

The background of the entire cover is a dense, repeating pattern of stylized line art. It depicts numerous figures, likely representing students or scholars, wearing traditional academic or clerical robes and caps. The figures are rendered in a minimalist, geometric style with white outlines. Most are white, but a few are filled with a solid blue color, creating a subtle visual rhythm. The figures are arranged in various poses, some walking, some standing, creating a sense of a busy, historical academic environment.

VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO
Higher Education Centre Novo mesto
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO
Faculty of Health Sciences Novo mesto

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
Zbornik prispevkov

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference

Novo mesto, 10. november 2016

VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO
Higher Education Centre Novo mesto
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO
Faculty of Health Sciences Novo mesto

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

Zbornik prispevkov
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference
10. november 2016

Novo mesto 2017

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

Izdala in založila/Publisher ©

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto/Faculty of Health Sciences Novo mesto

Uredila/Editor

Dr. Nevenka Kregar Velikonja

Recenzirali/Peer Reviewers

Mag. Ljiljana Leskovic, dr. Jasmina Starc

Lektoriral/Proofread by

Za jezikovno neoporečnost so odgovorni avtorji prispevkov.

Naslovnica/Title page

Bojan Nose

Tehnična urednika/Tehcnical Editors

Brigita Jugovič, Bojan Nose

Naklada/Printing

150 izvodov / 150 Issues

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)(086.034.44)

CELOSTNA obravnava pacienta [Elektronski vir] = Holistic approach to the patient : zbornik prispevkov = conference proceedings : mednarodna znanstvena konferenca = international scientific conference, 10. november 2016 / [uredila Nevenka Kregar Velikonja]. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2017

ISBN 978-961-94049-6-6

1. Vzp. stv. nasl. 2. Kregar-Velikonja, Nevenka

290502144

Etične dileme in konflikti pri obravnavi pacienta v nujni medicinski pomoči

UDK 616-083.98:174

KLJUČNE BESEDE: etika, etične dileme, etični konflikti, nujna medicinska pomoč

POVZETEK - Vsi zaposleni v zdravstvu se srečujejo z etičnimi dilemami in konflikti pri oskrbi ljudi, ki so v stiski, in tudi zaposleni v nujni medicinski pomoči niso izjema. Delo na omenjenem področju je edinstveno in je pod vplivom številnih dejavnikov, ki povzročajo različne etične konflikte v primerjavi z drugimi področji dela. Člani ekipe nujne medicinske pomoči se pri svojem delu vsakodnevno srečujejo z raznovrstnimi bolniki, ki imajo bodisi kvalitativne ali kvantitativne motnje zavesti, so okuženi s spolno prenosljivimi boleznimi ali pa so močno opiti. Številne situacije na terenu lahko v zaposlenih vzpodbudijo etične dileme, konflikte oz. probleme. Ekipe reševalcev se mora pri kritično bolni osebi hitro odločati, da bi lahko preprečila smrt oz. trajno invalidnost pacienta. Zaradi narave dela reševalnih ekip lahko pogosta etična vprašanja postanejo bolj zapletena v primerjavi z drugimi področji dela. Pomembno je, da so vsi člani reševalne ekipe dobro pripravljeni na reševanje etičnih dilem in konfliktov, saj lahko ti še bolj zapletejo že tako težko situacijo. Le z ustreznim znanjem in usposobljenostjo se bodo lahko kar najbolje odločali tako zase kot za bolnika, ki potrebuje pomoč.

UDC 616-083.98:174

KEY WORDS: ethics, ethical dilemmas, ethical conflicts, emergency medical service

ABSTRACT - All employees in the healthcare sector are faced with ethical dilemmas and conflicts when treating people in need, and employees in the emergency medical service units are no exception. Working in the mentioned workplace is unique and, in comparison with other areas of work in health care, it is influenced by a number of factors that cause a variety of ethical conflicts. On a daily basis, the emergency medical service team meets different patients, having either qualitative or quantitative consciousness disorder, being infected with sexually transmitted diseases or under a strong influence of alcohol. Numerous situations during fieldwork can induce ethical dilemmas, conflicts or problems in employees. In the case of critically ill people, the rescue team needs to make the decisions quickly in order to prevent death or permanent disability of the patient. Due to the rescue team's nature of work, common ethical issues can actually prove more complex in comparison with other work areas. Therefore, it is important that all members of the rescue team are well prepared to resolve ethical dilemmas and conflicts, otherwise they can further complicate an already difficult situation. Only with the appropriate knowledge and skills, the rescue team will be able to make the best decisions for themselves, as well as for the patient in need.

