

# UPORABNOST TEORIJ ETIKE V ZDRAVSTVENI NEGI

## APPLICABILITY OF ETHICAL THEORIES IN NURSING CARE

Jana Šmitek

UDK/UDC 616-083:001.89

DESKRIPTORJI: *etika zdravstvena nega; zdravstvena nega teorija*

DESCRIPTORS: *ethics, nursing; nursing theory*

*Izvleček – V članku sta podrobneje predstavljene dve teoriji etike: deontologija kot načelna etika in etika skrbi kot teorija, ki se povezuje s skrbjo kot osnovno vrednoto zdravstvene nege. Izpostavljena je skrb in etika skrbi kot jo zaznava Joan Tronto in njena neposredna povezanost z zdravstveno nego. Izpostavljena je potreba, da se teorija etike skrbi vključi v izobraževalne programe medicinskih sester, kakor tudi drugih zdravstvenih delavcev.*

*Abstract – Two ethical theories are in more detail explained in the article: deontology as principle based ethics and ethics of care as a theory related to fundamental value of nursing caring. Joan Tronto's presentation of care and ethics of care is exposed as well as it's direct relation to nursing care. The author exposes the need for ethics of care theory to be implemented into nursing educational programmes and also into educational programmes of other health care professionals.*

### Uvod

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, pridobljenih 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.

Tudi profesionalno etično razmišljanje in ravnanje temelji na teoretičnih osnovah. V zdravstveni negi smo se dolga leta naslanjali na biomedicinsko etiko kot izhodišče za etično razmišljanje, presojanje in delovanje medicinskih sester. V zadnjih dveh desetletjih se v svetu in pri nas izpostavljajo zaključki, da ima zdravstvena nega kot samostojna stroka potrebo po oblikovanju ali preoblikovanju svoje profesionalne etike. Začetki takega razmišljanja segajo v leto 1994, ko je bil sestavljen prvi samostojni Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Razvoj zdravstvene nege, nova znanja, ki vstopajo v naš prostor, zavedanje svoje moralne vloge - odgovornosti medicinskih sester do »drugega« in zahteva po kakovosti prakse, postavljajo pred nas strokovno zahtevo, da ocenimo ustreznost obstoječih znanj in pristopov, tudi na področju etike.

Zdravstvena nega je po mnenju Bowden (1997) edinstvena etična praksa, ker predstavlja poseben način vstopanja v svet drugih ljudi. Vstopanje »v življe-

nja drugih« mora biti dobro, pravilno in koristno, da dosežemo pričakovani cilj – pomoč posamezniku pri zadovoljevanju potreb v zvezi z zdravjem in v določenih okoliščinah tudi z življenjem ali smrtjo. Strokovna pomoč zahteva strokovno znanje in strokovni odnos.

Bishop in Scudder (1990) enačita strokovnost in etiko zaradi njune neločljive povezanosti – kar je strokovno, je tudi etično (za bolnika dobro, pravilno, koristno) in etično je v abstraktnem pogledu tudi strokovno. Zaradi zagotavljanja dobrega v medsebojnem odnosu med medicinsko sestro in bolnikom, ki je osnova zdravstvene nege, in potrebe po skrbi, ki je osnovna aktivnost v medsebojnem odnosu, je znanje o etiki temeljno znanje, ki ga mora medicinska sestra pridobiti v izobraževalnem procesu. Medicinska sestra mora razumeti svojo moralno vlogo v medsebojnem odnosu, kot tudi strokovne vsebine »dobrega«. Pri tem so ji v pomoč teorije o etiki, ki razlagajo različne pristope v razmišljanju, odločanju, delovanju in odnosu do drugega.

### Teorije etičnega odločanja v zdravstvu

V zdravstvu so prisotne naslednje teorije etike, ki vplivajo na razmišljanje in delovanje zdravstvenih delavcev v odnosu do bolnika: deontološke oziroma Kantova deontološka teorija, teleološke oziroma utilitarizem, etika vrlin in etika skrbi kot najpogosteje uporabne. 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 (Šmitek, 1998). Vse navedene teorije etike in modeli morale bolj ali manj zavestno usmerjajo zdravstvene delavce k pravilnemu odločanju in delovanju.

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. Pred desetletji, še v Jugoslaviji, smo imeli celo skupen kodeks etike zdravstvenih delavcev, ki je prav tako temeljil na deontološkem pristopu.

