Proces donošenja odluka u vezi s njegom djece/odraslih - razlike u stavovima zdravstvenih djelatnika

Majher, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:884884

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva

Valentina Majher

PROCES DONOŠENJA ODLUKA U VEZI S NJEGOM DJECE/ODRASLIH – RAZLIKA U STAVOVIMA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

Završni rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva

Valentina Majher

PROCES DONOŠENJA ODLUKA U VEZI S NJEGOM DJECE/ODRASLIH – RAZLIKA U STAVOVIMA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

Završni rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren na Klinici za pedijatriju i Klinici za kirurgiju Kliničkog bolničkog centra Osijek. Mentorica rada: izv. prof. dr. sc. Vesna Milas, prim. dr. med.

Rad ima 30 listova, 8 tablica i 3 slike.

Zahvala

Zahvaljujem mentorici, izv. prof. dr. sc. Vesni Milas, prim. dr. med., koja je pratila proces pisanja završnog rada i svojim znanjem savjetovala me tijekom provođenja istraživanja i pisanja rada te me usmjeravala prema završetku studija. Također zahvaljujem obitelji i prijateljima na podršci tijekom cijelog školovanja i završetka studija.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. Bioetika 1
1.2. Etička promišljanja na području intenzivnog liječenja djece 2
1.3. Uloga medicinske sestre u donošenju etičkih odluka 2
1.4. Upravljanje problemima i odlučivanje 3
2. CILJ ISTRAŽIVANJA 4
3. ISPITANICI I METODE 5
3.1. Ustroj studije 5
3.2. Ispitanici 5
3.3. Metode 5
3.4. Statističke metode 6
4. REZULTATI 7
5. RASPRAVA 18
6. ZAKLJUČAK 25
7. SAŽETAK 26
8. SUMMARY 27
9. LITERATURA 28
10. ŽIVOTOPIS 30

POPIS TABLICA

Naziv tablice **broj stranice**

Tablica 1. Obrazovna razina ispitanika 8

Tablica 2. Zanimanje ispitanika 8

Tablica 3. Radni staž ispitanika 9

Tablica 4. Osnovni statistički deskriptivni parametri za tvrdnje vezane za postupke medicinske sestre/tehničara koji utječu na donošenje odluka u vezi provođenja zdravstvene njege 10

Tablica 5. Frekvencije kod tvrdnji vezanih za postupke medicinske sestre/tehničara koji utječu na donošenje odluka u vezi provođenja zdravstvene njege (%) 11

Tablica 6. Relativna frekvencija kod tvrdnji prema radnome mjestu ispitanika 12

Tablica 7. Povezanost tvrdnji s radnim mjesto 14

Tablica 8. Povezanost tvrdnji s drugim demografskim značajkama ispitanika 15

1. UVOD

Pojam *etika* dolazi iz stare Grčke – *ethos*, što označava običaj, narav, naviku. Uz razvitak filozofije i njezinih grana došlo je i do razvoja praktične filozofije, gdje su se uklopile etika i estetika. Poželimo li razumjeti što je etika, onda bismo je mogli definirati kao znanost koja izučava moral, njegove izraze, razvoj, teorije, načela i norme. S obzirom na to, etika se „uvukla“ u mnoge grane, pa tako i u medicinu nazivajući se medicinskom etikom. Zbog izrazito velikog područja, medicinska etika se podijelila na nekoliko grana, obuhvaćajući i etiku u sestrinstvu. Povijest i porijeklo ove grane medicinske etike nije još točno definirano, ali možemo reći kako je stvorena u primjeni njege za bolesne i nemoćne te ozlijeđene i ranjene. Kako je napredovala profesija sestrinstva, tako se i etika u sestrinstvu počela uzdizati i formirati, no taj je proces još u tijeku. Možemo reći da je etika u sestrinstvu započela još kada je i Florence Nightingale obučavala žene u medicinske sestre. Ona je tražila određene vrline u svojim štićenicama, jer medicinska sestra je osoba „koja se posvetila uzvišenom idealu činiti dobro i ispravno“ (ICN, 1994.). Zbog ovih vrlina, stvorila se određena etika u sestrinstvu koja je određivala medicinske sestre kao odgovorne, uredne, hrabre, požrtvovne, prisebne, majčinski nježne te pokorne liječniku. Taj odnos medicinska sestra – liječnik, gdje su sestre pokorne liječniku, nažalost, još se i danas događa, iako smo već u 21. stoljeću gdje se sestrinstvo uzdiglo kao samostalna profesija (1). Zabilježeno je da se medicinske sestre često nalaze u situaciji etičke dileme u svojoj praksi, a u vezi toga postoji vrlo malo provedenih istraživanja koja bi pomogla u rješavanju ovog problema. Obrazovne ustanove bi trebale više razraditi etiku u sestrinstvu te razvijati kod medicinskih sestara moralne vizije, promišljanja i intuiciju, također i određene sposobnosti, poput kritičkog razmišljanja, političke i društvene snalažljivosti (2).

1.1. Bioetika

Pojam bioetike prvi se put pojavio 1970. godine. Dolazi od dviju grčkih riječi: *bios* što označava život i *ethikos* – etika, pa možemo reći da bioetika proučava „etiku života“(3). Kako bismo to bolje shvatili, možemo reći da bioetika obuhvaća pružanje ljubavi i dobrote prema ljudima te općenito prema životu. „Bioetičku ljubav možemo razmatrati kao samoljubav (autonomija), ljubav prema drugima (pravednost), kao voljenje života (neškodljivost) i kao voljenje drugoga (dobročinstvo).“ Već 20-ak godina u upotrebi je sljedeća definicija bioetike: „Bioetika je sustavno proučavanje ljudskog ponašanja na

području znanosti o životu i zdravstvene skrbi, ukoliko je to ponašanje ispitivano u svjetlu moralnih vrijednosti i načela“ (4). Tako nas određeni etički principi dovode do filozofskog razmišljanja i svjesnog promišljanja o moralnoj problematici (5). Načelo ljubavi podrazumijeva autonomiju pojedinca pri donošenju odluka te pravednost koja uključuje poštovanje takvog prava drugima (4).

1.2. Etička promišljanja na području intenzivnog liječenja djece

Napredak medicine je potaknuo i sami razvitak bioetike; novi načini dijagnostike i liječenja, novi lijekovi i aparati doveli su do niza etičkih pitanja, posebno kada se radi o najmlađim pacijentima. Etičke dileme pojavljuju se kod intenzivnog liječenja teško bolesne djece koja imaju ugroženo vitalno stanje s nepredvidivim ishodom. Na primjer, ako djeca rođena sa spinom bifidom nakon poroda nisu operirana i ne prežive, dolazi do teške retardacije te se tako etički opravdava izostanak kirurškog i intenzivnog liječenja. „Ako shvaćamo da je i takvo dijete ljudsko biće koje ima više ili manje razvijenu kognitivno-emocionalnu komunikaciju s okolinom, da se većina njih može na svoj način uključiti u život, onda izgleda da je jedino prihvatljivo i etično rješenje da se takva djeca liječe rano kirurškim i intenzivnim metodama liječenja, kao i druga djeca s izoliranom kongenitalnom malformacijom, da bi se postigla za njih što bolja kvaliteta života.“ Postavljaju se kompleksne medicinske i etičke dileme te za brojne nema idealnog rješenja. Kako god bilo, činjenica je da odluku mora donijeti liječnik, a takve odluke mogu biti krivično osuđene, pa mnogi liječnici tu odgovornost prebacuju na etičko povjerenstvo, što je pogrešno. Donošenje odluka vezanih za medicinske postupke, pa i medicinska i pravna odgovornost, pripadaju isključivo liječniku koji mora donijeti najbolja medicinska, pa time i etična rješenja (4).