1 Uvod

Člani ekipe nujne medicinske pomoči se pri svojem delu dnevno srečujejo z raznovrstnimi bolniki, ki imajo bodisi kvalitativne ali kvantitativne motnje zavesti, so okuženi s spolno prenosljivimi boleznimi ali pa močno opiti. Nekateri izmed njih so lahko nenaklonjeni reševalni ekipi in zavračajo zdravstveno oskrbo. Težave lahko povzročajo tudi njihovi svojci, ki se prav tako ne morejo sprijazniti z spremembo zdravstvenega stanja svojih bližnjih, zato lahko v določenih primerih pričakujemo verbalno, včasih pa celo fizično nasilje nad ekipo NMP. Številne situacije na terenu lahko v zaposlenih vzpodbudijo etične dileme, konflikte oz. probleme.

Moralno-etične dileme izhajajo iz situacije, ki vključujejo nasprotujoča prepričanja o tem, kaj je prav oziroma katero dejanje naj bi bilo pravilno. Konflikt lahko nastane med dvema ali več etičnimi načeli in vsaka možna rešitev lahko vsebuje nezaželene rezultate za eno ali drugo stran (Cohen, 2006). Razlika med etično dilemo in problemom je v tem, da ima problem potencialno rešitev, medtem ko je etična dilema nima (Tschudin, 2004).

Vsi zaposleni v zdravstvu se srečujejo z etičnimi konflikti pri oskrbi ljudi, ki so v stiski, in tudi zaposleni v NMP niso izjema. Delo na omenjenem področju je edinstveno in je pod vplivom številnih dejavnikov, ki povzročajo različne etične konflikte v primerjavi z drugimi področji dela. Ti dejavniki so: oddaljenost od virov (človeških, materialnih, informacijskih), izpostavljenost javnosti, prisotnost na kraju zločina, oskrba bolnika na njegovem domu, delo v majhni skupini (Sandman in Nordmark, 2006).

2 Etične dileme članov ekipe nujne medicinske pomoči

Zaposleni v NMP se pri svojem delu pogosto soočajo z kaotičnimi, nevarnimi in neobvladljivimi elementi, ki tvorijo edinstveno kompleksnost, s katero se bolnišničnemu osebju ni potrebno soočati (Nelsen, 1997 cit. po Bremer idr., 2015). Odločanje v izrednih situacijah ustvarja velik pritisk in nelagodje med ekipo NMP še posebno takrat, ko je potrebno obravnavati etične dileme (Sandman in Nordmark, 2006).

Ekipe NMP mora pri kritično bolni osebi svoje odločitve sprejemati hitro z namenom preprečitve smrti oz. preprečitve trajne invalidnosti pacienta. Zaradi narave njihovega dela lahko pogosta etična vprašanja postanejo bolj zapletena v primerjavi z drugimi področji dela. (Pauls idr., 2004). Poleg tega ekipe NMP pogosto nimajo časa za ustrezno analizo nastale situacije, zato so metode etičnega odločanja še toliko bolj pomembne (Hughes, 2004).

Pri oskrbi oz. zdravljenju pacienta se lahko ekipa NMP sooči z etičnimi dilemami, ki jih bomo opisali v nadaljevanju.

Etične dileme se lahko navezujejo na procese, ki se odvijajo pred odhodom na nujno intervencijo. Osnovno etično načelo je pravičnost, ki narekuje enake možnosti za vse. Etična dilema nastane, kadar se soočamo s številnimi klici na pomoč, vendar za to nimamo na razpolago dovolj reševalnih vozil. Prav tako so ekipe NMP postavljene pred enako dejstvo ob množični nesreči, kjer na oskrbo čakajo številni pacienti. Velik del nujnih intervencij ekipe NMP opravijo pri brezdomcih, narkomanih, alkoholikih, idr. Ko ekipa NMP izve, da bo nujno intervencijo opravila pri rizični skupini lahko nevede začne izvajati stigmatizacijo, ki vpliva na procese oskrbe in zdravljenje (Erbay, 2014). Kot zadnje lahko omenimo altruistične reševalce, ki svoje življenje in varnost preostale ekipe NMP ogrožajo z nevarno vožnjo reševalnega vozila z namenom hitrejšega prihoda k osebi, ki potrebuje pomoč.

S svojo hitro vožnjo želijo zmanjšati čas, ki je pomemben dejavnik pri prognozi nenadno obolele ali poškodovane osebe (Iserson, 2006).

Etične dileme vezane na uporabo in zlorabo nujne medicinske pomoči: Backer in sod. (2013) navajajo etične dileme v smislu zlorabe reševalnih vozil, sporočanju slabe novice, smrti, zlorabe otrok, starejše populacije. Ena izmed najzahtevnejših dilem je transport pacienta brez zdravstvenega zavarovanja.

Etične dileme ob koncu življenja: pri pacientih v terminalni fazi bolezni se lahko pojavi razlika med pričakovanji pacienta in ekipe NMP glede zdravstvene oskrbe. Pacienti pričakujejo obširno zdravstveno obravnavo, ki pa vedno ni mogoča. Vsekakor je potreben empatičen odnos do takšnih pacientov (Jacobs idr., 2008).