V svetu pa vedno bolj prevladuje prepričanje, da se etika v zdravstveni negi razlikuje od biomedicinske etike predvsem v teoretičnih izhodiščih. Medtem ko medicina prevzema deontologijo kot prvenstveno etično teorijo, ki usmerja pripadnike stroke, je za zdravstveno nego bolj pomembna etika skrbi in etika vrlin (Šmitek, 1998), še posebej, če etiko povežemo z delovnimi vlogami, ki jih imajo izvajalci z obeh področij v zdravstvu. Če poenostavimo, se medicina ukvarja predvsem z zdravljenjem, ki je povezano s temeljnim odločanjem, kaj se bo z bolnikom v terapevtskem odnosu dogajalo. Zdravstvena nega v osnovni in samostojni vlogi skrbi za bolnika, za njegovo počutje in življenjske aktivnosti, pri čemer ne sprejema za bolnika tako temeljnih in »ogrožujočih« odločitev, kot bi lahko izhajale iz medicinskega odločanja, čeprav v obsegu svojih pristojnosti tudi odloča. To pa seveda ne pomeni, da ravnanja in odločitve, ki izhajajo iz zdravstvene nege, za bolnika niso pomembne. Medicinska sestra in bolnik sta neprekinjeno povezana v okviru medsebojnega odnosa, ki se vzpostavi ob srečanju bolnika in medicinske sestre v določenem okolju in traja, dokler bolnik strokovno pomoč medicinske sestre potrebuje (medsebojni strokovni odnos je lahko dolgotrajen, kratkotrajen ali se ponavlja).

Zato je tudi delež uporabljenih teorij etike v zdravstveni negi porazdeljen drugače – etika vrlin in etika skrbi sta za zadovoljstvo bolnika bistveno bolj pomembni kot načelna etika, ki ne usmerja ravnanja v medsebojnem odnosu.

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, Moorhouse, 1996). Profesionalno dogovorjene vrednote predstavljajo za zaposlene tudi moralno obve-

znost, kar pomeni zavestno sprejemanje in osvojitve teh vrednot.

Strokovne vrednote, ki jih poudarjamo v zdravstveni negi, izhajajo iz filozofije poklica v posameznih delovnih okoljih. Na splošno bi jih lahko izrazili kot spoštovanje življenja, lajšanje - izogibanje trpljenju, spoštovanje dostojanstva, individualnosti in celovitosti bolnika, pravice in potrebe bolnika, mirna smrt, kakovost dela in odnosa, etika in še mnoge druge. Filozofija zdravstvene nege oddelka ali enote je »področni« kodeks, ki izraža skupno videnje profesionalne vloge in medsebojnega odnosa, ki naj bi ga prevzel vsak posameznik v zdravstveni negi.

Teorije o etiki, vrednote in filozofija zdravstvene nege skupaj sooblikujejo etična razmišljanja in presojanja v zdravstveni negi.

## Deontologija kot načelna etika

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, Flaherty, 1982). Obveznosti izhajajo iz vnaprej določenih obvez in sprejetih vlog ter iz spoštovanja osnovnih človekovih pravic. Vsako delovanje, ki je usklajeno z dolžnostmi, je pravilno.

Najpomembnejši deontolog je bil Immanuel Kant (1724 – 1804). Kant je menil, da obstajajo etične utemeljitve, ki veljajo za pravilne in jih človek lahko uporablja kot izhodišča 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 zapovedi): Deluj glede na tisto maksimo (pravilo), za katero istočasno želiš, da postane splošni zakon.« (Burkhardt, Nathaniel, 1998).

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 slaba 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.« (Burkhardt, Nathaniel, 1998). 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.

V Kantovi etiki je izraženo tudi spoštovanje človekovega dostojanstva drugega, ki se izraža skozi upoštevanje zakona ali načela, ki ga sebi predpiše etični subjekt (Morella, 2003).