1.3. Uloga medicinske sestre u donošenju etičkih odluka

Istraživanja koja su pokazala važnost etike u sestrinstvu započela su još prije 60-ak godina. Dokazano je da medicinske sestre imaju najviše problema za moralno pitanje odnosa liječnik – sestra i obrnuto te odnosa s pacijentima. „Prije petnaestak godina (1980., 1987. i 1988.) počela su serioznija etička istraživanja u sestrinstvu. Ta su istraživanja bila usredotočena na pitanja sposobnosti medicinskih sestara da donose moralne sudove te na njihova uža profesionalna etička pitanja.“ Kasnije oko 1989. i 1992. godine postavljaju se pitanja o vrijednosnim stavovima koji mogu utjecati na moralno prosuđivanje. Među novijim istraživanjima više nije toliko zanimanje za etičke percepcije, moral i izobrazbu sestara, već je središte pažnje na donošenju etičkih odluka. U praksi se više istražuje liječnička uloga u

donošenju odluka, a vrlo mala, skoro pa neznatna pažnja uloga medicinskih sestara. Međutim, istina je da sestre imaju veliku važnost u prepoznavanju moralnih vrijednosti i donošenju etičkih odluka ili pak sudjelovanju u razumijevanju i uvažavanju takvih odluka koje donose pacijenti i njihove obitelji te liječnici. Stručnjaci predviđaju da će u idućem stoljeću sestrinska etika doživjeti svoju kulminaciju, očekuje se da će medicinske sestre imati veću ulogu i odgovornost u skrbi za pacijente, pa time i u donošenju etičkih odluka, što će rezultirati većom potrebom za provođenjem istraživanja (1). Medicinske sestre se često dovode u situaciju kada neku određenu moralnu radnju moraju potkrijepiti jakim argumentima. Argumenti moraju biti utemeljeni na znanju i iskustvu. „Etička razmišljanja, etička pravila, principi i teorije pomažu u procjeni potrebnoj za donošenje etičkih odluka“ (6).

1.4. Upravljanje problemima i odlučivanje

Medicinska sestra u svojem poslu često dolazi do određenih problema te u situaciju kada mora na temelju podataka donijeti za to predviđenu najbolju moguću odluku. Kako bi došla do najboljeg rješenja, potrebno je detaljno analizirati problem, zatim predvidjeti sve moguće prednosti i nedostatke te imati na umu da ima više prednosti, nego nedostataka. Moguće rizike uvijek treba uzeti u obzir te imati za njih spremna rješenja ako se pojave. Stoga je teško donositi odluke u okolini gdje dolazi do brzih promjena; tada je potrebno pogledati sve iz „ptičje perspektive“, odnosno sagledati cjelinu. Vrlo je važno i evaluirati, pratiti provedbu odluke, jer moguće je da dobra odluka propadne zbog nedostatka evaluacije. Ubrzano donošenje odluka može dovesti do fatalnih pogrešaka. Usporeno i previše oprezno odlučivanje, predugo analiziranje i „igra na sigurno“ također dovode do pogrešnih odluka. Poželjno je biti u „zlatnoj sredini“ između ova dva načina odlučivanja. Čimbenici koji sudjeluju u razvoju odluke, hoće li ona biti laka ili teška, jesu:

1. vrijeme od nastanka problema i njegova prepoznavanja – što je kraće, to je donošenje odluka lakše
2. razlika između mogućnosti i potreba – poželjnije je povećati sredstva, ali obično se smanje potrebe
3. okolina – ako je brzo promjenjiva, tada je teže donositi odluke (7).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Ciljevi istraživanja su:

• ispitati stavove zdravstvenih djelatnika o procesu donošenja odluka u vezi s njegom djece/odraslih osoba

• ispitati postoje li razlike s obzirom na dob, spol, mjesto boravka, obrazovanje i socijalno stanje.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija.

3.2. Ispitanici

Za potrebe ovog istraživanja korišteno je jednokratno, konkluzivno istraživanje na uzorku od 93 ispitanika. Ispitanike su činile dvije skupine:

- medicinske sestre/tehničari Klinike za pedijatriju
- medicinske sestre/tehničari Klinike za kirurgiju.

3.3. Metode

Rezultati istraživanja prikupljali su se osobno podijeljenim anketnim upitnikom. Uzorak je bio namjerni, a s ispitanicima se komuniciralo osobno. Anketa je u potpunosti bila anonimna i u njoj su ispitanici isključivo dobrovoljno sudjelovali. Važno je napomenuti kako je svaki ispitanik samo jednom bio u mogućnosti ispuniti anketni upitnik. Svi ispitanici bili su upoznati s temom istraživanja. Odgovori su se prikupljali dva tjedna, nakon čega je zaključen upitnik i time su u istraživanje bila uključena 93 odgovora. Upitnik se sastojao od općih epidemioloških podataka, a osim pitanja vezanog za kliniku na kojoj je ispitanik zaposlen, anketni upitnik obuhvaćao je i pitanja o spolu, dobi, mjestu boravka, obrazovanju, zanimanju, visini mjesečnog prihoda te radnom stažu. Pitanja u anketnom upitniku bila su koncipirana na sljedeći način:

- dva pitanja otvorenog tipa na koja se odgovaralo jednom riječju
- šest pitanja zatvorenog tipa pri čemu je bilo potrebno zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora
- dvadeset tvrdnji (koje se odnose na postupke medicinske sestre te čimbenike koji utječu na donošenje odluka u vezi provođenja zdravstvene njege) kod kojih je ispitanik određivao stupanj slaganja s navedenim tvrdnjama i to od 1 (u potpunosti se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem).

Nakon prikupljenih odgovora uslijedila je statistička obrada rezultata u SPSS programu.