Cilj etičnega odločanja je spoznati in ločiti pravilne odločitve od nepravilnih v nejasnih situacijah. Ko presojava vrednote, se zavedamo, da ima vsak svoj sistem vrednot, ki je nastal pod vplivom kulturnega, verskega in političnega prepričanja, življenjskih izkušenj, izobrazbe in podobno. Poleg osebnega sistema vrednot ima vsak izvajalec zdravstvene nege tudi poklicni sistem vrednot (Železnik, 2001).

3 Etični konflikti članov ekipe nujne medicinske pomoči

Vzroke etičnih konfliktov med ekipo NMP in pacientom lahko razdelimo na 9 področij: pacientova odločnost, pacientov interes, strokovna vloga in samoidentiteta, strokovni ideali, zdravstveno osebje, navzoče osebe, organizacijska struktura in upravljanje virov, družbeni ideali, ostale službe – gasilci, policija (Sandman in Nordmark, 2006).

Hurst in sod. (2007) ugotavljajo, da so najpogostejše in najtežje klinično-etične situacije povezane s spoštovanjem pacientove avtonomije in odločitev ob koncu življenja. Študije, ki so bile izvedene v Ameriki, Švedski in Španiji ugotavljajo, da so etične dileme in konflikti v prehospitalnem okolju v porastu (Bremer, 2015). Adams in sod. so že leta 1992 ugotovili, da so etični konflikti prisotni pri 14,4 % nujnih intervencij. Začetek oživljanja v prehospitalnem okolju - odločitev DNR (ne pristopi k oživljanju) je eden izmed najpogostejših etičnih konfliktov, s katerimi se srečujejo reševalci (Heilicser, 1996).

Prisotnost družinskih članov pri oživljanju: Erbay (2014) navaja, da je prisotnost družinskih članov pri oživljanju eden izmed etičnih konfliktov, medtem ko Mian in sod. 2007, ugotavljajo, da so sorodniki, ki so prisostvovali pri oživljanju doživljali ugodne učinke.

Triaža je eno izmed pomembnejših področij v urgentni medicini, ki odpira mnogo etičnih vprašanj. Večina izobraževalnih sistemov poudarja največjo korist, katerega pomen je težko standardizirati oz. opredeliti. Ali so prioritetni bolniki glede na starost in pričakovano življenjsko dobo ter na drugi strani triažne odločitve ljudje, ki so prispevali več k sami družbi (Erbay, 2014).

Odnosi med člani ekipe NMP in odnosi z ostalimi zdravstvenimi delavci: različna mnenja o obravnavi nenadno obbolele osebe lahko vodijo v etične konflikte. Pojavi se

vprašanje, kaj je najboljšo za pacienta, na odločitve pa vplivajo tako individualni kot profesionalni dejavniki (Gunnarsson idr., 2009).

Ekipa NMP se lahko sooča s pacientom, ki zavrača zdravljenje. Pojavi se etični konflikt, ki se nanaša na spoštovanje pacientove avtonomije. Prav tako ne moremo v kratkem času oceniti, ali je pacient zmožen samostojnega odločanja. Kot drugo lahko pacient zavrne prevoz v regionalno bolnišnico. Pojavi se etični konflikt med pacientovo željo in dolžnostjo ekipe NMP. Pacient pričakuje, da se lahko njegove zdravstvene težave rešijo na domu z ustreznim zdravstvenim posegom, čemur lahko ekipa NMP nasprotuje (Erbay, 2014).

4 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je preveriti teoretična spoznanja s področja soočanja in obravnave etičnih dilem ter konfliktov, s katerimi se srečujejo zaposleni v nujni medicinski pomoči. Cilj raziskave je ugotoviti, ali se zaposleni v nujni medicinski pomoči srečujejo z etičnimi dilemami in konflikti ter s kom se pogovarjajo o njih. Prav tako želimo raziskati, katere etične dileme za zaposlene v nujni medicinski pomoči predstavljajo večjo obremenitev pri nadaljnjih odločitvah obravnave pacienta.

5 Metode

Pri izdelavi prispevka smo uporabili deskriptivno oz. opisno metodo dela s študijem domače in tuje literature, ki smo jo iskal v naslednjih podatkovnih bazah: CINAHL, COBISS, MEDLINE, Pubmed,. Uporabljene ključne besede so: etika (angl. Ethics), etične dileme (angl. Ethical dilemmas), etični konflikti (angl. Ethical conflicts), nujna medicinska pomoč (angl. Emergency medical service). Empirični del je izveden s pomočjo anketnega vprašalnika. Raziskava je bila presečnega tipa. Pilotska študija ni bila izvedena.