Kantova etika ne dopušča nobene izjeme in je rigidna (Burkhardt, Nathaniel, 1998). Obenem je načelna

– nanaša se na način delovanja, ki mora biti v vseh podobnih situacijah enak, torej neoseben in oddaljen od potreb posameznika. Posameznik, ki išče pomoč, in etični subjekt, ki v svoji etični vlogi skuša pomagati, nista v nikakršni osebni povezavi; etični subjekt deluje, kot da posameznika z individualno potrebo sploh ni. Pravila, ki so izpeljana iz deontološkega pristopa, zadovoljujejo neke višje cilje. Kljub temu deontologija zadovoljuje zahteve splošnega etičnega razmišljanja v zdravstvu.

Deontološki pristop se v zdravstveni negi prvenstveno povezuje z zaznavanjem vloge zaposlenih v stroki; z deontološkim pristopom izražamo, kako morajo medicinske sestre kot pripadnice stroke delovati na splošno – spoštovati načela dobrega, ne škodovati, spoštovati avtonomijo in dostojanstvo posameznika, upoštevati pravičnost pri vseh bolnikih enako.

Za opredelitev etičnega ravnanja v medsebojnem odnosu z bolnikom, ki skupaj s skrbjo za drugega predstavlja jedro zdravstvene nege, pa medicinske sestre potrebujejo drugačno teoretično izhodišče – etiko skrbi.

## Osnovne karakteristike etike skrbi

Etiko v zdravstveni negi pomembno zaznamuje profesionalna vloga medicinskih sester – skrb za bolnika. Skrb ne more 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.

### Zgodovinski razvoj etike skrbi

Etika skrbi je nasproti Kantovi etiki, ki je uveljavljena v družbenem ali profesionalnem razmišljanju že več kot dve stoletji, sorazmerno zelo mlada teorije etike. Mnogi avtorji jo zaznavajo kot alternativo Kantovi etiki.

Znanstvene temelje etike skrbi je postavila psihologinja Carol Gilligan, ki je pri raziskovanju moralnega razvoja žensk ugotovila, da ženske pri svojem moralnem odločanju izhajajo iz drugačnega načina razmišljanja kot moški in da ima to razmišljanje korenine v moralnem razvoju, ki se pri moških in ženskah razlikuje. Teorija Gilliganove je nastala kot odgovor predhodni raziskavi moralnega razvoja, ki jo je izvedel Lawrence Kohlberg zgolj pri dečkih/mladostnikih/moških v obdobjih od otroštva do odraslosti.

Kohlberg je ugotovil, da se moralni razvoj z dozevanjem značilno spreminja in opredelil šest stopenj, skozi katere pa do najvišje stopnje ne napredujejo vsi ljudje. Peto oziroma šesto, najvišjo stopnjo, doseže samo majhen del ljudi (Tronto, 1993). Ko je teorijo preizkusil pri ženskah, je zaključil, da ženske s svojim moralnim razmišljanjem na lestvici »ostajajo« nižje od moških. S svojo ugotovitvijo je samo potrdil ugotovitev Freuda, da »ženske kažejo manj smisla za pra-

vičnost kot moški, da so se manj pripravljene podvreči velikim življenjskim zahtevam in da pogosto na njihova presojanja vplivajo občutki čustev ali sovražnosti (Freud, 1925 cit. v Gilligan, 1998).

Gilligan je tej ugotovitvi oporekala in s svojo študijo ugotovila, da ženske niso moralno »manj razvite« od moških, ampak da v svojem moralnem presojanju/odločanju izhajajo iz drugačnih stališč – iz stališč skrbi in odgovornosti za druge.

Zaključek obeh študij/teorij, ki ga je izpostavila Gilligan, je, da moški pri moralnoetičnem presojanju izhajajo iz stališč pravičnosti, ženske pa iz stališč, ki so povezane s skrbjo (Gilligan, 1998).

Gilliganovi je pri raziskovanju moralnega razvoja pomagala tudi psihoanalitična teorija razvijanja osebne in spolne identitete, ki jo je osnovala Nancy Chodorow (1974 cit. v Gilligan, 1998). Chodorowa predpostavlja, da je za izoblikovanje ženske identitete pomemben že medsebojni odnos matere do hčerke, ker gre za nadaljevanje osebne povezave, v kateri matere zaznavajo, občutijo hčere kot podobne in povezane z njimi, medtem ko zaznavajo sinove kot drugačne, nasprotno. Ženskost kot identiteta je zato izražena skozi povezovanje z drugimi. Dečki se pri izražanju in identifikaciji kot moški oddaljujejo od matere kot primarnega objekta. Moškost kot spolna oznaka se razvije skozi proces oddaljevanja, zato je bolj definirana, bolj stabilna, ženska identiteta pa je lahko bolj razpršena in povezana z drugimi. Moč in oddaljitev varujeta moškega v identiteti, ki jo pridobi tudi s svojim delom, vendar ga puščata oddaljenega od drugih. Ženske lažje vzpostavljajo povezave z drugimi, povezovanje z drugimi tudi potrebujejo za ohranjanje svoje identitete in svojo identiteto presojujejo s standardi odgovornosti in skrbi.