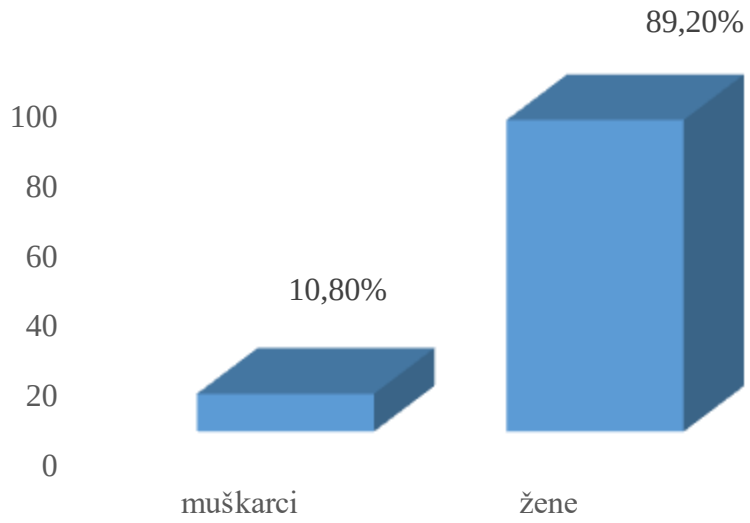
3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i/ili relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su srednjom vrijednosti i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijede normalnu te medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Napravljena je i korelacijska analiza Pearsonovim korelacijskim testom, a razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

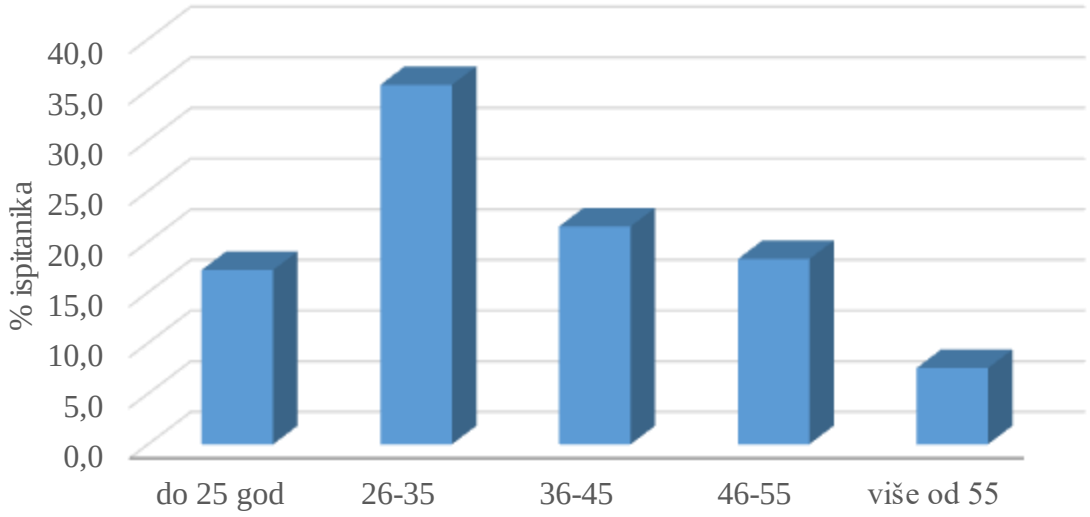
Iako je prvotno bilo planirano uključiti u istraživanje 120 ispitanika (60 ispitanika s Klinike za pedijatriju i 60 ispitanika s Klinike za kirurgiju), ukupno su prikupljena 93 odgovora i to 45 odgovora od zdravstvenih djelatnika s Klinike za kirurgiju (48,4 %) i 48 odgovora zdravstvenih djelatnika Klinike za pedijatriju (51,6 %) .

U istraživanje je bilo uključeno daleko više žena nego muškaraca, što možemo vidjeti prikazano grafički. (Slika 1.)



Slika 1. Spolna struktura ispitanika (%)

Dobna struktura ispitanika: najveći broj ispitanika bio je u dobi od 26 do 35 godina, a najmanji broj starijih od 55 godina. (Slika 2.)



Slika 2. Dobna struktura ispitanika (%)

Što se tiče mjesta boravka, 48 ispitanika (51,6 %) živi u gradu, 19 (20,4 %) u prigradskom naselju, a njih 26 (28,0 %) na selu.

Na obrazovnoj razini ispitanika najveći je broj ispitanika srednje stručne spreme, a najmanje je visoke stručne spreme. (Tablica 1.)

Tablica 1. Obrazovna razina ispitanika

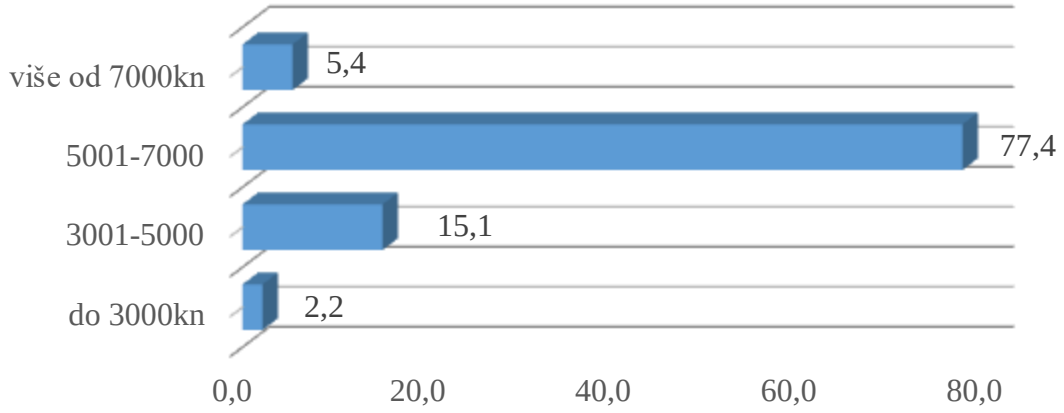
		Frekvencija	**%**
Obrazovna razina	SSS	62	67
	VŠS	28	30
	VSS	3	3
	Ukupno	93	100

Zanimanja ispitanika gotovo u potpunosti odgovaraju odgovorima u prethodnom pitanju, samo što je jedan ispitanik s višom stručnom spremom odgovorio da radi na poslovima medicinske sestre/tehničara. (Tablica 2.)

Tablica 2. Zanimanje ispitanika

		Frekvencija	**%**
Zanimanje	Medicinska sestra/tehničar	63	68
	Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva	27	29
	Magistar/magistra sestrinstva	3	3
	Ukupno	93	100

Mjesečni prihodi kod ispitanika su najviše između 5001 kn i 7000 kn što je vidljivo na narednoj slici. (Slika 3.)



Slika 3. Osobni mjesečni prihodi ispitanika (%)

Rezultati radnog staža ispitanika prikazani su u narednoj tablici. (Tablica 3.)

Tablica 3. Radni staž ispitanika

		Frekvencija	**%**
Radni staž	do 5 god.	21	23
	6 – 15	29	31
	16 – 25	16	17
	više od 25	27	29
	Ukupno	93	100

Nakon pitanja u anketnom upitniku vezanih za opće epidemiološke podatke, uslijedilo je pitanje s 20 tvrdnji koje su odnosile na postupke medicinske sestre/tehničara te čimbenike koji utječu na donošenje odluka u vezi provođenja zdravstvene njege. Pri tome su ispitanici izražavali stupanj slaganja s pojedinim tvrdnjama ocjenama od 1 do 5 pri čemu je ocjena 1 značila da se s navedenom tvrdnjom uopće ne slažu, a ocjena 5 da se s tvrdnjom u potpunosti slažu. Svi osnovni statistički deskriptivni parametri za 20 tvrdnji prikazani su u narednoj tablici.