5.1 Opis vzorca

Med zaposlene v NMP (Črnomelj, Metlika, Novo mesto) je bilo razdeljenih 80 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih in pravilno izpolnjenih je bilo 60, iz česar sledi, da je bila realizacija vzorca 75 %. V raziskavi je sodelovalo 37 moških (61,7 %) in 23 žensk (38,3 %). Anketni vprašalnik je izpolnilo 29 zdravstvenih tehnikov/tehnic (48,3 %). Med zaposlenimi z visokošolsko izobrazbo je anketni vprašalnik izpolnilo 15 diplomiranih zdravstvenikov/med. sester (25 %). V raziskavi je sodelovalo tudi 16 zdravnikov (26,7 %). Anketiranci so povprečno v nujni medicinski pomoči zaposleni 12 let in 4 mesece.

5.2 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami sta uporabljena t-test za neodvisna vzorca in ANOVA. Za statistično analizo podatkov in grafično ponazoritev smo uporabili računalniški program SPSS 20.0.

6 Rezultati

Tabela 1: Srečevanje z etičnimi dilemami

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>	<i>Cumulative Percent</i>
Valid	Da	60	100,0	100,0	100,0

Iz Tabele 1 je razvidno, da se vse poklicne skupine zaposlene v nujni medicinski pomoči pri svojem delu srečujejo z etičnimi dilemami. Nihče od anketiranih ni odgovoril, da se z etičnimi dilemami ne srečuje.

Tabela 2: Pogovor o etičnih dilemah

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>	<i>Cumulative Percent</i>
Valid	Da	57	95,0	95,0	95,0
	Ne	3	5,0	5,0	100,0
	Skupaj	60	100,0	100,0	

Iz Tabele 2 je razvidno, da se večina anketirancev pogovarja o etičnih dilemah (95 % anketiranih), samo 3 vprašani (5 %) so zanikali, da se s komerkoli pogovarjajo o etičnih dilemah, ki se jim pojavljajo na delovnem mestu.

Tabela 3: Pogovor o etičnih dilemah glede na delovno mesto

		<i>S kom se pogovarjate o etičnih dilemah</i>				<i>Skupaj</i>
		<i>Ožji družinski člani</i>	<i>Z reševalci (zt, dipl. zn.)</i>	<i>Z zdravniki</i>	<i>Drugo</i>	
Izobrazba	ZT	3	18	7	1	29
	DMS	2	10	3	0	15
	Zdravnik	1	2	12	1	16
Skupaj		6	30	22	2	60

Iz Tabele 3 je razvidno, da se zdravstveni tehniki v 62 % o svojih etičnih dilemah pogovarjajo z isto poklicno skupino. Podobne rezultate (66 %) ugotavljamo pri diplomiranih zdravstvenikih/med. sestrah, ki se prav tako o svojih etičnih dilemah pogovarjajo z isto poklicno skupino. Zdravniki svoje etične dileme najrajši zaupajo drugemu zdravniku (75 %). Če združimo poklicni skupini (zdravstvene tehnike in diplomirane zdravstvenike/ med. sestre) ugotovimo, da se 88,6 % pogovorov o etičnih dilemah odvija znotraj iste poklicne skupine.

V nadaljevanju naše raziskave nas je zanimalo, s katerimi etičnimi dilemami se zaposleni v nujni medicinski pomoči težje oz. lažje soočajo pri svojem delu. Na prvih dveh mestih opazamo inverzijo težavnosti etičnih dilem med poklicnimi skupinami.

Zdravstveni tehniki (PV = 3,59) in diplomirani zdravstveniki/med. sestre (PV = 3,33) najtežje etične dileme doživljajo ob odločitvah opustitve temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja, medtem ko je za zdravnike (PV = 4,06) najtežje sporočanje slabe novice oz. smrti. Zdravniki etične dileme glede opustitve temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja uvrščajo na drugo mesto (PV = 4,38), zdravstveni tehniki (PV = 3,59) in diplomirani zdravstveniki/med. sestre (PV = 3,93) na drugo mesto uvrščajo sporočanje slabe novice oz. smrti. Diplomirani zdravstveniki/med. sestre (PV = 5,00) in zdravniki (PV = 4,81) v ospredje postavljajo etične dileme vezane na neprofesionalen odnos svojih sodelavcev, medtem ko za zdravstvene tehnike (PV = 5,79) omenjene etične dileme ne predstavljajo večjih težav in jih uvrščajo na 7 mesto po težavnosti. Razporejanje prostih ekip NMP večjo težavnost predstavlja zdravstvenim tehnikom (PV = 5,59) in diplomiranim zdravstvenikom/med. sestre (PV = 5,67) kot zdravnikom (PV = 6,63), kar je razumljivo iz vidika, da omenjenega dela zdravniki praktično ne opravljajo. Ugotavljamo, da tako zdravstveni tehniki (PV = 7,14), diplomirani zdravstveniki/med. sestre (PV = 7,20) in zdravniki (PV = 6,75) etične dileme v povezavi z zasebnostjo oz. intimnostjo pacienta uvrščajo na zadnje oz. predzadnje mesto po težavnosti etičnih dilem.

