je proces življenja zaključen ter ali ima osebje pravico do spoštovanja lastnih moralnih, kulturnih, verskih in filozofskih prepričanj.

**Ključne besede:** etika, avtonomija, pacient kot subjekt, medicinska sestra, odvzem organov in tkiv.

## **CODE OF ETHICS OF NURSES AND MEDICAL TECHNICIANS OF SLOVENIA AND THEIR VIEWS TO THE MORTAL WITHDRAWAL ORGANS AND TISSUES**

My thesis has three parts. In the first one, I define the terms of ethics, morality and autonomy as the important elements in health care, which put the patient in the centre of the treatment and give him the right to make decisions about himself. Respecting a person's autonomy is a starting point from which a patient is no longer an object, but he becomes a subject that is actively involved in the health care process. But if we want to treat a patient as a subject, we need to use the code of ethics and its principles, which work as a guidance for the right, successful and professional health care.

Slovenia became an integral part of the European transplant net Eurotransplant in the year 2000. Up until now, we have developed the established ways of working. Therefore, it is necessary that people are presented with the role of the operating nurses in explantation of organs and tissues.

In the third part, which is meant as a research, I put the emphasis on two ethical dilemmas that refer to the patient - the donor and to the staff. The questions that I want to answer are whether the patient's free consent is taken into consideration, and whether the medical staff can decide whether the patient's integrity is obtained and when a person is dead. I also want to get some information whether the people in the staff itself have the right for the respect of their own moral, cultural, religious or philosophical beliefs.

**Key words:** ethics, autonomy, patient as a subject, a nurse, the explant of organs and tissues.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OPREDELITEV POJMA ETIKE</b> .....	<b>10</b>
2.1	OPREDELITEV POJMA ETIKE V ZDRAVSTVU .....	11
2.2	TEORIJE ETIKE .....	12
2.3	VREDNOTE IN ETIČNA NAČELA.....	12
2.4	RAZVOJ VREDNOT IN NAČEL.....	14
2.5	ZAGOTAVLJANJE ETIČNIH NAČEL V ZDRAVSTVENI NEGI .....	14
2.6	TEORIJE ETIČNEGA ODLOČANJA.....	16
2.7	DEONTOLOGIJA KOT NAČELNA ETIKA .....	16
<b>3</b>	<b>AVTONOMIJA</b> .....	<b>18</b>
3.1	AVTONOMIJA IN NEODVISNOST PACIETA V ZDRAVSTVENI NEGI... 18	
3.2	AVTONOMIJA KOT ODNOS MED PACIENTOM IN MEDICINSKO SESTRO .....	20
3.3	PACIENT KOT SUBJEKT .....	21
3.4	PRAVICA DO SAMOODLOČBE.....	22
<b>4</b>	<b>KODEKS ETIKE</b> .....	<b>23</b>
4.1	ETIČNI KODEKS MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE .....	24
4.2	NAČELA ETIČNEGA KODEKSA MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE.....	26
4.3	UPOŠTEVANJE NAČEL ETIČNEGA KODEKSA.....	28

<b>5</b>	<b>UVOD V TRANSPLANTACIJSKO DEJAVNOST.....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>EUROTRANSPLANT IN SLOVENIJA TRANSPLANT.....</b>	<b>30</b>
6.1	TEMELJNE NALOGE IN POOBLASTILA ST .....	31
6.2	DELOVANJE ET.....	32
6.3	POTEK V PRAKSI .....	32
6.3.1	TRANSPLANTACIJSKA DEJAVNOST ZAJEMA .....	33
6.4	ORGANI MRTVEGA DAJALCA.....	36
6.5	UGOTAVLJANJE MOŽGANSKE SMRTI.....	39
6.5.1	POSTOPEK FORMALNEGA UGOTAVLJANJA MOŽGANSKE SMRTI .....	39
6.5.2	KLINIČNI ZNAKI MOŽGANSKE SMRTI.....	40
6.5.3	INSTRUMENTALNE PREISKAVE .....	42
6.6	ETIČNE DILEME .....	44
6.7	SOOČANJE RAZLIČNIH RELIGIJ S PROBLEMOM PRESAJANJA ORGANOV .....	45
6.7.1	SODELOVANJE V TRANSPLANTACIJSKI DEJAVNOSTI JE PROSTOVOLJNO.....	47
<b>7</b>	<b>MATERIAL IN METODE.....</b>	<b>49</b>
7.1	OPEDELITEV PROBLEMA .....	49
7.2	OPREDELITEV VZORCA.....	49
7.3	OPIS VPRAŠALNIKA .....	49
7.4	OBDELAVA PODATKOV.....	50
<b>8</b>	<b>REZULTATI ANKETE.....</b>	<b>51</b>
<b>9</b>	<b>RAZPRAVA .....</b>	<b>74</b>

<b>10</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>79</b>
<b>11</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>82</b>
	<b>PRILOGA: ANKETNI VPRAŠALNIK .....</b>	<b>89</b>

»Samo enkrat živimo, to je pretresljivo resno spoznanje za vsakogar: enako za tistega, ki veruje v posmrtno življenje in za onega, ki ne veruje vanj.

Če veruje, mu je zemeljsko življenje samo pot in priprava za posmrtno; in ta pot se ne da ponoviti; enkrat zgrešen cilj je za vedno zgrešen.

Če pa ne veruje, mu je zemeljsko življenje samo enkratna priložnost, da uteši svoje želje; enkrat zamujen trenutek se nikoli več ne povrne, zato mu ta zavest nalaga dolžnost, ki je izražena v starorimski modrosti: carpe diem, izrabljaj dan, izkoristi vsak užitek, ki ti ga mora nuditi.

Človek, ki ne veruje v posmrtno življenje, bi se zato hotel po smrti vrniti in še enkrat začeti bolje in drugače živeti, kakor je živel prvič.

Tisti, ki veruje v posmrtnost, pa bi prav zato, ker na zemlji ni znal prav živeti in ker je bil tam v nešteti stvareh razočaran, hotel nadaljevati posmrtno življenje, da tam v odličnejši meri dopolni to, za kar je bil prikrajšan na zemlji.

Ob enem pa je ob misli, da na zemlji samo enkrat živimo, resnost življenja kar presenetljivo prepričljiva in stvarna. Ob tej misli postaja človek na mah neprimerno stvarnejši, resnejši in odločnejši.

Ta misel ga vzpodbuja k delu, k popravkom, izboljšanju in preusmeritvi njegovih dejanj.

To je pobuda za čim stvarnejši prijem in dostop k vsakdanjim življenjskim nalogam.«

dr. Anton Trstenjak  
Če bi še enkrat živel, Mohorjeva družba, 1965

## 1 UVOD

Pridobivanje delov človekovega telesa od mrtvih darovalcev je most med smrtjo in življenjem. Graditi tako pomemben most je veličastno delo, ki se ga včasih niti ne zavedamo in ga v vsakdanjem hitenju celo spregledamo.

Marsikje je še prisoten strah pred neznanim, ker o dejavnosti nismo dovolj dobro premislili in je še nismo sprejeli (Avsec – Letonja 2003).

Transplantacija organov in tkiv je danes uveljavljena oblika zdravljenja. Določeni deli telesa umrlega človeka lahko dobro nadomestijo okvarjeni organ ali tkivo bolnika.

Transplantacijska dejavnost se je tako hitro razvijala prav zaradi pomanjkanja nadomestnih oblik zdravljenja pri bolnikih s kronično odpovedjo delovanja organov.

Število bolnikov, ki čakajo na presaditev, je vedno večje od števila mrtvih dajalcev organov, ki jih uspejo pridobiti v posameznih transplantacijskih mrežah. Veliko bolnikov umre, preden dobijo ustrezen organ. V večini držav se sprašujejo, kako povečati število darovalcev organov po smrti.

Današnja razvitost medicine in usposobljenost zdravstvenega osebja sta izredno dobri. Sam razvoj transplantacijske dejavnosti je bil hiter. Hkrati je potekalo raziskovanje na številnih drugih, za transplantacijo podpornih področjih. Poleg razvoja kirurške tehnike presajanja organov se je morala medicina razviti tudi na področju umetnega vzdrževanja organov umrlih ljudi. Pomembno je bilo uradno sprejeti definicijo možganske smrti in potrditi merila za njeno ugotavljanje. Sočasno so se morali razviti postopki za dobro konzervacijo organov, ki omogočajo večurno preživetje le-teh do presaditve. Klinična imunologija je omogočila dobro izbiro prejemnika za določen organ. Farmakologija je prispevala vse boljše imunosupresivne droge za obvladovanje zavrnitvenih reakcij presajenega organa. Vedno pomembnejša pa postaja dobra organizacija transplantacijske dejavnosti (Logar 2003).



Vodilo poklicnega delovanja medicinskih sester so etična in moralna načela in standardi, ki so opredeljeni v etičnih kodeksih in strokovnih standardih. Zdravstvena nega kot stroka je etična disciplina. Etika zdravstvene nege je tudi etika odnosa, saj medicinska sestra s svojim delovanjem, ravnanjem, s povezavami z drugimi ljudmi na svojstven način vstopa v življenje drugih oseb in na ta način vpliva nanje (Fry in Johnstone 2002).

## 2 OPREDELITEV POJMA ETIKE

Izraz etika izhaja iz grške besede ethos, ki pomeni navado, vedenje ali karakter, značaj. V vsakdanji rabi ima mnogo pomenov. V prvem primeru pomeni etika metodo opazovanja, raziskovanja, človekovega obnašanja, tudi študij moralnosti. V drugem primeru se izraz nanaša praktična prepričanja posebne skupine (npr.: zdravniška etika, etika medicinskih sester) in tretjič se izraz nanaša na pričakovane standarde vedenja posebnih skupin (Kozier in drugi 1998).

Etika pomeni v grščini iskanje dobrega »načina bivanja« oziroma modrost delovanja. Tako pojmovana etika je del filozofije, namreč tisti del, ki uravnava praktično eksistenco glede na predstavo o dobrem (Badiou 1996,7).

Etika je ena izmed filozofskih panog ali disciplin. Pri njej gre za proučevanje ciljev in smisla moralnih hotenj, za temeljna merila vrednotenja moralnih dejanj. Predmet etike je izključno človekovo delovanje, njegova moralno relevantna dejavnost, to je tista, ki jo lahko ocenjujemo bodisi kot dobro bodisi kot zlo (Sruk 1999).

Predvsem za stoike, pa etika ni bila le del filozofske modrosti, marveč njena srčika. Pri modernih je, za katere je od Descartesa naprej vprašanje subjekta osrednje vprašanje, je etika skorajda poistovetena z moralno oziroma, kot bi rekel Kant, s praktičnim umom (ta se namreč razlikuje od čistega teoretskega uma) (Badiou 1996,7).

Kantova etika ne dopušča noben izjeme in je rigidna.

Obenem je načelna - nanaša se na način delovanja, ki mora biti v vseh podobnih situacijah enak, torej neoseben in oddaljen od potreb posameznika (Burkhardt in Nathaniel 1998).

Etika je filozofska disciplina, ki ima lahko več pomenov in si jo lahko razlagamo na različne načine, vedno pa obravnava standarde, ki usmerjajo obnašanje posameznika in skupin. Etika med drugim obravnava tudi čustvovanje, poglede na svet in vrednote (Naka 2004).

Etika se po Moorovem (2000) mnenju ukvarja z dobrim obnašanjem, iz tega pa se oblikuje vprašanje, kaj je sploh dobro. Kako bi bilo sploh mogoče definirati dobro, je osnovno vprašanje etike. »Poglavitni namen etike kot sistematične znanosti je, da daje veljavne razloge za mišljenje, da je to in to dobro; če ni odgovora na to vprašanje, takšnih razlogov ni mogoče dati«.

Biti moralen pogosto pomeni, da človek živi v izraziti skladnosti z osebnimi ali verskimi načeli. Etika pomeni jasnost, poštenost, odgovornost ali prevzemanje stališč za ali proti določenim javnim razpravam. Vsaka javna organizacija ima svoj kodeks etike, tako da se lahko nanj sklicujejo, če je potrebno.

## **2.1 OPREDELITEV POJMA ETIKE V ZDRAVSTVU**

Profesionalna etika skrbi, da moralni problemi, ki nastanejo zaradi specialnih znanj, ki jih strokovnjaki dosežejo ter kako uporabljati ta znanja za upravljanje medtem, ko bomo zagotavljali pomoč širši javnosti (<http://en.wikipedia.org/wiki/Professionaletichs>).

Začetki profesionalne etike v zdravstveni negi segajo daleč v preteklost, kajti tudi pri negi ljudi velja v mnogočem Hipokratova prisega (4.st.p.n.št.). V 19.st. je Nightingalova opredelila mnoga etična načela. Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je oblikoval prve profesionalne etične kodekse, ki veljajo za medicinske sestre. In ena izmed pomembnih nalog ICN je njihovo nenehno posodabljanje (Grbec 2003).

Etiko v zdravstveni negi pomembno zaznamuje profesionalna vloga medicinskih sester - skrb za bolnika. Skrb ne sme biti neosebna, načelna. Skrb zahteva povezovanje z bolnikom, razumevanje njegovih potreb in doživljanj in individualno ukrepanje. Zato je v zdravstveni negi potreben drugačen način moralnega razmišljanja (Šmitek 2004).

Zdravstvena nega je po mnenju Bowden (1997) edinstvena etična praksa, ker predstavlja poseben način vstopanja v svet drugih ljudi. Vstopanje »v življenje« drugih mora biti dobro, pravilno in koristno, da dosežemo pričakovani cilj - pomoč

posamezniku pri zadovoljevanju potreb v zvezi z zdravljenjem in v določenih okoliščinah tudi z življenjem in smrtjo (Šmitek 2004).

V zdravstveni negi etika združuje filozofska stališča in vrednote o moralni dimenziji dela medicinskih sester (Naka 2004).

## **2.2 TEORIJE ETIKE**

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

Etične teorije so zdravstveni negi verjetno najbolj uporabne za refleksijo situacije in za razpravo pri razvijanju vrednot. V kritičnih trenutkih ni pričakovati, da se bo medicinska sestra opirala na teorije.

Etične teorije se nagibajo k temu, da so ekskluzivne in skladne samo v okviru lastnega sklepanja. Nedvomno je etika postala pomembne način življenja v postmoderni družbi, ki ne priznava nobenih nesprejemljivih omejitev .

Etične teorije zahtevajo, da »delati dobro« prevzame prednost pred preprostim izogibanjem škodi (Tschudin 2004).

Tradicionalne etične teorije vsebujejo enega ali več etičnih načel. Ta so vodila k moralnim odločitvam, moralnim dejavnostim in centru oblikovanja moralnih sodb v profesionalni praksi (Fry in Johnstone 2002, 21).

## **2.3 VREDNOTE IN ETIČNA NAČELA**

Beseda vrednota izvira iz latinskega glagola valeo, ki pomeni biti močan, vreden.

Vrednota je vrednostno opredeljen standard ali kakovost posameznika ali socialne skupine (Glen 1999).

Vrednota je prepričanje, da je nekaj dobro in zaželeno. Opredeljuje, kaj je pomembno, se izplača in je vredno truda (Haralambos 1995).

Znani ameriški kulturolog in sociolog Kluckhohn (1951 v Musek 2000) razlaga vrednote kot pojmovanje zaželenega, ki vplivajo na to, kako se ljudje odločajo za akcijo in kako ocenjujejo pojave.

Rokeach (1973 v Musek 2000), pa pravi: »Vrednote je trajno prepričanje, da je specifični način vedenja ali eksistence družbeno ali osebno bolj zaželen od nasprotnega ali obratnega načina vedenja ali eksistence.«

Parsons kot predstavnik funkcionalistov meni, da red, stabilnost in sodelovanje v družbi temeljijo na vrednostnem konsenzu, to je soglasje članov družbe o tem, kaj je dobro in cenjeno. Bistvena sestavina vseh družb je vrednostni konsenz, po katerem razvrščamo posameznike glede na skupne vrednote neke družbe. Iz teh izvirajo stratifikacijski sistemi, ki so po splošnem prepričanju pravični, pošteni in ustrezni, ker so izraz skupnih vrednot (Haralambos in Holborn 1995).

Vrednote imajo lahko moralni ali ne-moralni pomen. Ne-moralne vrednote se nanašajo na organizacijske zadeve, oblačenje, higieno in podobne življenjske odločitve, ki so odvisne od okusa posameznika in ne zahtevajo moralne presoje. Moralne vrednote vedno vključujejo moralne odločitve in so odvisne od posameznikovega pogleda na življenje, svobodo, človekove pravice, blaginjo, samoodločanje in podobno. Moralne vrednote so v pomembni povezavi z etiko in etičnimi načeli.

Etična načela so vodila pri sprejemanju etičnih odločitev in moralnemu ravnanju. Niso dogmatična in ne predstavljajo absolutne ali nezmotljive resnice. So začetna točka in usmerjajo naše razmišljanje pri reševanju etičnih dilem, končna odločitev pa je vedno odvisna od posameznika (Naka 2004).

Pomembno vlogo pri etičnem presojanju in odločanju imajo moralna prepričanja in vrednote, ki so osebne, družbene, strokovne ali druge. Strokovne vrednote so

tiste, ki v grobem opredeljujejo odnos in delovanje posameznika v določenem poklicu (v zdravstveni negi odnos do bolnika ali do sodelavca) (Yeo in Moorhouse 1996).

## **2.4 RAZVOJ VREDNOT IN NAČEL**

Za zagotavljanje zdravstvene nege na visoki in strokovni ravni ne zadostujejo samo teoretična znanja in številne izkušnje, ampak je potrebno nenehno razmišljanje o svojem delu in ravnanju ter oblikovanju moralnih vrednot, kar omogoča razvoj praktične modrosti in zrelosti. Tako nastalo kombinacijo med znanjem, spretnostmi in moralno odgovornostjo je Aristotel poimenoval »vrednota«. Vrednota je po njegovem vsakodnevna oblika vedenja in delovanja, ki postane človekov značaj (Thompson in drugi 1994).

Znanstveniki so ugotovili, da na razvoj vrednot vplivajo potrebe in želje ter so v tesni povezavi z družinskim, kulturnim, socialnim in delovnim okoljem ter religijo posameznika.

Vrednote so individualne in odvisne od številnih vplivov, zato je potrebno postaviti skupni imenovalec in izpostaviti vsem skupinam osnovne in najpomembnejše moralne vrednote ter jih opredeliti kot etična načela v profesionalnih kodeksih. Aplikacija etičnih načel v praksi je zelo pomembna v vseh zdravstveno-varstvenih sistemih po svetu, pa tudi etična načela so zelo pomembna ali enaka, vendar se način aplikacije v različnih državah močno razlikuje (Naka 2004).

## **2.5 ZAGOTAVLJANJE ETIČNIH NAČEL V ZDRAVSTVENI NEGI**

Na splošno se etične vrednote in pravila nanašajo na odnos do drugih ljudi, do ostalih živih bitij in do samega sebe. Vsebujejo vzorce o tem kako naj bi človek živel, katere pravice in dolžnosti ima ter kako mora in sme delati (Grbec 1992).

Medicinske sestre pri svojem delu izvajamo nenehno presojo, ki se nanaša na zdravje in dobro počutje posameznika, družine in ostalih skupin prebivalstva.

Etična vprašanja, s katerimi s katerimi se medicinske sestre srečujejo pri vsakdanjem delu, so predvsem: »Ali delam prave stvari?« in »Ali jih delam dobro?« Na to presojo bistveno vplivajo njene etične kakovosti in sistem vrednot (Kadivec 2004).

Najpomembnejša in najpogostejša etična načela, ki vodijo profesionalno vedenje v zdravstveni negi, so: spoštovanje avtonomije, načelo dobronamernosti, načelo neškodljivosti, procesi ocenjevanja in zagotavljanje kakovosti, odnosi med zaposlenimi in tudi urejanjem na finančnem področju (Gaucher in Coffey 1990).

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

Naša lastna predstava o nas samih in našem delovanju je lahko precej izkrivljena. Danes imamo za presojo svojih vrednot precej mehanizmov. Eden pomembnih je vzgoja in izobraževanje, ki pomagata medicinski sestri pri razvoju osebnosti, ki naj bo samostojna, kompetentna in odgovorna do etičnih vprašanj, s katerimi se sooča (Kadivec 2004).

V primeru, da so v zdravstveni negi nekatera navodila in sporočila manj jasna, je vodstvo odgovorno za vzpostavitev takšnih pogojev, ki bodo omogočili, da bodo na voljo enotni in jasni postopki in doktrine za posamezne postopke. Seveda »takšno« urejanje in točno določanje procedur zahteva veliko dela in porabo virov in povzroča omejevanje kreativnosti (Gaucher in Coffey 1990).

Pri oblikovanju sistema kakovostne zdravstvene nege nastajajo novi problemi, povezani z etiko za izvajalce zdravstvene nege, ki želijo profesionalno avtonomijo in etična pravila, povezana z odločanjem pri delu. Z večjim razponom možnosti, ki jih ponuja sodobna tehnologija, se tudi v zdravstveni negi odpirajo nova vprašanja v zvezi s pravičnostjo pri razporejanju virov: opreme, materiala, kadrov, časa (Kadivec 2004).