Tablica 4. Osnovni statistički deskriptivni parametri za tvrdnje vezane za postupke medicinske sestre/tehničara koji utječu na donošenje odluka u vezi provođenja zdravstvene njege

	Minimum	Maksimum	Aritmetička sredina	Standardna devijacija
Bitni elementi u odlučivanju su potrebna znanja i vještine medicinskog osoblja.	3	5	4,7	0,6
Interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi.	2	5	4,3	0,7
Pacijenti mi ne trebaju izgovoriti kako se osjećaju – razumijem ih i bez riječi.	1	5	3,3	1,2
Sposobnost primjećivanja osobnih emocija korisna mi je u situacijama donošenja odluka u poslu.	1	5	4,1	0,8
Ako sam zabrinut(a) zbog neke važne situacije u privatnom životu, ne mogu se koncentrirati na posao.	1	5	2,4	1,3
Empatija povećava vjerojatnost da će pacijent slijediti savjete i upute.	1	5	3,9	1,0
Razgovor s obitelji je manje važan od pružanja zdravstvene njege.	1	4	2,2	1,1
Zbog opsega posla medicinske sestre, ne mogu odvojiti vrijeme isključivo za komunikaciju s obitelji i pacijentom.	1	5	3,5	1,2
Lakše je donositi odluke vezane za odrasle pacijente.	1	5	3,5	1,1
Roditelji/skrbnici ometaju kvalitetno donošenje odluka.	1	5	3,1	1,1
Bol i patnja pacijenta uvelike utječu na moju odluku u procesu zdravstvene njege.	1	5	3,2	1,2
Razgovor s obitelji pacijenta s lošom prognozom emotivno me opterećuje te riskiram da i sam(a) dođem u negativno emocionalno stanje.	1	5	3,0	1,2
Smrt pacijenta utječe na moj psihički status.	1	5	3,4	1,2
Nakon smrti pacijenta, dugo razmišljam bi li bilo bolje da sam drukčije postupio/postupila.	1	5	2,6	1,3
Izbjegavajući komunikaciju s obitelji teško bolesnih, s lošom prognozom ili umirućih pacijenata, izbjegavam sukob osobnih osjećaja i potrebne objektivnosti.	1	5	2,5	1,2
Često donesem pogrešnu odluku zbog empatije prema pacijentu.	1	4	1,6	0,9
Prije donošenja odluke prvo razmislim o mogućim posljedicama.	2	5	4,1	0,9
Obitelj sudjeluje u većini odluka vezanih za pacijenta.	1	5	3,4	1,1
Obitelj je uključena u zdravstvenu njegu pacijenta.	1	5	3,4	1,2
Informiranost obitelji putem nestručnih izvora (interneta) doprinosi lošoj odluci pri njezi pacijenta.	1	5	3,6	1,1

Sve dobivene frekvencije pojedinih tvrdnji prikazane su u narednoj tablici. (Tablica 5.)

Tablica 5. Frekvencije kod tvrdnji vezanih za postupke medicinske sestre/tehničara koji utječu na donošenje odluka u vezi provođenja zdravstvene njege (%)

	Udio ispitanika (%)				
*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Bitni elementi u odlučivanju su potrebna znanja i vještine medicinskog osoblja.	0	0	8	17	**75**
Interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi.	0	1	12	41	**46**
Pacijenti mi ne trebaju izgovoriti kako se osjećaju – razumijem ih i bez riječi.	10	14	29	**31**	16
Sposobnost primjećivanja osobnih emocija korisna mi je u situacijama donošenja odluka u poslu.	1	1	18	**42**	38
Ako sam zabrinut(a) zbog neke važne situacije u privatnom životu, ne mogu se koncentrirati na posao.	**33**	25	14	23	5
Empatija povećava vjerojatnost da će pacijent slijediti savjete i upute.	2	4	26	**36**	32
Razgovor s obitelji je manje važan od pružanja zdravstvene njege.	**40**	20	25	15	0
Zbog opsega posla medicinske sestre, ne mogu odvojiti vrijeme isključivo za komunikaciju s obitelji i pacijentom.	9	12	**27**	**27**	26
Lakše je donositi odluke vezane za odrasle pacijente.	9	4	**34**	30	23
Roditelji/skrbnici ometaju kvalitetno donošenje odluka.	11	12	**43**	27	8
Bol i patnja pacijenta uvelike utječu na moju odluku u procesu zdravstvene njege.	14	12	26	**36**	13
Razgovor s obitelji pacijenta s lošom prognozom emotivno me opterećuje te riskiram da i sam(a) dođem u negativno emocionalno stanje.	18	11	**33**	32	5
Smrt pacijenta utječe na moj psihički status.	10	13	26	**30**	22
Nakon smrti pacijenta, dugo razmišljam bi li bilo bolje da sam drukčije postupio/postupila.	**29**	16	24	28	3
Izbjegavajući komunikaciju s obitelji teško bolesnih, s lošom prognozom ili umirućih pacijenata, izbjegavam sukob osobnih osjećaja i potrebne objektivnosti.	29	19	**32**	15	4
Cesto donesem pogrešnu odluku zbog empatije prema pacijentu.	**63**	15	16	5	0
Prije donošenja odluke prvo razmislim o mogućim posljedicama.	0	4	19	**34**	42
Obitelj sudjeluje u većini odluka vezanih za pacijenta.	8	8	**39**	26	20
Obitelj je uključena u zdravstvenu njegu pacijenta.	10	13	26	**30**	22
Informiranost obitelji putem nestručnih izvora (interneta), doprinosi lošoj odluci pri njezi pacijenta.	7	7	30	**37**	20

*1 = uopće se ne slažem, 2 = djelomično se ne slažem, 3 = niti se slažem niti se ne slažem, 4 = djelomično se slažem, 5 = u potpunosti se slažem

Međutim, izvan cjelokupno sagledanih dobivenih rezultata, zanimljivo je bilo analizirati postoje li razlike u stupnju slaganja ispitanika s navedenim tvrdnjama, ovisno o tome jesu li

zaposleni na Klinici za kirurgiju ili Klinici za pedijatriju. Dobiveni rezultati prikazani su u narednoj tablici. (Tablica 6.)

Tablica 6. Relativna frekvencija kod tvrdnji prema radnome mjestu ispitanika

		Udio ispitanika (%)				
	*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Bitni elementi u odlučivanju su potrebna znanja i vještine medicinskog osoblja.	kirurgija	0	0	13	15	**71**
	pedijatrija	0	0	2	19	**79**
Interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi.	kirurgija	0	2	13	**44**	40
	pedijatrija	0	0	10	38	**52**
Pacijenti mi ne trebaju izgovoriti kako se osjećaju – razumijem ih i bez riječi.	kirurgija	11	20	**38**	22	9
	pedijatrija	8	8	21	**40**	23
Sposobnost primjećivanja osobnih emocija korisna mi je u situacijama donošenja odluka u poslu.	kirurgija	2	0	31	**42**	24
	pedijatrija	0	2	6	42	**50**
Ako sam zabrinut(a) zbog neke važne situacije u privatnom životu, ne mogu se koncentrirati na posao.	kirurgija	**33**	24	20	16	7
	pedijatrija	**33**	25	8	29	4
Empatija povećava vjerojatnost da će pacijent slijediti savjete i upute.	kirurgija	2	7	31	**40**	20
	pedijatrija	2	2	21	31	**44**
Razgovor s obitelji je manje važan od pružanja zdravstvene njege.	kirurgija	20	27	**33**	20	0
	pedijatrija	**58**	15	17	10	0
Zbog opsega posla medicinske sestre, ne mogu odvojiti vrijeme isključivo za komunikaciju s obitelji i pacijentom.	kirurgija	4	7	**42**	27	20
	pedijatrija	13	17	13	27	**31**
Lakše je donositi odluke vezane za odrasle pacijente.	kirurgija	4	0	24	**38**	33
	pedijatrija	13	8	**44**	23	13
Roditelji/skrbnici ometaju kvalitetno donošenje odluka.	kirurgija	13	7	**42**	31	7
	pedijatrija	8	17	**44**	23	8
Bol i patnja pacijenta uvelike utječu na moju odluku u procesu zdravstvene njege.	kirurgija	7	9	**40**	31	13
	pedijatrija	21	15	13	**40**	13