Gilliganova je tudi ugotovila, da ženske v medsebojnih odnosih izpostavljajo željo po neškodovanju drugim in tudi upanje, da v morali leži način reševanja problemov, ki omogoča, da nihče ne bo prizadet, kar potrjuje ugotovitev predhodne raziskave, da žensko presojanje spremljata empatija in sočutje (Haan, 1975 cit. v Gilligan, 1998). Ženske se bolj usmerjajo v razreševanje realnih situacij kot v hipotetične dileme.

Po Gilliganovi (1998) osrednji moralni problem pri ženskah predstavlja konflikt med seboj in drugim, ki se kaže kot dilema med sočutjem in avtonomijo in med vrlinami in močjo. Ženske skušajo moralni problem razrešiti tako, da nihče ni prizadet.

Pri ženskah se *dolžnost, morati ali smeti, dobro, pravilno, nepravilno, slabo* povezuje s skrbjo in odgovornostjo. Dobro je izenačeno s skrbjo za druge. Skrb postane načelo po lastni presoji. Etika skrbi, ki odraža celovito poznavanje medosebnih odnosov, izhaja iz osrednje ugotovitve – da sta ženski jaz in drugi tesno povezana in soodvisna.

Vse navedene ugotovitve podpirajo skupno ugotovitev, ki se nanaša na zdravstveno nego. Zdravstvena nega je prvenstveno ženski poklic, ki se ukvarja s skrb-

jo za bolnika, in je zaznamovan s skrbjo iz dveh virov – profesionalnega, ki nalaga medicinski sestri strokovne zahteve, kako skrbeti in se povezovati v medsebojnem odnosu, ter osebnega/ osebnostnega, v katerem medicinska sestra sama sebi določa obseg in vsebino povezovanja kot tudi zaznavanje »dobre« skrb.

### *Skrb in etika skrbi kot družbena praksa*

Tronto (1993) ugotavlja, da je etika skrbi družbeno pomembna. V skrbi se zaporedoma odvijajo štiri aktivnosti: *skrbeti za* na splošno, *prevzeti skrb* oziroma *poskrbeti za*, *posredovati skrb* in *prejemati skrb*.

*Skrbeti za* vključuje ugotovitev, da je skrb potrebna. Obstaja določena potreba in ocena, da jo je potrebno zadovoljiti (na primer skrb za zdravje, za izobraževanje).

*Prevzeti skrb* za oziroma *poskrbeti za* vključuje prevzem odgovornosti za konkretno akcijo v zvezi s potrebo ali osebo, ki potrebuje pomoč.

*Posredovanje skrbi* je neposredno izvajanje skrbstvenih aktivnosti in zadovoljevanje potreb po skrbi.

*Prejemanje skrbi* vključuje zaznavanje skrbi pri uporabniku in odziv na skrb, ki jo prejme (na primer bolnik se počuti bolje).

V zvezi s procesi skrbi se razvijajo tudi etične sestavine skrbi: *pozornost*, *odgovornost*, *kompetentnost* in *odzivnost*.

*Pozornost* pomeni ugotavljanje in priznavanje potreb drugega.

*Odgovornost* pomeni več kot obveznost pri razumevanju, kaj naj bi ljudje storili drug za drugega.

Koncept *kompetentnost* je povezan z dobrimi posledicami. Kompetentnost je lahko moralna kakovost skrbi in predstavlja pristojnost, da tisti, ki skrb, tudi dejansko poskrbi za konkretno potrebo. Kompetentnost je moralna kakovost, ki se je moralni akter zaveda pri sebi in jo sprejema kot svojo obvezo neposrednega razreševanja potreb drugega. Pomeni tudi zavrnitev aktivnosti, če ugotovi, da dobra skrb z njegove strani zaradi različnih objektivnih okoliščin (na primer zaradi pomanjkanja znanja) ni možna.