## **2.6 TEORIJE ETIČNEGA ODLOČANJA**

V zdravstvu so prisotne naslednje teorije etike, ki vplivajo na razmišljanje in delovanje zdravstvenih delavcev v odnosu do bolnika: deontološke oziroma Kantova deontološka teorija, teleološka oziroma utilitarizem, etika vrlin in etika skrbi kot najpogostejše uporabljene.

Beauchamp in Childress (1994) navajata, da sta v biomedicinski etiki prisotni tudi liberalni individualizem ali na pravicah osnovana etika in na vrednotah skupnosti temelječa etika, medtem ko Bandman in Bandman (1995) poleg navedenih navajata še več tradicionalnih in sodobnih modelov morale, ki so vplivali na oblikovanje etičnih pogledov v zdravstvu – paternalizem, na svobodi osnovana etika, altruizem, agapizem, eudajmonizem, stoicizem, relativizem, na pravičnosti temelječa etika, eksistencializem in druge.

V slovenskem prostoru se biomedicinska etika naslanja predvsem na deontologijo – na dolžnostih (zdravstvenega delavca) temelječo etiko. Do sedaj se je na deontologijo večinoma v svojem razmišljanju naslanjala tudi zdravstvena nega (Šmitek 2004).

## **2.7 DEONTOLOGIJA KOT NAČELNA ETIKA**

Deontologija (grško: kar je obveznost ali dolžnost) je teorija pravic in dolžnosti, oziroma kar je absolutno pravilno oziroma napačno (kot nasprotje relativno dobrega in relativno slabega). Moderna deontologija temelji na brezpogojnem spoštovanju ljudi (ali drugih oblik življenja) in lahko zahteva pravilno vedenje glede na posledice (Boyd 1997).

Deontologija ali na dolžnostih osnovana etika razvija norme in pravila, načela na temeljih dolžnosti, ki jih imajo posamezniki drug do drugega. Smisel dolžnosti sestoji iz zavestnega spoštovanja in izvrševanja obveznosti posameznika do drugega človeka (Curtin in Flahety 1982).



Najpomembnejši deontolog je bil Immanuel Kant (1724 - 1804) (Burkhardt in Nathaniel 1998).

Kant je glavni zagovornik deontološke etike v zgodovini. Deontologija je študija dolžnosti ([www.iep.utm.edu/k/kantmeta.htm](http://www.iep.utm.edu/k/kantmeta.htm)).

Deontološko teorijo je utemeljil Kant, ki pravi, da so etična načela splošna, moralna načela pa razumska in izhajajo iz praktičnega uma (Kvas in Seljak 2004, 117).

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

### **3 AVTONOMIJA**

Avtonomija (grškega izvora, sestavljena iz predpone autos-sam, in nomus-načelo, predpis, »zakon«: ki se sam/a določa svoj zakon) je pravica do samoupravljanja. Ta koncept najdemo v moralni, politični in bioetični filozofiji. Označuje možnost razumnega posameznika, da informirano in brez prisile sprejema odločitve. V moralni in politični filozofiji se avtonomija pogosto uporablja kot osnova za določanje moralne odgovornosti za posameznikovega dejanja. Eno najbolj znanih filozofskih teorij avtonomije je razvil Kant. V medicini je spoštovanje avtonomije pacientov pomemben cilj zdravnikov in drugih delavcev, ki pa je lahko v opoziciji z etičnim načelom dobrodelnosti (<http://sl.wikipedia.org/wiki/Avtonomija>).

Beseda avtonomija se občasno uporablja kot enačaj za svobodo, včasih pa kot enačaj za samonadzorovanje, neodvisnost ali svobodno voljo. Enači se z dostojanstvom, integriteto, individualnostjo, neodvisnostjo, odgovornostjo in samospoznanjem. Povezana je z akcijo, vero, razlogi za ukrepanje, odločanjem, osebno voljo, mišljenjem in načeli (Dworkin v van Thiel in van Delden 2001).

Avtonomna oseba je tista, ki je sposobna oblikovati in dosegati zastavljene cilje. Torej je sposobna sprejemati pravila in vrednote (Scott in drugi 2003).

#### **3.1 AVTONOMIJA IN NEODVISNOST PACIETA V ZDRAVSTVENI NEGI**

Z medicinskega vidika se spoštovanje pacientove avtonomije smatra kot temelj etičnih načel ([www.en.wikipedia.org/wiki/Authonomy](http://www.en.wikipedia.org/wiki/Authonomy)).

Načelo avtonomije varovanca je eno izmed štirih vodilnih etičnih načel v zdravstveni negi. Medicinsko sestro zavezuje, da spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja (Košir 2004).

Edwards (v Scott in drugi 2003) meni, da se avtonomija nanaša na odločitve in akcije. Avtonomne odločitve so tiste, ki temeljijo na vrednotah posameznika,

njegovi dobri informiranosti in razumevanju, da so sprejete brez siljenja in omejitev s tehtnim razlogom in preišljenostjo.

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

Davies in drugi (1997) 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.

Edino načelo vseh moralnih zakonov in njim ustrežajočih dolžnosti je avtonomija volje (Kant 2003, 40).

Za avtonomnost ali avtonomno odločanje je absolutno potrebna prava vrsta in količina informacij ob pravem času. Zato se ob koncu življenja, ko takšne informacije niso podane ali pa se jih ne upošteva, pogosto pojavijo problemi, ki se tičejo paternalističnega delovanja (Tschudin 2004, 134).

Ena od možnosti, ki zagotavlja, da se naše želje spoštujejo, je vnaprejšnja življenjska odločitev (oporoka v času življenja) (Tschudin 2004).

Dejavniki, ki vplivajo na povečano priznavanje avtonomije bolnika, so zakonsko in poklicna uveljavljenost avtonomije, stopnja izobrazbe v družbi, možnost 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).

### **3.2 AVTONOMIJA KOT ODNOS MED PACIENTOM IN MEDICINSKO SESTRO**

Wilkinson (1997) profesionalno avtonomijo zdravstvene nege vidi kot zaželen cilj (Košir 2004).

Profesionalna avtonomija bi morala temeljiti na enakopravnosti. Bolniki, medicinske sestre in vse vzdrževalno osebje imajo enake pravice in dominirati jim ne bi smela nobena skupina. Takšna avtonomija temelji na argumentih, medsebojnem zaupanju na osnovi poslušanja, na poistovetenju z drugim ter na izogibanju omejevanja posameznika, da bi prišel do lastnih zaključkov. Avtonomija temelji na profesionalnih etičnih standardih, ki pa temeljijo na odnosu s stranko ali bolnikom (Tschudin 2004).

Dober in profesionalen odnos je sorazmerno enostavno imeti s kompetentnim bolnikom ali stranko. Vendar je celo takrat osnova odnosa dobra komunikacija. V situacijah, ko se bolniki ne morejo samostojno odločati, pa od tega odnosa pričakujejo mnogo več, saj je potrebno bolnika spoznati, da lahko zagovarjamo njihove interese (Tschudin 2004, 134).

Sherwin (1998) in Donchin (1995 v MacDonald 2002) sta dokazala, da je liberalno razumevanje avtonomije kot svobodnega in neodvisnega posameznika neprimerno. Avtonomijo je mogoče bolj 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 avtonomija kot odnos. Temelji na predpostavki, da so ljudje globoko medsebojno povezani in soodvisni. Avtonomija kot odnos je pomembna za etiko v zdravstveni negi, saj kaže na mnoge rešitve, med drugimi tudi na razumevanje vloge zagovorništva, informiranega pristanka in zaupnosti.

Avtonomija bolnikov, informirano soglasje in zaupnost v zdravstvenem varstvu hodijo z roko v roki. Nanje pogosto gledamo kot na pravice, ki jih imajo bolniki, osebje pa jih mora zagotoviti (Tschudin 2004, 142).

Osebni pomen zdravstvene nege prvenstveno zaznamuje medsebojni odnos med medicinsko sestro in bolnikom. V tem odnosu se medicinska sestra izrazi v svojem osebnem in profesionalnem načinu obstoja, na drugi strani pa je tudi bolnik obravnavan kot individualno človeško bitje s svojim stalnim načinom obstajanja. V osebnem pomenu zdravstvene nege se nadalje izražajo tri pomembne ugotovitve (Bishop in Scudder 1990): medicinske sestre morajo izvajati zdravstveno nego na način, ki izraža njihov poseben način obstoja; bolniki morajo biti upoštevani kot osebe z dostojanstvom in spoštovanjem, tudi če niso obravnavani v neposrednem medsebojnem odnosu; medicinske sestre morajo biti dovzetne za vsakega, ki se pojavi v praksi zdravstvene nege. Medsebojni odnos se vzpostavlja preko vseh oblik komunikacije.

Zdravstvena nega je edinstvena praksa v etiki zaradi medsebojnega odnosa, ki se na osnovi profesionalne skrbi odvija med medicinsko sestro in bolnikom. Medsebojni odnos mora vključevati vse etične sestavine, da je zadovoljujoč za bolnika. Skozi medsebojni odnos se odvija terapevtska obravnava bolnika. Medsebojni odnos, ki je zaznamovan s skrbjo, se prične z ugotavljanjem ranljivosti in odvisnosti bolnika in vključuje empatijo ali razumevanje bolnika v njegovi situaciji - kot jo sam doživlja (Šmitek 2003).

### **3.3 PACIENT KOT SUBJEKT**

Etika naj bi z uveljavljenim pomenom te besede zadevala naprej in predvsem »človekove pravice«-oziroma širše, pravice živega bitja. Tako domnevajo, da obstaja povsod prepoznaven človeški subjekt, ki naj bi mu pripadale nekakšne naravne »pravice«: pravica do življenja, pravica do tega, da ga ne trpinčijo, pravica do »temeljnih« svoboščin (svobode mnenja, izražanja, pravica do demokratičnih izvoljenih vlad, itn.). Te pravice naj bi bile očitne in naj bi bile deležne obsežnega konsenza. »Etika« naj bi se potemtakem ukvarjala s pravicami in zahtevala njihovo spoštovanje (Badiou 1996, 9).

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

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

V Kantovi etiki je izraženo spoštovanje človekovega spoštovanja drugega, ki se izraža skozi upoštevanje zakona ali načela, ki ga sebi predpiše etični subjekt ([www.personal.psu.edu/staff/e/j/ejm1/morella/m060](http://www.personal.psu.edu/staff/e/j/ejm1/morella/m060)).

### **3.4 PRAVICA DO SAMOODLOČBE**

Pravica do samoodločbe je temeljna bolnikova pravica, da na podlagi ustreznega in prilagojenega pojasnila o vseh relevantnih dejstvih svobodno privoli v predlagani poseg (Korinšek 2007).

V zadnjih dveh desetletjih se vse bolj uveljavlja prepričanje, da ima človek pravico, da sam odloča v svojem življenju. V medicini se to kaže v vse večji avtonomiji bolnika: bolnik (ki je razsoden in opravilno sposoben) ima pravico, da sam izbere način zdravljenja, pa tudi to, da ga zavrne, celo, če bi to pomenilo njegovo smrt. Izrazi lahko tudi vnaprejšnjo voljo: prepove, da bi mu skušali rešiti ali podaljšati življenje takrat, ko sam ne bo mogel več odločati o sebi, npr. ko bo nezavesten ali dementen. Ta pravica ni sporna, zdravniki jo spoštujejo, prizna pa jo tudi katoliška Cerkev. Nekaj drugega pa je zahtevati svojo lastno usmritev (Trontelj 2003).

#### 4 KODEKS ETIKE

Vsak človek ima svojo etiko, svoj pogled na svet in življenje, svoj vrednostni sistem, ki določa njegovo ravnanje. Določene strokovne discipline, še posebno tiste, ki imajo velik vpliv na druge ljudi, so oblikovale svojo profesionalno etiko in jo zapisale v kodeksih (Grbec 2000).

Kodeksi izvajanja so potrebni v institucijah in organizacijah, kjer javna odgovornost zahteva preglednost. Kodeks izvajanja je najustreznejši pripomoček tako za osebje kot za javnost (Tschudin 2004).

Profesionalni etični kodeks opredelimo kot zbirko pravil oziroma predpisov o etičnem delovanju v profesiji. Je zapis vodil, ki odražajo filozofijo zdravstvene nege (Vuga 1996).

Predstavlja kriterij razlikovanja profesij od stroke (Hajdinjak in Cvetek 1999).

Kodeks etike ni samo dokument, ki narekuje spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica, služiti mora kot osnova skupnemu razmišljanju, kot vzpodbuda izmenjave mnenj, kot ozaveščanje poklicnega ravnanja (Škerbinek 1999).

Grbčeva 2003 navaja, da »kodeks etike opredeljuje temeljne poklicne vrednote in pomaga medicinski sestri pri odločanju, posebno takrat, ko se znajde pred zahtevnimi dilemami.

Profesionalni kodeks ureja tisto, kar strokovnjak more in mora storiti v neki konkretni situaciji«.

Vsaka javna organizacija ima svoj kodeks etike, tako da se lahko nanj sklicujejo, če je potrebno (Tschudin 2004).

#### **4.1 ETIČNI KODEKS MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**

**»Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja,...neločljivo povezano z zdravstveno nego je spoštovanje življenja, dostojanstvo in pravice človeka.«**

**ICN (Mednarodni svet medicinskih sester), Kodeks etike**

Prvi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Kodeks etike) je bil sprejet na podlagi 87. člena zakona o zdravstveni dejavnosti na Skupščini zbornice zdravstvene nege 25.03.1994 (Kodeks etike MS in ZT 1994).

Zaradi potreb po posodobitvi, pa je Skupščina Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester, babic, zdravstvenih tehnikov Slovenije na 16. skupščini 17.02.2005 sprejela dopolnjeni Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kodeks navaja štiri temeljne naloge medicinske sestre in utemeljuje, da je delovanje v zdravstveni negi neločljivo povezano s spoštovanjem življenja, dostojanstva in človekovih pravic, ki ga ne smejo omejevati narodnostne, rasne, verske, spolne opredelitve, družbeno politična opredelitev in socialni položaj posameznika v družbi (Kodeks etike MSZTB 2006).

Kodeks izraža stališča, prepričanja in vrednote, ki se nanašajo na splošna načela etike v zdravstvu, človekove pravice in specifične profesionalne vrednote (Grbec v Obzornik zdravstvene nege 2004).

Kodeks etike sestavljajo tri komponente:

- posebne profesionalne vrednote, ki so značilne za zdravstveno nego;
- načela, ki so skupna zdravstvenim delavcem in izvirajo še iz Hipokratovih časov;



- človekove pravice ki so izhodišče vsega ravnanja v humani zdravstveni obravnavi (Vuga v Korinšek 2007).

Vsebina kodeksa temelji na štirih področjih, ki so zajeta v devetih temeljih načelih. Ta načela razvijajo humane vrednote poklica in osebno rast medicinskih sester. Najpogostejša etična načela, ki oblikujejo profesionalno vedenje v zdravstveni negi so:

- načelo spoštovanja bolnikove avtonomije;
- načelo dobrodelnosti;
- načelo neškodljivosti;
- načelo pravičnosti (Šmitek v Korinšek 2007).

Kodeks etike vsebuje devet načel, ki opredeljujejo medicinsko sestro v odnosu do varovanca, sodelavcev, družbe in poklica. Objavljen je bil v uradnem listu RS, št. 4/2002. Upoštevanje določb Kodeksa je obvezno za vsako medicinsko sestro in druge člane negovalnega tima.

Kodeks etike ima namen, da pomaga medicinskim sestram pri oblikovanju etičnih vrednot ter je vodilo in vzpodbuda pri zahtevnem delu v praksi zdravstvene nege. Namenjen je vsem medicinskim sestram ter sodelavcem v negovalnem timu. Za medicinske sestre, ki šele vstopajo v poklic, služi kodeks kot opora pri oblikovanju lastnih moralnih stališč, kot vir znanja ter refleksije. Za vse, ki so že v poklicu, pa služi kot osnova za etično presojo svojega dela.

Delo medicinske sestre ima močan vpliv na zdravje in življenje ljudi. S tem prevzema veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot.

Medicinske sestre naj ne bi samo poznale etična načela, temveč ravnale etično v vseh stanjih in ob vsakem času.

Po naravi svojega dela je medicinska sestra zagovornik koristi varovanca ter mu nudi fizično, psihično, duhovno in moralno podporo. Spoštovanje in razvijanje

humanih vrednot poklica omogoča medicinski sestri večje zadovoljstvo pri delu ter osebno rast (Kodeks etike MS in ZT 1994).

## **4.2 NAČELA ETIČNEGA KODEKSA MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**

### **NAČELO I**

» Medicinska sestra skrbi za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do varovanca spoštovati njegove individualne navade, potrebe in vrednote«.

### **NAČELO II**

» Medicinska sestra spoštuje pravico pacienta do izbire odločanja.

Standardi:

- Medicinska sestra je zagovornica pacienta in njegovih pravic.
- Medicinska sestra informira pacienta na podlagi resnice, razumljivo in obzirno.
- Informirano soglasje pacienta je pogoj, da medicinska sestra sprejme odločitev o predvidenem programu zdravstvene nege.
- Soglasje je proces, pri katerem pacient aktivno sodeluje in ima pravico sprejeti ali zavrniti postopke zdravstvene nege.
- Medicinska sestra za pridobitev soglasja pacienta ne sme uporabljati statusne moči, prisile ali ga zavajati; med njima naj vlada partnerski odnos.
- Medicinska sestra oceni avtonomijo pacienta, saj so mu bolezen ali drugi dejavniki začasno ali trajno zmanjšali sposobnost samoodločbe. Pacientu nudi možnost izbire v okviru njegovih sposobnosti. Pomaga mu, da vzdrži oziroma ponovno pridobi zanj najvišjo možno stopnjo avtonomije.
- Kadar se vprašanja pacienta nanašajo na področje zunaj zdravstvene nege, ga medicinska sestra napoti k ustreznemu strokovnjaku.

- Medicinska sestra v skladu s celostno obravnavo pacienta spoštuje njegovo izbiro tudi na področju komplementarnega in naravnega zdravilstva.

### NAČELO III

»Medicinska sestra je dolžna varovati poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanje pacienta, o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja«.

### NAČELO IV

»Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju«.

### NAČELO V

»Medicinska sestra nudi pacientu kompetentno zdravstven nego«.

### NAČELO VI

»Delovanje medicinske sestre temelji na odločitvah v korist pacienta«.

### NAČELO VII

»Zdravstvena obravnava pacienta naj predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev: medicinska sestra se zaveda poklicne pripadnosti ter priznava in spoštuje delo sodelavcev«.

### NAČELO VIII

»Medicinska sestra ravna v skladu z usmeritvami, ki zagotavljajo boljše zdravje in nadaljnji razvoj zdravstva«.

### NAČELO IX

»Poklicne organizacije medicinskih sester sprejemajo odgovornost za upoštevanje in razvijanje etičnih načel v zdravstveni negi« (Kodeks etike MSZTB 2005).

### 4.3 UPOŠTEVANJE NAČEL ETIČNEGA KODEKSA

Moralno etična načela, zapisana v Kodeksu, služijo medicinskim sestram za oblikovanje etičnih vrednot kot vodilo in spodbuda pri vsakodnevni praksi. Medicinske sestre naj ne bi samo poznale etičnih načel, temveč ravnale etično v vseh stanjih in ob vsakem času. Neločljivo povezano z zdravstveno nego je spoštovanje življenja, dostojanstva in pravic človeka (Buček Hajderović v Obzornik zdravstvene nege 2004).

Strokovne smernice določajo indikacije, namen, način in kakovost postopka ter vključuje varovalne mehanizme za zagotavljanje načela neškodovanja bolniku. Načelo neškodovanja je poleg dobronamernosti osnovno biomedicinsko načelo. Etične smernice so tiste, ki opravičujejo namen posega v bolnikovo telo s stališča dobrega, pravilnega in koristnega. Etične smernice v tem kontekstu celovito obravnavajo vse dejanske ali možne bio-psiho-socialne okoliščine, ki pri določeni obravnavi/posegu nastopajo, in vodijo strokovne odločitve (Šmitek 2004).

V bolnišnicah se srečujemo z ljudmi iz različnih krajev, različnih narodnosti in pripadnosti, ki izvirajo iz različnih kultur in verskih izpovedi. To so ljudje, ki prihajajo v bolnišnico kot osebe, subjekti s svojimi značilnostmi in posebnostmi. Bolnikove pravice lahko krši zdravstveno osebje, ki je vezano s kodeksi etike, načeli stroke ter z zakoni. Večinoma se človekove pravice pokrivajo s pravicami bolnikov, saj so bolniki le ljudje v določenem obdobju, ko potrebujejo zdravstveno pomoč.