Razgovor s obitelji pacijenta s lošom prognozom emotivno me opterećuje te riskiram da i sam(a) dođem u negativno emocionalno stanje.	kirurgija	16	7	**44**	33	0
	pedijatrija	21	15	23	**31**	10
Smrt pacijenta utječe na moj psihički status.	kirurgija	9	22	27	**36**	7
	pedijatrija	10	4	25	25	**35**
Nakon smrti pacijenta, dugo razmišljam bi li bilo bolje da sam drukčije postupio/postupila.	kirurgija	**33**	20	22	24	0
	pedijatrija	25	13	25	**31**	6
Izbjegavajući komunikaciju s obitelji teško bolesnih, s lošom prognozom ili umirućih pacijenata, izbjegavam sukob osobnih osjećaja i potrebne objektivnosti.	kirurgija	27	16	**40**	18	0
	pedijatrija	**31**	23	25	13	8
Često donesem pogrešnu odluku zbog empatije prema pacijentu.	kirurgija	**51**	20	22	7	0
	pedijatrija	**75**	10	10	4	0
Prije donošenja odluke prvo razmislim o mogućim posljedicama.	kirurgija	0	2	16	**49**	33
	pedijatrija	0	6	23	21	**50**
Obitelj sudjeluje u većini odluka vezanih za pacijenta.	kirurgija	2	13	**47**	29	9
	pedijatrija	13	2	**31**	23	**31**
Obitelj je uključena u zdravstvenu njegu pacijenta.	kirurgija	16	9	**36**	33	7
	pedijatrija	4	17	17	27	**35**
Informiranost obitelji putem nestručnih izvora (interneta) doprinosi lošoj odluci pri njezi pacijenta.	kirurgija	9	0	29	**42**	20
	pedijatrija	4	13	**31**	**31**	21

*1 = uopće se ne slažem, 2 = djelomično se ne slažem, 3 = niti se slažem niti se ne slažem, 4 = djelomično se slažem, 5 = u potpunosti se slažem

U rezultatima, 11 od 20 tvrdnji bilo je povezano s radnim mjestom koje će uputiti tablica 7.

Tablica 7. Povezanost tvrdnji s radnim mjestom

	P*
Pacijenti mi ne trebaju izgovoriti kako se osjećaju – razumijem ih i bez riječi.	0,044
Sposobnost primjećivanja osobnih emocija korisna mi je u situacijama donošenja odluka u poslu.	0,008
Razgovor s obitelji je manje važan od pružanja zdravstvene njege.	0,003
Zbog opsega posla medicinske sestre, ne mogu odvojiti vrijeme isključivo za komunikaciju s obitelji i pacijentom.	0,014
Lakše je donositi odluke vezane za odrasle pacijente.	0,007
Bol i patnja pacijenta uvelike utječu na moju odluku u procesu zdravstvene njege.	0,024
Razgovor s obitelji pacijenta s lošom prognozom emotivno me opterećuje te riskiram da i sam(a) dođem u negativno emocionalno stanje.	0,047
Smrt pacijenta utječe na moj psihički status.	0,003
Prije donošenja odluke prvo razmislim o mogućim posljedicama.	0,039
Obitelj sudjeluje u većini odluka vezanih za pacijenta.	0,006
Obitelj je uključena u zdravstvenu njegu pacijenta.	0,002

*Pearsonov hi-kvadrat test

Svega po jedna tvrdnja od 20 tvrdnji bila je povezana s mjestom boravka, obrazovanja, zanimanja i mjesečnog prihoda. (Tablica 8.)

Tablica 8. Povezanost tvrdnji s drugim demografskim značajkama ispitanika

		P*
Spol	Lakše je donositi odluke vezane za odrasle pacijente.	0,022
	Prije donošenja odluke prvo razmislim o mogućim posljedicama.	0,013
	Obitelj sudjeluje u većini odluka vezanih za pacijenta.	0,040
Dob	Bol i patnja pacijenta uvelike utječu na moju odluku u procesu zdravstvene njege.	0,007
	Prije donošenja odluke prvo razmislim o mogućim posljedicama.	0,022
Mjesto boravka	Nakon smrti pacijenta, dugo razmišljam bi li bilo bolje da sam drukčije postupio/postupila.	0,014
Obrazovanje	Interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi.	0,029
Zanimanje	Interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi.	0,018
Mjesečni prihod	Sposobnost primjećivanja osobnih emocija korisna mi je u situacijama donošenja odluka u poslu.	0,004
Radni staž	Ako sam zabrinut(a) zbog neke važne situacije u privatnom životu, ne mogu se koncentrirati na posao.	0,042
	Bol i patnja pacijenta uvelike utječu na moju odluku u procesu zdravstvene njege.	0,001
	Smrt pacijenta utječe na moj psihički status.	0,025

*Pearsonov hi-kvadrat test

5. RASPRAVA

Istraživanje je pokazalo kako su muškarci naklonjeniji mišljenju da je lakše donositi odluke vezane za odrasle pacijente, nego što su tom mišljenju naklonjenije žene. Također, ovisne varijable su spol i činjenica razmisle li ispitanici prije donošenja odluke o mogućim posljedicama, a rezultati istraživanja upućuju na to kako su muškarci skloniji razmišljanju o mogućim posljedicama odluka, dok žene češće donose ishitrene odluke. Rezultati istraživanja upućuju na to kako su žene sklonije tome da obitelj sudjeluje u većini odluka vezanih za pacijenta, nego što su tome skloni muškarci. Istraživanje je provedeno u Švedskoj na liječnicima i medicinskim sestrama koje rade na području gerijatrije i kirurgije, kako bi se ispitala razlika u moralnom razmišljanju, pokazalose da nema razlike u spolu (8). Međutim, u drugom istraživanju provedenom u Milanu na 100 studenata zdravstvenog studija pokazalo se da ipak muškarci više razgledaju situaciju kada donose neku moralnu prosudbu i etičku odluku (9).