Tabela 4: T-test neodvisnih spremenljivk etičnih dilem med zdravstvenimi tehnikami in diplomiranimi zdravstveniki/med. sestrami

	<i>Levenov test ekvivalentnosti varianc</i>		<i>T-test za ekvivalentnost aritmetičnih sredin</i>			
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Razlika PV</i>	<i>St. napaka razlik</i>
Razporejanje prostih ekip NMP	10,44	0,055	-0,037	0,942	-0,080	1,099
Triaža pacientov	1,16	0,287	-0,877	0,386	-0,846	0,965
Zavrnitev zdravljenja s strani pacienta	2,14	0,150	-0,322	0,749	-0,228	0,707
Sporočanje slabe novice - smrti	0,38	0,537	-0,460	0,648	-0,347	0,754
Nudenje NMP rizični skupini	1,86	0,179	-1,173	0,247	-1,129	0,962
Opustitev TPO in DPO	0,61	0,436	0,130	0,897	0,115	0,884
Agresivno zdravljenje terminalnega pacienta	0,29	0,591	0,057	0,955	0,060	1,052
Neprofesionalen odnos sodelavca/ke	0,01	0,921	1,182	0,244	0,966	0,817
Neuspešno obvladovanje bolečine	0,05	0,823	1,989	0,053	1,480	0,744
Zasebnost oz. intimnost pacienta	4,59	0,124	-0,078	0,939	-0,062	0,800

Iz Tabele 4 je razvidno, da je v primeru vseh dejavnikov etičnih dilem predpostavka o homogenosti varianc izpolnjena. P-vrednost t-testa za ekvivalentnost aritmetičnih sredin je večja kot 0,05, zato lahko za omenjene dejavnike trdimo, da se med zdravstve-

nimi tehniki in diplomiranimi zdravstveniki/med. sestrami ne pojavljajo statistično pomembne razlike v oceni težavnosti etičnih dilem.

Tabela 5: T-test neodvisnih spremenljivk etičnih dilem med zdravstvenimi tehnikami in zdravniki

	<i>Levenov test ekvivalentnosti varianc</i>		<i>T-test za ekvivalentnost aritmetičnih sredin</i>			
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>RazlikaPV</i>	<i>St. napaka razlik</i>
Razporejanje prostih ekip NMP	2,535	0,119	-1,175	0,247	-1,039	0,884
Triaža pacientov	0,28	0,599	-0,408	0,685	-0,379	0,929
Zavrnitev zdravljenja s strani pacienta	0,31	0,579	0,566	0,574	0,422	0,747
Sporočanje slabe novice - smrti	0,58	0,448	-0,577	0,567	-0,476	0,825
Nudenje NMP rizični skupini	0,25	0,619	-0,922	0,362	-0,862	0,935
Opustitev TPO in DPO	0,97	0,330	-1,083	0,285	-0,927	0,856
Agresivno zdravljenje terminalnega pacienta	0,36	0,547	0,500	0,620	0,543	1,087
Neprofesionalen odnos sodelavca/ke	0,55	0,459	1,354	0,183	1,153	0,851
Neuspešno obvladovanje bolečine	0,04	0,828	1,942	0,059	1,414	0,728
Zasebnost oz. intimnost pacienta	2,26	0,139	0,478	0,635	0,388	0,812

Iz Tabele 5 je razvidno, da je v primeru vseh dejavnikov etičnih dilem predpostavka o homogenosti varianc izpolnjena. P-vrednost t-testa za ekvivalentnost aritmetičnih sredin je večja kot 0,05, zato lahko za omenjene dejavnike trdimo, da se med zdravstvenimi tehnikami in zdravniki ne pojavljajo statistično pomembne razlike v oceni težavnosti etičnih dilem.

Iz Tabele 6 je razvidno, da je v primeru vseh dejavnikov etičnih dilem predpostavka o homogenosti varianc izpolnjena. P-vrednost t-testa za ekvivalentnost aritmetičnih sredin je večja kot 0,05, zato lahko za omenjene dejavnike trdimo, da se med diplomiranimi zdravstveniki/med. sestrami in zdravniki ne pojavljajo statistično pomembne razlike v oceni težavnosti etičnih dilem.

Hipoteza 1: Povprečna ocena težavnosti etičnih dilem se med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči glede na izobrazbo statistično pomembno razlikujejo. Hipotezo v celoti zavrnamo.