Človekove pravice so zapisane v Ustavi Republike Slovenije.

## 5 UVOD V TRANSPLANTACIJSKO DEJAVNOST

Pridobivanje delov človekovega telesa od mrtvih darovalcev je most med smrtjo in življenjem. Graditi tako pomemben most je veličastno delo, ki se ga včasih niti ne zavedamo in ga v vsakdanjem hitenju celo spregledamo. Marsikje je še prisoten strah pred neznanim, ker o dejavnosti nismo dovolj dobro premislili in je še nismo sprejeli (Avsec – Letonja 2003).

Transplantacija organov in tkiv je danes uveljavljena oblika zdravljenja. Določeni deli telesa umrlega človeka lahko dobro nadomestijo okvarjeni organ ali tkivo bolnika. Transplantacijska dejavnost se je tako hitro razvijala prav zaradi pomanjkanja nadomestnih oblik zdravljenja pri bolnikih s kronično odpovedjo delovanja organov.

Število bolnikov, ki čakajo na presaditev, je vedno večje od števila mrtvih dajalcev organov, ki jih uspejo pridobiti v posameznih transplantacijskih mrežah. Veliko bolnikov umre, preden dobijo ustrezen organ. V večini držav se sprašujejo, kako povečati število darovalcev organov po smrti (Logar 2003).

## 6 EUROTRANSPLANT IN SLOVENIJA TRANSPLANT

Eurotransplant (v nadaljevanju ET) je neprofitna organizacija, ki deluje kot mednarodna transplantacijska mreža, ki organizira izmenjavo organov med posameznimi transplantacijskimi centri sedmih držav: Belgije, Nizozemske, Luksemburga, Nemčije, Avstrije, Slovenije, od leta 2005 pa tudi Hrvaška.

Slovenija je pogodbo o priključitvi k ET podpisala januarja 2000.

Sedež ET je v Leidnu na Nizozemskem.

Naloge ET:

- skrbi za boljšo možno uporabo vseh razpoložljivih organov in tkiv,
- zagotavlja objektivni in pregledni sistem izbire prejemnikov, ki temelji na medicinskih kriterijih,
- ugotavlja pomembnost dejavnikov, ki imajo večji vpliv na rezultate presaditve,
- podpira pridobivanje mrtvih dajalcev, da bi tako povečali število razpoložljivih organov in tkiv,
- z znanstvenimi raziskavami in analizami opravljenega dela prispeva k izboljšanju rezultatov presaditev,
- skupno torej: promovira, podpira in koordinira presaditve (Vončina 2003).

Slovenija – Transplant (v nadaljevanju ST) je uraden krajši naziv za Zavod Republike Slovenije za presaditev organov in tkiv. ST je osrednja povezovalna ustanova v državni transplantacijski mreži (Avsec – Letonja 2003).

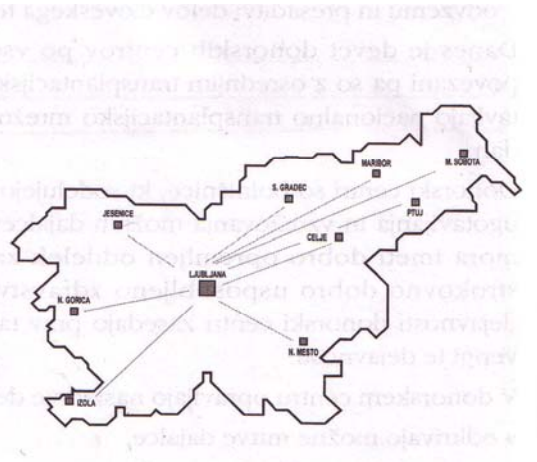
Dovolj organov in tkiv lahko zagotovimo le, če pri programu sodelujejo vsi donorski centri po Sloveniji. Tako je poleg Univerzitetnega Kliničnega centra v nacionalni transplantacijski program vključenih še devet donorskih centrov po Sloveniji, ki so povezani z osrednjim transplantacijskim centrom v Ljubljani. Skupaj sestavljajo nacionalno transplantacijsko mrežo, ki usklajeno deluje nepretrgoma 24 ur na dan. To so splošne bolnišnice, ki sprejemajo bolnike s poškodbami možganov oziroma cerebrovascularnimi inzulti (možganska kap ali krvavitev).

Slika 6.1: Eurotransplant je mednarodna transplantacijska mreža, ki združuje Belgijo, Nizozemsko, Luksemburg, Nemčijo, Avstrijo, Slovenijo in Hrvaško.



Vir: Zbornik X: Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege (2000,18).

Slika 6.2: Deset donorskih centrov in transplantacijski center.



Vir: Zbornik X: Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege (2000,18).

## 6.1 TEMELJNE NALOGE IN POBLASTILA ST

- pospeševaje transplantacijskega programa, vključno s pridobivanjem organov in tkiv,
- koordinacija transplantacijske dejavnosti na nacionalni in mednarodni ravni,
- nadzor nad izvajanjem vseh aktivnosti na področju transplantacijske dejavnosti v naši državi.

Na podlagi Zakona o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi.....(Ur.l. RS 12/00) in Statuta Zavoda dejavnosti zavoda zajema naslednje:

- koordiniranje delovanja strokovnih enot v zdravstvenih zavodih, ki sodelujejo pri ugotavljanju umrlih dajalcev, odvzemu, presaditvi in shranjevanju delov človeškega telesa ter tipizaciji tkiv in ugotavljanju skladnosti ter izbiri dajalcev in prejemnikov na območju Republike Slovenije,
- vodenje predpisanih evidenc,

- dograjevanje in vzdrževanje osrednjega informacijskega sistema za transplantacijsko dejavnost, zagotavljanje dograjevanja registra nesorodnih dajalcev kostnega mozga,
- sodelovanje s sorodnimi nacionalnimi in transnacionalnimi sistemi s področja transplantacije,
- proučevanje medicinskih, pravnih, etičnih, ekonomskih in socialnih vprašanj na področju odvzemov in presaditev organov in tkiv,
- seznanjanje javnosti s pomenom darovanja organov po smrti zaradi presaditve drugi osebi,
- vodenje list bolnikov, ki čakajo na presaditev organa ali tkiva,
- organizacija strokovnih srečanj in drugih oblik izobraževanja na državni in mednarodni ravni,
- organizacija posvetovalnih teles in koordiniranje njihovega dela ([www.slovenija-transplant.si/index.php?id=119](http://www.slovenija-transplant.si/index.php?id=119)).

## 6.2 DELOVANJE ET

Transplantacijski centri vseh šestih držav sporočajo podatke o vseh svojih bolnikih, ki so na čakalnem spisku za katerega od organov (ledvica, pljuča, srce, jetra, trebušna slinavka), v ET. Njihova imena so z vsemi potrebnimi podatki shranjena v centralnem računalniku. Po drugi strani pa iz vseh šestih držav javljamo vse mrtve darovalce oziroma razpoložljive organe centrali v ET. Tam za vsak organ računalniško izberejo najprimernejšega prejemnika. Za izbiro uporabljajo poseben program, ki poleg medicinskih meril še bližino transplantacijskega centra, čas čakanja na organ, ali pa poseben pogoje: nujnost transplantacije, prednost čakajočega ...

Pomembno je to, da so pogoji, ki jih računalnik upošteva enaki za vsakega bolnika na določenem čakalnem spisku in so vedno uporabljeni nepristransko. Tako ima vsak bolnik na čakalnem spisku za določen organ enake možnosti (Vončina 2003).

## 6.3 POTEK V PRAKSI

Razporejena transplantacijska ekipa operacijskih medicinskih sester (v nadaljevanju OPMS) v Centralnem operacijskem bloku Univerzitetnega



Kliničnega centra Ljubljana (v nadaljevanju COB) je v stanju stalne dnevne pripravljenosti petih OPMS. Potreba po tem se je pojavila zaradi vse večjega števila odvzema organov znotraj UKC. OPMS, ki je v pripravljenosti, je stalno dosegljiva na službeni mobilni telefon, preko katerega nas dežurni transplantacijski koordinator obvesti o načrtovanem multiorganskem odvzemu ali implantaciji organa.

Tabela 6.1: Naloge OPMS, ki so v stanju pripravljenosti

	pozivnik 1	pozivnik 2	pozivnik 3	pozivnik 4	pozivnik 5
Odvzem zunaj UKC	x	x			
Odvzem v UKC	x	x	x		
Implantacija srca				x	x
Implantacija jeter					
Implantacija ledvic			x		x
Odvzem v UKC in implantacija jeter in srca	x	x	x	x	x

Predaja mobilnih telefonov poteka na jutranji predaji službe.

Kot je bilo omenjeno, stanje pripravljenosti poteka vsakodnevno od ponedeljka do petka od 15.30 ure do naslednjega dne zjutraj 7.30. V primeru, da se odvzem organov vrši v dopoldanskem času, je prisotna OPMS, ki je tisti dan razpisana v pripravljenost. Ob sobotah, nedeljah in praznikih je stanje pripravljenosti 24 ur in se začne v petek popoldan in se konča v ponedeljek zjutraj.

### 6.3.1 TRANSPLANTACIJSKA DEJAVNOST ZAJEMA

1. Odvzem organov in tkiv mrtvega dajalca:

- v Univerzitetnem Kliničnem centru Ljubljana
- v donorski bolnišnici po Sloveniji.

2. Implantacija organov (ledvica, srce, jetra):

- odvzetih v Univerzitetnem Kliničnem centru Ljubljana
- odvzetih v donorski bolnišnici
- ponujenih iz organizacije ET.

Presajanje organov in tkiv je medicinska dejavnost, ki jo omogoča solidarnost ljudi. Gre za darovanje delov človeškega telesa še zaživa ali za posmrtno darovanje.

To je humanitarno dejanje, ki izraža veliko nesebičnosti oziroma altruizma. Kdor daruje organ zaživa, ve, komu ga daruje, darovanje po smrti pa pomeni darovanje neznanemu človeku.

Naše udejstvovanje pri tej dejavnosti pomeni strokovno posredovanje med darovalcem in prejemnikom.

Zaživa lahko darujemo tiste dele organov, ki jih telo lahko pogreša ali pa se v telesu darovalca lahko obnovijo. Od organov lahko darujemo ledvico, del črevesa ali pa tkiva, na primer kostni mozeg.

Darovanje organov zaživa je pri nas z zakonom omejeno na darovanje ljudem, s katerimi je darovalec genetsko, sorodstveno ali emocionalno povezan. Da pa pri tem ne bi moglo priti do zlorab (v smislu komercializacije ali drugih prepovedanih poti), mora vsak primer posebej obravnavati »Etična komisija za presaditve«.

Darovanje zaživa ureja »Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (ZOPDCT)«:

#### 7. člen

Odvzem delov telesa živega dajalca je dovoljen samo, če dajalec v to pisno privoli in če je tveganje za njegovo zdravje po medicinskih kriterijih v mejah sprejemljivega. Tveganje ne sme biti nesorazmerno v primerjavi s pričakovano koristjo za prejemnika.

## 8. člen

Iz telesa živega dajalca se smejo praviloma jemati samo tkiva, ki se obnavljajo. Ne glede na določbo iz prejšnjega odstavka je mogoče odvzeti iz telesa živega dajalca posamezno ledvico ali del jeter zaradi presaditve osebi, s katero je genetsko, družinsko ali emocionalno povezan, če ni mogoče v razumnem času dobiti organa umrlega dajalca ali če uporaba organa živega dajalca zagotavlja bistveno boljše možnosti zdravljenja, kot druge oblike nadomestnega zdravljenja končne odpovedi ledvic ali jeter.

Za odvzem po prejšnjem odstavku je potrebno predhodno soglasje Etične komisije za presaditve.

## 10. člen

Privolitev dajalca se mora nanašati samo na načrtovani poseg. Dana mora biti v pisni obliki in mora biti izraz njegove svobodne volje, izoblikovane na podlagi primernega pojasnila o naravi, namenu in poteku posega, verjetnosti njegovega uspeha in običajnih rizikih. Pojasnilo ne sme biti sugestivno. Prizadeto osebo je treba poučiti o njenih pravicah in varstvu, ki ga zagotavlja ta zakon, še posebej o pravici do neodvisnega posveta o tveganjih za njeno zdravje z zdravnikom, ki ne bo udeležen pri odvzemu ali presaditvi organa in ni osebni zdravnik prejemnika. Privolitev lahko da samo polnoletna oseba, ki je sposobna za razsojanje. Privolitev je lahko vezana na pogoj, da se presaditev opravi določeni osebi. Privolitev lahko dajalec prekliče vse do začetka posega.

## 11. člen

Za mladoletnika oziroma za polnoletno osebo, ki ni sposobna razsojanja, da privolitev njen zakoniti zastopnik. Če je mladoletnik star 15 let in je sposoben za razsojanje, je za odvzem dela telesa potrebna tudi njegova privolitev.

Mladoletnim osebam je dovoljeno odvzeti del telesa le v primeru, da ni mogoče dobiti darovalca, ki bi bil zmožen samostojne privolitve in če je z načrtovano presaditvijo mogoče rešiti življenje prejemniku.

Odvzem dela telesa v nobenem primeru ni dopusten, če dajalec temu nasprotuje (Ur.l.RS 12/2000).

#### **6.4 ORGANI MRTVEGA DAJALCA**

Da lahko organe mrtvega odvzamemo in presadimo, morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji:

- strokovno in zanesljivo ugotovljena smrt darovalca,
- organi morajo biti funkcionalni,
- vse do odvzema morajo biti organi dobro prekrvljeni,
- izključena mora biti vsakršna možnost prenosa bolezni in infekta,
- izpolnjeni morajo biti pogoji, ki po zakonu dovoljujejo odvzem organov pri pokojniku.

Odvzem se sme opraviti s strani pokojnika oziroma njegovih zastopnikov:

- če obstaja pred smrtjo napisana pisna privolitev osebe, starejše od 15. let, ki je uradno zabeležena; svojce se obvesti,
- če je pokojnik imetnik kartice »Sem darovalec« in svojci po seznanitvi nameravanemu odvzemu ne nasprotujejo,
- če je neopredeljen pokojnik državljan R Slovenije ali ima v Sloveniji stalno prebivališče in oseba, ki je bila pokojniku blizu (to je zakonec, izven zakonski partner, polnoletni otroci, starši, bratje, sestre in osebe, za katere se da iz splošnih okoliščin sklepati, da so bile umrlemu blizu), odvzemu ne nasprotujejo,
- če oseba ni državljan R Slovenije in nima stalnega bivališča v R Sloveniji, potrebujemo izrecno privolitev osebe, ki je bila pokojniku blizu,
- če je oseba mladoletna ali pa odrasla oseba, ki ni pridobila ali je izgubila poslovno sposobnost, potrebujemo privolitev zakonskega zastopnika (Vončina 2000).

Darovanje delov telesa umrle osebe ureja »Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (ZOPDCT)«:

## 12. člen

Deli telesa umrle osebe se lahko odvzamejo zaradi presaditve drugi osebi, potem ko je po medicinskih kriterijih in na predpisan način z gotovostjo ugotovljena smrt dajalca.

Možgansko smrt ugotovi komisija za ugotavljanje smrti. Odločitev članov komisije mora biti samostojna in soglasna. O ugotovitvi smrti se sestavi zapisnik, ki ga morajo podpisati vsi člani komisije.

Člani komisije za ugotavljanje smrti ne smejo biti zdravniki, ki bodo sodelovali pri odvzemu ali presaditvi ali so kakorkoli zainteresirani za presaditev ali z njo povezani.

Pri osebi, ki je umrla po dokončni zaustavitvi srca, se ugotovi smrt po običajnem postopku. Zdravnik, ki ugotovi smrt, ne sme sodelovati pri odvzemu ali presaditvi.

## 13. člen

Deli človekovega telesa umrle osebe se smejo odvzeti zaradi presaditve. Če je darovalec pred smrtjo v to privolil in je njegova pisana privolitev uradno evidentirana.

Pisana privolitev iz prejšnjega odstavka se opravi pred pooblaščen o sebo organa ali organizacije, ki ima pooblastilo za aktivnosti na področju pridobivanja darovalčevih delov človeškega telesa zaradi presaditve. S privolitvijo darovalca se lahko njegova pisna privolitev uradno evidentira tudi na kartici zdravstvenega zavarovanja.

Na podlagi pisne privolitve iz prvega in drugega odstavka tega člena, se lahko darovalcu ob smrti odvzame dele človeškega telesa po predhodnem obvestilu najbližjih svojcev darovalca.

Z navodilom, ki ga izda minister, se določijo organi oziroma organizacije iz drugega odstavka tega člena in predpišejo postopki za pisno privolitev darovalca,

načini evidentiranja, postopki varovanja tajnosti podatkov o darovalcu in postopek preklica dane privolitve darovalca.

#### 14. člen

Umrli osebi je mogoče odvzeti del človeškega telesa zaradi presaditve tudi, če je imetnik posebne izkaznice darovalca, ki jo izda Rdeči križ Slovenije ali druga organizacija, ki jo za to pooblasti minister.

Na podlagi izkaznice darovalca iz prejšnjega odstavka je mogoče imetniku ob smrti odvzeti del človeškega telesa zaradi presaditve, če so s predlogom za odvzem seznanjeni najbližji svojci umrlega, razen če po seznanitvi odvzemu izrecno nasprotujejo.

Z navodilom, ki ga izda minister, se predpiše obrazec izkaznice darovalca, organi in organizacije, ki izdajo izkaznice ter postopek, ki na podlagi izkaznice darovalca omogoča odvzem dela človeškega telesa umrle osebe zaradi presaditve (Ur.l. RS 12/2000).

Večina darovanih organov za transplantacijo le-teh se opredeljuje v času ugotavljanja možganske smrti. V nekaterih državah (npr.: Belgija, Poljska, Portugalska in Francija) je vsakdo avtomatično dajalec, kljub nekaterim pravnim zakonom (kot je Singapur), zato je dovoljena svobodna izbira izven sodnega sistema.

Drugje po svetu je potrebna privolitev za darovanje organov in tkiv s strani družine oziroma bližnjih sorodnikov (<http://en.wikipedia.org/wiki/Braindeath>).

Vsak kirurški poseg, kar presajanje organov zagotovo je, pomeni vdor v integriteto človekovega telesa, dajalčevega in prejemnikovega. Pravno gledano, je s pravico do življenja nemogoče razpolagati. Običajno je to možno samo in zgolj takrat, ko kdo zavestno privoli v vdor v svojo telesno in duševno integriteto. Pravica do telesne integritete je namreč osebna pravica, ki jo varuje tudi ustava Republike Slovenije, saj jo razume kot nedotakljivost življenja v univerzalnem pomenu (Flis 1998).

## 6.5 UGOTAVLJANJE MOŽGANSKE SMRTI

Francoski nevrologi so bili prvi, ki so opisali možgansko smrt leta 1958 (<http://www.deathreference.com/B1-Ce/Brain-Death.html>).

Možganska smrt je bila zakonito definirana v 60. letih prejšnjega stoletja kot odziv na zmožnost obuditi posameznika ter mehanično vzdrževati delovanje srca in pljuč. Je preprost termin; možganska smrt je ireverzibilen konec možganske aktivnosti s pričakovano celotno nekrozo (odmrlostjo) možganskih nevronov s spremljajočim padcem možganskega pretoka in oksigenacijo (prekrvavljenost s kisikom). Možganska smrt se naj ne bi zamenjala z nepopravljivim vegetativnim stanjem (<http://en.wikipedia.org/wiki/Braindeath>).

Možgansko smrt ugotavlja komisija treh zdravnikov, določenih profilov in izkušenj. Eden od zdravnikov je specialist anesteziolog, internist ali pediater, ki dela na področju intenzivne medicine in ima vsaj 5-letne izkušnje v obravnavanju bolnikov s hudimi možganskimi poškodbami. Drugi je nevrolog ali nevrokirurg (če je dostopen), ali zdravnik specialist z vsaj pet-letnimi izkušnjami na področju intenzivne medicine. Člani komisije morajo ugotoviti smrt neodvisno drug od drugega in ob istem času. V primeru, da je bolnik, možen dajalec organov za presajanje, pri ugotavljanju možganske smrti ne sme sodelovati zdravnik, ki je član tima za odvzem/presaditev organov, oziroma je kakorkoli zainteresiran za odvzem organov umrlega (Trontelj 1996).

### 6.5.1 POSTOPEK FORMALNEGA UGOTAVLJANJA MOŽGANSKE SMRTI

- natančno upoštevanje pogojev za pričetek postopka,
- ugotavljanje kliničnih znakov,
- praviloma eno od dopolnilnih instrumentalnih preiskav,
- dokaz ireverzibilnosti (nepopravljivosti) prenehanja možganskih funkcij.