Četrti etični koncept skrbi je *odzivnost*, ki je povratna informacija prejemnika skrbi o skrbi in učinku skrbi. Skrb se ukvarja s stanji ranljivosti in neenakosti. Če nekdo rabi pomoč, je v stanju določene ranljivosti. Vsakdo je kdaj v poziciji ranljivosti in nihče ni trajno avtonomen in neodvisen (Tronto, 1993). Vsi ljudje tudi niso enaki. Neenakost omogoča neenake odnose s stališča avtoritete ter prevladovanje in podrejanje. Odzivnost v tem kontekstu pomeni usmerjanje pozornosti na možno izkoriščanje ali izrabo ranljivosti.

### **Odsev etike skrbi v zdravstveni negi**

V opredelitvi skrbi, kot jo predstavlja Tronto (1993) medicinske sestre lahko zaznajo vso vsebino svojega

samostojnega dela pri bolnikih. Proces zdravstvene nege, ki je sistematična, organizirana metoda za izvajanje individualizirane zdravstvene nege, poteka po enakem zaporedju, kot se odvijajo aktivnosti skrbi, ki jih predstavlja Tronto. Etične sestavine skrbi, ki jih navaja, pa se pojavljajo v zdravstveni negi z drugimi izrazi.

V okviru pozornosti ima pomembno vlogo zaznavanje individualnih bolnikovih potreb tako, kot jih zaznava bolnik. Etična sestavina, ki pomaga medicinski sestri, da razume bolnika v njegovi situaciji, je empatija. Doživljanje razumevanja je najosnovnejša človekova potreba in prek razumevanja in sprejemanja so se posamezniki sposobni spreminjati in rasti. Za bolnika je pomembno, da ga nekdo razume, da »čuti« z njim. Čustva so del človekove zasebnosti, ki jo je pripravljen razkrivati le v intimnejših povezavah z drugimi in ob zaupanju, da ga bodo drugi razumeli.

Naslednja etična sestavina skrbi je zaupanje. Vzpostavljanje zaupanja je osnova medsebojnega odnosa, ki omogoča udejanjanje skrbi. Johns (1996) opisuje zaupanje kot proces, ki se začne z informiranjem in zaznavo informacij na strani bolnika, o možnih koristih in o morebitnih tveganjih v medsebojnem odnosu. Če posameznik zazna prednosti povezovanja in zaupa izvajalcu (medicinski sestri), bo to v obojestransko korist in se bo proces ponavljal, dokler bo potreben. Če pride do okoliščin, ki porušijo zaupanje bolnika v dobronamernost izvajalca, medsebojni odnos ne bo več »dober« v etičnem pogledu. Pri bolniku se razvije več oblik zaupanja, ki jih je potrebno upoštevati, da je medsebojni odnos dober, pravilen (Šmitek, 2001).

Koncept odgovornosti iz etike skrbi ima pomembno mesto tudi v zdravstveni negi. Skrb je neločljivo povezana z odgovornostjo, odgovornost pa z moralno. Walker ugotavlja, da pri učenju morale/etike povzamemo stališča, kdo smo, s kom se povezujemo in kaj je za nas pomembno, da za to tudi skrbimo. Tega se zavedamo prek zaznavanja našega mesta v sistemu dodeljevanja, sprejemanja in odklanjanja odgovornosti za stvari, ki so pomembne v skrbi in prizadevanju za drugega človeka (Walker, 1998). Tako zavedanje ima tudi povratni moralni pomen - refleksijo svoje vloge.

Odgovornost je lahko pogodbeno (med družbo/ustanovo in medicinsko sestro, ki se zaveže, da bo skrbela za bolnika), medtem ko je moralna odgovornost individualna in izhaja iz etičnega subjekta samega. Moralne odgovornosti ni možno določiti z načeli ali predpisati v obliki dolžnosti; možno jo je samo privzgojiti ali sprožiti v posamezniku/ medicinski sestri zavedanje njene pomembnosti v odnosu do drugega. Za to je potrebno znanje in moralnoetično izoblikovano okolje. Odgovornost za bolnika kot sestavina skrbi mora postati samoiniciativna kakovost posamezne medicinske sestre.

Kompetentnost je v zdravstveni negi na fizični ravni osnovana na razdelitvi del in nalog med posameznimi zdravstvenimi delavci. Na etični ravni bi mora-

la biti kompetentnost enaka pri vseh vključenih v medsebojni odnos z bolnikom.

Vloga zdravstvene nege, ki izhaja iz koncepta odzivnosti, ne predstavlja le ugotavljanja odziva bolnika na neposredno izvajanje zdravstvene nege, ampak posega tudi na etično področje. Odzivnost, ki po Trontu (1993) pomeni tudi zaznavanje možnega neetičnega ravnanja z bolnikom, ki je v stanju ranljivosti, se odraža v moralnoetični vlogi medicinske sestre kot zagovornice bolnika. Tukaj pa medicinske sestre, ki izhajajo iz etike skrbi in neposrednega povezovanja z bolnikom, dostikrat trčijo na etično ravnanje, ki izhaja iz druge teoretične osnove – deontologije, kar sproža razhajanje vrednot, dilemo o pravilnosti osvojenih vrednot, vprašanje pomena medsebojnega povezovanja in nenazadnje tudi vprašanja o pomenu lastne profesionalne identitete.

## Zaključek

V zaključku lahko najprej ugotovimo, da je v zdravstveni negi prvenstveno uporabna etična teorija etika skrbi, ker se neposredno povezuje z osnovno vlogo zdravstvene nege pri bolniku – s profesionalno skrbjo. Profesionalna skrb je vse, kar vsebuje medsebojni odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Skrb ima neskončno število posameznih sestavin in odgovornost za zagotavljanje »dobrega« v medsebojnem odnosu tudi.

Medicinska sestra se ne more izogniti etični odgovornosti, ki izhaja iz deontologije. Načela o dobronamernosti, neškodovanju, spoštovanju avtonomije in pravičnosti ter spoštovanje dostojanstva so temeljna etična načela biomedicinske etike, ki je medicinske sestre vodila pri etičnem odločanju dolga desetletja. Čeprav se v določenem obsegu povezujejo bolj z odvisno in soodvisno vlogo v zdravstveni negi, so še vedno pomembna za zagotavljanje etičnega odnosa do bolnika. Vendar medicinske sestre dobro ne zazna-

jo svoje etične vloge skozi teorijo, ki »jim ni pisana na kožo«, zato je v izobraževanje nujno treba vključiti teorijo o etiki skrbi, ker bodo le v njej medicinske sestre najlažje našle svojo etično identiteto.

Zaradi razhajanja, ki ga sprožajo različna teoretična izhodišča etičnega ravnanja, in zaradi potreb bolnikov po humani, individualni in res etični praksi, pa bi bilo dobro, da bi etiko skrbi kot teoretično vsebino vključili v izobraževalne programe vseh zdravstvenih delavcev.

## Literatura

1. Bandman EL, Bandman B. Nursing ethics through the life span. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1990.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press, 1994.
3. Bishop AH, Scudder JR. The practical, moral and personal sense of nursing: a phenomenological philosophy of practice. New York: State University of NY Press, 1990.
4. Gilligan C. In a Different voice. 35<sup>th</sup> ed. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
5. Burkhardt MA, Nathaniel AK. Ethics & issues in contemporary nursing. Albany: Demar Publishers, 1998.
6. Johns JL. A concept analysis of trust. J Adv Nurs 1996; 24: 76–83.
7. Morella GL. Kant's false basis for ethics - the preeminence of autonomous self. Modern philosophy. <http://www.personal.psu.edu/staff/e/j/ejm1/morella/m060>
8. Šmitek J. Etika in etična razmišljanja slovenskih medicinskih sester. V: Klemenc D (ur), Pahor M (ur). Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, dne 4. Decembra 2001. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2001.
9. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1998; 32: 127–38.
10. Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethics of care. London: Routledge, 1993.
11. Walker MU. Moral understandings: a feminist study in ethics. London: Routledge, 1998.
12. Walsh M. Models and critical pathways in clinical nursing: conceptual frameworks for care planning. 2<sup>nd</sup> ed. London: Bailliere Tindall, 1998.
13. Yeo M, Moorhouse A. Concepts and cases in nursing ethics. 2<sup>nd</sup> ed. Peterborough: Broadview Press, 1996.