Što se dobi tiče, istraživanje je pokazalo kako su mlađi djelatnici daleko emotivnije vezani za pacijente te na njih bol i patnja pacijenta daleko više utječu u procesu zdravstvene njege nego što utječu na starije zdravstvene djelatnike. Osim toga, dob i razmišljanje o budućim posljedicama vode na zaključak da stariji zaposlenici daleko manje razmišljaju o posljedicama prije donošenja odluke nego što razmišljaju mlađi zdravstveni djelatnici. Istraživanje provedeno u Iranu na medicinskim sestrama nije pokazalo da se percepcija pri donošenju odluka smanjuje tijekom godina (10).

Povezanost između mjesta boravka i razmišljanja bi li bilo bolje da se nakon neke odluke drukčije odlučilo, pokazalo je da su zdravstveni djelatnici koji žive u gradu ili prigradskim naseljima daleko skloniji tvrdnji da nakon smrti pacijenta ne razmišljaju što bi bilo da su drugačije postupili, dok su zdravstveni djelatnici koji žive na selu daleko skloniji razmišljanju nakon smrti pacijenta jesu li mogli drugačije postupiti.

Između obrazovanja i tvrdnje „Interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi“ postoji povezanost. Porastom razine obrazovanja raste i mišljenje ispitanika kako interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi. Istraživanje provedeno u Iranu također prikazuje kako je medicinskim sestrama teško donositi neke etičke odluke, pa im znatno pomaže konzultacija s ostalim članovima tima (11).

Tvrdnja „Interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi“ međusobno je ovisna i s varijablom zanimanja, te rezultati upućuju na to kako su prvostupnici sestrinstva i magistri sestrinstva daleko skloniji tvrdnji kako interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi.

Mjesečni prihod i tvrdnja „Sposobnost primjećivanja osobnih emocija korisna mi je u situacijama donošenja odluka u poslu“, pokazali su kako zdravstveni djelatnici s višim mjesečnim primanjima u daleko većoj mjeri ističu kako im je primjećivanje emocija pacijenata korisno u donošenju odluka.

Što se radnog staža tiče, povezanost postoji kod tri tvrdnje. Između varijable radnog staža i tvrdnje „Ako sam zabrinut(a) zbog neke važne situacije u privatnom životu, ne mogu se koncentrirati na posao“, a rezultati istraživanja upućuju na to kako se djelatnici s duljim radnim stažem, ako su zabrinuti iz privatnog razloga, daleko teže mogu koncentrirati na posao i to na njih daleko više utječe nego što to stvara problem djelatnicima s kraćim radnim stažem. Međutim, djelatnici s manje radnog staža skloniji su tome da bol i patnja pacijenta utječe na njihove odluke u procesu zdravstvene njege, nego što bol i patnja pacijenta utječu na djelatnike s dužim radnim stažem. Zanimljivo je kako su rezultati istraživanja pokazali kako smrt pacijenta daleko više utječe na psihički status zdravstvenih djelatnika s dužim radnim stažem nego kod djelatnika s kraćim radnim stažem, no pretpostavka za to je da se i djelatnici s manje staža u nešto manjoj mjeri susreću sa smrti pacijenta nego stariji djelatnici. Istraživanje provedeno u Turskoj na zdravstvenim djelatnicima pokazalo je kako postoji veća osjetljivost na etička pitanja u djelatnika s većim radnim iskustvom (12).

Istraživanje je pokazalo kako se ispitanici u najmanjoj mjeri slažu s tvrdnjom kako često donesu pogrešnu odluku zbog empatije prema pacijentu. Odmah potom slijedi neslaganje s tvrdnjom kako je razgovor s obitelji manje važan od pružanja zdravstvene njege, te kako se na posao ne mogu koncentrirati ako su zabrinuti zbog neke važne situacije u privatnom životu. Nasuprot neslaganju s tim tvrdnjama, istraživanje je pokazalo kako se najveći broj ispitanika slaže s tvrdnjom da su bitni elementi u odlučivanju potrebna znanja i vještine medicinskog osoblja da interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi, te da ispitanici prije donošenja odluke najprije razmisle o posljedicama.

Većina ispitanika u potpunosti se složila s dvije tvrdnje:

- Bitni elementi u odlučivanju su potrebna znanja i vještine medicinskog osoblja.
- Interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi.

Većina ispitanika djelomično se složila sa sljedećim tvrdnjama:

- Pacijenti mi ne trebaju izgovoriti kako se osjećaju – razumijem ih i bez riječi.
- Sposobnost primjećivanja osobnih emocija korisna mi je u situacijama donošenja odluka u poslu.
- Empatija povećava vjerojatnost da će pacijent slijediti savjete i upute.
- Zbog opsega posla medicinske sestre, ne mogu odvojiti vrijeme isključivo za komunikaciju s obitelji i pacijentom.
- Bol i patnja pacijenta uvelike utječu na moju odluku u procesu zdravstvene njege.
- Smrt pacijenta utječe na moj psihički status.
- Prije donošenja odluke prvo razmislim o mogućim posljedicama.
- Obitelj je uključena u zdravstvenu njegu pacijenta.
- Informiranost obitelji putem nestručnih izvora (interneta), doprinosi lošoj odluci pri njezi pacijenta.

Većina ispitanika neodlučna je odnosno nije se ni složila ni odbacila sljedeće tvrdnje:

- Zbog opsega posla medicinske sestre, ne mogu odvojiti vrijeme isključivo za komunikaciju s obitelji i pacijentom.
- Lakše je donositi odluke vezane za odrasle pacijente.
- Roditelji/skrbnici ometaju kvalitetno donošenje odluka.
- Razgovor s obitelji pacijenta s lošom prognozom emotivno me opterećuje te riskiram da i sam(a) dođem u negativno emocionalno stanje.
- Izbjegavajući komunikaciju s obitelji teško bolesnih, s lošom prognozom ili umirućih pacijenata, izbjegavam sukob osobnih osjećaja i potrebne objektivnosti.
- Obitelj sudjeluje u većini odluka vezanih za pacijenta.

Većina ispitanika uopće se nije složila sa sljedećim tvrdnjama:

- Ako sam zabrinut(a) zbog neke važne situacije u privatnom životu, ne mogu se koncentrirati na posao.
- Razgovor s obitelji je manje važan od pružanja zdravstvene njege.
- Nakon smrti pacijenta, dugo razmišljam bi li bilo bolje da sam drukčije postupio/postupila.
- Često donesem pogrešnu odluku zbog empatije prema pacijentu.

5. RASPRAVA

Istraživanje je pokazalo kako se zdravstveni djelatnici na Klinici za kirurgiju i zdravstveni djelatnici na Klinici za pedijatriju poklapaju u stavu i stupnju slaganja s nekim tvrdnjama, dok u nekim tvrdnjama postoje određena odstupanja.

Tvrdnja „Pacijenti mi ne trebaju izgovoriti kako se osjećaju – razumijem ih i bez riječi“, u odnosu na varijablu radnog mjesta pokazuje da stupanj slaganja s tvrdnjom ovisi o tome je li zdravstveni djelatnik zaposlen na Klinici za pedijatriju ili Klinici za kirurgiju. Naime, ispitanici koji rade na kirurgiji u većoj mjeri se ne slažu s tom tvrdnjom, dok se ispitanici na pedijatriji u većoj mjeri slažu s tom tvrdnjom iz čega se izvlači zaključak kako zdravstveni djelatnici na pedijatriji u većoj mjeri razumiju osjećaje svojih pacijenata bez da se izgovore riječi.

Radno mjesto i tvrdnja „Sposobnost primjećivanja osobnih emocija korisna mi je u situacijama donošenja odluka u poslu“, pokazuje kako zdravstveni djelatnici na pedijatriji u većoj mjeri imaju sposobnost primjećivanja osobnih emocija koje su im korisne kod donošenja odluka, nego što to imaju djelatnici na kirurgiji.

Iduća tvrdnja kod koje postoji povezanost na radno mjesto odnosi se na to je li razgovor s obitelji manje važan od pružanja zdravstvene njege. Istraživanje je pokazalo kako djelatnici na pedijatriji više smatraju da je razgovor s obitelji jednako važan kao i pružanje zdravstvene njege, nego što to misle zdravstveni djelatnici na kirurgiji. Istraživanje provedeno u Iranu iskazuje naglasak na dobroj komunikaciji medicinskih sestara s pacijentima i njihovim članovima obitelji te se na taj način stvara dobra atmosfera i olakšava donošenje etičkih odluka (13).

Istraživanje je pokazalo povezanost između radnog mjesta i tvrdnje „Zbog opsega posla medicinske sestre, ne mogu odvojiti vrijeme isključivo za komunikaciju s obitelji i pacijentom.“ Moguće je reći kako zdravstveni djelatnici na pedijatriji u većoj mjeri zbog posla nemaju dovoljno vremena za komunikaciju s obitelji, nego što to imaju djelatnici na kirurgiji.

Postoji povezanost i između radnog mjesta i tvrdnje kako je lakše donositi odluke vezane za odrasle pacijente. Rezultati istraživanja pokazali su kako su djelatnici na kirurgiji skloniji

mišljenju kako je lakše donositi odluke vezane za odrasle pacijente, dok su djelatnici na pedijatriji skloniji mišljenju kako je lakše donositi odluke vezane za djecu.

Iduća tvrdnja kod koje postoji povezanost u odnosu na radno mjesto je „Bol i patnja pacijenta uvelike utječu na moju odluku u procesu zdravstvene njege“, a istraživanje je pokazalo kako na djelatnike pedijatrije bol i patnja pacijenta više utječu na donošenje odluka u procesu zdravstvene njege nego što to utječe na djelatnike na kirurgiji.

Tvrdnja „Razgovor s obitelji pacijenta s lošom prognozom emotivno me opterećuje te riskiram da i sam(a) dođem u negativno emocionalno stanje“ ovisi o radnome mjestu tako da djelatnike na pedijatriji daleko više opterećuje razgovor s obitelji pacijenta s lošom prognozom te osobe dolaze u daleko lošija negativna emocionalna stanja nego što se to događa djelatnicima na kirurgiji.

Osim prethodno navedenog, postoje povezanosti i između radnog mjesta i kako smrt pacijenta utječe na psihički status djelatnika. Naime, smrt daleko više psihički pogađa djelatnike na pedijatriji nego djelatnike na kirurgiji. Istraživanje provedeno u SAD-u dokazuje kako smrt djeteta znatno emocionalno utječe na medicinske sestre izazivajući u njima tugu zbog vezanosti za pacijente i njihove obitelji, odnosno shvaćanja da se moglo raditi o njihovu djetetu (14). Također, ovu tvrdnju potvrđuju razna istraživanja provedena ranije (15,16,17).

Iduća tvrdnja kod koje postoji povezanost u odnosu na radno mjesto je „Prije donošenja odluke prvo razmislim o mogućim posljedicama.“ Istraživanje je pokazalo kako djelatnici na pedijatriji više razmišljaju o posljedicama pri donošenju odluka nego što razmišljaju djelatnici na kirurgiji.

Statistički značajne razlike postoje i između radnog mjesta i tvrdnje da obitelj sudjeluje u većini odluka vezanih za pacijenta. Naime, rezultati istraživanja pokazali su kako na kirurgiji obitelj daleko manje sudjeluje u donošenju odluka vezanih za pacijenta, nego što je to slučaj na pedijatriji. Istraživanje provedeno u Brazilu također navodi kako je vrlo bitno informirati i uključiti članove obitelji u donošenje odluka kod pedijatrijskih pacijenata. No, nešto je drukčije nego što je kod nas; naime, tamo obitelji sudjeluju tako što dobiju već predložene opcije, koje onda mogu odbiti ili prihvatiti, umjesto donošenja zajedničke odluke (18). Ovaj

rezultat je sličan i istraživanjima provedenim u Francuskoj (19), Argentini (20), Portugalu (21) i Italiji (22).

Posljednja povezanost radnog mjesta i tvrdnji odnosi se na stav djelatnika koliko je obitelj uključena u zdravstvenu njegu pacijenta. Naime, na pedijatriji obitelj daleko više uključena u zdravstvenu njegu nego što je uključena na kirurgiji.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata, mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Muškarci su skloniji razmišljanju o mogućim posljedicama odluka, dok žene češće donose ishitrene odluke.
2. Mlađi djelatnici su daleko emotivnije vezani za pacijente, te na njih bol i patnja pacijenta daleko više utječu u procesu zdravstvene njege nego što utječu na starije zdravstvene djelatnike.
3. Zdravstveni djelatnici koji žive u gradu ili prigradskim naseljima daleko su skloniji da nakon smrti pacijenta ne razmišljaju što bi bilo da su drugačije postupili, dok su zdravstveni djelatnici koji žive na selu daleko skloniji razmišljanju jesu li mogli drugačije postupiti.
4. Porastom razine obrazovanja raste i mišljenje ispitanika kako interdisciplinaran pristup značajno pomaže kod donošenja etičkih prosudbi.
5. Zdravstveni djelatnici s višim mjesečnim primanjima u daleko većoj mjeri ističu kako im je primjećivanje emocija pacijenata korisno u donošenju odluka.
6. Smrt pacijenta daleko više utječe na psihički status zdravstvenih djelatnika s dužim radnim stažem nego kod djelatnika s kraćim radnim stažem.

Zdravstveni djelatnici na Klinici za kirurgiju i zdravstveni djelatnici na Klinici za pedijatriju se poklapaju u stavu i stupnju slaganja s nekim tvrdnjama, dok u nekim tvrdnjama postoje određena odstupanja. Postoje određene statističke razlike u stavovima zdravstvenih djelatnika o procesu donošenja odluka u vezi s njegom djece/odraslih osoba i to s obzirom na spol, dob, mjesto boravka, obrazovanje, zanimanje, mjesečne prihode, radni staž te radno mjesto.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja:

- Ispitati stavove zdravstvenih djelatnika o procesu donošenja odluka u vezi s njegom djece/odraslih osoba.
- Ispitati postoje li razlike s obzirom na dob, spol, mjesto boravka, obrazovanje i socijalno stanje.

Ustroj studije: presječna studija.

Ispitanici i metode: istraživanje je provedeno na uzorku od 93 ispitanika. Ispitanike su činile dvije skupine: medicinske sestre/tehničari Klinike za pedijatriju (51,6 %) i medicinske sestre/tehničari Klinike za kirurgiju (48,4 %). Prikupljanje se odvijalo putem anketnog upitnika. Anketa je u potpunosti bila anonimna i u njoj su ispitanici isključivo dobrovoljno sudjelovali.

Rezultati: istraživanje je pokazalo kako postoji povezanost između spola i mišljenja je li lakše donositi odluke za odrasle pacijente. Dokazano je kako su muškarci naklonjeniji mišljenju da je lakše donositi odluke vezane za odrasle pacijente, nego žene. Istraživanje je pokazalo kako su mlađi djelatnici daleko emotivnije vezani za pacijente te na njih bol i patnja pacijenta daleko više utječu nego na starije zdravstvene djelatnike. Također, istraživanje je pokazalo da su zdravstveni djelatnici koji žive u gradu ili prigradskim naseljima skloniji tvrdnji da nakon smrti pacijenta ne razmišljaju što bi bilo da su drugačije postupili, dok su zdravstveni djelatnici koji žive na selu skloniji razmišljanju nakon smrti pacijenta jesu li mogli drugačije postupiti.

Zaključak: zaključno se može reći kako postoje određene statističke razlike u stavovima zdravstvenih djelatnika o procesu donošenja odluka u vezi s njegom djece/odraslih osoba i to s obzirom na spol, dob, mjesto boravka, obrazovanje, zanimanje, mjesečne prihode, radni staž te radno mjesto.

KLJUČNE RIJEČI: etika, bioetika, donošenje odluka, zdravstvena njega, empatija, moral

8. SUMMARY

Research Objective:

• Examine the attitudes of healthcare professionals about the decision-making process related to the care of children / adults.

• Examine the differences between health professionals in terms of age, gender, place of residence, education, and social status.

Study structure: Term study.

Subjects and methods: The survey was conducted on a sample of 93 examinees. The examinees were divided into two groups: Nurses / technicians of the Paediatric Clinic (51.6%) and nurses / technicians of the Surgery Clinic (48.4%). The survey was used for data collection. The survey was completely anonymous and the subjects participated voluntarily.

Results: The research has shown that there is a correlation between gender and the opinion about whether it is easier to make decisions for adult patients. It has been shown that men are more inclined to think that it is easier to make decisions regarding adult patients. The research has shown that younger health care workers are far more emotional towards the patients and the pain and suffering of the patient affects them more than it affects older health workers. Also, the research has shown that health care professionals living in the city or in suburban areas are more inclined to say that they do not think about what would have happened if they had made a different decision, while healthcare workers living in the village are more inclined to think that they could have acted differently.

Conclusion: There are certain statistical differences in the attitudes of healthcare professionals about the decision-making process regarding the care for children / adults, with regard to gender, age, place of residence, education, occupation, monthly income, working time, and workplace.

Key words: ethics, bioethics, decision-making, health care, empathy, morale

9. LITERATURA

1. Šegota I. Etika sestrinstva. Zagreb: Pergamena, Medicinski fakultet Rijeka; 1997.
2. Kalauz S, Nursing bioethics, Medicina, 2008;44 (2):129-134.
3. Šegota I, Čović A, Žitinski-Šoljić M i sur. Izazovi bioetike. Zagreb: Pergamena, Hrvatsko filozofsko društvo; 2000.
4. Audy-Kolarić Lj, Gosić N, Jošt M i sur. Bioetika u teoriji i praksi. Zagreb: Nakladni zavod globus; 2001.
5. Čović A. Etika i bioetika. Zagreb: Pergamena; 2004.
6. Kalauz S. Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma. Zagreb: Pergamena, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
7. Balen S. Priručnik menadžment u zdravstvu. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2012.
8. Norberg A, Uden G. Gender differences in moral reasoning among physicians, registered nurses and enrolled nurses engaged in geriatric and surgical care. Nurs Ethics 1995; 2(3): 233-42.
9. Fumagalli M, Ferrucci R, Mameli F, et al. Gender-related differences in moral judgments. Cogn Process 2010; 11(3): 219-26.
10. Kadivar M, Mosayebi Z, Asghari F, Zarrini P. Ethical challenges in the neonatal intensive care units: perceptions of physicians and nurses; an Iranian experience 2015; J Med Ethics Hist Med, 8:1
11. Zafarnia N, Abbaszadeh A, Borhani F i sur. Moral competency: meta-competence of nursing care; Electronic Physician (ISSN: 2008-5842), June 2017, Volume: 9, Issue: 6, Pages: 4553-4562
12. Ersoy N, Gundogmus UN. A study of the ethical sensitivity of physicians in Turkey. Nurs Ethics 2003; 10(5): 472-84.
13. Esmaelzadeh F, Abbaszadeh A, Borhani F, Peyrovi H. Ethical Sensitivity in Nursing Ethical Leadership: A Content Analysis of Iranian Nurses Experiences; The Open Nursing Journal, 2017, Volume 11, 1-13.
14. Stayer D, Such Lockhart J. Living with dying in the pedriatic intensive care unit: a nursing perspective; American Journal Of Critical Care, July 2016, Volume 25, No. 4
15. De Graves S, Aranda S, When a child cannot be cured—reflections of health professionals. Eur J Cancer Care (Engl). 2005;14(2):132–140.

16. Morgan D. Caring for dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. Pediatr Nurs. 2009;35(2): 86-90.
17. Lee KJ, Dupree CY. Staff experiences with end-of-life care in the pediatric intensive care unit. J Palliat Med. 2007;11(7): 986-990.
18. El Halal M.G, Goldim J.R, Scarpa F.C. i sur. Health professionals' perceptions about the decision-making process in the care of pediatric patients; Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(3):335-340
19. Devictor DJ, Latour JM; EURYDICE II study group. Forgoing life support: how the decision is made in European pediatric intensive care units. Intensive Care Med. 2011;37(11):1881-7.
20. Althabe M, Cardigni G, Vassallo JC, Allende D, Berrueta M, Codermatz M, et al. Dying in the intensive care unit: collaborative multicenter study about forgoing life-sustaining treatment in Argentine pediatric intensive care units. Pediatr Crit Care Med. 2003;4(2):164-9.
21. Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L, Berbik I, de Vonderweid U, Hansen G, Kaminski M, Kollée LA, Kucinskas A, Lenoir S, Levin A, Persson J, Reid M, Saracci R; EURONIC Study Group (European Project on Parents' Information and Ethical Decision Making in Neonatal Intensive Care Units). Neonatal end-of-life decision making: Physicians' attitudes and relationship with self-reported practices in 10 European countries. JAMA. 2000;284(19):2451-9.
22. Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre L. Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. Crit Care. 2003;7(6):R167-75.

10. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Valentina Majher

Datum i mjesto rođenja: 10. 2. 1995. Osijek, Hrvatska.

Adresa: Ivana Mažuranića 38, Tenja

Telefon: 095/597-2265

E-mail: majhertard13@gmail.com

Obrazovanje:

2014. – 2017. Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek

2009. – 2013. Medicinska škola Osijek

2001. – 2009. Osnovna škola Tenja, Tenja