Ireverzibilnost smrti celotnih možganov se dokaže tako, da se klinični pregled po predpisanem časovnem presledku ponovi. V primeru primarne okvare možganov

je po slovenskem pravilniku najkrajši časovni presledek za odrasle 6 ur, za otroke nad 2. letom starosti 12 ur, za otroke od 2. mesecev do 2. leta starosti pa 24 ur in za dojenčke pod 2 mesecema pa 72 ur. Pri sekundarni okvari možganov je predpisan časovni presledek 24 ur za odrasle, in 72 ur za otroke, če ni mogoče uporabiti EEG-ja (elektroencefalogram, naprava za merjenje možganskega potenciala) ali dokazovanje zaustavitve možganskega krvnega obtoka (Kamenik 1998).

Ura smrti je ura po končanem drugem pregledu.

### **6.5.2 KLINIČNI ZNAKI MOŽGANSKE SMRTI**

Za potrditev možganske smrti morajo pri kliničnem pregledu ugotoviti neodzivno komo in smrt možganskega debla. Slednje se preverja z desetimi točno določenimi kliničnimi testi. Vsak odziv možganskega debla izključuje diagnozo možganske smrti, zato se v primeru, da pride do odziva možganskega debla pri enem testu, takoj prekine nadaljnje testiranje.

Če so izpolnjeni vsi pogoji, se lahko začne s prvim uradnim testiranjem 4 ure po tistem, ko ugotovijo hrome zenice in ugasle reflekse možganskega debla. Samo zaporedje izvajanja testov ni pomembno, pomembno pa je, da se test apnoe vedno opravi na koncu. To pomeni, da prej opravijo tudi instrumentalno preiskavo, ki potrди/ovrže prenehanje delovanja možganskih hemisfer (polovic).

Za diagnozo možganske smrti je potrebna hkratna dokazljivost naslednjih znakov:

1. bolnik je v apnoični (dihalni) komi,
2. ni decerebracijske rigidnosti (ekstenzijske - iztegnjene drže zgornjih in spodnjih udov ) z ekstenzijskimi krči na bolečinsko draženje v področju trigeminusa (obrazni živec, ki ima tri veje). Ni dekortikacijske drže (fleksije -upognjenost zgornjih udov, ekstenzija spodnjih z ugotovljenim hipertonusom ustreznih mišic). Ni epileptičnih napadov, izvablјivost hrbtenjačnih refleksov pa ne izključuje diagnoze možganske smrti,
3. zenici sta hromi (ne reaktivni tudi na močno osvetlitev), srednje široki, ali skrajno razširjeni. Pred ugotavljanjem ohromelosti zenic morajo izključiti



prejšnje nevrološke ali druge okvare, operacije na očeh, morebitne očesne proteze in vpliv midriatičnega zdravila (zdravilo, ki povzroči razširitev zenice). Prav tako pa se morajo pred izvedbo testa prepričati, da bolnik nima kontaktnih leč,

4. kornealni (roženični) refleks je na obeh straneh ne izvabljev,
5. ni refleksnega odziva (skrčenja obraznih mišic) na bolečinski dražljaj v področju trigeminalnega živca (močan pritisk na infraorbitalno odprtino ali rob orbite),
6. ni cefalo-okularnega refleksa (znaka oči lutke). Kadar obstaja sum poškodbe vratne hrbtenice, tega testa ne naredijo. Test je lažje izvedljiv, če bolnika pred tem za 20-30 sekund odklopijo od ventilatorja (aparata za predihavanje pljuč),
7. ni vestibulo-okularnega refleksa (ravnotežno-očesni refleks) pri izpiranju sluhovodov z mrzlo vodo. Pred izvedbo postopka se je potrebno prepričati, da sta oba bobniča intaktna in sluhovoda prehodna. Če ima bolnik poškodbo možganskega dna ali poškodbo ušes, testa ne izvajajo. Kakršnokoli gibanje očesnih zrkel, bodisi v horizontalo ali vertikalno, izključuje diagnozo možganske smrti,
8. ni žrelnega refleksa (refleksa draženja ob mehanskem draženju sluznice)
9. ni refleksa kašlja pri draženju sluznice sapnika z aspiracijskim katetrom (cevka za čiščenje sluzi v dihalnih poteh),
10. ni dihalnih gibov pri testu apnoe. Test apnoe je bistvenega pomena za diagnozo možganske smrti. Test ni izvedljiv v primeru prečne okvare vratne hrbtenice, takrat je potrebno za potrditev možganske smrti izvesti instrumentalne preiskave ([www.nejm.org](http://www.nejm.org)).

Kadar zaradi poškodbe vratne hrbtenice ali poškodbe sluhovodov, testov, ki sem jih navedla pod točkami 5, 6, ali 7 ni mogoče izvesti, lahko postavijo diagnozo le, če ne manjka več kot eden izmed testov (Trontelj 1996).

Pomembno je razlikovati med možgansko smrtjo in stanjem, ki lahko posnema možgansko smrt (npr.: zastropitev z barbiturati, alkoholna zastropitev, prekomerna količina pomirjeval, podhlajenost, hipoglikemija, koma ali kronično vegetativno stanje). Nekaterim pacientom v komi se stanje lahko izboljša, tudi tistim z resnimi ireverzibilnimi nevrološkimi disfunkcijami

se lahko povrne zmanjšana možganska funkcija kot so spontana dihalna funkcija, kljub izgubi obojestranski funkcije možganske skorje (<http://en.wikipedia.org/wiki/Braindeath>).

Zato morajo zdravniki poznati razliko med možgansko smrtjo in takšnim stanjem, ki posnema možgansko smrt, kajti pri možganski smrti je vzdrževanja življenja smiselno oziroma potrebno le pri darovanju organov za transplantacijo organov ([www.nejm.org](http://www.nejm.org)).

### 6.5.3 INSTRUMENTALNE PREISKAVE

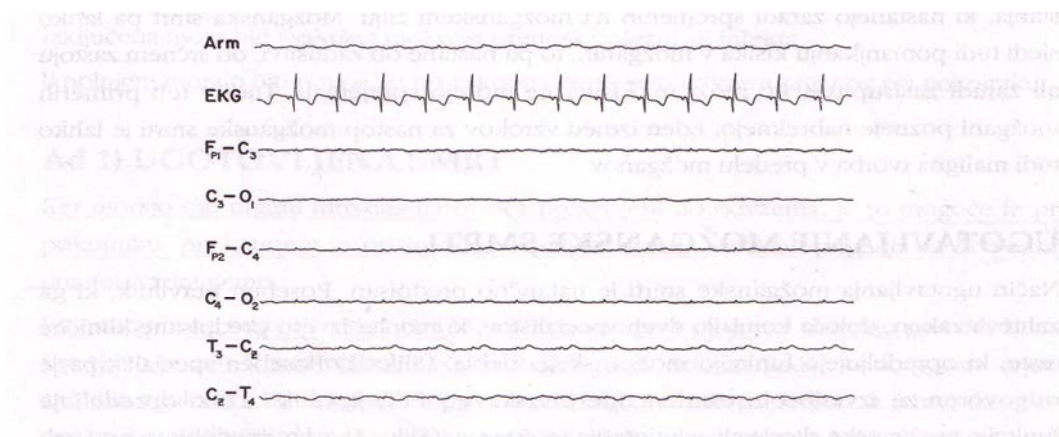
Kot sem že omenila, opredeljuje slovenski pravilnik možgansko smrt kot dokončno oz. nepovratno prenehanje delovanja celotnih možganov, torej možganskega debla in obeh hemisfer (polovic). Klinična preiskava obsega le preizkušanje refleksov možganskega debla, za ugotavljanje stanja delovanja možganskih hemisfer pa se uporabljajo instrumentalne preiskave.

To so :

- EEG (preiskava, ki meri električni potencial, aktivnost možganov),
- perfuzijska scintigrafija možganov,
- možganski evocirani potenciali,
- transkranijska dopplerska angiosonografija,
- kontrastna angiografija (slikanje s kontrastom).

V Sloveniji se najbolj pogosto uporablja snemanje EEG-ja, saj je ključen pri prepoznavanju drugih sindromov deafferentacije (motorična prekinitev oživčenja organov), ki lahko posnemajo komo, njihova narava pa je povsem drugačna. EEG, tako kot nobena druga instrumentalna preiskava ne more biti sama zase zadostna za formalno diagnozo možganske smrti. Ob kliničnem pregledu ima lahko le status pomožne preiskovalne metode (Zidar 1998).

Slika 6.3.: EEG – popolna odsotnost možganske električne aktivnosti



Vir: Zbornik X: Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege (2000, 12).

EEG je neinvazivna preiskava, ki jo lahko izvedejo ob bolnikovi postelji. Klinični pregled in EEG naj bosta opravljena ob približno istem času, če oboje nakazuje možgansko smrt se postopek ponovi po predpisanem času. Izoelektrični EEG je, ob pozitivnih kliničnih znakih, dodatno merilo za diagnozo možganske smrti. Zapis cerebralne (možganske) električne aktivnosti pa možgansko smrt izključuje.

Zaradi občutljivosti zanesljivosti EEG posnetkov je Mednarodna federacija za klinično nevrofiziologijo predpisala minimalna merila snemanja, ki določajo, kdo lahko EEG posname, kdo interpretira, in kateri pogoji morajo biti med snemanjem izpolnjeni.

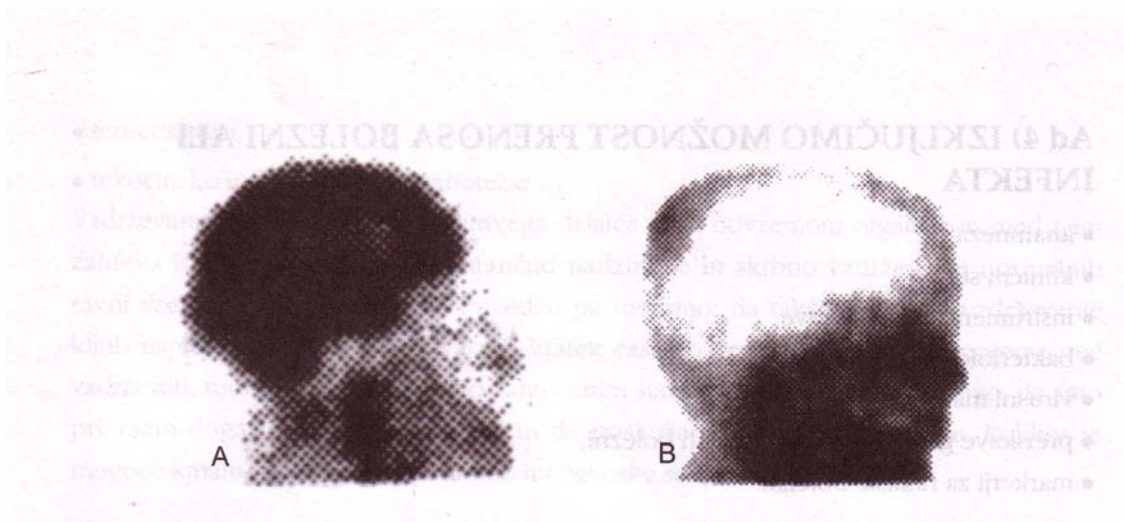
Perfuzijska scintigrafija možganov, transkranijska dopplerska angiosonografija in kontrastna angiografija se uporabljajo za dokazovanje zaustavitve intrakranialnega (znotraj lobanjskega) obtoka.

Perfuzijska scintigrafija možganov je varna, hitra in zanesljiva metoda za ugotavljanje možganske smrti. »V svetu se je uveljavila kot ena glavnih dopolnilnih preiskav, predvsem zaradi določene pomanjkljivosti EEG, ki ne onemogoča natančne opredelitve možganskih potencialov v določenih primerih, kot so podhladitev, vpliv nekaterih zdravil in težke poškodbe glave« (Puklavec 1998).

Slika 6.4: Perfuzijska scintigrafija možgan.

A - normalna prekrvavljeni možgani

B - odsotnost pretoka krvi v možganih



Vir: Zbornik X: Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege (2000, 13).

Kontrastna angiografija je najbolj občutljivejša in najbolj specifična preiskava. Žal pa je zaradi nevarnosti dodatne poškodbe možganov redko sprejemljiva.

## 6.6 ETIČNE DILEME

Presajanje organov je medicinska dejavnost, kjer se pogosteje kot kje drugje srečujemo z etičnimi vprašanji. Presaditev organa je včasih zadnja možnost za rešitev življenja. Pogoste etične dileme, ki se pojavljajo ob presajanju organov, so nedvomno tveganje, ki se pojavi ob samem presajanju ter zagotavljanje pravične dostopnosti. Kot rečeno, je od pravočasne razpoložljivosti, npr: srca ali jeter, včasih odvisno bolnikovo preživetje. Na en in isti organ pa večkrat čaka več nujnih bolnikov (Trontelj 2003).

Pa vendar je po medicinski presoji najpomembnejši razlog za čim zgodnejšo diagnozo in ugotavljanje možganske smrti spoštovanje življenja in spoštovanje pravice do dostojne smrti. Tudi skrajšanje mučne negotovosti svojcem ni nepomembna. Zdravniki nemalokrat pozabljajo, da je obdobje žalovanja od procesu umiranja ljubljene osebe zapleten in nadvse občutljiv duševni proces. Če se pa ob tem še pojavijo dvomi o smrti kot taki, dvomi o pravičnih postopkih

zdravstvenega osebja in dvomi o (ne)načrtovanih namenih z umrlim, se lahko pojavijo izjemno hudi spori med svojci in zdravstvenim osebjem (oboji so v takšnih trenutkih pod hudim duševnim pritiskom), ki jih je pogosto nemogoče zgladiti. Taki spori pa mečejo dolge in grozeče sence obtožb o medicinskih zlorabah na vso sodobno medicino.

Iz zornega kota sodobne socialno-medicinske etike (v nasprotju s sodobno, k avtonomiji bolnika usmerjeno bioetiko, ima le-ta nekoliko drugačna izhodišča za svoje poglede) pa so visoki in nepotrebni stroški ohranjanja trupla na strojih in potreba po sprostivni postelje na intenzivnem oddelku, ki lahko drugemu bolniku reši življenje, naslednji zelo pomemben razlog za pravočasno ugotavljanje možganske smrti (Flis 2000).

Možganska smrt je običajno nenadna smrt, celotna situacija je napeta, vse se zgodi nenadoma, nepričakovano.

Svojci ob sprejetju informacije doživijo hud stres, ki prizadene njihovo emocionalno in fizično počutje. V teh trenutkih je težko racionalno in umirjeno razmišljati. Najpogostejši odzivi so slabša koncentracija, nezmožnost sledenja novim informacijam, panično in agresivno vedenja ali celo umik (Wright 1991).

## **6.7 SOOČANJE RAZLIČNIH RELIGIJ S PROBLEMOM PRESAJANJA ORGANOV**

V začetku je Islam zavračal predvsem odvzem organov mrtvim. Kasneje so dilemo, kako bo musliman sprejet v nebesa brez enega ali več organov, muslimanski verski juristi razrešili s trditvijo, da če je Bog sposoben ustvariti človeka, mu ni težko ob vstajenju ustvariti človekov manjkajoči del; zato je presajanje organov za reševanje življenj sprejemljiva in veljavna metoda zdravljenja (Gadžijev 1998).

Jehovove priče nasprotuje transfuziji krvi, ne nasprotujejo pa darovanju organov. Enako velja za vse ostale manjše verske skupnosti.

Smrt ima mnogo pomenov. Lahko je socialna, lahko je etična, lahko je tradicionalna, ko se zahteva odmrtnje srca, lahko pa je na svojem začetku tudi možganska (Flis 1998).

Za krščansko vero truplo ne predstavlja več osebe, pa vendar je potrebno s truplom ravnati spoštljivo, skrbno in z ritualno počastitvijo.

Prostovoljna pripravljenost darovati nekoga organe z namenom rešiti življenje bolnega za kristjana ni le legitimen akt, ampak je dejanje usmiljenja, ljubezni in velikodušnosti. Krščanska doktrina s tem, da duša zapusti telo v trenutku smrti tudi podpira koncept možganske smrti. Nekateri škofovski konference so z deklaracijami pozdravile transplantacije, upravičile in vzpodbudile darovanje organov.

V klasičnem budizmu je darovanje organov kot ideal dobrega za družbo, odraz velikodušnosti, pri čemer ni nič svetega v zvezi s truplom in presajanjem organov tako dovoljeno.

Shinto, tradicionalna japonska inačica budizma pa vidi v truplu nekaj skrajno nečistega, umazanega in nevarnega, zaradi česar dajanje organov mrtvega živemu ni sprejemljivo. Zato na Japonskem ne izvajajo transplantacij organov mrtvih dajalcev (Gadžijev 1998).

Tradicionalno je bila smrt opredeljena kot nepopravljivo prenehanje srčne in dihalne funkcije. Sčasoma sta znanost in tehnika tako napredovali, da je omogočeno umetno vzdrževanje srca in dihanja še nekaj časa, ko so možgani že nepopravljivo okvarjeni.

Možganska smrt je dokončno oziroma nepovratno prenehanje delovanja celotnih možganov (možganskega debla in možganskih hemisfer- polovic) (Kremžar 2003).

Sodobna medicina je možgansko smrt sprejela kot smrt posameznika (Vončina 2000).

### **6.7.1 SODELOVANJE V TRANSPLANTACIJSKI DEJAVNOSTI JE PROSTOVOLJNO**

Za vse nas, ki sodelujemo v transplantacijski dejavnosti je vsak dan popolnoma običajen dan. Zjutraj, ko gremo v službo ne razmišljamo prav veliko o tem, kako se bo dan končal. Le, če nimaš drugih službenih obveznosti, kot so dežurna služba ali pa stanje pripravljenosti za transplantacijsko dejavnost. Ko pa na vsakodnevni jutranji predaji službe poteka izmenjava službenih mobilnih telefonov, se zavedamo, da pa dan vendar ne bo popolnoma vsakdanji. Kajti to pomeni, da če se bo slučajno izvajal odvzem organov, bodisi v UKC ali pa donorski bolnišnici, ti bodo splavali vsi načrti po vodi. Načeloma naše življenje v času pripravljenosti ne poteka bistveno drugače kot v dneh, ko nisi v pripravljenosti, le da se takrat zavedamo, da naši načrti za tisti dan ne bodo vedno v celoti izvedljivi, če bomo obveščeni o odvzemu organov.

Ker pa je odvzem organov poseg, ki jo ne moremo planirati v naprej in je opredeljen kot nujen, ponavadi vedno nastopi stiska s časom. Zato je to delo, v katerega so vključene OPMS zelo zahtevno in odgovorno in zato zahteva od OPMS veliko znanja in sposobnosti s področja stroke, v smislu obvladanja dela, medsebojne koordinacije, komunikacije in psihofizične pripravljenosti.

Svoje delo vsi sodelujoči opravljamo v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino, s kodeksom medicinske deontologije ter drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pa vendar po končanem takšnem posegu ali pa na poti domov iz donorskega centra ostaneš sam s svojimi občutki, mislimi in redko kdaj spregovorimo med seboj.

Izkušnje in mnenja izmenjujemo med seboj v drugačnih situacijah in bolj površno.

Zato sem se odločila, da v diplomski nalogi izpostavim etični dilemi, ki se nanašata na bolnika-dajalca in na osebje, ki to delo opravlja in sicer, ali je upoštevana svobodna privolitev bolnika in ali lahko zdravstveno osebje odloča o tem, kako in kdaj je bolnikova integriteta dosežena in kdaj je proces življenja zaključen ter ali ima osebje pravico do spoštovanja lastnih moralnih, kulturnih, verskih in filozofskih prepričanj. V razpravi bom skušala potrditi ali pa ovreči

izpostavljeni etični dilemi z dvema pod dilemama. In sicer ali je upoštevana svobodna privolitev bolnika in ali lahko zdravstveno osebje odloča o tem, kako in kdaj je bolnikova integriteta dosežena, torej kdaj je proces življenja zaključen ter ali imajo OPMS pravico spoštovanja lastnih moralnih, kulturnih, verskih in filozofskih prepričanj.



## **7 MATERIAL IN METODE**

V poglavju »Materiali in metode« sem predstavila metode, ki sem jih uporabila za zbiranje in obdelavo podatkov.

### **7.1 OPEDELITEV PROBLEMA**

Poglavitni cilj diplomske naloge je bil potrditi ali pa ovreči domnevo na zastavljeni etični dilemi z dvema pod dilemama, ki se vsem OPMS pojavljajo od delu pri tej dejavnosti. In sicer ali je upoštevana svobodna privolitev bolnika in ali lahko zdravstveno osebje odloča o tem, kako in kdaj je bolnikova integriteta dosežena, torej kdaj je proces življenja zaključen. Ter ali imajo OPMS pravico spoštovanja lastnih moralnih, kulturnih, verskih in filozofskih prepričanj.

Delo OPMS je zelo naporno, določene situacije, ki so jim priča, pa so na njih lahko vplivajo stresno in obremenilno.

### **7.2 OPREDELITEV VZORCA**

V raziskavo je bilo vključenih 15 OPMS, ki trenutno sodelujejo v eksplantacijski dejavnosti in so v zadnjih treh mesecih vsaj enkrat sodelovale pri odvzemu organov.