Tabela 6: T-test neodvisnih spremenljivk etičnih dilem med diplomiranimi zdravstveniki/med. sestrami in zdravniki

	<i>Levenov test ekvivalentnosti varianc</i>		<i>T-test za ekvivalentnost aritmetičnih sredin</i>			
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>RazlikaPV</i>	<i>St. napaka razlik</i>
Razporejanje prostih ekip NMP	4,48	0,088	-0,768	0,449	-0,958	1,248
Triaza pacientov	0,27	0,601	0,409	0,685	0,467	1,140
Zavrnitev zdravljenja s strani pacienta	0,40	0,529	0,839	0,408	0,650	0,774
Sporočanje slabe novice - smrti	2,01	0,166	-0,146	0,885	-0,129	0,885
Nudenje NMP rizični skupini	0,35	0,556	0,224	0,824	0,267	1,188
Opustitev TPO in DPO	0,01	0,920	-0,921	0,365	-1,042	1,131
Agresivno zdravljenje terminalnega pacienta	2,42	0,130	0,451	0,655	0,483	1,072
Neprofesionalen odnos sodelavca/ke	0,69	0,410	0,195	0,847	0,188	0,964
Neuspešno obvladovanje bolečine	0,12	0,727	-0,076	0,940	-0,067	0,873
Zasebnost oz. intimnost pacienta	0,24	0,624	0,597	0,555	0,450	0,753

Vse tri poklicne skupine se nagibajo k višji povprečni vrednosti glede vključevanja polnoletnih družinskih članov v proces oživljanja svojca, medtem ko ugotavljamo nižje povprečne vrednosti vseh treh poklicnih skupin pri vključevanju mladoletnih družinskih članov v proces oživljanja njihovega svojca. Povprečna razlika med skupinami v oceni vključevanja polnoletnih in mladoletnih oseb v proces oživljanja je 1,02 točki. Glede pogovora s svojci ali pacientom o NPO (ne prični z oživljanjem) se vse tri poklicne skupine delno strinjajo, da je omenjeni pogovor potreben. Z nizko povprečno oceno celotnega vzorca ($PV = 2,7$), zaposleni v NMP niso najbolj naklonjeni učenju zahtevnih medicinsko tehničnih intervencij študentov na pacientu, ki je v srčnem zastoju. Zdravstveni tehniki ($PV = 3,87$) in zdravniki ($PV = 3,68$) so bolj naklonjeni oživljanju pacienta zaradi ohranitve organov v primerjavi z diplomiranimi zdravstveniki/med. ses. ($PV = 3,31$). Glede oživljanja pacienta po poskusu samomora so si vse 3 poklicne skupine enotne in se delno strinjajo z omenjeno trditvijo. Opažamo, da so diplomirani zdravstveniki/med. sestre najbolj naklonjeni oživljanju takih pacientov, kar izkazujejo z najvišjo povprečno oceno, ki je 3,81.

Ugotavljamo, da so podatki v celotnem vzorcu normalno porazdeljeni in da je varianca homogena. S tem smo izpolnili predpostavke za test ANOVO, ki je pokazal, da med različnimi poklicnimi skupinami v NMP obstajajo statistično pomembne razlike glede oživljanja pacienta z dolгим dostopnim časom ekipe NMP ($p = 0,020$ pri $\alpha = 0,05$).

Hipoteza 2: Položaj na delovnem mestu vpliva na pojavljanje etičnih dilem pri oskrbi pacienta v nujni medicinski pomoči. Hipotezo potrdimo.

Tabela 7: ANOVA test spremenljivk izven bolnišničnega oživljanja pacienta

	<i>Levenov test ekvivalentnosti varianc</i>		<i>ANOVA</i>		<i>Zdravstveni tehnik</i>	<i>Dipl. zn. / med. sestra Dipl. zn. / med. sestra</i>	<i>Zdravnik/ca</i>
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Povprečje</i>
Vključevanje polnoletnih družinskih članov v proces oživljanja svojca.	,327	,722	,797	,456	3,43	3,80	3,44
Oživljanje pacienta zaradi ohranitve organov (darovalec).	1,038	,361	1,502	,231	3,87	3,31	3,68
Pogovor s svojci o NPO (ne prični z oživljanjem).	,361	,698	,099	,906	3,48	3,47	3,31
Oživljanje pacienta po poskusu samomora.	2,595	,083	1,393	,257	3,13	3,81	3,50
Oživljanje pacienta z dolgim dostopnim časom ekipe NMP.	,666	,518	4,200	,020	3,52	2,80	3,88
Vključevanje mladoletnih družinskih članov v proces oživljanja svojca.	,537	,588	,642	,530	2,31	2,60	2,69
Pogovor s pacientom o NPO (ne prični z oživljanjem).	,368	,694	1,486	,235	2,97	3,47	3,38
Študent se uči izvajati zahtevne medicinsko tehnične intervencije na pacientu v srčnem zastoju.	1,192	,311	,008	,992	2,69	2,73	2,70

7 Razprava

V raziskavi ugotavljamo, da obstajajo statistično pomembne razlike med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči glede oživljanja pacienta z dolgim dostopnim časom (več kot 20min). Zavedati se je potrebno, da omenjeni pacient nima niti najmanjših možnosti preživetja, če mu niso bili nudeni temeljni dodatni postopki oživljanja s strani očividcev, saj vsaka zamujena minuta predstavlja 10% manj možnosti za preživetje.