Anketa je bila izvedena avgusta 2008 v Centralnem operacijskem bloku Univerzitetnega Kliničnega centra v Ljubljani. Vrnjenih je bilo vseh 15 anketnih vprašalnikov, nobeden med njimi ni bil neveljaven.

### **7.3 OPIS VPRAŠALNIKA**

Raziskovalni inštrument je anketni vprašalnik, sestavljen iz 25 vprašanj. Vprašanja se nanašajo na sodelovanje OPMS v eksplantacijski dejavnosti. Z vprašalnikom sem želela izvedeti zakaj sodelujejo v tej dejavnosti, kolikšna je njihova mesečna obremenjenost, kje črpajo znanje za delo, njihovo seznanjenost o možganski smrti, njenem dokazovanju, njihovih dvomih in občutkih, ki se pojavljajo pri delu.

Zanimalo me je, kakšno je njihovo stališče do posmrtnega odvzema organov in tkiv ter na koga se zanašajo v primeru psihofizičnih težav.

#### **7.4 OBDELAVA PODATKOV**

Urejanje in prikaz podatkov sta bila opravljena v sistemu Microsoft Windows xp Professional in v programu Excel.

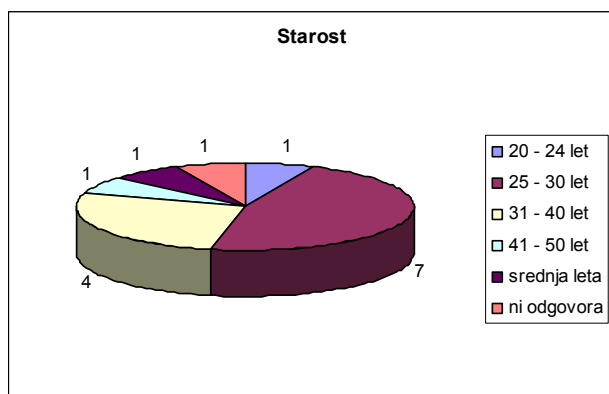
## 8 REZULTATI ANKETE

Rezultati so predstavljeni po vprašanjih v istem zaporedju, kot v anketnem vprašalniku.

Tabela 8.1: Starost anketirancev

Starost	št. anketirancev
20 - 24 let	1
25 - 30 let	7
31 - 40 let	4
41 - 50 let	1
srednja leta	1
ni odgovora	1

**Graf 8.1:** Starost anketirancev

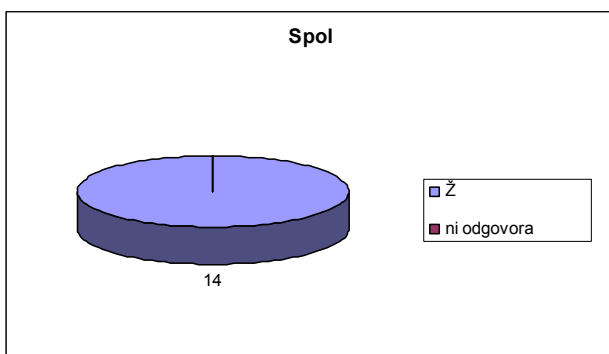


Povprečna starost anketirancev je 31.8 let.

Tabela 8.2: Spol anketirancev

Spol	št. anketirancev
Ž	14
ni odgovora	1

**Graf 8.2:** Spol anketirancev

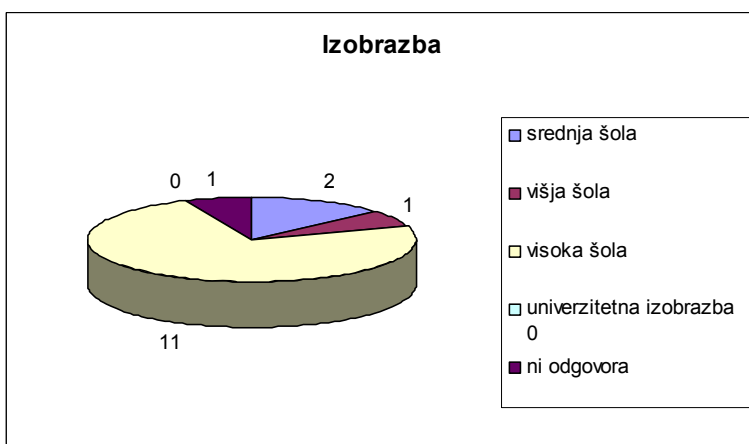


Med 15 anketiranimi prevladujejo ženske, ena oseba ni odgovorila na vprašanje.

**Tabela 8.3:** Izobrazba anketirancev

Izobrazba	št. anketirancev
srednja šola	2
višja šola	1
visoka šola	11
univerzitetna izobrazba	0
ni odgovora	1

**Graf 8.3:** Izobrazba anketirancev

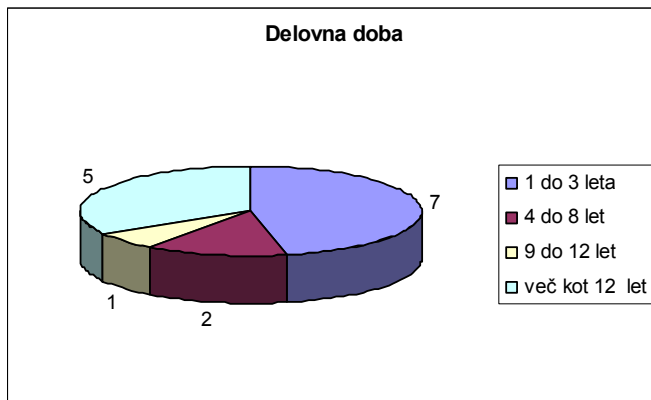


Med anketiranimi operacijskimi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami sta 2 s srednješolsko izobrazbo, 1 z višješolsko izobrazbo in kar 11 z visokošolsko izobrazbo. Nihče nima univerzitetne izobrazbe.

Tabela 8.4: Delovna doba kot medicinska sestra/zdravstveni tehnik

Delovna doba	št. anketirancev
1 do 3 leta	7
4 do 8 let	2
9 do 12 let	1
več kot 12 let	5

**Graf 8.4:** Delovna doba kot medicinska sestra/zdravstveni tehnik



Med anketiranci jih skoraj polovica, kot operacijska medicinska sestra/zdravstveni tehnik dela 1 do 3 leta.

Število anketirancev, ki dela več kot 12 let je 5, medtem, ko je št. anketirancev z delovno dobo okoli deset let le 1.

Tabela 8.5: Povprečna obveznost mesečne pripravljenosti za transplantacijsko dejavnost v zadnjih treh mesecih

Št. pripravljenosti	št. anketirancev
1 do 3 krat	1
4 do 6 krat	12
7 do 9 krat	2
več kot 9 krat	1

**Graf št. 8.5:** Povprečna obveznost mesečne pripravljenosti za transplantacijsko dejavnost v zadnjih treh mesecih

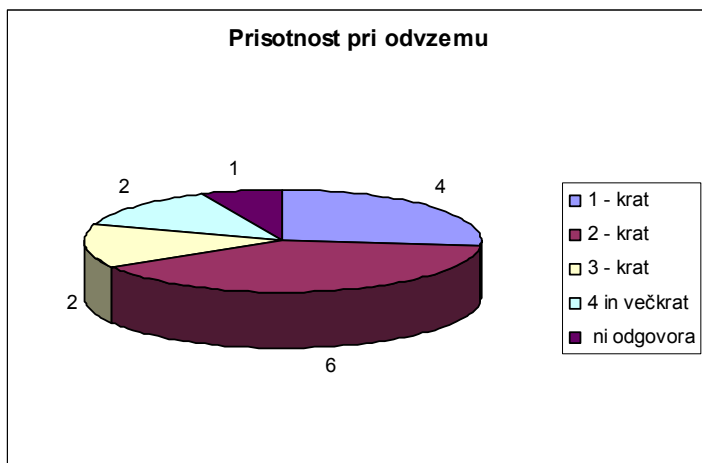


Med anketiranci jih je 12 odgovorilo, da imajo mesečno med 4 do 6 pripravljenosti, 2 anketiranca sta odgovorila, da imata med 7 do 9 pripravljenosti, medtem ko je po 1 anketiranec odgovoril, da ima 1 do 3 in več kot devet pripravljenosti mesečno.

Tabela 8.6: Prisotnost pri odvzemu organov v zadnjih treh mesecih

Prisotnost pri odvzemu	št. anketirancev
1 - krat	4
2 - krat	6
3 - krat	2
4 in večkrat	2
ni odgovora	1

**Graf 8.6:** Prisotnost pri odvzemu organov v zadnjih treh mesecih

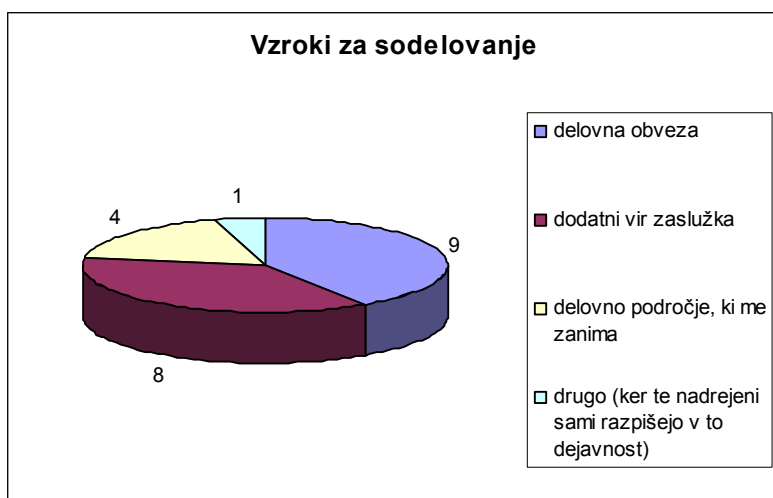


Skoraj pol anketirancev je odgovorilo, da je sodelovalo pri odvzemu organov v zadnjih treh mesecih dvakrat. Po 4 anketiranci so odgovorili, da so bili prisotni pri odvzemu organov enkrat. Po 2 anketiranca pa so odgovorili, da so bili prisotni pri odvzemu organov 3 krat ter 4 in večkrat. En anketiranec pa na to vprašanje ni odgovoril.

Tabela 8.7: Vzroki za sodelovanje v transplantacijski dejavnosti (možnih je bilo več odgovorov)

Vzroki za sodelovanje	št. anketirancev
delovna obveznost	9
dodatni vir zaslužka	8
delovno področje, ki me zanima	4
drugo (ker te nadrejeni sami razpišejo v to dejavnost)	1

**Graf 8.7:** Vzroki za sodelovanje v transplantacijski dejavnosti (možnih je bilo več odgovorov)



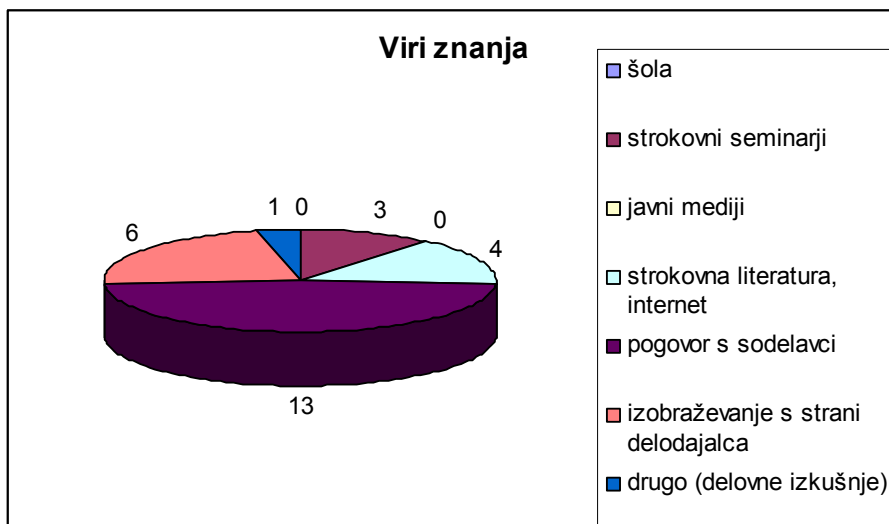
Vzrok za sodelovanje v transplantacijski dejavnosti sta najpogosteje dodatni vir zaslužka in delovna obveznost. 1 anketiranec pa je odgovoril, ker te nadrejeni sami razpišejo v to dejavnost.

**Tabela 8.8:** Viri znanja o transplantacijski dejavnosti (možnih je bilo več odgovorov)

Viri znanja	št. anketirancev
šola	0
strokovni seminarji	3
javni mediji	0
strokovna literatura, internet	4
pogovor s sodelavci	13
izobraževanje s strani delodajalca	6
drugo (delovne izkušnje)	1



**Graf 8.8:** Viri znanja o transplantacijski dejavnosti (možnih je bilo več odgovorov)

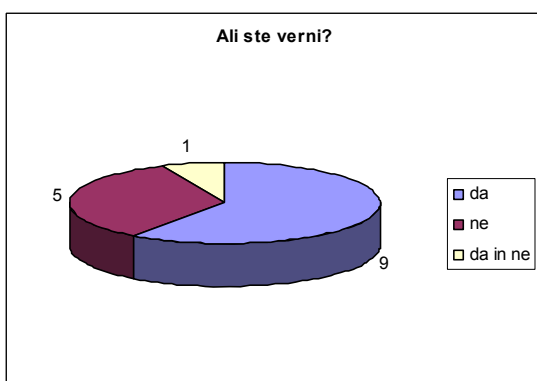


Anketiranci so najpogosteje pridobivali znanje iz pogovora s sodelavci ter z izobraževanjem s strani delodajalca.

Tabela 8.9: Ali ste verni?

Verni	št. anketirancev
da	9
ne	5
da in ne	1

**Graf 8.9:** Ali ste verni?

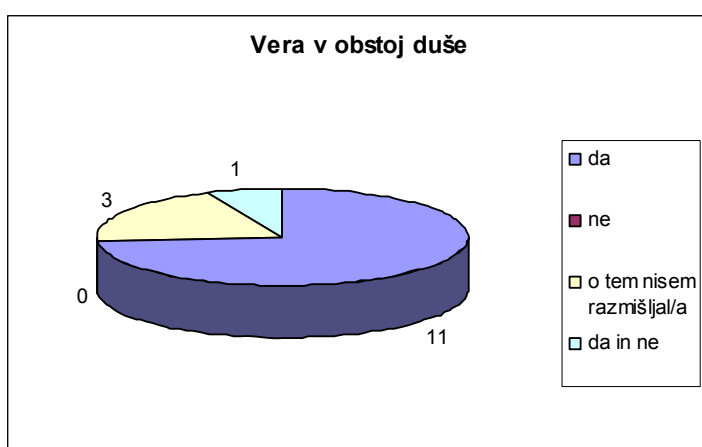


Med anketiranci se ji je 9 opredelilo za verne, medtem ko se je 1 anketiranec opredelil za vernega in nevernega.

Tabela 8.10: Vera v obstoja duše v telesu

Vera v obstoj duše	št. anketirancev
da	11
ne	0
o tem nisem razmišljal/a	3
da in ne	1

**Graf 8.10:** Vera v obstoja duše v telesu



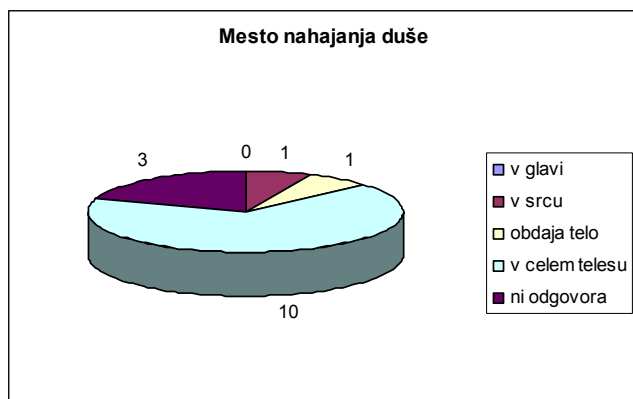
V obstoj duše verjame kar 11 anketirancev, medtem ko se nihče ni opredelil, da ne verjame v obstoj duše.

Tabela 8.10a: Mesto nahajanja duše v telesu

Če ste odgovorili z »da«, kje se po vašem mnenju nahaja?

Mesto nahajanja	št. anketirancev
v glavi	0
v srcu	1
obdaja telo	1
v celem telesu	10
ni odgovora	3

**Graf 8.10a:** Mesto nahajanja duše

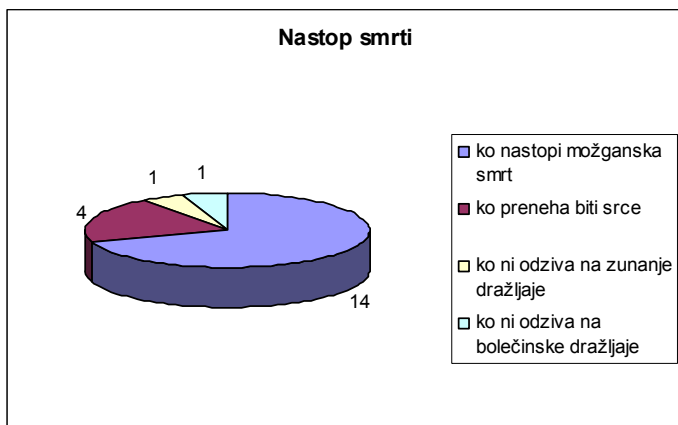


Dve tretjine anketirancev se je opredelilo, da se duša nahaja v celém telesu, po en anketiranec pa, da se nahaja v srcu in da obdaja celo telo. Nihče se ni opredelil, da se nahaja v srcu, medtem, ko 3 anketiranci niso odgovorili na vprašanje.

Tabela 8.11: Nastop smrti ( možnih je bilo več odgovorov)

Nastop smrti	št. anketirancev
ko nastopi možganska smrt	14
ko preneha biti srce	4
ko ni odziva na zunanje dražljaje	1
ko ni odziva na bolečinske dražljaje	1

**Graf 8.11:** Nastop smrti (možnih je bilo več odgovorov)



Kar 14 anketirancev je odgovorilo, da smrt nastopi, ko nastopi možganska smrt ter 4 anketiranci, da ko preneha biti srce. Po en anketiranec, pa ko ni odziva na zunanje dražljaje in ko ni odziva na bolečinske dražljaje.

Tabela 8.12: Ali za vas možganska smrt pomeni dokončno smrt?

Dokončna smrt	št. anketirancev
da	11
ne	3
ni odgovora	1

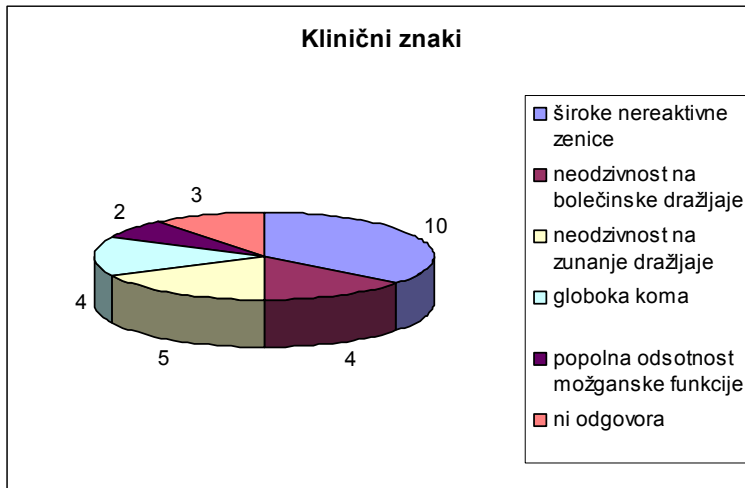
Po 11 anketirancev se je opredelilo, da zanje možganska smrt pomeni dokončno smrt.

Tabela 8.13: Klinični znaki, ki nakazujejo možgansko smrt (možnih je bilo več odgovorov)

Klinični znaki	št. anketirancev
široke nereaktivne zenice	10
neodzivnost na bolečinske dražljaje	4
neodzivnost na zunanje dražljaje	5

globoka koma	4
popolna odsotnost možganske funkcije	2
ni odgovora	3

**Graf 8.13:** Klinični znaki, ki nakazujejo možgansko smrt (možnih je bilo več odgovorov)

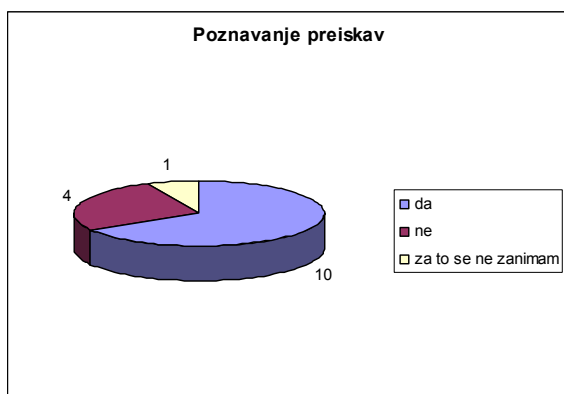


V veliki večini so anketiranci za prepoznavne klinične znake smrti navedli široke nereaktivne zenice, vsi ostali klinični znaki pa so bili po številu anketirancev enakomerno razporejeni.

Tabela 8.14: Ali poznate preiskave s katerimi določajo možgansko smrt?

Poznavanje preiskav	št. anketirancev
da	10
ne	4
za to se ne zanimam	1

**Graf 8.14:** Ali poznate preiskave, s katerimi določajo možgansko smrt?



Dve tretjini je na vprašanje poznavanje preiskav za določanje možganske smrti odgovorilo pritrdilno.

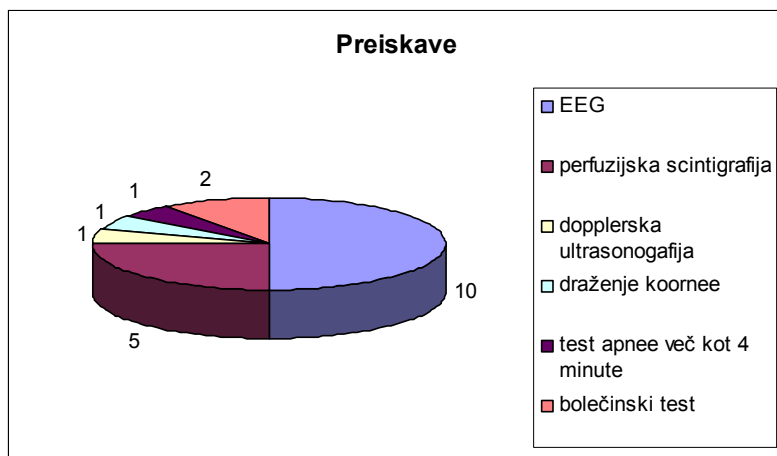
Kar 4 anketiranci pa so navedli, da ne pozna preiskav za določanje možganske smrti.

Če ste odgovorili z »da«, naštejite vsaj dve.

Tabela 8.14a: Preiskave, s katerimi določajo možgansko smrt

Preiskave	št. anketirancev
EEG	10
perfuzijska scintigrafija	5
dopplerska ultrasonografija	1
draženje koornee	1
test apnee več kot 4 minute	1
bolečinski test	2

**Graf 8.14a:** Preiskave, s katerimi določajo možgansko smrt



Dve tretjini anketirancev je kot glavno preiskavo navedlo EEG, le 5 anketirancev je navedlo perfuzijsko scintigrafijo.

**Tabela 8.15:** Zagotavljanje treh članov komisije za potrdite možganske smrti

Zadostovanje

treh članov      št. anketirancev

da	5
ne	9
ni odgovora	1

**Graf 8.15:** Zagotavljanje treh članov komisije za potrdite možganske smrti



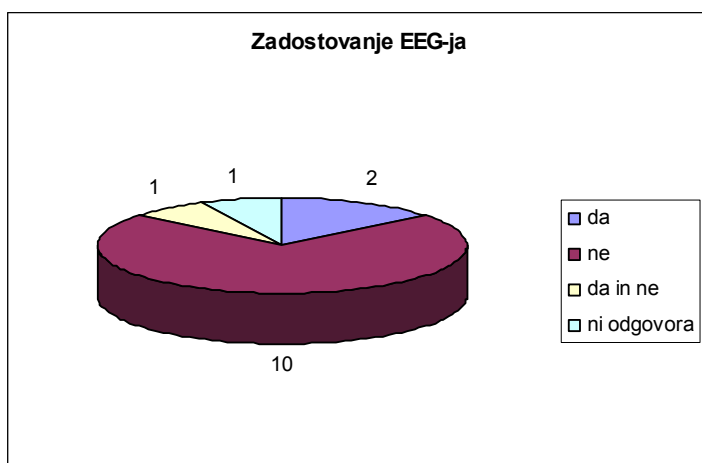
Po 9 anketirancev se je opredelilo, da komisija treh članov ne zadostuje za potrditev možganske smrti.

Tabela 8.16: Zadostovanje EEG za dokazovanje možganske smrti

Zadostovanje EEG-ja št. anketirancev

da	2
ne	10
da in ne	1
ni odgovora	1

**Graf 8.16:** Zadostovanje EEG za dokazovanje možganske smrti



2/3 anketirancev se je opredelilo, da EEG ne zadostuje za opredelitev možganske smrti. Po 2 anketiranca pa sta se opredelila, za zadostovanje EEG-ja za dokazovanje možganske smrti.

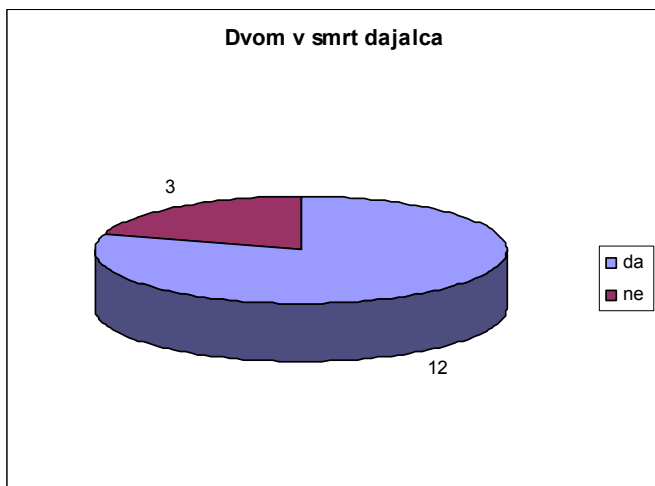
Tabela 8.17: Dvom v to, da je dajalec, ki je pred vami res mrtev

Dvom št. anketirancev

da	12
ne	3



**Graf 8.17:** Dvom v to, da je dajalec, ki je pred vami res mrtev

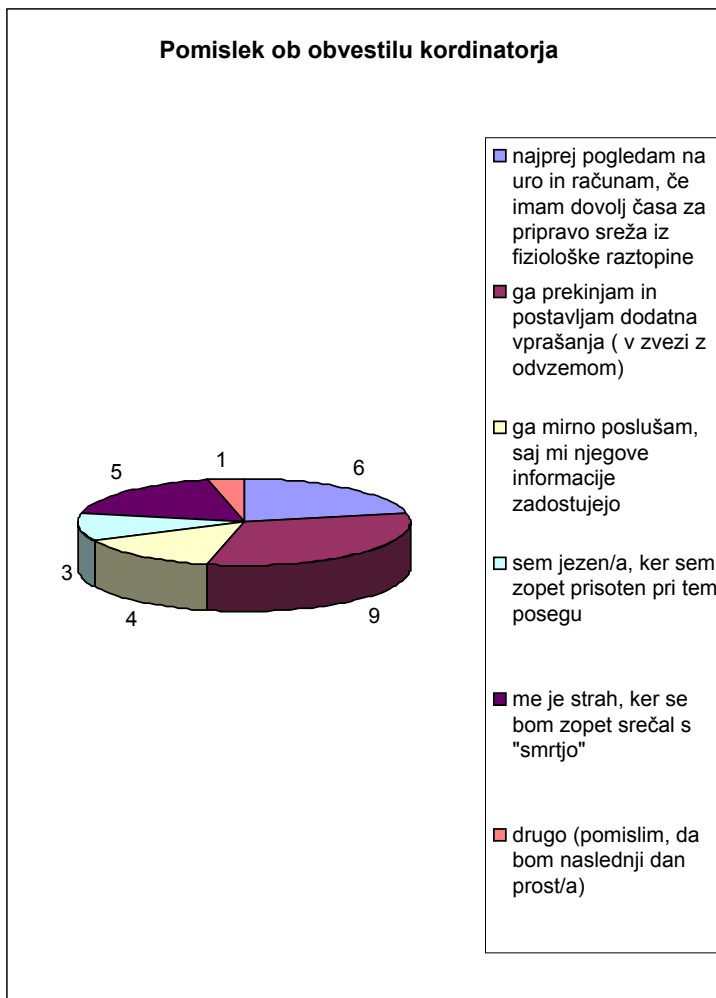


Kar 12 anketirancev se je opredelilo, da dvomi v to, da je dajalec, ki je pred njimi dejansko mrtev.

**Tabela 8.18:** Pomislek ob obvestilu koordinatorja o odvzemu organov (možnih je bilo več odgovorov)

Pomislek ob obvestilu koordinatorja	št. anketirancev
najprej pogledam na uro in računam, če imam dovolj časa za pripravo sreža iz fiziološke raztopine	6
ga prekinjam in postavljam dodatna vprašanja ( v zvezi z odvzemom)	9
ga mirno poslušam, saj mi njegove informacije zadostujejo	4
sem jezen/a, ker sem zopet prisoten pri tem posegu	3
me je strah, ker se bom zopet srečal s "smrtjo"	5
drugo (pomislim, da bom naslednji dan prost/a)	1

**Graf 8.18:** Pomislek ob obvestilu koordinatorja o odvzemu organov (možnih je bilo več odgovorov)

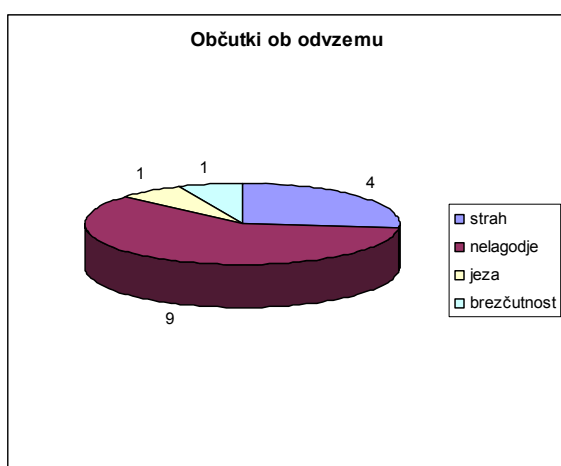


Po 9 anketirancev je odgovorilo, da ob obvestilu koordinatorja prekinja in postavlja dodatna vprašanja. Dobra tretjina anketirancev je odgovorilo, da najprej pogledajo na uro in računajo, če imajo dovolj časa za pripravo sreža iz fiziološke raztopine tem posegu ter da jih je strah, ker se bodo zopet srečali s »smrtjo«. En anketiranec pa je odgovoril, da ob obvestilu koordinatorja pomisli, da bo naslednji dan prost.

Tabela 8.19: Občutki od odvzemu

Občutki	št. anketirancev
strah	4
nelagodje	9
jeza	1
brezčutnost	1

Graf 8.19: Občutki od odvzemu

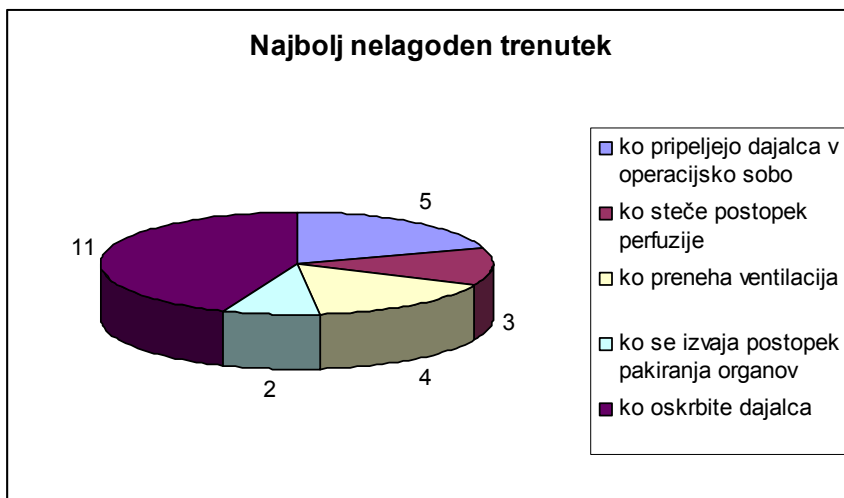


Po 9 anketirancev je odgovorilo, da ob odvzemu organov obhaja nelagodje, slaba tretjina pa občutek strahu. Po 1 anketiranec pa da, ga odhaja jeza in pa brezčutnost.

Tabela 8.20: Najbolj nelagoden trenutek

Najbolj nelagoden trenutek	št. anketirancev
ko pripeljejo dajalca v operacijsko sobo	5
ko steče postopek perfuzije	3
ko preneha ventilacija	4
ko se izvaja postopek pakiranja organov	2
ko oskrbite dajalca	11

**Graf 8.20:** Najbolj nelagoden trenutek

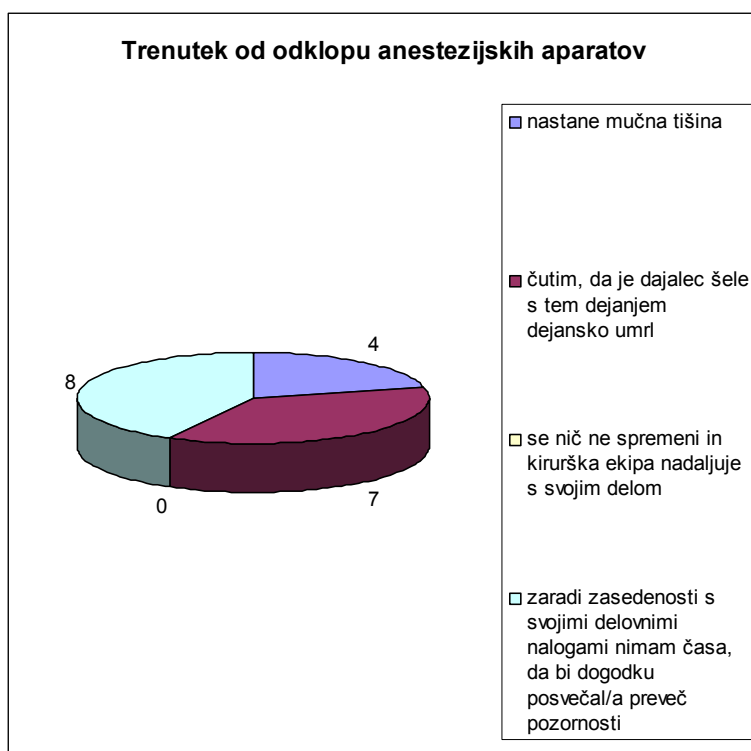


Več kot 2/3 anketirancem predstavlja dokončna oskrba dajalca najbolj nelagoden trenutek, tretjini anketirancem pa, ko pripeljejo dajalca v operacijsko sobo.

Tabela 8.21: Trenutek, ko anesteziolog odklopi dajalca od anestezijskih aparatov in ga preneha umetno vzdrževati

Trenutek ob odklopu od anestezijskih aparatov	št. anketirancev
nastane mučna tišina	4
čutim, da je dajalec šele s tem dejanjem dejansko umrl	7
se nič ne spremeni in kirurška ekipa nadaljuje s svojim delom	0
zaradi zasedenosti s svojimi delovnimi nalogami nimam časa, da bi dogodku posvečal/a preveč pozornosti	8

**Graf 8.21:** Trenutek, ko anesteziolog odklopi dajalca od anestezijskih aparatov in ga preneha umetno vzdrževati

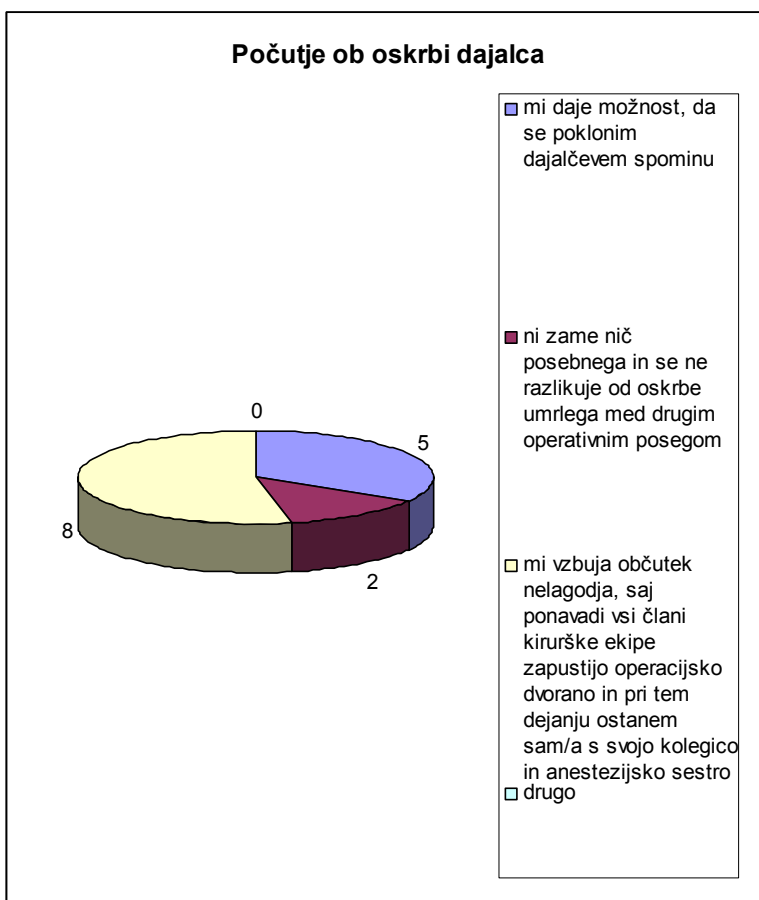


Več kot polovica anketiranih je opisala trenutek, ko anesteziolog odklopi parat, nastane mučna tišina in malo manj kot pol, da ob tem trenutku čuti, da je dajalec šele s tem dejanjem dejansko umrl.

Tabela 8.22: Počutje ob oskrbi dajalca ob končanem posegu

Počutje ob oskrbi dajalca	št. anketirancev
mi daje možnost, da se poklonim dajalčevemu spominu	5
ni zame nič posebnega in se ne razlikuje od oskrbe umrlega med drugim operativnim posegom	2
mi vzbuja občutek nelagodja, saj ponavadi vsi člani kirurške ekipe zapustijo operacijsko dvorano in pri tem dejanju ostanem sam/a s svojo kolegico in anestezijsko sestro	8
drugo	0

**Graf 8.22:** Počutje ob oskrbi dajalca ob končanem posegu

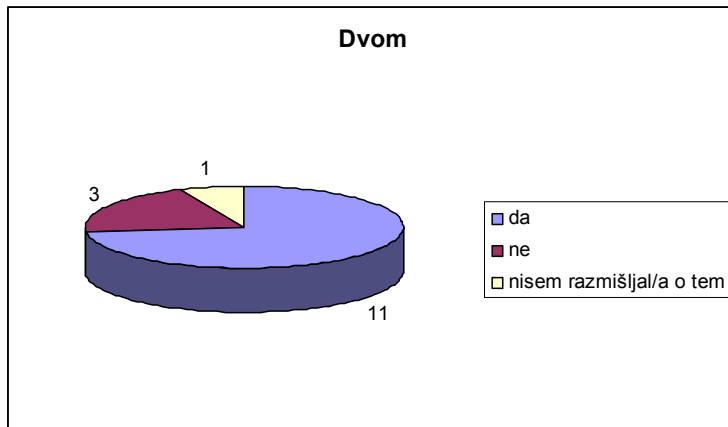


Več kot polovica anketirancev se je opredelilo, da oskrba dajalca po končanem posegu zanje predstavlja občutek nelagodja, saj ponavadi vsi člani kirurške ekipe zapustijo operacijsko dvorano in pri tem dejanju ostanejo sami s svojo kolegico in anestezijsko sestro. Ena tretjina anketirancev se pa je opredelilo, da je to trenutek, ko imajo možnost se pokloniti dajalčevemu spominu.