Odločitev o pričetku oz. prenehanju oživljanja v izven bolnišničnem okolju je običajno težja v primerjavi z znotraj bolnišničnim srčnim zastojem (Backer idr., 2013). Specifični izzivi so pomanjkanje zadostnih, jasnih informacij o pacientovih željah in vrednotah, pridruženih boleznih in osnovnem zdravstvenem status (Ranola idr., 2014). World Medical Association (WMA) definira nesmiselno zdravljenje kot tisto zdravljenje, ki »razumsko ne ponuja upanja za okrevanje ali izboljšanje« ali po katerem je »pacient trajno nezmožen izkusiti kakršnokoli korist«. Oživljanje se smatra za nesmiselno, ko so možnosti za dobro kvalitetno preživetje minimalne (Waisel idr., 1995). Odločitev opustitve oživljanja, ne potrebuje soglasja pacienta ali njegovih bližnjih, saj imajo ti pogosto nerealna pričakovanja o verjetnosti uspeha (Soholm idr., 2014). Svojcem je potrebno razložiti, da opustitev oživljanja ne pomeni, da bo bolnik ignoriran ali zapostavljen, temveč je njihov namen zaščititi pacienta pred škodo, ki bi vplivala na kvaliteto njegovega življenja (Blinderman idr., 2012).

V 80ih letih je postal koncept prisotnosti družinskega člana pri oživljanju sprejeta praksa v mnogih državah. Večina sorodnikov in staršev, ki so bili prisotni med poskusi oživljanja, bi ponovno želela narediti enako (Boie idr., 1999). Opazovanje oživljanja lahko koristi družinskim članom pri zmanjšanju krivde ali razočaranja, omogoča jim čas, da sprejmejo dejstvo smrti in pomaga v prestajanju procesu žalovanja (Eichhorn idr., 2001). V literaturi ne obstajajo podatki, ki bi podpirali skrb, da bodo družinski člani zaradi svoje prisotnosti pri oživljanju čustveno prizadeti oz. da, bi se vtikali v postopke zdravstvene oskrbe njihovega svojca (Robinson idr., 1998). Glede na navedene podatke lahko zaključimo, da je vključevanje svojcev v proces oživljanja pomembno zaradi pozitivnih učinkov, ki se pokažejo v obdobju žalovanja.

Vsi člani ekipe nujne medicinske pomoči so z relativno nizko oceno strinjanja ocenili etično dilemo učenja študentov na nedavno umrlih pacientih. Glede učenja na nedavno umrlih osebah obstajajo raznolika mnenja: od nasprotovanja takšnim dejanjem zaradi naravnega spoštovanja do pokojnika (Bulow idr., 2008) do sprejemanja neinvazivnih postopkov, ki ne puščajo večjih sledi (Berger idr., 2005). Spet drugi so zagovorniki kakršnihkoli usposabljanj na preminulih, saj naj bi bil trening veščin ključnega pomena za dobro obravnavo bodočih pacientov (Morag idr., 2005). Vsekakor je potrebno upoštevati veljavno pravno zakonodajo, regionalna in lokalna bolnišnična pravila (Bossaert idr., 2015).

8 Sklep

Spoprijemanje z etičnim dilemami in konflikti v NMP ni enostavna naloga. V človeku namreč spodbujajo različne občutke. Določene situacije, s katerimi se srečujejo zaposleni v NMP, še dolgo pustijo svoj pečat in jih ni lahko pozabiti. Pomembno je, da so vsi člani urgentne ekipe dobro pripravljeni na reševanje etičnih dilem in konfliktov, saj lahko ti še bolj zapletejo že tako težko situacijo. Le z ustreznim znanjem in usposobljenostjo bomo lahko sprejemali najboljše odločitve tako zase kot za bolnika, ki potrebuje pomoč.