**Tabela 8.23:** Dvom v to ali delam prav

Dvom	št. anketirancev
da	11
ne	3
nisem razmišljal/a o tem	1

**Graf 8.23:** Dvom v to ali delam prav

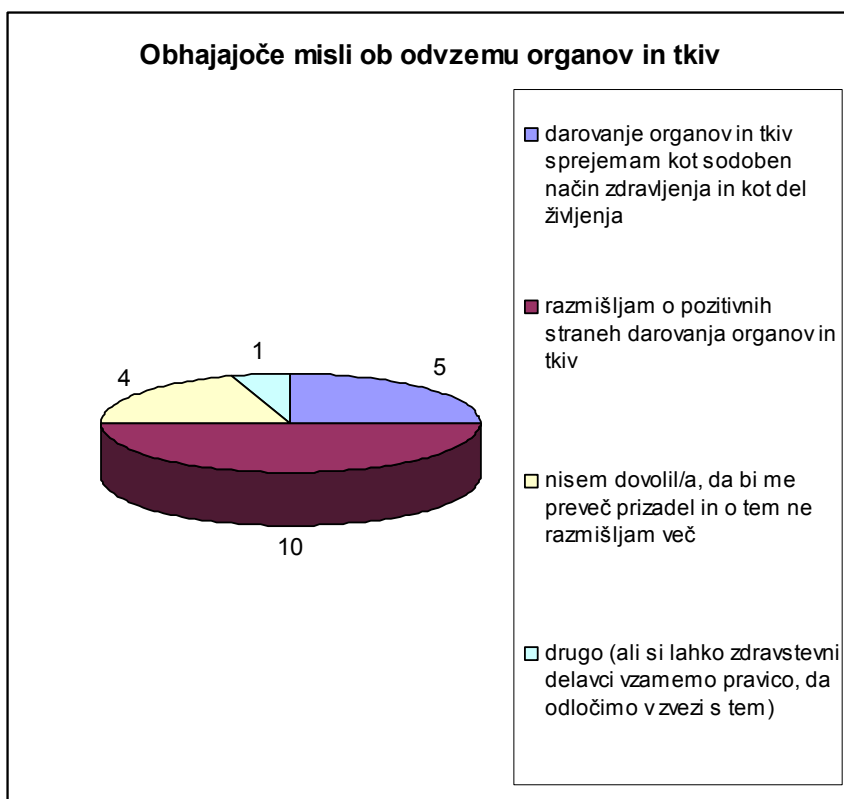


Več kot 2/3 anketirancev je menilo, da dvomi v to ali dela prav, medtem ko so se 3 anketiranci opredelili, da ne dvomijo v to, en anketiranec pa o tem ni razmišljal.

Tabela 8.24: Obhajajoče misli ob odvzemu organov in tkiv (možnih je bilo več odgovorov)

Obhajajoče misli ob odvzemu organov in tkiv	št. anketirancev
darovanje organov in tkiv sprejemam kot sodoben način zdravljenja in kot del življenja	5
razmišljam o pozitivnih straneh darovanja organov in tkiv	10
nisem dovolil/a, da bi me preveč prizadel in o tem ne razmišljam več	4
drugo (darovanje organov in tkiv sprejemam kot sodoben način zdravljenja in kot del življenja ter razmišljam o pozitivnih straneh darovanja organov in tkiv	1

**Graf 8.24:** Obhajajoče misli ob odvzemu organov in tkiv (možnih je bilo več odgovorov)



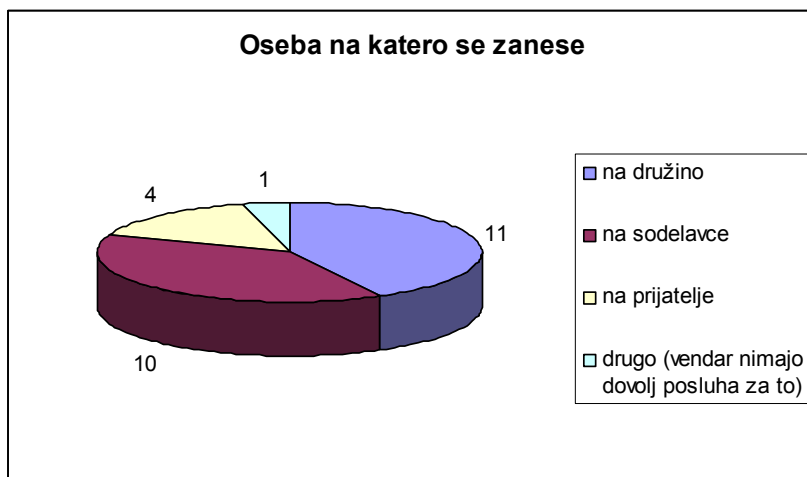
2/3 anketirancev ob odvzemu organov in tkiv razmišlja o pozitivnih straneh darovanja organov in tkiv, tretjina pa, da darovanje organov in tkiv sprejema kot sodoben način zdravljenja in kot del življenja.

**Tabela 8.25:** Oseba na katero se zanesete v primeru psihofizičnih težav po odvzemu organov in tkiv (možnih je bilo več odgovorov)

Oseba na katero se lahko zanese	št. anketirancev
na družino	11
na sodelavce	10
na prijatelje	4
drugo (vendar nimajo dovolj posluha za to)	1



**Graf 8.25:** Oseba na katero se zanesete v primeru psihofizičnih težav po odvzemu organov in tkiv (možnih je bilo več odgovorov)



Več kot 2/3 anketirancev je navedlo, da se v primeru psihofizičnih težav zanese na družino in na sodelavce, medtem ko 1 anketiranec meni, da te osebe nimajo dovolj posluha za to.

## 9 RAZPRAVA

V razpravi, ki je sicer obsegala relativno majhen vzorec, saj je bilo razdeljenih le 15 vprašalnikov, sem zajela le tiste, ki sodelujejo pri odvzemu organov, kajti tisti, ki sodelujejo pri presaditvi organov niso zajeti v raziskavo.

Nekatere podatke pridobljene z raziskavo bom primerjala s podatki, ki so bili pridobljeni z vprašalniki v diplomskih nalogah in sicer Stališča operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov do posmrtnega odvzema organov avtorice Tanje Lampret iz februarja 2001 in Stresni dejavniki pri operacijskih medicinskih sestrah ob odvzemu organov in tkiv za presaditev avtorice Tine Oblak iz novembra 2001.

Anketni vzorec pri Lampretovi (2001) je obsegal 30 anketirancev in vsi vprašalniki so bili veljavni in pri Oblakovi (2001) 31 anketirancev, kjer je vprašalnik vrnilo le 23 anketirancev. Ugotovimo lahko, da se pripravljenost za sodelovanje pri odvzemu organov in tkiv z leti znižuje.

Povprečna starost anketiranih je 31.8 let. V primerjavi s podatki, ki jih navaja Lampret (2001) je povprečna starost njenih anketirancev 34.2 leti in pri Oblakovi (2001) kar 36. let. Tako lahko rečemo, da se starost sodelujočih pri odvzemu organov in tkiv z leti znižuje.

Ker pa je delo medicinske sestre zelo feminiziran poklic, ne preseneča podatek, da v dejavnosti odvzema organov in tkiv v velikem deležu sodelujejo ženske in sicer kar 14 anketiranih, medtem ko se en anketiranec ni opredelil. Lampretova in Oblakova navaja večje število prisotnosti moških in sicer po 3.

Presenetljiv je podatek, da se je z leti stopnja izobraženosti medicinskih sester znatno zvišala, saj je kar 2/3 anketiranih OPMS z visoko strokovno izobrazbo, medtem ko podatki prejšnjih let niso tako obetajoči. Lampretova navaja majhen delež visoke strokovne izobrazbe, le 3, znatno višji je delež višje izobrazbe, kar 18 anketiranih, medtem ko je 9 medicinskih sester s srednjo izobrazbo. Oblakova navaja podobne podatke, saj je delež srednje in višje izobrazbe podoben, nekoliko večji pa je delež visoke strokovne izobrazbe in sicer 9 anketiranih. Zanimiv pa je podatek, da pri vseh treh raziskavah ni nobenega anketiranca z univerzitetno izobrazbo.

Vse OPMS, ki sodelujemo pri odvzemu organov in tkiv za presaditve poleg rednega osemurnega delavnika opravljamo tudi dežurno službo v povprečju šestkrat na mesec. Pogosto je tudi nenačrtovano nadurno delo, katerega vzrok je neustrezno časovno načrtovanje obsega dela in/ali nepričakovani zapleti pri operativnih posegih. Delo v izmenah zaradi pomanjkanja kadra zaenkrat ni izvedljivo.

Ker pa so OPMS v veliki večini mlajše ženske v vlogi matere in imajo odgovornost tudi v zasebnem življenju in nenazadnje tudi pravico do svojega prostega časa, ne preseneča, da v transplantacijski dejavnosti sodelujejo večinoma zaradi delovne obveze ter dodatnega zaslužka.

Zanimiv pa je podatek, saj obe avtorici v raziskavah prav tako navajata glavna in večinska vzroka za sodelovanje v dejavnosti odvzema organov in tkiv delovno obvezo in dodatni vir zaslužka.

Finančni vpliv kot motivacijski dejavnik je kratkoročen, saj je anketa pokazala, da je vrednost večja pri mlajši generaciji (do 40. let), medtem, ko starejši generaciji finančni priliv ne pomeni motivacijskega dejavnika (graf 1, 2, 3, 7).

Podatek, ki prikazuje delovno dobo kot OPMS, ki sodelujejo pri odvzemu organov in tkiv, je presenetljiv, saj je sedaj delovna doba sodelujočih med 1 do 3 let, medtem ko Lampretova navaja, da ima več kot pol anketiranih 13 let in več delovne dobe, pri Oblakovi pa je delež delovne dobe enakomerno razporejen. Torej lahko sklepam, da za sodelovanje v dejavnost odvzema organov in tkiv vključujejo nekoliko mlajše osebe (graf 4).

Mesečna obremenjenost OPMS in sodelovanje v zadnjih treh mesecih je pokazala visoko vrednost, saj imajo v povprečju med 4 - 9 pripravljenosti in prihodi nazaj na delovno mesto so bili več kot trikrat, na kar kaže, da je poleg vseh obveznosti, obremenjenost velika (graf 5, 6).

Podobne podatke navajata Lampretova in Oblakova, saj je delež anketiranih podoben.

Pogosto se sprašujemo, zakaj nas sodeluje tako malo v tej dejavnosti, če pa je vendar raziskava pokazala, da je to delovna obveznost. Pred leti, ko še ni bilo toliko odvzemov se je to delalo v času dežurne službe. Kasneje se je izoblikovala služba stalne pripravljenosti v kateri je sodelovalo veliko število OPMS. Ko pa je

to postalo prenaporno (pomanjkanje kadra, dežurna služba, nadurno delo) je »zanimanje« za to delo upadlo. Ostala nas je le peščica, ki pa smo vedno bolj obremenjeni. Ostalih OPMS pa ne moremo privabiti, saj denar, ki ga dobimo ni zadosten motivator, uradna delovna obveza pa zakonsko ni opredeljena.

Zaskrbljujoč pa je podatek, da je velik del sodelujočih pridobil znanje od sodelavcev ter strokovne literature in interneta, relativno majhna pa je vrednost, ki nakazuje pridobivanje znanja z izobraževanjem s strani delodajalca (graf 8). Glede na to, da se je uvedel tudi specialistični študij OPMS, pa vendar o znanju, ki bi ga le-ta posređoval, je zaenkrat še ni moč govoriti. Zanimiv je podatek, da se kljub sedem letnemu obdobju, ki je minil med raziskavami, še vedno anketiranci največ znanja za sodelovanje v dejavnosti odvzema organov in tkiv pridobivajo od sodelavcev, v strokovni literaturi in na internetu, le malo pa je izobraževanja s strani delodajalca.

Presenetljiv pa je podatek, da je skoraj 2/3 anketiranih odgovorilo, da so verni, in nekoliko več anketiranih, da verjamejo v obstoj duše in da se ta nahaja v celem telesu (graf 9, 10, 10a).

Čeprav sodelujoči izpred sedmih let skoraj da več ne sodelujejo v tej dejavnosti, lahko rečemo, da Lampretova navaja, da je 3/4 anketiranih vernih in prav tolikšen je delež, ki verjame v obstoj duše in da se le-ta nahaja v celem telesu.

Krščanska doktrina s tem, da duša zapusti telo v trenutku smrti tudi podpira koncept možganske smrti.

V klasičnem budizmu je darovanje organov kot ideal dobrega za družbo, odraz velikodušnosti, pri čemer ni nič svetega v zvezi s truplom in presajanjem organov tako dovoljeno.

Shinto, tradicionalna japonska inačica budizma pa vidi v truplu nekaj skrajno nečistega, umazanega in nevarnega, zaradi česar dajanje organov mrtvega živemu ni sprejemljivo. Zato na Japonskem ne izvajajo transplantacij organov mrtvih dajalcev (Gadžijev 1998).

Dokončna smrt po vseh strokovnih definicijah nastopi, ko nastopi možganska smrt. Prav tako so se v veliki večini opredelili anketiranci. Vendar pa Oblakova navaja, da OPMS niso edine, ki se sprašujejo o možganski smrti.

Vsekakor morajo biti prisotni tudi drugi klinični znaki, ki nakazujejo možgansko smrt, kajti, če je le eden od teh znakov vsaj delno prisoten, se diagnoza možganske smrti ovrže. Poznavanje najbolj pogostih kliničnih znakov, kot so široke ne reaktivne zenice, neodzivnost na zunanje dražljaje ter poznavanje

preiskav s katerimi določajo možgansko smrt in da EEG ni zadostna preiskava za potrditev, nakazuje, da so seznanjeni s postopki dokazovanja možganske smrti. Lampretova navaja seznanjenost anketiranih s postopki za dokazovanje možganske smrt (graf 12, 13, 14, 16).

Pa vendar se ob vsem tem poznavanju postopkov, znanju, porajajo dvomi od tem ali je dajalec, ki leži pred njimi dejansko mrtev, saj je o tem dvomi kar velika večina OPMS (graf 17).

Zato sem izpostavila etično dilemo, ki se nanaša na to, da ali je res upoštevana bolnikova svobodna privolitev v posmrtni odvzem organov. Pri nas sicer je res z zakonom opredeljeno, da če je oseba bila za časa življenja imetnik kartice »Sem darovalec« in njegovi bližnji svojci odvzem prepovedo, se posega ne izvede. Torej tu ni bila upoštevana bolnikova volja. Še večja dilema pa nastane, če oseba ni bila imetnik kartice in njegovi svojci privolijo v posmrtni odvzem. Tukaj se ne bo nikoli izvedelo, kakšna je bila dejanska volja in želja posameznika .

Prav tako se vsem sodelujočim poraja dvom v to, kdaj dejansko nastopi smrt in kdaj je bolnikova integriteta dosežena in s tem zaključen proces življenja. Vse bolj dovršena medicinska diagnostika, raziskovanja na tem področju, razna dodatna odkritja pa postavljajo mejo in končni cilj. Vendar ali lahko vsa ta tehnologija znanja določi, kdaj je konec in s tem proglasimo človeka za mrtvega? Iz zgodovine človeštva poznamo različne teorije, ki so se kasneje izkazale za popolno zmote (da je zemlja ravna ploskev, zdravljenje s spuščanjem krvi, izganjanje hudiča...) (Lampret 2001). Kajti načini o ugotavljanju na delovanje človeških možganov, ko pa še vedno ne poznamo vseh njegovih funkcij. Možgani so organ v telesu, ki so še vedno neraziskani. Poleg tega pa se marsikomu, predvsem je to razvidno iz neformalnih razgovorov s kolegicami/gi, porajajo pomisleki, kajti vse to se v bolnišnici odvija zelo hitro. In sicer od sprejema do razglasitve možganske smrti včasih mine le 24 ur. V ta čas pa so vključene privolitve in vse preiskave s katerimi se določi in razglasi možganska smrt. Zavedajo se in marsikdo oporeka, da so to zelo težka stanja, da bi vsi ti bolniki kljub vsej medicinsko tehnični podpori umrli. Kar pa najbolj seje dvom pa je, da darovalca pripeljejo v operacijsko dvorano z vsemi navideznimi vitalnimi znaki življenja in darovalec ima izgled, kot da je v globokem spanju (graf 17, 23).

Pri vse tem, da OPMS dvomijo v tehnologijo, se pogosto sprašujejo ali delajo prav. Ali je prav, da se neko človeško življenje konča, čeprav ta ni bolezenske narave, zato, da se bo drugo nadaljevalo, kateremu je prav tako zaradi različnih

bolezenskih vzrokov namenjeno, da se konča. Do takšnih dilem, delovanje, ki je sicer sprejeto v skladu z zdravstveno doktrino, ne bi smelo prihajati. Pa vendar nastaja problem. Anketa je pokazala, da že ob samem obvestilu koordinatorja se med OPMS pojavlja jeza, ker so zopet prisotne pri tem posegu in da jih obdaja strah prepleten z občutki nelagodja in strahu, ker se bodo ponovno srečali s »smrtjo«. Dokončno srečanje nastopi, ko na koncu ostanejo sami s kolegicami/gi in oskrbijo dajalca. Zelo pogost stavek, ki se sliši je: »Smo kot mrhovinarji«. Tukaj druga etična dilema ali ima zdravstveno osebje pravico do spoštovanja lastnih moralnih, kulturnih, verskih in filozofskih prepričanj zelo izstopa kar pa v velikem deležu izkazuje dvom v to ali delajo prav (graf 18, 19, 20, 21, 22, 24). Zanimivi pa so rezultati Oblakove, ki pravi, da ob obvestilu koordinatorja OPMS le-tega prekinjajo in mu postavljajo dodatna vprašanja, obenem pa navaja občutek nelagodja, strahu s ponovnim srečanjem s »smrtjo«, kot najbolj nelagodno pa je obdobje po odvzemu organov in tkiv, ko ostanejo sami s kolegico. V literaturi je zaslediti, da OPMS pogosto ostanejo same s truplom dajalca (Bothamley 1999).

Etična vprašanja so pogosto osebne narave in lastna OPMS, ki jih mora rešiti sama. O splošnih temah, kot so vprašanja o smrti, dajalčevih pravicah in dostojanstvu, pomenu transplantacij, pa je možno razpravljati v raznih suportivnih skupinah. Poti do iskanja rešitev so lahko tudi branje strokovnih prispevkov in neformalni pogovori (Page 1996).

Vsi, ki sodelujejo v tej dejavnosti fizično zmorejo to, pa vendar, ko ostanejo sami s svojimi mislimi, občutki, razmišljanji, ne vemo, če delajo prav in bi najraje zaključili s tem delom življenja pa jih po drugi strani vlečejo nazaj delovna obveznost, dodatni zaslužki. Je kot začaran krog, s katerega ni rešitve. Ali pa mogoče je, saj je edini argument, ki ga zaposleni lahko uporabi, da ne sodeluje je, uradno ugovor vesti. Zakaj se ne zatekajo v to, je novo poglavje. Do takrat pa ostanejo v veliki večini sodelavci, svojci, tisti, katerim se lahko zatečejo po pomoč v primeru psihofizičnih težav (graf 25).

## 10 ZAKLJUČEK

Tema obsmrtnih doživetij nas vedno pripelje do vprašanja, ali je življenje po življenju? Ali je s smrtjo vsega konec ali pa je smrt le vhod v neko drugo življenje? Ali po smrti bivamo na krajih, ki bi jim lahko pripisali kot nebesa in pekel? Ali je naše bivanje po smrti priprava na novo reinkarnacijo, eno izmed mnogih?

Velika večina ljudi, ki so imeli obsmrtne izkušnje, verjame, da obstaja življenje po življenju. Izraz »verjame« ni najboljši, saj pravijo, da »ne verjamejo, ampak vedo«. Pa vendar je to samo njihovo prepričanje brez pravih dokazov. Znanstveno ne moremo dokazati, da ne obstaja. Zatakne se že pri definiciji življenja. Najnovejša medicinska definicija življenja temelji na aktivnosti možganov. Možganska smrt je konec življenja. Definicije se spreminjajo z razvojem tehnike na eni strani in pojmovanjem življenja na drugi strani. Smrt kot ustavitev dihanja (poslednji izdih) ali ustavitev delovanja srca sta dve definiciji, ki sta danes nezadostni. Vendar pa so vse definicije življenja in smrti vezane na človekovo fizično telo oziroma na njegove biološke funkcije. Te v trenutku smrti dokončno in nepovratno prenehajo delovati.

Obsmrtna doživetja kažejo na nadaljevanje življenja v drugačni obliki-obliki nematerialnega, »energetskega« telesa, zavesti. V tej obliki naj bi človek nadaljeval svoje bivanje po fizični smrti. Tudi prostori, v katerih se znajde po smrti, so nematerialni. Občutek ugodja ali neugodja je način sprejemanja te nove realnosti. Pekel ali nebesa nista »zemljepisna« kraja, ampak stanje zavesti oziroma odnos med »prišlekom v onostranstvo in onostranstvom«. Pojem prostor in čas se zelo razlikujeta od zemeljske prestave o njiju.

Ljudstvo Aramaji ima za smrt besedo, ki se v prevodu glasi »ne tu, drugje bivajoč«. Bistvo nadaljevanja bivanja so zajeli že v pojmu smrti. Racionalnost, logičnost, in »materialnost« znanstvenega razmišljanja predstavljajo ovire k razreševanju uganke življenja po življenju oziroma življenja samega, saj zožuje polje raziskav na ozko področje, kjer je odgovor že v naprej znan. »Smrt ni v nobeni znanstveni enačbi«.

Pa tudi življenje ne ( <http://www.ljudmila.org/iands/Obsmrtne%20izkušnje.htm> ).

Sodelovanje pri odvzemu in transplantaciji tkiv in organov je težko in psihično naporno, saj so dajalci v glavnem mladi, zdravi ljudje in že sama misel na smrt je težka in ubijajoča. Vendar darovanje po smrti pomeni, da smo rešili življenje na smrt bolnemu človeku, da smo pomagali sočloveku.

To pa je velika vrednota, častno, humano in plemenito dejanje za katerega ne smemo zahtevati plačila.

Pa vendar se sprašujem, od kod in kje ti ljudje jemljejo energijo, moč, da privolijo v postopek odvzema organov. Kako se spoprijemajo z dano situacijo, ki je prišla nenadoma, nepričakovano, kaj razmišljajo ob tem, ko jim zdravnik sporoči neljubo novico.

Ljudje so v takšnih trenutkih ranljivi, nerazsodni in težko dojamejo situacijo in različno reagirajo na smrt.

Mogoče pa ljudje v darovanju iščejo oporo, nadaljevanje življenja, ki je bilo izgubljeno. Tako je ponujena še ena priložnost za ponovno vstajenje njim ljube osebe. Še lepši pa je občutek, ko po posegu občutiš bolnikovo veselje in zahvalo za življenje.

»Mlademu fantu, v 21. letu starosti, so presadili srce. Pred operativnim posegom, ko ga je anestezija pripravljala za poseg, je v desnici držal figuro angela. Medicinska sestra mu ga je hotela vzeti, saj je mislila, da je kovinski. Namreč bolnik ne sme imeti med operativnim posegom na sebi ničesar kovinskega, saj lahko povzroči opekline, ker med posegom uporabljamo električni kirurški nož. Fant ga ni hotel spusti, saj ga je imel s sabo za srečo. Ko so ugotovili, da je plastičen, so se odločili, da mu ga pustijo. Cel operativni poseg je fant držal angela v roki. Ko so ga izročili v nadaljnjo oskrbo v intenzivno terapijo, so tako predali tudi fantovo željo. Po šestih urah, ko se je fant zbudil iz narkoze, je dvignil angela k ustom in ga poljubil, ter z nežnim glasom rekel: »Saj sem vedel, da mi boš pomagal«.

V vseh teh letih dela sem se srečala z različnimi situacijami, prijetnimi in neprijetnimi. Posvetila sem se bolnim, pomoči potrebnim, starim in otrokom. Vse



še nekako človek sprejema kot delo, kot nekaj samoumevnega, saj veš, da ljudem pomagaš, pa čeprav se zgodi, da kdo tudi umre. Žal.

Nekoliko drugače je pri odvzemu organov, kjer veš, da povratka nazaj ni. Postavljen si pred dejstvo, da narediš nekaj, kar ni združljivo s tvojimi prepričanji, pa vendar to opravljaš z upanjem, da pomagaš komu drugemu. Tistemu, ki pa prejme organ, je ponujena še ena možnost, da zaživi kvalitetnejše in bolj popolno življenje kot je bilo prejšnje.

Zavedam se, kakšne so nove smernice zdravljenja, pa vendar mi mojega prepričanja nihče ne more spremeniti.

Naj še tako govorijo, kažejo in predstavljajo študije o dosežkih in zanesljivih diagnostikah možganske smrti pa se mi kljub temu porajajo dvomi.

Ne vem pa, kako bi razmišljala, če bi se v takšni situaciji znašla sama ali pa kdo od mojih bližnjih.

Zase vem, da nisem darovalec in ne nosim kartice. Mogoče deluje vse to zelo egoistično, češ, če ti ne moreš, zakaj bi drugi. Pa ni tako. Kaj pa vi ali ste vi darovalec?

## 11 LITERATURA

1. Avsec-Letonja, Danica. 2003. Pogovor z družino. V *Transplantacijska dejavnost: donorski program 1, Organi*, ur. Danica Avsec-Letonja in Jasna Vončina, 51-54. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica Ljubljana.
2. Badiou, Alain. 1996. *Etika: razprava o zavesti in Zlu*. Ljubljana: Problemi.
3. Bandman, Elsie L. in Bertram Bandman, ur. 1990. *Nursing ethics trough the life span*. Englewood Cliffs: Prentice hall International.
4. Beauchamp, Tom L. in James F. Childress, ur. 1994. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
5. Bishop, Anne H. in John R. Scudder, ur. 1990. *The Practical, Moral and Personal Sense of Nursing*. Albany: State University of New York Press.
6. Bothamley, Janet, ur. 1999. *Organ donation-a review of the literature*. London: NATNews: The official Journal of the National Association of Theatre Nurses.
7. Boyd, Kenneth. 1997. Deontology. V *The new dictionary of medical ethics*, ur. Kenneth M. Boyd, Roger Higgs in Anthony J. Pinching. London: British medical Journal Publishing.
8. Bučar, Bojko, Zlatko Šabič in Milan Brglez, ur. 2000. *Navodila za pisanje: seminarske naloge in diplomskega dela*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
9. Buček Hajdaredvić, Irena. 2001. *Naloge medicinske sestre pri anesteziji*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
10. Burkhardt, Margaret A. in Alvita K. Nathaniel, ur. 1998. *Ethics & issues in contemporary nursing*. Albany: Demar Publishers.
11. Curtin, Leah in Josephine M. Flaherty, ur. 1982. *Nursing ethics, theories and pragmatics*. Englewood Cliffs: Prentice Hall International.
12. Davies, Sue, Lorraine Ellis in Sara Laker, ur. 1997. *Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review*. London: Journal of advanced Nursing.
13. *Encyclopedia of Death and Dying*. 2008. Dostopno prek: <http://www.deathreference.com/B1-Ce/Brain-Death.html> (20. oktober 2008).

14. Flis, Vojko. 1998. Zakonodaja o transplantacijski dejavnosti v Sloveniji. V *Transplantacija, sodoben način zdravljenja: zbornik predavanj in praktikum*, ur. Danica Avsec-Letonja, 213-220. Maribor: Splošna bolnišnica.
15. --- 1999-2000. *Medicina in pravo*. Izbrana poglavja. Maribor: Univerzitetna knjižnica.
16. Fry, Sara T. in Meghan-Jane Johnstone, ur. 2002. *Ethics in nursing practice*. Oxford: Blackwel Science Ltd.
17. Gadžijev, Eldar, ur. 1998. *Transplantacija, Sodoben način zdravljenja*, Maribor: Univerzitetna knjižnica.
18. Gaucher, Marszalek E. in Richard Coffey, ur. 1990. *Transforming healthcare organizations-how to achieve and sustain organizational excellence*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
19. Grbec, Vera. 1992. Etika v zdravstveni negi. V *Obzornik zdravstvene nege*, ur. Marija Šipec, 3-6. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
20. --- 2002. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V *Posvet »Etika v belem«*, ur. Dunja Kalčič, 40-2. Portorož: Agencija za management in Združenje seniorjev Slovenije.
21. --- 2003. Prvi kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Marinka Klemenc in Majda Pahor, 123-6. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
22. Hajdinjak, Angelca. 1999. Pomen teoretičnih modelov za sodobno zdravstveno nego. V *Obzornik zdravstvene nege*, ur. Vera Grbec in Dunja Kalčič, 137-40. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
23. Haralambos, Michael in Martin Holborn. 1995. *Sociologija; teme in pogledi*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
24. Hyland, Deirdre, ur. 2002. *An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice*. London: Sage publications.
25. Kadivec, Saša. 2004. Zagotavljanje etičnih načel dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstvenih ustanovah. V *Obzornik zdravstvene nege*, ur.

- ur. Vera Grbec in Dunja Kalčič, 211-18. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
26. Kamenik, Mirt. 1998. Testi za določanje možganske smrti. V *Transplantacija, sodoben način zdravljenja*, ur. Danica Avsec-Letonja, 23-29. Maribor: Zbornik predavanj in praktikum.
27. Kant, Immanuel. 2003. *Kritika praktičnega uma*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
28. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. 1994. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
29. *Kodeks etike in medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Mednarodni kodeks etike za babice – 2.izd.* 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
30. Korinšek, Jana. 2007. *Etične dileme v paliativni zdravstveni oskrbi*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
31. Košir, Alenka. 2004. Spoštovanje etičnega načela avtonomije - temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. V *Obzornik zdravstvene nege*, ur. Vera Grbec in Dunja Kalčič, 297-303. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije
32. Kozier, Barbara, Glenora Erb in Audrey Berman, ur. 1998. *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. California: Addison Wesley Longman, Inc., Updated fifth ed.
33. Kremžar, Boriana. 1996. Ugotavljanje možganske smrti na oddelku za intenzivno terapijo. V *Zdravstveni vestnik*, ur. Jože Drinovec, 187-90. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo.
34. Kvas, Andreja in Janko Seljak. 2004. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
35. Lampret, Tanja. 2001. *Stališča operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov do posmrtnega odvzema organov in tkiv*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
36. Logar Bernarda. 2003. *Transplantacijska dejavnost: donorski program. 1, Organi*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.

37. --- 2000. Darovanje organov - odločitev za življenje. V *Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege: zbornik X: seminar v Laškem*, ur. Neva Papler, 21-27. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.
38. MacDonald, Chris, ur. 2002. *Nurse authonomy as relational*. London: Sage publications.
39. *Metaphysics (Internet encyclopedia of Philosophy)*. Dostopno prek <http://www.iep.utm.edu/k/kantmeta.htm> (23.november 2008).
40. Moore, George Edvard. 2000. *Principia Ethica*. Ljubljana: Študentska založba.
41. Morella, Gary Louis. 2003. *Kants false basis for ethics - the preeminence of autonomous self: Modern philosophy*. Dostopno prek: <http://www.personal.psu.edu/staff/e/j/ejm1/morella/m060> ( 17.november 2008).
42. Musek, Janek. 2000. *Nova psihološka teorija vrednot*. Ljubljana: Educy.
43. Naka, Sandra in Andreja Kvas. 2004. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. V *Obzornik zdravstvene nege*, ur. Vera Grbec in Dunja Kalčič, 305-12. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
44. Oblak, Tina. 2001. *Stresni dejavniki pri operacijskih medicinskih sestrah ob odvzemu organov in tkiv za presaditev*. Diplomaska naloga. Maribor: Visoka šola za zdravstvo.
45. *Obsmrtna izkušnja*. 2006. Dostopno prek: <http://www.ljudmila.org/iands/Obsmrtna%20izkušnja.htm> ( 20. oktober 2008).
46. Page, Karin, ur. 1998. *Function and impact of an OR donor - transplant committee: AORN Journal*. Dostopno prek: <http://www.findarticles.com> (20. november 2008).
47. Puklavec, Ludvik. 1998. Perfuzijska scintigrafija možganov za določanje možganske smrti. V *Transplantacija, sodoben način zdravljenja*, ur. Danica Avsec-Letonja, 37-40. Maribor: Splošna bolnica Maribor.
48. Scott, Anne P., Maritta Valimaki in Helena Leino-Kilpi, ur. 2003. *Perceptions of authonomy in the care of elderly people in five European countries*. London: Sage publications.
49. Slo Transplant. 2005. *Temeljne naloge in pooblastila*. Dostopno prek: [www.slovenija-transplant.si/index.php?id=119](http://www.slovenija-transplant.si/index.php?id=119) (14. oktober 2008).

50. Sruk, Vladimir. 1999. *Leksikon morale in etike*. Maribor: Ekonomska poslovna fakulteta.
51. Škerbinek, Ladi. 1999. Etične dileme v psihiatrični zdravstveni negi. V *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije*, ur. Branko Kogovšek in Radojka Kobentar, 11-4. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
52. Šmitek, Jana. 1998. Filozofija, morala, etika v zdravstveni negi. V *Obzornik zdravstvene nege*, ur. Vera Grbec in Dunja Kalčič, 127-38. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
53. --- 2003. Zdravstvena nega – Etična disciplina in praksa. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc in Andreja Kvas, 34-40. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
54. --- 2004a. Etika v praksi - Izločanje in ustavljanje urinskih katetrov. V *Obzornik zdravstvene nege*, ur. Vera Grbec in Dunja Kalčič, 319-24. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
55. --- 2004b. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. V *Obzornik zdravstvene nege*, ur. Vera Grbec in Dunja Kalčič, 205-10. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
56. Thompson, Ian E., Kath M. Melia in Kenneth M. Boyd, ur. 1994. *Nursing ethics*. New York: Churchill Livingstone.
57. Trontelj, Jože. 1996. Diagnoza možganske smrti: Tretja generacija kriterijev. V *Zdravniški Vestnik*, ur. Jože Drinovec, 175-81. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo.
58. --- 2003a. *Transplantacija*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.
59. --- 2003b. Bolnikove pravice v zadnjem obdobju življenja. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc in Andreja Kvas, 175-87. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
60. Trstenjak, Anton. 1965. *Če bi še enkrat živel ali Psihologija življenja modrosti*. Celje: Mohorjeva družba.
61. Tschudin, Verena. 2004. *Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

62. Van Thiel, Ghislaine JMW in Johhanes JM van Delden, ur. 2001. *The principle of respect for autonomy in the care of nursing home residents*. London: Sage publications.
63. Vončina, Jasna. 2000. Darovanje organov. V *Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege: zbornik X: seminar v Laškem*, ur. Neva Papler, 9-15. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.
64. Vončina, Jasna. 2003. Transplantacijska dejavnost. V *Transplantacijska dejavnost: donorski program. Organi*, ur. Danica Avsec-Letonja in Jasna Vončina, 13-23. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.
65. Vuga, Silva. 1996. Zdravstvena nega in profesionalna etika. V *Zbornik profesionalna etika pri delu z ljudmi*, ur. Ludvik Toplak, 317-42. Ljubljana: Univerza v Mariboru in Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno v Ljubljani.
66. Walsh, Mike, ur. 1998. *Models and clinical pathways in clinical nursering: conceptual frameworks for care planning*. London: Bailliere Tindall.
67. Wijdicks, Eelco F.M. 2001. *The diagnosis of brain death*. The new England Journal of Medicine. Dostopno prek: [www.nejm.org](http://www.nejm.org) (27. november 2008).
68. Wikipedija, prosta enciklopedija. 2008. *Avtonomija*. Dostopno prek: <http://www.sl.wikipedia.org/wiki/Avtonomija> (19. oktober 2008).
69. Wikipedia, the free encyclopedia. 2008. *Authonomy*. Dostopno prek: <http://www.en.wikipedia.org/wiki/Authonomy> (23. november 2008).
70. --- 2008a. *Proffesional ethics*. Dostopno prek: <http://en.wikipedia.org/wiki/Professionaletichs> (23. november 2008).
71. --- 2008b. *Brain death*. Dostopno prek: <http://en.wikipedia.org/wiki/Braindeath> (27. november 2008).
72. Wright, Bob. 1991. *Sudden Death*. London: Churchill Livingstone.
73. Yeo, Michael in Anne Morrhouse, ur. 1996. *Conncepts and cases in nursing ethics*. Peterborough: Broadview Press.
74. *Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (ZOPDCT)*. Ur. I. RS 12/2000. Dostopno prek <http://www.uradni-list.si> (7. november 2008).
75. *Zbornik X: Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege*. 2000. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.

76. Zidar, Janez. 1998. EEG kot dopolnilna metoda za ugotavljanje možganske smrti. V *Transplantacija, sodoben način zdravljenja: zbornik predavanj in praktikum*, ur. Danica Avsec-Letonja, 31-35. Maribor: Splošna bolnišnica.



## **PRILOGA: ANKETNI VPRAŠALNIK**

1. Starost \_\_\_\_\_ let

2. Spol \_\_\_\_\_

3. Stopnja izobrazbe:

a.) srednja šola

b.) višja šola

c.) visoka šola

d.) univerzitetna izobrazba

4. Koliko časa že delate kot operacijska medicinska sestra/zdravstveni tehnik:

a.) 1 do 3 leta

b.) 4 do 8 let

c.) 9 do 12 let

d.) več kot 12 let

5. Povprečna obveznost mesečne pripravljenosti za transplantacijsko dejavnost v zadnjih treh mesecih:

a.) 1 do 3-krat

b.) 4 do 6-krat

c.) 7 do 9-krat

d.) več kot 9-krat

6. Kolikokrat ste bili v zadnjih treh mesecih prisotni pri odvzemu organov:

a.) 1-krat

b.) 2-krat

c.) 3-krat

d.) 4 in večkrat

7. V službi pripravljenosti za transplantacijsko dejavnost sodelujem, ker je to (možno je več odgovorov):

a.) delovna obveznost

- b.) dodatni vir zaslужka
- c.) delovno področje, ki me zanima
- d.) drugo\_\_\_\_\_

8. Od kje ste pridobili znanje o transplantacijski dejavnosti (možnih je več odgovorov ):

- a.) šola
- b.) strokovni seminarji
- c.) javni mediji
- d.) strokovna literatura,internet
- e.) pogovor s sodelavci
- f.) izobraževanje s strani delodajalca
- g.) drugo\_\_\_\_\_

9. Ste verni?

- a.) da
- b.) ne

10. Verjamete v obstoj duše v telesu?

- a.) da
- b.) ne
- c.) o tem nisem razmišljal/a

Če ste odgovorili z »da«, kje po vašem mnenju se nahaja?

- a.) v glavi
- b.) v srcu
- c.) obdaja telo
- d.) v celem telesu

11. Kdaj po vašem mnenju nastopi smrt (možnih je več odgovoro)?

- a.) ko nastopi možganska smrt
- b.) ko preneha biti srce
- c.) ko ni odziva na zunanje dražljaje
- d.) ko ni odziva na bolečinske dražljaje

12. Ali za vas možganska smrt pomeni dokončna smrt?

- a.) da
- b.) ne

13. Naštejte vsaj dva klinična znaka, ki nakazujeta možgansko smrt:

---

14. Ali poznate preiskave, s katerimi določajo možgansko smrt?

- a.) da
- b.) ne
- c.) za to se ne zanimam

Če ste odgovorili z »da« , naštejete vsaj dve:

---

15. Ali po vašem mnenju za ugotavljanje in potrditev možganske smrti zadostujeta dva člana komisije?

- a.) da
- b.) ne

16. Ali po vašem mnenju EEG (elektroncefalogram – preiskava, ki meri električno aktivnost možganov) zadostuje za dokazovanje možganske smrti?

- a.) da
- b.) ne

17. Ali ste kdaj podvomili v to, da je dajalec, ki je pred vami, res možgansko mrtev?

- a.) da
- b.) ne

18. Na kaj pomislite, ko vas koordinator obvesti o odvzemu organov (možnih je več odgovorov)?

- a.) najprej pogledam na uro in računam, če imam dovolj časa za pripravo sreža iz fiziološke raztopine

- b.) ga prekinjam in postavljam dodatna vprašanja (v zvezi z odvzemom)
- c.) ga mirno poslušam, saj mi njegove informacije zadostujejo
- d.) sem jezen/a, ker sem zopet prisoten pri tem posegu
- e.) me je strah, ker se bom ponovno srečal/a s »smrtjo«
- f.) drugo\_\_\_\_\_

19. Kakšni občutki vas odhajajo ob odvzemu organov?

- a.) strah
- b.) nelagodje
- c.) jeza
- d.) brezčutnost

20. Kdaj je po vašem mnenju najbolj nelagoden trenutek?

- a.) ko pripeljejo dajalca v operacijsko sobo
- b.) ko steče postopek perfuzije
- c.) ko preneha ventilacija (predihavanje)
- d.) ko se izvaja postopek pakiranja organov
- e.) ko oskrbite dajalca

21. Kako bi opisali trenutek, ko anesteziolog odklopi dajalca od anestezijskih aparatov in ga preneha umetno vzdrževati?

- a.) nastane mučna tišina
- b.) čutim, da je dajalec šele s tem dejanjem dejansko umrl
- c.) se nič ne spremeni in kirurška ekipa nadaljuje s svojim delom
- d.) zaradi zasedenosti s svojimi delovnimi nalogami nimam časa, da bi tem dogodku posvečal/a preveč pozornosti

22. Kako se počutite ob oskrbi dajalca po končanem operativnem posegu?

- a.) mi daje možnost, da se poklonim dajalčevemu spominu
- b.) ni zame nič posebnega in se ne razlikuje od oskrbe umrlega med operativnim posegom druge vrste
- c.) mi vzbuja občutek nelagodja, saj ponavadi vsi člani kirurške ekipe zapustijo operacijsko dvorano in pri tem dejanju ostanem sam/a s svojo kolegico in anestezijsko sestro
- d.) drugo\_\_\_\_\_

23. Ali kdaj podvomite v to ali delate prav?

- a.) da
- b.) ne
- c.) nisem razmišljal/a o tem
- d.) ne vem

24. Kakšne misli vas odhajajo po odvzemu organov in tkiv (možnih je več odgovorov)?

- a.) darovanje organov in tkiv sprejemam kot sodoben način zdravljenja in kot del življenja
- b.) razmišljam o pozitivnih straneh darovanja organov in tkiv
- c.) nisem dovolil/a, da bi me poseg preveč prizadel in o tem ne razmišljam več
- d.) drugo \_\_\_\_\_

25. Na katero osebo se lahko zaneseta v primeru psihofizičnih težav po odvzemu organov in tkiv (možnih je več odgovorov)?

- a.) na družino
- b.) na sodelavce
- c.) na prijatelje
- d.) drugo \_\_\_\_\_