LITERATURA

1. Adams, J. G., Arnold, R., Siminoff, L. and Wolfson, A. B. (1992). Ethical conflicts in the prehospital setting. *Ann Emerg Med.*, 21 (10), 1259–1265.
2. Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint, S. B., Jonsson, A. and Suserud, B. O. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emerg Nurse.*, 13 (8), 30–36.
3. Becker, T. K., Gausche, H. M., Aswegan, A. L., Baker, E. F., Bookman, K. J., Bradley, R. N., De Lorenzo, R. A. and Schoenwetter, D. J. (2013). Ethical Challenges in Emergency Medical Services: Controversies and Recommendations. *Prehosp Disaster Med.*, 28 (5), 488–497.
4. Berger, J. T., Rosner, F. in Cassell, E. J. (2002). Ethics of practicing medical procedures on newly dead and nearly dead patients. *J Gen Intern Med.*, 17 (10), 774–778.
5. Blinderman, C. D., Krakauer, E. L. and Solomon, M. Z. (2012). Time to revise the approach to determining cardiopulmonary resuscitation status. *JAMA*, 307 (9), 917–918.
6. Boie, E. T., Moore, G. P., Brummett, C. and Nelson, D. R. (1999). Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med.*, 34 (1), 70–74.
7. Bossaerta, L. L., Perkins, G. D., Askitopouloud, H., Raffayf, V. I., Greifg, R., Haywoodh, K. L., Mentzelopoulou, S. D., Nolan, J. P., Voordek, P. V. and Xanthosm, T. T. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 95 (5), 302–311.
8. Bremer, A., Jimenez, H. M., Axelsson, C., Burjales, M. D., Sandman, L., Casali, G. L. (2015). Ethical values in emergency medical services: A pilot study. *Nurs Ethics.*, 22 (8), 928–942.
9. Bülow, H. H., Sprung, C., Reinhart, K., Prayag, S., Du, B., Armaganidis, A., Abroug, F., Levy, M. M. (2008). The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med.*, 34 (3), 423–430.
10. Cohen, J. S. and Erickson, M. J. (2006). Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs.*, 10 (6), 775–782.
11. Eichhorn, D. J., Meyers, T., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E. and Calvin, A. O. (2001). Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *Am J Nurs.*, 101 (5), 48–55.
12. Erbay, H. (2014). Some Ethical Issues in Prehospital Emergency Medicine. *Turk J Emerg Med.*, 14 (4), 193–198.
13. Gunnarsson, B. M. and Stomberg, M. W. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *Int Emerg Nurs.*, 17 (2), 83–89.
14. Heilicser, B., Stocking, C. and Siegler, M. (1996). Ethical dilemmas in emergency medical services: the perspective of the emergency medical technician. *Ann Emerg Med*, 27 (2), 239–243.
15. Hughes, J. A. (2004). Ethics in the emergency department. *Acad Emerg Med.*, 11 (9), 995–996.
16. Hurst, S. A., Perrier, A., Pegoraro, R., Theil, S. R., Forde, R., Slowther, A. M., Mayer, E. G., Danis, M. (2007). Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *J Med Ethics.*, 33 (1), 51–57.
17. Iserson, K. V. (2006). Ethical principles - emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am.*, 24 (3), 513–545.
18. Jacobs, L. M., Burns, K. and Jacobs, B. B. (2008). Views of the Public and Trauma Professionals on Death and Dying From Injuries. *Arch Surg.*, 143 (8), 730–735.
19. Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J. and Tancredi, D. (2007). Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Crit Care Nurse.*, 27 (1), 52–61.
20. Morag, R. M., DeSouza, S., Steen, P. A., Salem, A., Harris, M., Ohnstad, O., Fosen, J. T. and Brenner, B. E. (2005). Performing procedures on the newly deceased for teaching purposes: what if we were to ask? *Arch Intern Med.*, 165 (1), 92–96.
21. Pauls, M., McRae, A., Campbell, S.G. and Dungey, P. (2004). Ethics in the trenches: Part 2. Case studies of ethical challenges in emergency medicine. *CJEM*, 6 (5), 363–366.

22. Ranola, P. A., Merchant, R. M., Perman, S. M., Khan, A. M., Gaieski, D., Caplan, A. L. and Kirkpatrick, J. N. (2014). How long is long enough, and have we done everything we should? Ethics of calling codes. *J Med Ethics.*, 41 (8), 663–666.
23. Robinson, S. M., Mackenzie, R. S., Campbell, H. G. L., Egleston, C. V. and Prevost, A.T. (1998). Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet*, 352 (9143), 614–617.
24. Sandman, L. and Nordmark, A. (2006). Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nurs Ethics.*, 13 (6), 592–607.
25. Søholm, H., Bro-Jepesen, J., Lippert, F. K., Køber, L., Wanscher, M., Kjaergaard, J. and Hassager, C. (2014). Resuscitation of patients suffering from sudden cardiac arrests in nursing homes is not futile. *Resuscitation*, 85 (3), 369–375.
26. Tschudin, V. (2004). *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Ljubljana: Educy.
27. Waisel, D. B. and Truog, R. D. (1995). The cardiopulmonary resuscitation not indicated order: futility revisited. *Ann Intern Med.*, 122 (1), 304–308.
28. Železnik, D. (2001). Podajanje etičnih vsebin študentom na visoki zdravstveni šoli Univerze v Mariboru. V I. Vidmar (ur.). *Etika in poslovna kultura v zdravstveni negi* (str. 22–27). Nova Gorica: društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica.