

Karakterne osobine, etička pitanja i svakodnevni rad medicinskih sestara

Trzun Šanje, Brankica

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:563261>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Brankica Trzun Šanje

**Karakterne osobine, etička pitanja i
svakodnevni rad medicinskih sestara**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Brankica Trzun Šanje

**Karakterne osobine, etička pitanja i
svakodnevni rad medicinskih sestara**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Školi narodnog zdravlja Andrija Štampar, Katedra za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite, pod vodstvom izv.prof.dr.sc. Ane Borovečki, dr. med., i sumentorstvom izv.prof.dr.sc. Suzane Vuletić, te je predan na ocjenjivanje u akademskoj godini 2017./ 2018.

Mentor rada: izv.prof. dr. sc. Ana Borovečki, dr. med.

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. Uvod	1
2. Potreba za novim pristupom kvaliteti zdravstvene njege i profesionalizmu	2
3. Osnovno terminološko određivanje vrlina i mana.....	6
3.1. <i>Filozofsko-etički vid vrlina.....</i>	<i>9</i>
3.2. <i>Etičko-moralne konotacije mana.....</i>	<i>11</i>
3.3. <i>Važnost razvijanja vrlina u humanističkom-medicinskom okruženju</i>	<i>12</i>
3.4. <i>Negativan odraz i štetne posljedice prisutnosti mana u medicinskoj znanosti</i>	<i>14</i>
4. Vrline i mane u djelokrugu rada medicinskih sestara	17
4.1. <i>Etički kodeks medicinskih sestara Hrvatske.....</i>	<i>18</i>
4.2. <i>Etička pitanja i svakodnevni rad medicinskih sestara.....</i>	<i>24</i>
5. Etika vrlina - ključni pristup u sestrinskoj kliničkoj stvarnosti	29
5.1. <i>Utjecaj etike vrlina na zadovoljstvo pacijenta</i>	<i>31</i>
5.2. <i>Utjecaj etike vrlina na izvrsnost profesionalnog prezentiranja humanističke dimenzije zvanja medicinskih sestara</i>	<i>34</i>
6. Zaključak.....	39
7. Bibliografija	41
8. Životopis	48

Popis korištenih kratica

AMA	<i>American Medical Association</i> (Američka medicinska asocijacija)
ANA	<i>American Nurses Association</i> (Američka asocijacija medicinskih sestara)
EBM	<i>Evidence based medicine</i> (medicina utemeljena na dokazima)
HKMS	Hrvatska komora medicinskih sestara
HUMS	Hrvatska udruga medicinskih sestara
IOM	<i>Institute of Medicine</i> (Institut medicine)
NHS	<i>National Health Services</i> (Nacionalne zdravstvene usluge Ujedinjenog Kraljevstva)
NMC	<i>Nursing and Midwifery Council</i> (Vijeće za sestrinstvo i primalje Ujedinjenog Kraljevstva)
PCM	<i>Patient centered medicine</i> (medicina usredotočena na pacijenta)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Svjetska zdravstvena organizacija)

Sažetak

Karakterne osobine, etička pitanja i svakodnevni rad medicinskih sestara

Brankica Trzun Šanje

Karakterne osobine zdravstvenog osoblja u modernoj medicini, obilježenoj uspjesima u smanjenju stope preventabilne smrtnosti pristupom utemeljenom na znanstvenim dokazima, dobivaju novu važnost. Medicina utemeljena na dokazima često traži od profesionalca da bude emocionalno odmaknut od pacijenta radi povećanja objektivnosti, što pacijentu daje dojam nebrige za njegovo stanje, i to u razdoblju kad je najranjiviji i najosjetljiviji. Stoga je potreba za vraćanjem humanim korijenima medicine veća nego ikada, a razvijanje karakternih vrlina jedan je od predloženih mehanizama za postizanje tog cilja. Osoba s vrlinama koja se za pacijenta brine, čini to iz pravih razloga i na pravi način, na temelju dobro definiranih karakternih osobina potrebnih da odgovore na zahtjeve pacijenta, zadovoljavajući njegove potrebe i u tehničkom i emocionalnom i socijalnom smislu. U ovom radu osvrćemo se na trenutačno shvaćanje kvalitete zdravstvene njege, vrline koje bi medicinska sestra trebala posjedovati, mane koje bi trebala korigirati i mehanizme koje moderna etika vrlina predlaže za pomirenje znanstvene i humane strane medicine.

Ključne riječi: vrline, mane, etika vrlina, sestrinstvo

Summary

Characters traits, ethical issues and everyday work of nurses

Brankica Trzun Šanje

Character traits of health personnel in modern medicine, marked by huge success in improvement of preventable death rates through approach based on scientific evidence, are gaining new importance. Evidence based medicine often requires of a medical professional to be emotionally detached from a patient to improve objectivity, which gives patients an impression of uncaring of their condition, and at a time a patient is the most vulnerable and the most sensitive. That is why the need to regress to more humane roots of medicine is larger than ever, and development of certain character traits of medical personnel is one of the proposed mechanisms to achieve that goal. A virtuous person taking care of a patient does that from the right reasons and in the right way, based on well defined character traits needed to respond to the requirements of patients, satisfying their need in technical, emotional and social sense. Here we review current understanding of the quality of medical care, virtues a nurse should possess, vices she should correct and mechanism that modern virtue ethics proposes to reconcile scientific and humanistic faces of medicine.

Keywords: virtue, vice, virtue ethics, nursing

1. Uvod

Moderna medicina danas je nedvojbeno, kao nikada prije u povijesti, učinkovita u liječenju bolesti i tehničkom zbrinjavanju bolesnika (1). Eradikacija prethodno smrtonosnih infektivnih bolesti više nikoga značajno ne impresionira svojom učinkovitošću, ali ne tako davno nezamislivi koncepti poput izvantjelesne cirkulacije ili brzog napretka robotske kirurgije u naše vrijeme grade nepobitni spomenik modernoj medicini u obliku smanjenja preventabilne smrtnosti, te njen napredak, metodologija i rezultati ne bi smjeli biti, izvan naravno znanosti, propitkivani. Ipak, svjedoci smo sve češćih ljutih kritika u javnosti na račun liječnika i medicinskog osoblja koji proizlaze ne samo iz neznanja laika o ograničenjima moderne medicine, nego i činjenice da su znanstvena strana medicine i humanistički pristup u svojevrsnom sukobu (2). Dok omogućujemo medicinskom osoblju da postane tehnološki i administrativno učinkovito, onemogućavamo i da budu u jednakom omjeru posvećeni pacijentu i humano empatični. Sam profesionalizam medicinskog osoblja često vodi do gubitka odnosa koji pacijenti traže, a to je briga i za njihove psihološke, emocionalne i egzistencijalne potrebe u bolesti. Naglasak na znanost i tehnologiju počinje s edukacijom medicinskog osoblja, gdje oni koji u medicinski sustav ulaze moraju zadovoljiti određene znanstvene zahtjeve, a humanistički su zahtjevi često u drugom planu. Kompletan edukacijski sustav medicinskog osoblja rezultira profesionalcima koji su emocionalno odmaknuli od onoga što pacijent osjeća i prolazi, što se pacijentu čini kao nebriga za njegovo stanje. (3)

U svojoj osnovi, medicina je moralna. Ne ovisi samo o svojoj prirodnjačkoj, ni samo o svojoj socijalnoj komponenti. Kao klinička praksa, moralna je jer je definirajući element njene prakse odnos između osoblja i pacijenta, a takav je odnos zasnovan na etičkim pravilima i dužnostima. Ne samo naše znanje, nego je i naše ponašanje bitno za proces izlječenja pacijenta i njegovu dobrobit. Našteti pacijentu, namjerno ili nenamjerno, znači iznevjeriti primarni etički princip medicine koji datira još od Hipokrata. Ponašanje osoblja, dobro ili loše, nekako se ostavlja na periferiji kliničke medicine, ali nalazi se u duši, središtu onoga što danas znači biti pružatelj zdravstvene njege.

Znanstvena dimenzija medicine zasjenila je u modernom dobu sve njene druge dimenzije. Mnogi smatraju da je upravo ta činjenica odgovorna za dvije velike krize medicine – krize kvalitete i krize profesionalizma, na koje ćemo se, na početku, kratko osvrnuti u ovom radu, pošto su te dvije krize nametnule potrebu za novim pristupom medicini – onoga koji traži da zdravstveno osoblje ima određeni skup vrlina koji mu omogućuju borbu sa sve većim moralnim i etičkim problemima. Posljedično, pokušat ćemo definirati vrline koje bi medicinske sestre trebale imati i mane koje bi trebale korigirati. Predstaviti ćemo današnje poglede na taj novi pristup, etiku vrlina, u kontekstu edukacije i rada medicinskih sestara, te potencijalne prednosti i mane takvog pristupa.

2. Potreba za novim pristupom kvaliteti zdravstvene njege i profesionalizmu

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), kvaliteta zdravstvene njege jest stupanj do kojega zdravstvene službe za osobe i populacije povećavaju vjerojatnost željenog zdravstvenog učinka (4). SZO zahtijeva da zdravstvena njega treba biti efektivna (utemeljena na znanstvenim dokazima i potrebi), učinkovita (dati njegu na način da povećava iskorištavanje resursa), pristupačna, prihvatljiva pacijentu i usmjerena na pacijenta, nediskriminirajuća i sigurna (4). Termin “prihvatljiva pacijentu i usmjerena pacijentu” odnosi se na pružanje zdravstvene njege koja uzima u obzir preference i aspiracije individualnog korisnika ili zajednice, pošto, prema definiciji SZO, zdravlje nije samo odsutnost bolesti, nego i stanje kompletnog fizičkog, mentalnog i socijalnog dobrostanja (4).

Današnja definicija kvalitete zdravstvene njege, dakle, uključuje i preference i autonomiju pacijenta. No put do takve definicije bio je dugačak. Rane definicije (1970-te godine) davale su tehnički okvir mjerenja kvalitete, no bez spominjanja želja i nezdravstvenih potreba pacijenata. Definicija AMA-e (American Medical Association) iz 1984. kaže da je kvaliteta zdravstvene njege ono što konzistentno doprinosi poboljšanju ili održavanju kvalitete i/ili trajanja života (5). Takva definicija, u

vremenu eksponencijalnog rasta troškova medicinske skrbi, nije bila održiva. Stoga u 1990-im, po nalogu američkog Kongresa, radna skupina Institute of Medicine (IOM) mijenja definiciju tako da glasi: "Kvaliteta njege je stupanj do kojega zdravstvene službe za osobe i populacije povećavaju vjerojatnost željenog zdravstvenog ishoda, a konzistentna je s trenutnim profesionalnim znanjem"(6). U seriji članaka o problemu mjerenja kvalitete njege u medicini u *New England Journal of Medicine*, ponuđen je pregled povijesti pokušaja da se definira kvaliteta zdravstvene njege. U tim člancima zaključeno je da mnoge definicije naglašavaju upravo tehničke i praktične dimenzije zdravstvene njege. Te dimenzije uključuju prikladnost medicinske njege i izvedbu medicinskog osoblja pri provedbi takve njege. Međutim, daje se još jedan aspekt – kvaliteta komunikacije između osoblja i pacijenta, povjerenje u osoblje, te sposobnost da se pacijentu pristupi s brigom, empatijom, iskrenošću, taktom i osjetljivošću (7).

Američki liječnici Donabedian i Caper u svojim radovima tvrde da medicinski profesionalci često ignoriraju interpersonalnu dimenziju zdravstva, ali da pacijent taj aspekt ne ignorira (8, 9). Dio razloga zašto se interpersonalna dimenzija češće ignorira jest da su takvi odnosi previše subjektivni, zbog čega ih je gotovo nemoguće mjeriti nekim standardnim kriterijima kojima se mjere tehničke dimenzije profesije. Donabedian dalje smatra da su vrijednosti, etika i tradicija zdravstvene profesije u središtu koncepta kvalitete zdravstvene njege (8).

Pored debate o definiciji kvalitete medicinske njege, mnogo je riječi izmijenjeno i na temu definicije profesionalizma u medicini, gdje se smatra da i profesionalizam prolazi kroz svojevrsnu krizu u vremenu komercijaliziranog medicinskog tržišta (10). Prema Friedsonu, profesija je jedna od triju opcija koju moderno društvo ima za kontrolu i organizaciju rada. Druge dvije opcije su moderno tržište i upravljanje putem organizacija poput vlada. Friedson smatra da medicina nije prikladna za tržišno upravljanje, ili upravljanje putem vlade, pa se stoga može voditi samo tako da se prikladno provodi kao profesija. Friedson definira profesiju kao visoko specijaliziranu i utemeljenu na znanju i vještinama koje daju poseban status radnoj snazi, članovi te profesije certificiraju se kroz formalne edukacijske programe koje kontrolira profesija, a kvalificirani članovi imaju ekskluzivnu nadležnost i zaštićenu poziciju na tržištu rada. Najvažnije od svega, profesionalci imaju ideologiju koja daje prioritet činjenju korisnog i potrebnog rada pred ekonomskom nagradom, ideologiju koja se fokusira

više na kvalitetu i socijalne koristi rada nego na profitabilnost. Iako je ta ideologija bitan dio medicine, ona je i najviše u krizi (10, 11).

Swick i suradnici daju modernu definiciju, koja kaže da se medicinski profesionalizam sastoji od onih ponašanja kojima demonstriramo da smo dostojni povjerenja koje nam daju pacijenti i javnosti, jer radimo na dobrobiti pacijenata i javnosti. On identificira i devet ponašanja koja su esencijalna za definiciju: podređivanje svojih interesa interesima drugih, visoki etički standardi, socijalni ugovor između medicine i društva u smislu dužnosti i obaveza, humanističke vrijednosti (briga, suosjećanje, iskrenost, integritet), odgovornost prema kolegama i pacijentima, posvećenost izvrsnosti, i napokon, razvijanje reflektivnih i deduktivnih vještina za pružanje zdravstvenih usluga na pravedan i objektivan način (12).

Potaknuti debatom, 1999. godine, *American Board of Internal Medicine*, *American College of Physicians*, *American Society of Internal Medicine* i *European Federation of Internal Medicine* stvorili su *Medical Professionalism Project* (Projekt profesionalizma u medicini). Cilj projekta bio je razviti smjernice za praćenje seta principa kojima svi medicinski profesionalci trebaju težiti (13). Dokument je objavljen simultano u *Lancetu* i *Annals of Internal medicine*, a definirana su u njemu tri principa i devet povezanih profesionalnih odgovornosti (13). Prvi princip je dobrobit pacijenta, s altruističnim stavom osoblja prema pacijentu i njegovim zdravstvenim potrebama. Sljedeći je princip autonomija pacijenta, gdje se pacijentu daje moć da donose najbolje odluke za svoje zdravlje. Konačni princip je socijalna pravednost, gdje je osoblje dužno distribuirati resurse jednakomjerno. Devet povezanih odgovornosti uključuju posvećenosti poboljšanju profesionalne sposobnosti i znanja, razvoj iskrenih i prikladnih odnosa s pacijentima i održavanja prava na povjerljivost pacijenata, poboljšanje kvalitete i pristupa zdravlju, pravedna raspodjela resursa, te izbjegavanje sukoba interesa kako bi se održalo povjerenje pacijenta (13).

Liječnik Swick i suradnici analizirali su smjernice i ponudili alternativu. Prema njima, bazični koncept smjernica utemeljen je na etici utemeljenoj na dužnosti. S obzirom na to da je ton smjernica konceptualno ugovoran, što odražava odnos nepovjerenja između pacijenta i osoblja, predlažu promjenu etike utemeljene na dužnosti na etiku utemeljenu na vrlinama; s obzirom na to da je, prema njima, medicina većinski moralno znanstveno područje i odnos utemeljen na povjerenju mora postojati. Među

argumentima navode i riječi Oslera, koji je cijenio znanost i njene prednosti u prakticiranju medicine, ali također tvrdio da su karakter osoblja i vrline koje pokreću taj karakter ključne za sprečavanje toga da profesija medicine ne postane samo trgovačka profesija. U zaključku, etika utemeljena na dužnosti nije adekvatna za viši oblik profesionalizma, nego je potrebna etika utemeljena na vrlinama kako bi se interesi pacijenata stavili na prvo mjesto (14).

Time je, baš kao i u slučaju definiranja kvalitete zdravstvene njege, i definiranje profesionalizma u medicini podijeljeno na dva pristupa: tehnički i moralni, a time i dva pristupa rješavanju problema – *evidence-based* medicina (EBM, medicina utemeljena na dokazima) usmjerena na poboljšanje kvalitete i učinkovitosti zdravstva poboljšanjem tehničke dimenzije kvalitete i time poboljšanja profesionalnosti, te *patient-centered* medicina (PCM, medicina usmjerena na pacijenta), odnosno pokušaj humanizacije biomedicinskog modela, osobito putem etičkih vrlina, čime se također pokušava poboljšati kvaliteta medicinske njege i profesionalizam.

Medicina utemeljena na dokazima je danas konsenzus. Pojednostavljeno rečeno, tvrdi da bi prakticiranje medicine trebalo uključivati najbolje suvremene podatke i dokaze (za razliku od starijeg pristupa – prema patofiziološkom i prema kliničkom iskustvu). U medicini utemeljenoj na dokazima, oslanjamo se najviše na rezultate dobivene randomiziranim kliničkim pokusima i metaanalizama, a proces se sastoji od postavljanja kliničkih pitanja o pacijentovom stanju, otkrivanja relevantnih dokaza u medicinskoj literaturi kako bi se odgovorilo na ta pitanja, validacije dokaza u smislu njihove kliničke učinkovitosti, primjenu dokaza na pacijentov klinički problem i evaluacija prethodna četiri koraka kako bi se odredila učinkovitost procesa (15). Kroz EBM moguće je lako poboljšati kvalitetu medicinske njege, kao i razinu profesionalnosti. EBM vodi do razvoja profesionalnih smjernica, pravila i standarda koji osiguravaju najveću moguću kvalitetu, i čini to konzistentno i u različitim uvjetima.

Kritika EBM-a jest to što medicinsko osoblje na taj način tretira pacijenta kao bolest. Rješenje, prema pristašama medicine usmjerene na pacijenta, jest promatranje pacijenta kao “cjeline”, gdje se ne gleda pacijenta kao na medicinsku dijagnozu, nego ga se razumije kao jedinstveno ljudsko biće (16, 17). Pojednostavljeno rečeno, želimo razumjeti i dijagnozu i pacijenta.

EBM i PCM smatraju se dvama nepomirljivim konceptima (18). Jedan od predloženih načina na koji bi se ta dva koncepta mogla pomiriti i naći zajednički način funkcioniranja u svrhu razrješenja “krize” kvalitete njege i profesionalizma jest identifikacija i iskorištavanje vrlina pružatelja zdravstvene njege. U humanističkom pokretu u suvremenoj medicini, u pokušajima da se humanizira ponašanje zdravstvenog osoblja, etika vrlina daje mogući način da se modificira ponašanje zdravstvenog osoblja – ne kroz neka pravila ili smjernice – nego kroz vrline koje se odnose na karakter osobe, te kroz razvoj karaktera u odnosu na vrijednosti koje društvo smatra važnima (3).

No, kako bismo mogli nastaviti daljnju diskusiju o ovoj temi, prvo se moramo osvrnuti na same definicije vrlina i mana i njihovo značenje.

3. Osnovno terminološko određivanje vrlina i mana

Pojmovi vrlina i mana nisu novi koncept, a kako bismo ih razmotrili kontekstu medicinske prakse, moramo prvo ponuditi njihove njihove najstarije, klasične, definicije, te zatim pregledati kako se terminologija mijenjala s duhom vremena.

Riječ **karakter** (grč. *charaktêr*) originalno je upotrebljavana za znak koji se utiskivao na novčić. Kasnije i općenitije, značenje je postalo znak po kojem se jedna stvar razlikuje od druge, a zatim i primarno skup kvaliteta koje razlikuju jednu osobu od druge. U modernoj svakodnevnoj uporabi, karakter i osobnost postaju praktički istoznačnice. Filozofska uporaba riječi karakter ima malo drugačiju lingvističku povijest. Prema Aristotelu, riječ je o kombinaciji kvaliteta koje čine osobu etički podložnu divljenju. Ta definicija nama je prihvatljiva u kontekstu o kojem ćemo govoriti o karakteru (19).

Vrlina (lat. *virtus*, grč. *arete*, eng. *virtue*) predstavlja moralnu izvrsnost, odnosno, osobinu ili kvalitetu koja se smatra moralno dobrom. Šire gledano, vrlina je osobina karaktera kojoj se treba diviti pošto čini onoga koji posjeduje tu osobinu boljim – moralno, intelektualno ili u provođenju specifičnih zadataka (20). Valja odmah

napomenuti da se ponegdje u nas umjesto uobičajene riječi "vrlina" koristi i riječ "krepost", no to je arhaizam kojim se više ne bismo trebali opterećivati (21).

U staroj Grčkoj, vrlina nije bila samo izvrsnost ili moralna izvrsnost, nego također izvrsnost bilo čega što ispunjava svoju osnovnu funkciju. Stoga je izvrsnost rezanja vrlina skalpela, a izvrsnost gledanja vrlina očiju. Tradicionalne grčke ljudske vrline su uključivale hrabrost, apstinenciju od poroka (umjerenost), pobožnost, pravednost i mudrost (razboritost) (22). Sokrat je praktički cijeli svoj život podredio razjašnjavanju ovih vrlina, tvrdeći da su vrline zapravo znanje. Jedan od glavnih vidova Platonove teorije ideja bilo je ustanovljenje metafizičke osnove moralnih vrlina i određivanje kako čovjek treba živjeti.

Aristotel je zaključio, na temelju originalnog značenja vrlina, da je vrlina dobra izvedba funkcija stvari, da je ljudska vrlina izvrsnost čovjeka u izvedbi racionalnih funkcija. Dobar čovjek, prema Aristotelu, stoga dobro izvodi aktivnosti koje uključuju razmišljanje. Pošto čovjek nema samo sposobnost razmišljati, nego i sposobnost kontrolirati svoje želje i ponašati se prema razumu, Aristotel dijeli vrline u intelektualne vrline (mudrost) i moralne ili etičke vrline (izvrsnost karaktera). Moralne vrline dijelio je u znanstveno znanje (*episteme*), inteligenciju (*nous*), tehničke vještine (*techne*), mudrost (*sophia*) i praktičnu mudrost (*phronesis*). Moralne vrline se, prema Aristotelu, stječu vježbanjem vrlina, kao rezultat navike (23). Aristotelova cijela etika je zapravo teorija vrlina (22). Centralno pitanje koje Aristotel postavlja u svojoj *Nikomahovoj etici* je "što je dobar život za čovjeka?". Grubo rečeno, njegov odgovor je život vrlina prema razumu i željama (23).

Antički koncepti vrlina prenijeli su se i na velike svjetske religije, poglavito na kršćanstvo kao nama najznačajniju i najbližu. Katekizam katoličke Crkve definira vrlinu kao "čvrsti stav i raspoloženje da se čini dobro" (24). Kršćanske vrline uključuju četiri Platonove vrline (hrabrost, umjerenost, razboritost i pravednost), plus vjeru, ufanje i ljubav, s osobitim naglaskom na posljednje tri koje imaju i estahološko značenje (22). U kršćanskoj teologiji je poznato i sedam smrtnih grijeha, koje zapravo predstavljaju mane kojima se onda suprotstavlja sedam odgovarajućih vrlina: (I) oholost/poniznost, (II) gramzivost/darežljivost, (III) pohota/čednost, (IV) zavist/blagonaklonost, (V) proždrljivost/suzdržanost, (VI) srdžba/praštanje, (VII) lijenost/marljivost (21).

Mane (lat. *vitium*, eng. *vice*) je teže definirati nego vrline, a većina antičkih filozofa definirala ih je jednostavno kao suprotnost vrlinama. Aristotelov koncept vrlina ne razlikuje vrline od mana, pošto su mane također linije karaktera koje se manifestiraju u habitualnom djelovanju. Vrine su prema Aristotelu zlatni rez između dvaju ekstrema, mana – “*in medio stat virtus*” ili “u sredini leži vrlina”. Primjerice, ponos je vrlina, a pretjerana poniznost i pretjerana površnost su mane. Teško je definirati mane kao čiste suprotnosti vrlinama, pošto vrlina može imati i više suprotnosti odjednom. Najšira definicija mana stoga je ponašanje koje se općenito smatra nemoralnim, grešnim, kriminalnim, nepristojnim, tabuom ili degradirajućim u određenom društvu u određeno vrijeme. Jedan predloženi način razješavanja ovih problema u svezi definiranja mana kaže da bismo manama trebali smatrati kvalitete osobe na temelju kojih odlučujemo izbjegavati neku osobu ili je ne izbjegavati. Tako se navodi da bismo vjerojatno izbjegavali asociirati se s osobama koje su okrutne, zlobne ili primjerice neiskrene.

U zaključku definicija vrlina i mana, pojednostavljeno možemo reći da su vrline dobre karakterne osobine, a mane loše. Vrine i mane su dispozicije za djelovanje; naše karakterne osobine određuju naše postupke. To su relativno stabilne i nepromjenjive karakteristike nas samih kao i drugih osoba oko nas. Stoga, osim što predstavljaju osnovu za svako vrednovanje, u nekoj mjeri omogućuju i predviđanje ponašanja (21).

Etika vrlina ili aretička etika etička je teorija koja uzima vrline kao primarne i nameće da se centralno pitanje etike, “kako trebam živjeti?” može konstruirati kao “kakva osoba trebam biti?”. Cilj etike vrlina jest opisati tipove karaktera podložne divljenju u određenim kulturama ili društvima (22). Etiku vrlina možemo pobliže definirati kao struju u suvremenoj etici prema kojoj prioritet u vrednovanju imaju karakterne osobine ljudi, a ne njihovi postupci, kako preferiraju zastupnici deontološke etike, ili posljedice njihovih postupaka, kao što to misle zastupnici konzekvencijalističke etike (21).

Iako moderna teorija, temelji su joj postavljeni u antičkoj Grčkoj i potrazi grčkih filozofa za elementima koji su činili ljude dobrima, no ne na temelju onoga što su činili, nego na temelju toga kakav karakter su imali – dobra osoba koja se dobro ponaša mora razviti vrline koje habitualnom uporabom postaju dio karaktera osobe

(25). Dakle, u fokusu nije ono što činimo, već to kakvi jesmo – etika vrlina kaže nam kakve osobe trebamo biti, a ne što trebamo činiti (21).

Primjerice, nije dovoljno prije operacijskog zahvata svaki put utješiti pacijenta i pružiti mu moralnu potporu. Potrebno je osjećati potrebu svaki put utješiti pacijenta i pružiti mu moralnu potporu. Ili u slučaju mana, prema teoriji starih Grka, teoretski bismo mogli uvrijediti pacijenta, ali ako to nije dio našeg karaktera, u redu je. Mana takvog pristupa odmah je očigledna.

Možemo dakle zaključiti kako su pojmovi poput vrlina i mana bili solidno definirani u antičkom dobu, no, modernije filozofe ne možemo zanemariti – na osporavanju njihovog gledišta temelji se djelomično povratak koncepta vrlina u medicinu, stoga ćemo se kratko osvrnuti i na njihove razmišljanja o vrlinama i manama.

3.1. Filozofsko-etički vid vrlina

Spomenuli smo definicije vrlina i mana koje su uglavnom začete i razvijene u staroj Grčkoj. Ali od renesanse i prosvjetljenja, teorijom vrlina dominiraju dva gledišta: deontološko i utilitarističko.

Zaključci starih Grka o vrlinama nisu adekvatne u brzo mijenjajućem svijetu, koji sve više teži znanstvenom, empirijskom i analitičkom.

Za razliku od Aristotelove tradicije, filozof Kant je definirao vrlinu kao borbu i kao moralnu snagu volje u prevladavanju kušnje da se prekrši zakon, tj. odupiranje nagonima suprotnima od zahtjeva dužnosti. Osoba koja posjeduje vrlinu ima jak osjećaj dužnosti ili jak smisao moralnog zakona. Kant je tvrdio da su tradicionalne vrline vrijedne samo kao sredstva dobre volje (22). Štoviše, Kant ne razlikuje vrline, za njega postoji samo jedna – dobra volja da se nadvladaju kušnje nemoralnosti. Ne samo da je potrebno imati dobru volju da se ne čini nemoralno, nego je potrebno to također raditi iz pravih razloga (26). Kantovi koncepti baza su deontološke teorije koja se oslanja na pravila i zakone kako bi se odredila moralna vrijednost.

Nasuprot tome, utilitarističko gledište koncentrira se na posljedice ili ishode, a u podlozi toga jest mišljenje da ljudi odgovaraju gotovo isključivo na užitak i bol.

Utilitaristi kažu da su djela ispravna ako promoviraju sreću, a pogrešna ako proizvode suprotno od sreće. Sreća je užitak i odsutnost boli, dok je nesreća bol i odsutnost užitka. Prema utilitaristima, najveće dobo je korisnost koja je odgovorna za najveću količinu dobra za najveći broj ljudi.

Suvremenini teoretičari smatraju da je za revitalizaciju etike i morala utemeljene na teoriji vrlina zaslužna Anscombe i njen rad, "Moderna moralna filozofija", u kojima kritizira i deontološki i utilitaristički pristup (27). Njena dekonstrukcija deontološkog i utilitarističkog pristupa van je dosega ovoga rada, ali Anscombe je započela pokret koji je stvorio dva moderna gledišta teorije vrlina, kako ih opisuje Adams (28). Prva je teorija utemeljena na izvrsnosti, koja definira vrline u obliku intrinzične izvrsnosti. Prema ovoj teoriji, vrline i s njima povezna moralna dobrota su nasljedno vrijedni, bez obzira na prednosti (ili beneficije) koje se dobivaju iz samih vrlina. Druga teorija vrlina, utemeljena na beneficijama, vrline definira kao instrumente. Vrline su način kojima dobivamo opipljive prednosti, odnosno, moralnu dobrotu ne vrijedi imati ako nema ekstrinzičnih beneficija (28).

Filozof Adams je ponudio i alternativnu klasifikaciju vrlina. Dijeli vrline na "Vrline" i "vrline". Tako Vrline predstavljaju holističko svojstvo, gdje osoba ne može imati samo neki broj izvrsnih obilježja osobnosti, nego ih mora imati odlično uklopljene u cjelinu. Primjerice, ne možemo biti empatični prema pacijentu, a istovremeno mu oduzimati autonomiju. Druga kategorija, vrline, predstavljaju sama obilježja osobnosti, poput motivacijskih i strukturalnih vrlina. Primjerice, ljubaznost je primjer motivacijske vrline, a hrabrost je strukturalna vrlina (28). Strukturalne vrline predstavljaju osobnu psihičku snagu – volju i sposobnost da se usmjerava nečije ponašanje u skladu s vrlinama i obvezama.

Napokon, neutralnu modernu definiciju vrlina daje filozofinja McKinnon, koja kaže da je vrlina "odabrano raspoloženje da se razmišlja, osjeća i djeluje na način koji je na dobrobit sebi i/ili drugima, a čineći to iz razloga što osoba misli da tako ljudska bića trebaju misliti, osjećati i ponašati se" (29).

Dakle, za razliku od grčkih filozofa, moderni filozofi definiciji vrlina dodaju i dispoziciju, namjeru da se djeluje u skladu s vrlinama, ali i da motivacija za takvo postupanje mora biti ispravna.

3.2. Etičko-moralne konotacije mana

Gotovo sve teorije vrlina uključuju definicije mana, najčešće u obliku suprotnosti vrlinama. Prema Platonu, vrline vuku osobu u jednosm smjeru – prema sretnom i ispunjenom životu, a mane u suprotnom smjeru, prema nesretnom, amoralnom i neprincipijelnom životu; život u kojem posjedujemo vrline, ... ugodniji je i sretniji nego život u kojem posjedujemo mane (30). I za Aristotala, vrline su potrebne kako bi se procijenilo kako najbolje djelovati. Život s manama vodi ne samo do neispunjenog života, nego i do života u boli (23).

Filozof Kant prvi odbacuje tradicionalnu ideju o manama kao ekstemima ili suprotnostima vrlina – mana nije samo stupanj slabosti vrlina, nego i kršenje etičkog zakona dužnosti. Defnira manu kao “namjerno kršenje” moralnog ili etičkog zakona ili dužnosti, ili prema sebi ili prema drugima. Za Kanta, moralni karakter ovisi o etičkim zakonima i dužnostima, a ne zakoni i dužnosti o manama i vrlinama (26, 31).

I suvremeni filozofi daju svoje definicije mana, primjerice filozofinja McKinnon mane definira kao funkcionalne deficite, koji mogu biti i samo kognitivne prirode – loše osobe i njihove mane postoje kao kontinuum, od osoba koje svjesno čine loše odluke do osoba koje odbijaju uopće razmišljati o izborima koje čine (29).

Svima je zajedničko da mane vide kao loše osobine karaktera ili ponašanje koje rezultira umanjnjem onoga što čini čovjeka. Osobe s manama ili osobe bez vrlina nikad u potpunosti ne ispune svoj potencijal kao ljudska bića, nego žive živote koji su štetni ne samo za njih, nego i za ljude oko njih. Mane sprečavaju ljude da vide jasno štetu koju uzrokuju sebi i drugima. Ljudi s manama, zapravo, smatraju da je takav život s manama ili bez vrlina stvarno sretan i ugodan (3).

Kako bismo shvati što to zapravo znači, uzmimo primjer nedostatka vrline hrabrosti, odnosno manu kukavičluk. Hrabrost bi bila primjerice zatomiti vlastiti strah od smrti i boli i biti prisutan i potpora pacijentu kojega boli i koji pati, čak i u slučajevima kad medicinski ništa ne možemo napraviti. Kukavičluk bi nas oslobodio suočavanja s tim strahom, izbjegli bismo i vlastitu i tuđu bol, ne bismo odlazili doma opterećeni tuđom boli i ostavili bismo pacijenta bez nužne potpore. Takvo ponašanje možda jest mehanizam samoobrane za zdravstvenog radnika, ali istovremeno šteti pacijentu i njegovoj obitelji. Umjesto suočavanja s punim učinkom bolesti, ne samo njezinom fizičkom komponentom, kukavica napušta pacijenta. Time sigurno ne ispunjava potpuni potencijal onoga što znači biti ljudsko biće.

Kao drugi primjer možemo uzeti “alibi medicinu,” frazu koja se koristi za suvišne dijagnostičke, terapijske ili rehabilitacijske postupke. Alibi za takvo činjenje jest “bolje bilo kakvo činjenje, ponekad i neracionalno i suvišno, od konzervativnog i ograničenog pristupa dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji.” Podlegnuti pacijenta nepotrebnim postupcima i pretragama nije etično, ali se često prakticira iz straha od potencijalnih tužbi. Umjesto da se prakticira medicina najbolja za pacijenta, osoba s manom straha popušta pod mišlju na potencijalnu službu i prakticira defanzivni oblik medicine. Živjeti u konstantnom strahu šteti osobi koja taj strah ima, a u ovom slučaju, šteti i pacijentu i cijelom društvu, jer društvo plaća nepotrebne pretrage i postupke.

3.3. Važnost razvijanja vrlina u humanističkom-medicinskom okruženju

Zašto učiti medicinske profesionalce vrlinama, odnosno, tražiti da vrline razvijaju, kada ih se može jednostavno poučiti kodeksu prikladnog ponašanja? Neki autori, a i neke medicinske institucije (primjerice, Medicinski fakultet u Zagrebu), pokušavaju poučiti profesionalizam upotrebljavajući “checkliste” (kontrolne liste) koje provjeravaju, na primjer, jesu li se studenti rukovali s pacijentom ili upotrebljavali kontakt očima (32, 33). Te se metode čine kao prikladne, no najviše kritika dolazi iz činjenice da se tako poučava samo kako se činiti profesionalan, umjesto samog razvoja karaktera. Većina pacijenata sigurno i može procijeniti kada zdravstveni

profesionalac samo prolazi kroz pokrete kako bi se činilo kao da ih je briga. Takvo ponašanje nije samo lažno, nego i mehaničko i stoga bi spriječilo u formiranju iskrenog odnosa između zdravstvenog radnika i pacijenta, što može imati negativne posljedice, primjerice, nepovjerenje pacijenta.

Stoga se kritičari ovog pristupa okreću teoriji vrlina. Moderni filozof MacIntyre predlaže da čovjek stječe vrline procesom etičkog instruiranja. Student bi trebao kopirati etičko ponašanje iskusnijeg učitelja, koji onda inzistira na takvom ponašanju dok ga student svojevolumno ne počne izražavati (34). No istraživanja o primjeni etike vrlina su oskudna, a kopiranje ponašanja starijih kliničara zasigurno već jest dio skrivenog kurikuluma.

U jednom od rijetkih empirijskih istraživanja o etici vrlina, zamjećuje se da etičari često navode tri razloga zašto etika vrlina daje realističniji pogled na prakticiranje medicine nego pristupi utemeljeni na pravilima. Prvi razlog jest da su pravila previše apstraktna i općenita kako bi navodila moralno djelovanje. Pravila valja interpretirati u kontekstu, a takav kontekst bi trebale dati upravo vrline. Drugi razlog jest da pravila obično postavljaju skup minimalnih standarda. Treće, mnogi autori uočavaju sličnosti između mudre etičke prosudbe i kliničke prosudbe. Autori poput liječnika Kaldjiana smatraju da je teorija vrlina bolje opremljena nego razmišljanje na temelju pravila i principa nositi se s kompleksnim procjenjivanjem ciljeva liječenja (35).

Kako bi prikazali kako vrline utječu na zdravstvene djelatnike u svakodnevnim moralno-etičkim dilemama, istraživači u jednoj studiji su dizajnirali šest scenarija koji takve dileme sadrže, te pokušali u sklopu tih situacijskih testova uvidjeti koje karakterne vrline su bitne u dilemama u medicini te kakvu interakciju imaju jedni s drugima i drugim faktorima (primjerice, eksplicitna pravila struke). Scenarij pri kojem su se mišljenja u istraživanju polarizirala najviše jest onaj u kojem je opisana HIV pozitivna pacijentica koja ne dopušta da se ikome za njeno stanje kaže, no udana je, a muž ne zna za njeno stanje. Pri pokušaju uvjeravanja da supruga obavijesti, pacijentica odbija. 60% ispitanika bi za stanje rekli suprugu, 40% bi poštovalo želje pacijentice (35). Zanimljivo, to je scenarij u kojem se baš sukobljavaju pravila struke i ono što bi netko s osobinama koje se najčešće nazivaju vrlinama trebao napraviti. Pravila struke kažu da se suprugu za HIV status treba reći, pravo druge osobe na

život važnije je od nečije privatnosti. Međutim, ispitanici su se podijelili u tome što je "ljubazno" – neki smatraju da je ljubazno reći suprugu za status supruge, neki da mu nije ljubazno reći. Osoba bi za rješavanje ove situacije morala posjedovati mnoge druge vrline i pronaći način da ne naruši prava supruga ni privatnost supruge.

Osim pomoći u moralno-etičkim dilemama u svakodnevnom radu, drugi očigledan razlog jest da, kada je medicinsko osoblje distancirano, ili im nedostaje vrlina poput iskrenosti i altruizma, sigurnost pacijenta može biti narušena. Jedan od eklatantnih primjera jest rad s "teškim" pacijentom, odnosno, pacijentima koji izražavaju averziju prema bolničkom osoblju, pacijentima s psihijatrijskim dijagnozama, funkcionalnim nedostatcima, ili općenitim nezadovoljstvom zdravstvenim sustavom. Stavovi i uvjerenja u radu s ovakvim pacijentima osobite su važnosti, i vještine koje nisu kliničke i potječu od karaktera osobe mogu biti ključne, osobito kad je u pitanju pristanak pacijenta na terapije i intervencije (36). Potonje spada u sferu zadovoljstva pacijenta koje ovisi o međusobnom povjerenju osoblja i pacijenta, a tu ćemo temu detaljnije obraditi kasnije.

Druge bitne situacije odnose se na brigu za umirućeg pacijenta, suočavanje s pogreškama u medicini, balansiranje osobnog i profesionalnog života i nošenje s *burnout* sindromom kojeg doživi bar četvrtina sveg zdravstvenog osoblja. Sve su to boljke s kojima bi se zdravstveno osoblje, prema mnogima, moglo puno bolje nositi s razvijenim vrlinama, na što ćemo se osvrnuti malo kasnije u tekstu (36).

3.4. Negativan odraz i štetne posljedice prisutnosti mana u medicinskoj znanosti

Štetne posljedice prisutnosti mana u medicinskoj znanosti (i kliničkoj praksi) oskudnije su empirijski obrađivane nego pozitivni utjecaj vrlina. Možemo pokušati objasniti loše strane prisutnosti intelektualnih (konformitet, bezbrižnost, rigiditet, predrasude, dogmatizam, aroganciju, ...) i profesionalnih (pretjerana samopouzdanost, pretjerana ambicioznost) mana na primjeru iz svake kategorije.

U utjecajnom istraživanju u teoriji vrlina, Blendon i suradnici prijavljuju da je 35% liječnika i 42% pacijenata prijavilo pogreške koje rezultiraju ozbiljnom štetom, poput smrti, invaliditeta ili produženog liječenja, a pola tih pogrešaka povezano je s dijagnostičkim greškama (37). Pretjerana samopouzdanost jedna je od rijetkih mana dobro istraživanih u medicini. Pretjerana samopouzdanost vjerojatno je obilježje ljudske prirode – svi ljudi imaju tendenciju precijeniti svoje vještine i sposobnosti. No, za medicinsko osoblje, prema istraživanjima, greške naravno postoje, ali vjeruju da je vjerojatnost mnogo manja nego što zaista jest. Vjeruju da je manje vjerojatno da će osobno napraviti pogrešku. Rijetko se traži povratna informacija, poput obdukcija, kao neovisna informacija o dijagnostičkoj točnosti. Često se zanemaruju smjernice za dijagnostiku i liječenje. Većina slučajeva pogrešne dijagnoze, liječenja i pristupa pacijentu ne dolazi kada osoblje nije sigurno u svoje postupke, nego upravo suprotno – kada je sigurno u svoju dijagnozu i pristup. O ispravnosti postupaka prestaje se razmišljati kada je netko siguran da je netko već prije vidio, pa se previdi lakše događaju, a pacijent je time ugroženiji (38).

Drugi, duboko šokantan primjer, dolazi iz anonimnog pisma poslanog časopisu *Annals of Internal Medicine*, gdje pripovjedač opisuje kako je ginekolog, nakon spašavanja života pacijentici s atonijom uterusa, dok je pacijentica još pod utjecajem anestetika, počeo pjevati "La Cucaracha" i plesati, čemu se pridružio i sam pripovjedač, kasnije predavač predmeta medicinske etike (39). Pismo je pokrenulo lavinu reakcija i prepričavanje sličnih primjera, a tko je ikada radio u praksi sigurno se nerijetko susreo sa sličnim ponašanjem. Iako dotični primjer nije imao štetne posljedice za pacijenticu, i iako ponašanja nije bila svjesna, istraživanja pokazuju da arogancija medicinskog osoblja negativno utječe na odnos s pacijentom, i još važnije, izaziva nepovjerenje u plemeniti cilj medicine i lakše privlači negativni publicitet s nalgaskom na pogreške. Arogantno ponašanje pojedinaca stoga može degradirati povjerenje u kompletnu profesiju (40). Arogantnost nas sprečava da se povežemo s drugim osobama na iskren način i shvatimo njihov sustav vrijednosti. Štoviše, arogantnost je odraz mišljenja da je jedna osoba na neki način superiorna drugoj. Nemogućnost da se povežemo s pacijentom vodi nas u nemogućnost shvaćanja njegovih životnih okolnosti, ili nemogućnost da čujemo cijelu priču o njegovom životu i bolesti, što može voditi do pogrešne procjene ili nekooperativnog pacijenta. Stoga ne može izvući maksimum iz dijagnostičkog i terapijskog postupka.

Mnogi zdravstveni profesionalci idu tako daleko da čak ne napadaju mane kao negativnu pojavu, nego i neke vrline, primjerice, da briga za pacijenta nije prikladna za zdravstvene profesionalce. Curzer tako veli, u radu iz 1993., kako traženje od zdravstvenih profesionalaca da pokazuju brigu prema pacijentima vodi do nepoželjnih posljedica, primjerice nevoljnu štetu pacijentu, "burnout" sindroma zdravstvenih radnika, kompromitirane objektivnosti i paternalizma. "Očekivati od suvremenog zdravstvenog radnika da brine za svoje pacijente nerazumno je kao očekivati ljubav od prostitutke," zaključuje Curzer (41).

Postavlja se pitanje može li osoba koju nije briga za dobrobit drugih pružiti zdravstvenu njegu prema prihvaćenim profesionalnim standardima, odnosno, je li osoba koju nije briga za fizičke, emocionalne i egzistencijalne potrebe pacijenta zapravo nekompetentna? Nekompetencija kao mana je više nego pravljenje obične medicinske pogreške, predstavlja konstantne greške i u medicinskom prosuđivanju i u medicinskoj praksi (42). Nekompetencija ne mora biti samo tehnička kategorija, u smislu da osoba nije sposobna izvršiti mehanički zadatak, nego i etička kategorija, da osoba ne može razlikovati dobro i loše, ili se nije sposobna pridržavati etičkog kodeksa. Također predstavlja osnovu za izražavanje mana poput nepoštivanja, nemara, površnosti, indiferencije, neosjetljivosti. Teško je u medicini procijeniti postoji li više tehničkih pogrešaka ili etičke nekompetencije, ali sugurno je da se pacijenti češće žale na etičke nekompetencije nego tehničke, na što ćemo se osvrnuti kasnije u ovom radu.

Druge primjere negativnih posljedica mana nećemo posebno objašnjavati – svakom čitatelju ovog rada trebalo bi biti jasno zašto bezbrižnosti nije mjesto u medicini, ili kako predrasude mogu biti štetan faktor u ovoj profesiji.

Rijetko zdravstveni djelatnik ima samo vrline ili samo mane. Češće imamo neke vrline i izražavamo neke mane. Uz to, vrline i mane, poput hrabrosti, mogu biti dobre u jednom slučaju, a loše u drugom slučaju, ili mogu biti dobre u jednoj fazi našeg života, a loše u drugoj fazi našeg života. Stoga moramo biti oprezni kada nešto proglašavamo vrlinom ili manom, a osobito se čuvati kritiziranja kolega zbog neke mane – vrline ili mane koje su poželjne u jednom specijaliziranom dijelu medicine mogu biti nepoželjne u drugom. Primijeniti generalizaciju na taj način bila bi – mana.

4. Vrline i mane u djelokrugu rada medicinskih sestara

Bolest je događaj takve prirode da može karakterizirati nečiji život, osobito u slučajevima kada osoba pati od bolesti duže ili je ta bolest kronična, fizička ili mentalna. Jedno od obilježja bolesti jest da se može dijeliti s drugima, primjerice, kroz razgovor. Bolest, bez obzira na to je li po život opasna, uzrokuje u osobi niz emocionalnih odgovora, poput anksioznosti, straha, bespomoćnosti i ranjivosti. Strah od fizičkih simptoma poput boli i strah od smrti su također prirodni odgovori na bolest. Osjećaji koje bolest stvara pojačavaju se u, po mnogima, dehumanizirajućem procesu hospitalizacije. Osjećaji se mogu pojačati i kada osobe traže pomoć od medicinskih sestara kod kuće ili u bolnici. Kada je osoba hospitalizirana, ovisna je o drugim ljudima, uključujući medicinske sestre, kako bi preživjela i oporavila se (43).

Neki pacijenti vjeruju da “dobra” medicinska sestra koja daje visokokvalitetnu medicinsku njegu posjeduje nekoliko osobnih atributa, kvaliteta i vještina. Te su vještine ljubaznost, strpljenje i tolerancija, dok je suosjećanje prepoznato kao ključna karakterna linija potrebna medicinskoj sestri kako bi dala moralno kvalitetnu njegu (44, 45). Takve kvalitete pacijenti smatraju ekstremno vrijednima, ako ne i više vrijednima nego druge kliničke intervencije (46).

Čini se razumno onda predložiti da, ako želimo pacijentu ponuditi kvalitetnu njegu kao medicinske sestre, valja pokriti nekoliko tema: (I) ulogu medicinske sestre, (II) vrstu interpersonalnih odgovora koje medicinske sestre moraju demonstrirati i (III) karakterne osobine koje bi medicinske sestre trebale demonstrirati (43). Prve dvije teme izvan su dosega ovoga rada.

Važnost treće teme prepoznale su i neke službene nacionalne sestrinske organizacije, primjerice, *UK Nursing and Midwifery Council* (NMC, Vrijeće Ujedinjenog Kraljevstva za sestrinstvo i primalje), koji, osim uvjeta da se dovrši odobrena edukacija potrebna za registraciju medicinske sestre, zahtijeva da osoba koja želi biti medicinska sestra mora biti “dobrog karaktera.” Registraciju uvjetuju potpisanom izjavom o dobrom karakteru (47). Teoretski, bez potvrde dobrog karaktera student se ne može registrirati kao certificirana medicinska sestra. I smjernice poput NMC-ovih imaju konceptualnih problema, pošto se, prema njima, prosudba dobrog karaktera oslanja na sustav preporuka, odsutnost kriminalnih

djelatnosti i namjeru da se poštuje kodeks profesionalnog ponašanja (47). Dakle, bez obzira na dobre namjere, nema ni spomena ranije navedenih osobina koje su bitne onima kojima je njega namijenjena – pacijentima.

4.1. Etički kodeks medicinskih sestara Hrvatske

I Hrvatska udruga medicinskih sestara (HUMS) objavila je 1995. godine Etički kodeks medicinskih sestara Hrvatske, a deset godina kasnije, objavljuje ga i Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). Većih strukturalnih razlika između dvaju kodeksa gotovo da i nema. Kako bismo dobili dojam što točno kodeksi navode i koliko nam je prostora ostavljeno za njegovo tumačenje, kratko ćemo se osvrnuti na osnovna načela etičkog kodeksa HKMS-a, s primjerima iz vlastite prakse, kao zaposlenika Klinike za traumatologiju, KBC Sestre milosrdnice, Zavod za kirurgiju zdjelice.

(I) **Odnos prema bolesnicima.** Prema kodeksu, medicinske sestre trebaju poštovati i prepoznati ulogu bolesnika kao ravnopravnog partnera u zdravstvenoj njezi. Odgovornost je medicinske sestre prilikom pružanja zdravstvene njege promicati i štiti interese i dostojanstvo pacijenta bez obzira na njegovu dob, spol, rasu ili životni stil (48). Smatram da je informiranost pacijenta od neizmjerne važnosti. Treba težiti da pacijentima ne pristupamo rutinski, svaki pacijent je individualac te ga tako treba gledati. Dužnost je medicinske sestre na svakog pacijenta gledati s holističkog aspekta te informirati pacijenta o postupcima koje provodimo i koje ćemo provoditi. Medicinska sestra treba uvijek imati dovoljno vremena popričati s pacijentom, bitno je da pacijent verbalizira svoje strahove vezane uz operaciju i boravak u bolnici. Štoviše, smatram da u ljepotu sestrinskog zvanja spada individualiziran pristup svakome pacijentu. Medicinska sestra, od svih zdravstvenih djelatnika, s obzirom na 24-satnu prisutnost u njezi pacijenta, lakše uočava i dijeli s bolesnicima sve njihove patnje i probleme, što, bez sumnje, može i treba pomoći u ranije spomenutoj traumatizaciji hospitalizacijom. Primjerice, u mom poslu, svakodnevna situacija na kojoj se može vidjeti korisnost takvog pristupa jest vađenje kirurškog drena, koje može biti dosta stresno i bolno. Uvijek primjenjujem, a i mlađim kolegicama prenosim, kako moramo imati vremena za psihičku pripremu pacijenta prije vađenja

drena. Oni su često u smrtnom strahu! Uočila sam da priprema pacijenta uz provođenje vježbi disanja daje izvrsne rezultate. Pacijent se opusti, time se opuštaju i mišići, dren lakše izlazi iz rane, a bol je znatno manja nego kad je pacijent napet i u strahu. Drugi primjer ne sadrži fizičku traumu, ali nekima može predstavljati psihičku traumu. Ovakve se situacije stoga često potcjenjuju. Kako zbrinjavamo traumatološke pacijente, često su bez nekog dijela odjeće. Primjećujem da neke kolegice ne vode o tome računa kod obavljanja zdravstvene njege, te ostavljaju vrata otvorena tako da svatko s hodnika može vidjeti pacijenta bez odjeće. Mlađim kolegicama napominjem da bismo trebali i sebe zamisliti da smo goli na krevetu i danas drugi, nepovezani sa zbrinjavanjem našega zdravstvenog stanja, mogu tako vidjeti. Ono što sam uspjela promijeniti na svom Zavodu jest inzistiranje na uvođenju primjene jednokratnih gaćica kod pacijenata pri transportu u operacijsku salu. Prije toga su svi išli u potpunosti goli, a sada se puno ugodnije osjećaju jer ipak imaju nekakvu zaštitu.

(II) **Suradnja u timu.** Sestrinstvo je timska struka, a medicinska sestra neizostavan i samostalan član medicinskog tima. Kodeks preporučuje medicinskim sestrama da surađuju s članovima tima, da djelotvorno međusobno komuniciraju i izmjenjuju znanja i vještine (48). Zakon o sestrinstvu u članku 14 ima jednu novu bitnu odredbu, gdje kaže da tim zdravstvene njege treba imati voditelja tog tima i izvršitelje zdravstvene njege (49). Preporuka je da se kao sredstvo komunikacije u timu koristi sestrinska dokumentacija (50). Sestrinska dokumentacija se vodi na način da se svaki relevantni podatak o pacijentu i svaka provedena sestrinska intervencija unese u sestrinsku dokumentaciju u što kraćem vremenskom roku nakon provođenja postupka. Kroz vlastiti profesionalni razvoj medicinska sestra treba razvijati komunikacijske vještine kako bi mogla zadobiti povjerenje bolesnika. Jako važna osobina svake medicinske sestre je kolegijalnost. Ona se tiče odnosa s drugim članovima medicinskog tima što se neposredno odražava i na cjelokupan odnos osoblja s pacijentom. Medicinska sestra je član tima što joj osigurava pravo na davanje profesionalnog mišljenja, ali i na uvažavanje mišljenja drugih članova tima.

Tijekom svog profesionalnog rada često se, nažalost, susrećem s neetičnim ponašanjem kolega, poput ljubomore, ogovaranja, ismijavanja i podmetanja mlađim kolegicama, ponižavanja, nepreuzimanje odgovornosti za postupke, izbjegavanje obavljanja zadataka.

Važno je navesti nekoliko pravila kojih bi se trebala pridržavati svaka medicinska sestra ili student: Nikada ne bismo smjeli:

1. ne pozdraviti ili odzdraviti;
2. držati ruke u džepu dok pozdravljamo, razgovaramo;
3. oslovljavati neprikladno;
4. žvakati žvakaću gumu;
5. ponašati se oholo, umišljeno;
6. govoriti glasno, vikati, dovikivati se, svađati, smijati, pjevati, zviždati;
7. uključiti glasno radio ili TV, na bolničkom odjelu.

Medicinska sestra treba posjedovati, razvijati i težiti dobrim vrlinama u odnosu prema drugim članovima tima kao što su: disciplina, druželjubivost, kolegijalnost, komunikativnost, dobra organizacija posla, tolerantnost, uvažavanje, samopouzdanost, poštovanje, požrtvornost, pristojnost, odanost, korektan odnos.

Spram kolega i drugih članova medicinskog tima treba izbjegavati loše karakteristike ponašanja kao što su dvoličnost, ljubomora, potcjenjivanje, svadljivost, tračanje, vrijeđanje, zavidnost, lažljivost, omalovažavanje, osvetoljubivost, nadmetanje, natjecanje i konkurenciju, ignoriranje mišljenja i stavova, ignoriranje kolega i kolegica, podmetanje.

(III) **Profesionalna tajna.** Kodeks medicinskih sestara preporučuje medicinskim sestrama da štite i čuvaju sve povjerene informacije dobivene od pacijenta i da te informacije koriste samo u za to predviđene svrhe (48). Kroz pružanje sestrinske skrbi pojedincu, njegovoj obitelji i zajednici, medicinska sestra bi trebala razvijati suradnički odnos koji bi se trebao temeljiti na međusobnom poštovanju i uvažavanju. Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja. Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovom prijemu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju. Pri pregledu, odnosno liječenju, a naročito prilikom pružanja osobne njege pacijent ima pravo na uvjete koji osiguravaju privatnost (51).

U nekoliko sam navrata bila prisutna kada su spremačice međusobno pričale o stanju nekog pacijenta. Upozorila sam ih na to da takve rasprave nisu prikladne i da se o pacijentima i njihovim bolestima i operacijama ne smije pričati van bolnice. Uvidjela

sam da postoji taj problem i mislim da bismo trebali uvesti neka pravila i norme ponašanja i za drugo nezdravstveno osoblje, koje ne podliježe djelovanju Etičkog kodeksa.

Mislim da je moja dužnost kao medicinske sestre intervenirati ako osoblje ne poštuje obvezu čuvanja profesionalne tajne. Smatram da bi svi nezdravstveni djelatnici prije zapošljavanja u zdravstvenoj ustanovi trebali također proći neka predavanja ili kratkotrajni tečaj o važnosti etičnog ponašanja.

(IV) **Trajno usavršavanje.** Etički kodeks nalaže medicinskim sestrama potrebu cjeloživotnog učenja i usavršavanja u struci. Cjeloživotno učenje se definira kao sveukupna aktivnost učenja tijekom života, a s ciljem unapređenja znanja, vještina i kompetencija. Obuhvaća učenje u svim životnim razdobljima i u svim oblicima u kojima se ostvaruje. Svaka medicinska sestra ne ulaže samo samu sebe u posao koji obavlja, ulaže i iznimno znanje te životno i profesionalno iskustvo. Medicinska sestra mora održavati svoje znanje i vještine u toku sa suvremenim znanjima kroz cijeli svoj radni vijek. Trebala bi redovito sudjelovati u obrazovnim aktivnostima koje razvijaju njene sposobnosti i vještine za rad (48).

Sestra preuzima odgovornost i potreban autoritet u izravnom pružanju sestrinske zaštite. Ona je samostalna praktičarka, odgovorna za zaštitu koju daje. Odgovorna je odrediti svoje osobne potrebe u daljnjem obrazovanju za menadžment, nastavu, kliničku praksu i istraživanja i te potrebe aktivno zadovoljavati (52).

(V) **Ugled staleža.** Kodeks nalaže medicinskoj sestri da svojim radom i ponašanjem podiže ugled profesije. U svojem radu sestra ne bi trebala koristiti profesionalni status u materijalne svrhe i promociju komercijalnih proizvoda ili usluga. Uredna i lijepo njegovana sestra (uredne kose, nenapadno namazanog lica, urednih ruku, čistih i njegovanih, podrezanih noktiju bez laka, bez prodornih mirisa), u čistoj i izgllačanoj odjeći sa značkom i identifikacijskom karticom te urednom obućom psihički povoljno djeluje na bolesnika i odgojno na sredinu gdje radi (53). Svaka medicinska sestra dužna je voditi računa o vlastitom izgledu i pravilima lijepog ponašanja. Uniforme medicinskih sestara trebale bi biti jedinstvene, pritom je bitna njihova zaštitna uloga a ne estetska.

(VI) **Zaštita bolesnika od rizika.** Kodeksom se traži da sve medicinske sestre moraju prakticirati sigurnu zdravstvenu njegu na potrebnoj stručnoj i etičkoj razini. Ako ne može ukloniti čimbenike rizika koji bi mogli ugroziti standarde prakse sestra o tome treba pismeno izvijestiti nadređenu osobu.

Kod većine naših pacijenata u traumatologiji postoji visok rizik za pad. Medicinska sestra ima veliku ulogu u primarnoj prevenciji padova koja se provodi kroz motiviranje i edukaciju pacijenta. Sigurnost bolesnika jedna je jeftina i lako provediva mjera pouzdanosti zdravstvenog sustava.

(VII) **Osiguranje od odgovornosti.** Kodeksom se preporučuje medicinskim sestrama da se osiguraju od odgovornosti na radnom mjestu. „Odgovornost je najznačajnije obilježje humanosti!“ (54).

Odgovornost predstavlja jedan od osnovnih društvenih odnosa tj. ona je svojevrsni pokazatelj ostvarivanja zakonitosti i stupnja etike jednog društva i njegove savjesti (55). Postoji nekoliko vidova odgovornosti koje medicinska sestra treba zastupati u svom radu, a to su: odgovornost prema samoj sebi, odgovornost prema vlastitoj struci, odgovornost prema pacijentu i prema suradnicima.

Tijekom dosadašnjeg sestrinskog rada u bolnici često sam se susretala, kao i ostale moje kolegice, s moralnom dilemom da li primijeniti terapiju ordiniranu od strane liječnika preko telefona ili ne? Vidljivo je iz moralnog i etičkog zakona da se bira manje zlo ako je pozitivno i da pacijent mora biti o svemu pravovremeno obaviješten. Kada liječnik telefonom daje odredbu medicinskoj sestri da primjeni određenu terapiju pacijentu a da pacijenta nije vidio, objasnio mu za što mu daje terapiju i terapiju napisao na terapijsku listu, sestra koja je primila takvu odredbu od liječnika zaista je u moralnoj dvojbi. S jedne strane imamo bolesnog pojedinca kojemu lijek treba, a s druge strane liječnika koji prepisuje terapiju na neadekvatan način.

Rješavanje etičkih pitanja medicinska sestra provodi u skladu s etičkim kodeksom i uz pomoć nadležnih tijela Hrvatske komore medicinskih sestara. Svaki problem koji sestra primijeti tijekom rada, a uvidi da se kosi s Kodeksom, dužna je na njega upozoriti i težiti tome da se problem riješi na najjednostavniji način. Medicinske sestre ne smiju koristiti mogućnost prijave ako žele nekoga povrijediti ili poniziti. Zato Kodeks i određuje da se sestra može obratiti Komori u slučaju problema nastalih

zbog neprimjerenog i neprofesionalnog ponašanja kolegice koji ne može sama riješiti.

(VIII) **Rješavanje etičkih pitanja.** Činjenica da je teško potrebne vrline u profesiji nabrojiti (takva lista bila bi, vidimo, predugačka i previše subjektivna), smjernice ih ne nude, način na koji bi se poučavale nije jasan, naravno ne znači da ne trebamo nastaviti istraživati način na koji vrline možemo istaknuti i primijeniti. Neke koncepte su moralni teoretičari ipak predložili. Prijedlozi za obilježja koja bi trebala karakterizirati pristup pacijentu utemeljen na vrlinama uključuju (I) prakticiranje moralnih vrlina, primjerice, suosjećanja, (II) iskorištavanje moralne prosudbe i (III) iskorištavanje moralne mudrosti (43).

(IX) **Odnos prema drugim medicinskim sestrama.** Kodeks preporučuje da se medicinska sestra treba odnositi prema kolegicama onako kako bi željela da se one odnose prema njoj. Na primljenom znanju od svojih učiteljica sestra će iskazivati zahvalnost i poštovanje, te će vještine i znanja prenositi na mlađe naraštaje i odgajati ih prema etičkom kodeksu.

Katkada se medicinska sestra, njegujući pacijenta, može naći u "neprijateljskoj" ulozi u odnosu na svoje kolegice i ostale suradnike unutar tima, jer štiteći svoje pacijente mora ih štititi i od eventualno loših postupaka drugih sestara. Međunarodni etički kodeks obvezuje da se održavaju kooperativni odnosi sa suradnicima i istodobno se traži da se poduzimaju odgovarajuće mjere zaštite pojedinca kada je njegova skrb ugrožena od suradnika na poslu ili bilo koga drugog. Primjerice, svakodnevno se susrećem s nehumanosti u postupanju prema pacijentu, nekolegijalnosti kolegica i drugih članova tima, kršenjem prava pacijenata na privatnost i zaštitu podataka, nepoštivanje obveze čuvanja profesionalne tajne, rutiniziran pristup prema pacijentu kod pružanja skrbi, neodgovarajuće oslovljavanje pacijenta (pacijenti se nazivaju po dijagnozi ili operativnom zahvatu, a ne imenom i prezimenom), nedostatak empatičnosti u radu.

(X) **Odnos prema Hrvatskoj komori medicinskih sestara.** Medicinska sestra treba Komoru smatrati svojom stručnom maticom, čuvajući i promičući joj ugled, kako u struci tako i u široj javnosti. Sestra je dužna poštivati sve odredbe Komore i redovito ispunjavati obveze prema njoj.

Posljednjih godina sestrinstvo postaje sve cijenjenija profesija, a sestre čine najveću skupinu zdravstvenih profesionalaca. Za razvoj struke bitno je profesionalno lobiranje koje zahtjeva stručnost, znanje, transparentnost i visoku profesionalnost. Put postizanja profesionalnih ciljeva vodi kroz uključivanje sestara u zdravstvenu politiku. Nikada ne smijemo potcijeniti važnost onoga što imamo reći. Upravo zbog toga zauzimanje za javnu politiku bi trebala biti jedna od temeljnih sposobnosti i vrijednosti sestara bez obzira gdje se nalazile na svom profesionalnom putovanju. Stoga smatram da bi bilo poželjno učlaniti se u sestrinske udruge, sindikate, koji štite prava i interese sestara, promoviraju izvrsnost u obavljanju prakse i potiču razvoj i edukaciju sestara u profesionalnom i akademskom smislu.

4.2. Etička pitanja i svakodnevni rad medicinskih sestara

Prema navedenim osnovnim etičkim načelima, možemo zaključiti da Etički kodeks prati svjetske trendove – zadužuje nas da provodimo adekvatnu tehničku stranu njege, ali i brinemo za interpersonalne odnose. No kao i u etičkim kodeksima drugih zemalja, točne vrline potrebne u profesiji medicinske sestre odbijaju se eksplicitno navesti, mi ih sami definiramo kroz vlastito iskustvo. Razmišljajući o etičkom kodeksu i navodeći primjere iz vlastite prakse, ja dajem svoj pogled na kodeks i vrline koje ja smatram bitnima, druga medicinska sestra sa sličnim iskustvom vjerojatno bi odabrala druge vrline koje proizlaze iz identičnog kodeksa.

Primjerice, kada govorimo o moralnim obilježjima karaktera, možemo zamisliti to da će u praksi medicinska sestra morati imati jako širok raspon moralnih vrlina kako bi mogla odgovoriti na pacijenta na moralno dobar način. Na primjer, morat će moći odgovoriti na potrebe pacijenta, što znači da mora biti osjetljiva na potrebe pacijenta. Morat će razumjeti osjećaje pacijenta, što znači da će morati biti empatična. Morat će pretpostaviti koje bi situacije pacijentu mogle smetati, primjerice, način razgovora, što znači da mora imati stupanj moralne imaginacije (43).

Naravno, sve potencijalne potrebe pacijenta nije moguće predvidjeti, niti postoji osoba koja bi na sve te potrebe mogla odgovoriti. Pogledajmo, za primjer, raspon vrlina i mana koje bi medicinska sestra trebala imati, prema analizi seminarskih

promišljanja i usvojenosti gradiva iz predmeta "Etika sestrinstva" na našem fakultetu, prikazanima u Tablici 1.

Tablica 1. Vrline i mane medicinskih sestara u odnosu s pacijentom, prema anketi među medicinskim sestrama, u sklopu predmeta "Etika sestrinstva" na Medicinskom fakultetu u Zagrebu

Vrline	Mane
• oslavljanje s gospodine ili gospođo, • strpljivost, • vedrina, • blagost, • empatija, • povjerljivost, • slušanje, • susretljivost, • dobronamjernost, • samilost, • poštovanje bolesnika, • ispunjava obećanja, • predanost, • iskrenost, • pažljivost, • pozitivnost, • profesionalizam, • brižnost, • tolerantnost, • velikodušnost, • obazrivost, • ljubaznost, • nesebičnost, • nježnost, • dobrota.	• predrasude o bolesnicima, • komentiranje bolesnikovih navika u negativnom smislu, • ignoriranje bolesnikovih želja, • „nemamo vremena“, • nesnalažljivost, • nekomunikativnost, • netolerantnost, • rutiniranost, • neljubaznost, • nestrpljivost, • neprofesionalnost, • neosjećajnost, • nehuman odnos, • manjak empatije, • nesigurnost, • sporost, • neraspoloženost, • šutljivost, • osornost, hladna poslovnost, • imune na tuđu patnju, • nepažljivost, • neodgovornost, • neznanje, • podcjenjivanje, • omalovažavanje, • osramoćivanje, obezvrijeđivanje, arogancija, • oholost.

Pregled dan u Tablici 1 oslikava puno problema: preširok raspon vrlina i mana, različitost pogleda samih medicinskih sestara na vrline i mane, različit pogled na prioritete i nedostižnost svih osobina za jednu medicinsku sestru. A to su samo vrline i mane u odnosu s pacijentom. Lista bi bila četverostruko duža da krenemo nabrajati i odgovore u svezi odnosa prema kolegama, profesiji i samima sebi. Stoga se javila potreba za prioritiziranjem i klasifikacijom.

Moralnu osnovu odnosa pomaganja između sestre i pacijenta, smatra se, čine tri ključne vrline koje bi trebale biti osnova sestrinske profesije. Prva je vrlina suosjećanje. Druga je hrabrost, nužna sestri kako bi bila zastupnik svog pacijenta. Kao treća ključna vrlina predloženo je poštivanje, koje daje moć pacijentu (43).

Iako se njega sa suosjećanjem čini intuitivna, incidenti poput *Francis Reporta* (izvještaja o neuspjesima u britanskom NHS-u, *National Health Services*, za zainteresirane dostupnog na poveznici u referencama) su internacionalno podigli brigu za stanje suosjećanja u zdravstvenom sustavu (56). Važnost suosjećanja najviše cijene pacijenti i njihove obitelji, koje suosjećanje konstantno rangiraju kao svoju najveću zdravstvenu potrebu (57). Pacijenti prijavljuju da primanjem njege sa suosjećanjem pomaže oporavku, uključujući povećan osjećaj odgovornosti i kontrole nad svojim zdravljem. Ipak, u svim studijama koje su rađene o suosjećanju (prvenstveno definiciji suosjećanja, koje je teško razlikovati od primjerice empatije) nedostaje specifičnosti, primjenjivosti u klinici, konceptualne validnosti i ne inkorporira uvijek razumijevanje i iskustva pacijenata (58).

Kao vrlina, hrabrost nam omogućuje da učinimo pravu stvar za ljude za koje brinemo, da govorimo kada imamo brige, te da imamo osobnu snagu i viziju za inovacije i da prihvaćamo nove načine rada. Studije su pokazale da je hrabrost kvaliteta koju javnost očekuje od medicinskih sestara, a i u kodeksu etike *American Nurses Association*-a (ANA, Američka udruga medicinskih sestara) navedeno je da je medicinska sestra treba posjedovati. Posjedovati hrabrost znači biti u mogućnosti, kao medicinska sestra, djelovati s integritetom, kao odvjetnik pacijentima i njihovim obiteljima u vremenu kada su osobito ranjivi, i kada je njihova sposobnost da se brinu za sebe, kao i autonomne odluke o vlastitom životu, ograničena (59).

Poštivanje prema dostojanstvu osobe prisutno je i u Deklaraciji ljudskih prava (Ujedinjeni Narodi, 1948), gdje se navodi da je osnova slobode, pravde i mira utemeljena na prepoznavanju dostojanstva i jednakosti ljudskih bića. Osim ove direktne važnosti poštivanja, poznaje se i ono indirektno, gdje je utvrđeno da pacijenti koji smatraju da ih se tretira s poštovanjem prijavljuju ne samo veće zadovoljstvo svojom njegom, nego i bolje kliničke ishode (60). Uporaba termina poštivanje razlikuje se u svakodnevnom govoru i literaturi iz filozofije i etike. Značenje iz svakodnevnog govora je preširoko, dok literatura iz etike kaže da se termin

poštivanje odnosi gotovo isključivo na poštivanje autonomije. No, što sami pacijenti smatraju poštivanjem, malo je poznato. U jednoj provedenoj studiji, pacijenti su pod terminom poštivanje iznosili ne samo poštivanje autonomije, nego i brigu za vlastite potrebe, empatiju, brigu, prepoznavanje individualnosti, davanje dovoljno informacija i dostojanstvo. No, daljnja istraživanja su potrebna kako bi se identificirala ponašanja koja, u različitim situacijama, promoviraju ponašanje s poštivanjem (61).

Navedne vrline su nužne, jer samo pridržavanje etičkog kodeksa teško može biti dostatno u svakodnevnim situacijama i s “lakšim” pacijentima, a kamoli u situacijama gdje sestre zbrinjavaju “teške” pacijente, primjerice, terminalno bolesne, ili za nošenje sa situacijama koje predstavljaju drukčije moralne izazove, primjerice, sudjelovanje u namjernom prekidu trudnoće.

Pokušajmo prikazati razliku između samog poštivanja smjernica kvalitete i etičkog kodeksa i pristupa situaciji hipotetske osobe s vrlinama. Primjerice, zamislimo mladog čovjeka koji je doživio prometnu nesreću i doveden je na odjel traumatologije. Nakon zbrinjavanja svih akutnih ozljeda, tjedan dana poslije nesreće, dolazi svijesti i shvati da je sada kvadriplegičar s potpuno očuvanom kognicijom. Medicinske sestre dužne su se brinuti za njega prema pravilima struke, a to uključuje i hranjenje, koje pacijent odbija jer želi umrijeti, shvativši da ne želi nastaviti svoj život u stanju u kakvom jest. Prestanak hranjenja pacijenta prema njegovim željama jednako je eutanaziji, koja u Hrvatskoj nije legalna. Istovremeno, od nas se zahtjeva da poštujemo autonomiju pacijenta, koja uključuje pravo da odbije liječenje.

Umjesto da ovakvu situaciju učinimo tuđim problemom, osoba s vrlinama trebala bi se potruditi razumjeti pacijenta, utvrditi što je zaista motivacija za takvu njegovu odluku. Je li takva odluka zaista donesena voljno, je li rezultat njegovih uvjerenja, možda religije, ima li obiteljska situacija utjecaj? Kako bismo znali je li takva odluka donesena autonomno i pri punoj svijesti, ne možemo izbjeći pacijenta. Dužni smo surađivati s pacijentima i njihovom obitelji – informirati ih, navoditi, savjetovati i pomagati kako bi donijeli prikladne i odgovorne izbore o svom zdravlju. Mora se uzeti u obzir i način na koji je pacijent donio odluku, ali i osigurati da su takve odluke u skladu s legalnim i etičkim okvirima profesije.

Ne utječe takva situacija samo na pacijenta, nego i na medicinsku sestru. Odbijajući njenu njegu, ono što je dužna raditi prema profesionalnim standardima, pacijent

zanemaruje obveze i osjećaje medicinske sestre. Možda je po uvjerenju medicinske sestre život, čak i bez mogućnosti pune kvalitete života, opet od apsolutne vrijednosti, i medicinska sestra cijeli život smatra da je potrebno primijeniti sva dostupna sredstva kako bi se život zaštitio. Odnosno, gledajući s druge strane, i da se ovakva situacija riješi na neki drugi način koji ne uključuje medicinsku sestru – ostavlja posljedicu i na nju.

Naravno, ne očekujemo da će pristup pacijentu s razumijevanjem, suosjećanjem, poštivanjem autonomije i brigom razriješiti tako tešku situaciju u pravnom smislu, ali može riješiti moralnu dilemu koje medicinska sestra može imati.

U manje ekstremnim situacijama, primjerice, pacijenta u sustavu palijativne njege, koje očaj često vodi u smjeru neprovjerenih alternativnih terapija koje ga iscrpljuju financijski ili zbog kojih može odbijati učinkovitu terapiju, vrline koje medicinska sestra posjeduje mogle bi, ispravnim pristupom, razumijevanjem, razgovorom s obitelji, brigom i davanjem profesionalno ispravnih informacija, zaista utjecati na ishod liječenja, a da istovremeno ne narušavaju autonomiju pacijenta.

Kao suprotnost, zamislimo situaciju u kojoj medicinskoj sestri nedostaje, primjerice, vrlina hrabrosti. Približno 10% pacijenata oboli od neke infekcije tijekom svog bolničkog boravka. Istraživanja sugeriraju da bi se približno 30% takvih infekcija moglo spriječiti boljom primjenom smjernica o kontroli bolničkih infekcija, smanjujući tako ne samo bolničke troškove koji su po tri puta veći po pacijentu kada je infekcije bilo, nego i spriječiti potencijalno smrtonosnu opasnost pacijentu. Smjernice tako, kao jednu od mjera, preporučuju pranje ruku prije i poslije svakog kontakta s pacijentom (62). I liječnici i drugo bolničko osoblje često preskaču taj esencijalni korak. Zamislimo situaciju u kojoj mlada medicinska sestra vidi da šef bolničke kirurgije nije oprao ruke prije pregleda pacijenta. Nedostatak vrlina hrabrosti da upozori šefa vodi do potencijalne opasnosti za pacijenta, a istovremeno potencijalno vodi do neugodne situacije za sestru – nije problem pretpostaviti da bi stariji i iskusniji liječnik, uz to šef jednog odjela, možda vrlo negativno reagirao na primjedbu mlade kolegice, situacija koju svakako treba izbjeći. Jedna takva, naočigled jednostavna situacija, zahtijeva ne samo nedostatak kukavičkuka kao pandana hrabrosti, nego i mnoge vrline potrebne za održavanje stabilnih i prikladnih interpersonalnih odnosa.

U ovim situacijama medicinska etika neće uvijek dati ispravne odgovorne na teške moralne dileme, a možda ispravnih odgovora i nema. Postoje samo različiti načini pristupa takvim dilemama, odnosno, način na koji možemo opravdati stanoviti način svog postupanja. Prednost vrlina i etike vrlina za medicinsku sestru u ovom slučaju jest:

1. što prepoznaje da su emocije integralni i važni dio naše moralne percepcije,
2. smatra da je naša motivacija od ključne važnosti,
3. kako ne postoje točna pravila koja se apsolutno moraju poštivati, dopušta određenu prilagodbu posebnostima situacije i ljudima koji su povezani sa situacijom,
4. takva fleksibilnosti omogućava korištenje kreativnijih rješenja u dilemama,
5. za razliku od razmišljanja utemeljenog isključivo na znanstvenim dokazima, etika vrlina prepoznaje činjenicu da se teške dileme rijetko mogu riješiti na potpuno zadovoljstvo svih sudionika i da bilo koje rješenje takve situacije ima pravo ostaviti za sobom i bol i žaljenje (25).

Ukratko, kako bismo zaista pružili vrhunsku zdravstvenu njegu svojim pacijentima, trebali bismo svojim vrlinama učiniti etiku vrlina sinonimom s kvalitetom njege i profesionalizmom, jer u trenutnom društvenom okruženju upravo ona nam daje mogućnost i da ispoljavamo vrline, i da suprimiramo mane, a i da istovremeno pružimo tehnički izvrsnu zdravstvenu njegu, jer ne zaboravimo – i pružanje tehnički izvrsne njege jest jedna od vrlina.

5. Etika vrlina - ključni pristup u sestrinskoj kliničkoj stvarnosti

Prikazali smo nekoliko situacija koje pokazuju kako vrline i mane mogu utjecati na svakodnevni rad medicinskih sestara, no usredotočili smo se uglavnom na potencijalne pojedinačne slučajeve i potencijalne osobne moralne dileme. Međutim, što može moderna etika vrlina ponuditi sestrinstvu kao profesiji?

Dali smo i kratki pregled vrlina koje bi medicinske sestre, prema teoretičarima i smjernicama profesionalnih društava, trebale imati, na direktnu korist svojih pacijenata. No, karakterne vrline možete imati, ali ih ne morate ispoljavati. I obrnuto – netko ne mora imati karakternu vrlinu, ali može se ponašati u skladu s kodeksom ponašanja. Ima li na ponašanje osobe više utjecaja karakter ili kontekst, situacije u koje osoba dolazi?

Primjerice, jedan od najpoznatijih psiholoških eksperimenata 20. stoljeća je *Stanford prison experiment*, gdje su se za eksperiment nasumično odabrani studenti tako brzo prilagodili ulogama "stražara" i "zatvorenika" da su počeli ispoljavati uznemirujuće i štetno ponašanje jedni prema drugima, u skladu sa svojom "ulogom", nepobitno, među ostalim, svjedoči da situacija možda više čini čovjeka nego karakter (63).

No, za teoretičare vrlina, takav argument ne predstavlja problem, nego se može upotrijebiti kao alat na temelju kojeg se vrline mogu razvijati. Tijekom školovanja, trebali bismo susresti dvojbene situacije u kojima bismo poticali ispravno djelovanje i obeshrabrivali štetno djelovanje. Takav način opet vodi u kritike – time bismo razvijali samo bihevioralni odgovor na temelju nagrade i pokude, ne sam razvoj karaktera.

Jedan mogući način na koji bismo mogli doskočiti tim problemima jest poticanje želje u studentima da postanu specifični tip medicinske sestre, idealiziranjem tog tipa – upravo putem etike vrlina.

Ako osoba želi razvijati svoj karakter tako da postane ljubazna, iskrena, poštena, suosjećajna i hrabra, i ako je Aristotel u pravu kada kaže da vježbanjem vrlina te vrline možemo i postići, onda za etiku vrlina u medicini ima nade.

Za početak, trebalo bi prihvatiti teret činjenice da nitko ne može postati idealan, nego da takvom idealu treba težiti, i da medicinskim sestrama trebamo ponuditi okruženje koje podupire, a ne suprimira, ponašanje na temelju vrlina. U takvom okruženju, etika vrlina bi imala istinske šanse pomiriti medicinu utemeljenu na dokazima i medicinu usmjerenu na pacijenta.

U posljednje vrijeme gomilaju se dokazi da i pacijenti cijene takav pristup, a zadovoljstvo pacijenta, kako ćemo vidjeti, postaje sve važnija komponenta sustava zdravstvene njege.

5.1. Utjecaj etike vrlina na zadovoljstvo pacijenta

Prema američkim standardima, a uzimamo američki primjer jer rijetko koja druga država ima tako precizno razvijene mehanizme validacije kvalitete, 70% ocjene kvalitete njege u nekoj javnoj medicinskoj instituciji (a time i alokacija financiranja) ovisi o provođenju kliničkih smjernica, a 30% o ocjeni pacijenta, kako je definirano u *Patient Protection and Affordable Care Act* (Zakon o zaštiti pacijenata i njezi koja se može priuštiti). Tih 30% ocjene pacijenta odnosi se na brzinu kojom pacijent dolazi do usluge i anketu kojom propitkuju zadovoljstvo uslugom (64).

Pacijentova percepcija usluge u modernom dobu medicine, dakle, dobiva osobitu težinu. Kako se spominje u tekstu iz 2008. u *Nursing Managementu*, "Percepcija pacijenta nova je stvarnost zdravstvenog sustava. Bolnica nije ni hotel ni tematski park, ali kompetitivnost industrije je dovela do utjecaja na odgovore pacijenata u anketama." Nije više dovoljno da medicinska sestra napusti prostoriju i ugasi svjetlo kako bi pacijent mogao ugodno spavati, sada mora dodati frazu, "Zatvaram vrata i gasim svjetla kako bi bolnica bila tiha noću"(65).

Nije upitno da će pacijenti biti zadovoljni ako se ponašamo u skladu s vrlinama. Potencijalni problemi za struku leže na drugim mjestima.

Primjerice, jedan medicinar problem bi mogao imati ako odbije pacijentu dati antibiotik koji pacijent misli da mu treba, iako medicinar smatra da je problem virusne prirode. Ako se pacijentu uskrati nešto što misli da zaslužuje, a kosi se sa smjericama, osoblje svejedno može dobiti nižu ocjenu kvalitete i time, u komercijalnom dobu, gubiti pacijente i sredstva, ili još gore, može biti podložan defamacijskoj medijskoj kampanji (66).

U pismu iz časopisa *Keystone Physician*, jedan liječnik je tvrdio da je uspio podići zadovoljstvo pacijenata za 7% samo propisujući antibiotike kada je pacijent to htio. Drugi su otišli i dalje – zbog koncepta zadovoljstva pacijenta vlade i administratori

prihvaćaju "pacijent je uvijek u pravu" model i kažnjavaju osoblje koje ne rangira dobro u anketama zadovoljstva (66).

Dalje, zadovoljan pacijent ne mora biti zdrav pacijent. U Liječničkim Novinama iz 2011. godine, prof.dr.Željko Poljak, komentirajući internetsku stranicu na kojoj pacijenti ocjenjuju medicinsko osoblje, navodi sljedeće: "Bio je visok, otmjen i uvijek srdačan. Obljubljen i zgodan, tako da su se neke zaljubile u njega. Bio je gotovo očinski nastrojen, jako pametan i bile smo s njim prijateljice. Djecu je nježno milovao po glavi. Toliko je bio osjećajan da nam ni injekcije nije sam davao... Pogodite o kojem je liječniku riječ i tko ga je tako ocijenio! Bio je to krvoločni anđeo smrti, nacistički liječnik dr.Josef Mengele, a tako su ga ocijenile logorašice koje su mu u Auschwitz-u služile kao pokusni kunići." Dr. Poljak kaže, za liječnike (a možemo, vjerujem, isto primijeniti i na medicinske sestre), da i pacijenti s velikim iskustvom liječnika mogu prosuditi samo površno, na osnovi ljubaznosti i srdačnosti, što može biti samo marketinško umjeće (67).

Frazu "zadovoljstvo pacijenta" stoga moramo promatrati u tom, komercijalnom, smislu, sa svim negativnim konotacijama, jer sustav tomu teži. Ne možemo naravno generalizirati na sve pacijente, njihova očekivanja i stupanj komercijalizacije usluga ovisi prvenstveno o prirodi njihove bolesti i njihovom samom odnosu prema bolesti, kako percipiraju problem – teško je uspoređivati primjerice tinejdžera koji dolazi dermatologu zbog akni koje percipira kao centralni problem svoga svijeta, i recimo pacijenta u palijativnoj skrbi. Ali sve je više kroničnih pacijenata s velikim iskustvom u zdravstvenom sustavu koji nisu neposredno životno ugroženi, štoviše, možda čak ni nemaju bolest koju bismo mogli liječiti pristupom utemeljenom na dokazima, i gledaju na medicinu kao uslužnu djelatnost. Pod uvjetima koje danas navodimo, i zahtjevima koji se stavljaju pred medicinsko osoblje s obzirom na zadovoljstvo pacijenta, s konstantnom prijetnjom tužbama za neispravno djelovanje osoblja, naravno pod pritiskom tvrtki koje na tome izvlače profit i interneta kojim pacijent stvara sliku što bi od zdravstva trebao dobiti, pacijenta je možda prikladnije nazivati potrošačem (68).

Zadovoljstvo pacijenta ima neke, ali ograničene učinke na ishod njegova liječenja. Studije su pokazale da postoji asocijacija između dobrog ishoda liječenja i

zadovoljstva pacijenta, no takvi nalazi su ograničeni – pacijent s lošim ishodom, u ekstremnom slučaju primjerice smrti, ne može ispuniti anketu o zadovoljstvu (69).

Pronalasci kliničkih studija na tragu su navedenog komentara doktora Poljaka – zadovoljstvo pacijenta nije indikator sigurnosti pacijenta niti učinkovitosti zdravstvene njege (69). Čini se da pacijenti mogu biti zadovoljni svojom zdravstvenom uslugom a svejedno iskusiti ishode koje bismo klasificirali kao manje nego idealne, poput komplikacija ili ponovnog primitka u bolnicu (69). Činjenica da sigurnost i ishodi imaju slabu korelaciju sa zadovoljstvom pacijenta naravno ne znači da ne moramo težiti tome da pacijent bude zadovoljan.

Za razliku od beneficija za pacijenta, zadovoljstvo pacijenta, začuđujuće, ima puno veće beneficije za zdravstveni sustav. Iz različitih studije zaključeno je sljedeće:

1. zadovoljstvo pacijenta vodi do odanosti pacijenta;
2. ako je jedan pacijent zadovoljan, informacija se prenosi na četiri druga. Ako je jedan pacijent nezadovoljan, informacija o nezadovoljstvu širi se na deset drugih ili čak više ako su problemi ozbiljni. Stoga, ako želimo imati pozitivnu bilancu, kako bismo se iskupili za jednog izivciranog pacijenta, moramo biti fantastični prema najmanje četiri druga pacijenta;
3. zadovoljan pacijent teže će tužiti instituciju i osoblje;
4. pacijenti kojima se stanje poboljša u našoj njezi definitivno čine i nas sretnijima (68).

Zadovoljstvo pacijenta je povećano kada oni:

- osjećaju da su aktivni suradnici u procesu liječenja,
- kad sudjeluju u planiranju svog liječenja,
- kada su ohrabreni i podržani da postavljaju pitanja u svezi liječenja,
- kad se s njima otvoreno razgovara o njihovim problemima,
- kad osjećaju da im se pruža emocionalna potpora,
- kad ih se poštuje kao osobe i ne dovodi u pitanje njihovo dostojanstvo,
- kad tijekom liječenja osjeti humanost, suosjećanje i sigurnost za stanje u kojem se nalazi (70).

Ministarstvo zdravstva je 2001. godine provelo anonimnu anketu o kvaliteti i zadovoljstvu bolesnika bolničkom zdravstvenom zaštitom u svim bolnicama Hrvatske. Rezultati pokazuju da se korisnici bolničke zdravstvene zaštite najviše žale na: smještaj (13%), prehranu (10%), higijenske uvjete (9%), uvjete rada (6%), medicinske sestre (5%), liječnike (4%), medicinski tretman (4%). Svoje zadovoljstvo zdravstvenom uslugom korisnici bolničke zdravstvene zaštite ocijenili su visokom ocjenom 4,93 (ljestvica 0-5). Promatrajući u postocima, 59% bolesnika potpuno je zadovoljno bolničkom uslugom, dok je 1% bolesnika potpuno nezadovoljno pruženom uslugom.

Već smo spomenuli da glavne istaknute vrline, poštovanje, hrabrost i suosjećanje mogu utjecati ne samo na zadovoljstvo pacijenta, nego i (ograničeno) pozitivno na klinički ishod, ali "zadovoljstvo pacijenta" može biti i komercijalna zamka i alat zlorabe. Nemogućnost pacijenta da procijeni kvalitetu zdravstvene njege na tehničkoj razini moglo bi biti upotrijebljeno protiv njega – da prividom kvalitetnih interpersonalnih odnosa stvaramo dojam kvalitete i brige, a da istodobno ne pružamo tehničku kvalitetu, i to u cilju profita.

Upravo tu možda leži najveća korist etike vrlina za zadovoljstvo pacijenta – ako u budućnosti budemo kroz edukacijski sustav mogli poticati stvarni razvoj karaktera, ljude koji će ne samo ispoljavati vrline nego i zaista imati vrline, mogli bismo imati pacijenta koji nije samo zadovoljan, nego je dobio i najbolju moguću njegu, a da istovremeno nije zavarano za profit, da mu privid "dobrog" osoblja ne maskira potencijalne negativne ishode liječenja, ili, kako smo ranije naveli, etika vrlina može činiti barijeru između medicine kao profesije umjesto medicine kao trgovine.

5.2. Utjecaj etike vrlina na izvrsnost profesionalnog prezentiranja humanističke dimenzije zvanja medicinskih sestara

U etici vrlina, medicinska sestra s vrlinama je osoba koja pokušava ostvariti krajnji cilj medicine – ostvarivanje dobrobiti pacijenta, bez obzira na to je li ta dobrobit izlječenje ili jednostavno pomaganje osobi da se nosi s bolešću ili mogućim krajem života. Imati karakter obogaćen vrlinama i prakticirati medicinu u skladu s njima znači koristiti i

srce i glavu, i to korištenjem vrlina općenito, bez naglaska na neku vrlinu koja bi bila više važna ili skupinu vrlina koje bi bile više važne. Vrline nam omogućuju da ispunimo potrebe pacijenata, čak i kada njihove potrebe nisu dio naše profesionalne uloge. Sestra s vrlinama trebala bi biti fleksibilna i puna razumijevanja, ne treba dopustiti da je striktno ograničava profesionalna uloga, ispunjavajući tako i svoju ulogu kao ljudskih bića koje ispravno reagiraju na potrebe drugih ljudskih bića.

Medicinska sestra s vrlinama je profesionalac koji daje tehnički najkvalitetniju zdravstvenu njegu, te se brine za tjelesne i psihološke potrebe pacijenta. Za takvo što je motivira želja da pomogne pacijentu, a ne osobne financijske ili egocentrične potrebe. S obzirom na to da ima intrinzičnu potrebu pomagati pacijentu, potrebu koja dolazi iz brige i suosjećanja, ona tako može štititi pacijenta od potencijalnih komercijalnih zamki moderne medicine.

Vrline nisu samo nešto što medicinska sestra treba “dodati” svojoj praksi kako bi tu praksu poboljšale, nego vrline trebaju biti njena osnova. Praksa s brigom za pacijenta i razumijevanjem za njegove potrebe nije rezultat samo sposobnosti tehničkog zbrinjavanja pacijenta, nego dobro tehničko zbrinjavanje pacijenta mora provoditi karakterno dobra sestra.

U sažetku, ovakvim pristupom usredotočujemo se na individualne kliničke potrebe pacijenta, a i zadovoljavamo njegove potrebe kroz najbolju moguću dostupnu kliničku praksu, što predstavlja intersekciju između medicine usredotočene na pacijenta i medicine utemeljene na dokazima.

Čitajući radove o etici vrlina, nalazim i na primjere, koje, nažalost, moram pomalo i kritizirati. U jednoj priči, kao primjer izvrsnog postupanja prema etici vrlina, navodi se iskustvo zdravstvenog djelatnika koji je, starijoj ženi sa zatajenjem srca, dok je boravila noć u bolnici, zbrinuo psa i pomogao joj pronaći budući smještaj (71). Koliko god ova priča bila emocionalno poticajna, moram postaviti pitanje ograničenja. Izlazak iz uloge striktno medicinskog profesionalca, koji na ovaj način zbrinjava i druge životne probleme pomalo je uznemirujuća jer se postavlja pitanje gdje je granica do koje možemo ići? Zbrinuti psa na jednu noć nije osobito težak zadatak, ali tehnički gledano, osoba dobrog karaktera kojoj je neizmjereno stalo do pacijenata

ubrzo bi bila iscrpljena takvim pristupom i zahtjevima postavljenima pred nju, a i ostavlja dosta prostora za zlorabu. Traži od zdravstvenog radnika da pacijentima zamjenjuje obitelj, poznanike, izvršava dužnosti državnih socijalnih služba, psihologa... Takvo nedefiniranje granice za osobu stvarno dobrog karaktera vodilo bi do samopropasti, "burnouta". A niti jedan rad vezan uz etiku vrlina pročitao za pisanje ovog pregleda nije ni periferno spomenuo granice. Osobno, ne mislim da se u ime humanosti medicine treba od medicinskih radnika tražiti neograničena žrtva. Kako bi ovaj pristup imao ikakvu šansu u realnom svijetu, granice dobrog ukusa se moraju definirati u budućnosti. I odgovorniji pristup tražiti od drugih sudionika državnog lanca zbrinjavanja pacijenta, ali i njihovih obitelji i poznanika.

Za kraj, "umjesto da učimo kako se nositi s ljudima, trebali bismo naučiti kako voljeti ljude više," riječi su napisane u Lancetu (72).

Znanstveni časopis neobično je mjesto za pojavljivanje termina ljubav, ali nije jedino mjesto gdje su znanstvenici predložili, kao rješenje problema dehumanizacije medicine, upravo ljubav. Ljubav prema pacijentu tajna je kvalitete zdravstvene njege, tvrdi i ranije spomenuti autor Donabedian (8). „Sestrinstvo je moralna, praktična, komunikativna i kreativna djelatnost. To je socioemocionalni odnos u kojem pacijenti nisu obični potrošači zdravstvene zaštite, već se radi o odnosu u kojem se razmjenjuje ljubav" (73).

Ne samo da je potrebna ljubav, nego je potrebna ljubav s razumnom mudrošću (razborita ljubav), jer bez mudrošću i ljubav je često slijepa. Dakle, povratak medicine humanim korijenima ne ovisi samo o ljubavi prema pacijentu nego i mudrim odlukama o prikladnim i učinkovitim sredstvima za zbrinjavanje njihovih zdravstvenih potreba (3).

Da bismo shvatili što to znači, uzmimo suprotan primjer – "nemudru osobu bez ljubavi" – takva osoba bi dala neadekvatnu njegu na neprofesionalan način, vodeći do erozije reputacije medicine i u očima pacijenata i u očima društva (3).

Što se tehničke njege tiče, osoba sa složenom vrlinom razborite ljubavi ima i etičke i epistemičke resurse dati kompetentnu, vještu i sigurnu njegu u skladu sa

standardima profesije, i za to je motivirana iz pravih razloga. A zato što voli pacijenta i želi ga vratiti u zdravo, “cjelovito” stanje, uzima u obzir vrijednosti i preference pacijenta (3).

Posjedovanje razborite ljubavi, kao neka vrsta složene vrline, stoga rješava i tehničke i moralne dileme moderne medicine i daje joj izvrsnost kojoj toliko težimo. Da možemo odabrati samo jednu (ne moramo!) vrlinu koja bi osobu koja prakticira medicinu trebala krasiti, trebali bismo razmotriti tu složenu vrlinu.

No, kako su liječnici Coulehan i Williams prikazali u eseju o vrlinama, često problem nije u tome da medicinski profesionalci takve vrline ne posjeduju. Prikazali su priču studenta medicine koji stiže na edukaciju srca punog empatije, sa željom da zadovolji potrebe pacijenta i ima pozitivan utjecaj na društvo. No do kraja edukacije, entuzijazam se izgubi, želja za služenjem pacijenta se gubi i osoba samo želi odgovoriti na svakodnevne izazove (74).

Istraživanja i prijavljuju da empatija polako nestaje tijekom studija. Institucije eksplicitno traže tradicionalne vrline – empatiju, suosjećanje, altruizam – dok podučavaju ponašanje utemeljeno na udaljavanju od ljudi, vlastitom interesu i objektivnosti. Pojedine se osobe mogu interesirati za biomedicinu, iz različitih motiva osim isključive dobrobiti pacijenta: radi ambicioznosti, prilike lakog samoisticanja, društvenog prestiža, slave, moći, napredovanja u znanstvenom pogledu i položaja unutar zdravstvene hijerarhije, ali i stjecanja materijalnih dobara. Takvim medicinarima primarni je interes isključivo znanstvena spoznaja prirode bolesti, profesionalna nadležnost i tehnička korektnost koja ignorira sve ostalo važno za holistički pristup zvanju (75).

Iako mnoge škole imaju humanističke predmete, studenti ih vide kao gubitak vremena (74). U takvoj atmosferi, jedini alat za razvijanje takvog pristupa stoji na nama, starijima, da budemo jaki primjeri empatije i profesionalizma studentima.

Iz svega ovoga slijedi da bi prvi korak prema vraćanju humanističkoj dimenziji medicine bilo pokušati, kroz modifikaciju edukacijskog sustava, barem zadržati

početni entuzijazam (ljubav?) koji postoji u onima koji ovu profesiju biraju. I pokušati im dodati razboritosti. Na koji način to izvesti, ostaje modernoj medicini da odgovori.

6. Zaključak

U ovom radu pokušala sam predstaviti što znači biti dobra medicinska sestra na način na koji se to gleda u modernoj teoriji vrlina. Potreba za novim etičkim pristupom javlja se u svjetlu svojevrsnog sukoba medicine utemeljene na dokazima i medicine usmjerene na pacijenta, dva koncepta koja je danas teško pomiriti. Prvi traži udaljavanje od pacijenta radi veće objektivnosti i fokusira se samo na bolest kao patofiziološki entitet te kvalitetu usluge u zdravstvu vidi kao dostavljanje potrebnog tehničkog stupnja izvedbe, dok se drugim pristupom zdravstveni radnik teško može baviti prvenstveno zbog opterećenja poslom i nedostatka vremena. To vodi do dehumanizacije medicine, problema koji se često manifestira baš kada je pacijent najranjiviji i najviše mu našeg vremena, pažnje, suosjećanja i potpore treba.

Pristup koji predlažu zagovornici etike vrlina jest postizanje toga da dio našeg karaktera postanu vrline, karakterne linije koje pacijent smatra bitnima (ljubaznost, strpljenje, torelancija, suosjećanje...) ili koje moralni teoretičari smatraju bitnima (suosjećajnost, hrabrost, poštivanje...). Medicinska sestra koja želi biti ljubazna, puna suosjećanja i brige, iskrena, poštena na taj način će i nastupati zato što takav karakter ima – a ako ga nema, poticanjem ponašanja s vrlinama, tijekom vremena, nestat će potreba za pretvaranjem da te vrline u osobi postoje, jer će postati dio karaktera. To ima očiglednu prednost pred samo poštivanjem principa i pravila (primjerice etičkog kodeksa), jer će medicinska sestra na taj način ne samo moći odgovoriti na tehničke zahtjeve stavljene pred njih u brizi za pacijenta i na emotivne potrebe pacijenta u njegovim najtežim trenucima, nego će moći činiti to iz pravih razloga, čineći tako barijeru između medicine kao (potencijalne) trgovačke struke i medicine kao humanističke struke.

Potrebne vrline u profesiji teško je nabrojati, takve liste su, za sada, presubjektivne i predugačke te zasigurno ne može postojati medicinska sestra koja će posjedovati sve vrline i biti lišena svih mana, ali i samo razmišljanje u smjeru selekcije ljudi s nužnim vrlinama i učenje mladih ljudi vrlinama moglo bi donijeti velike pomake u vraćanju humanosti medicini.

Etika vrlina možda trenutačno ne nudi sve odgovore na etičke dileme s kojima se medicinska sestra može susresti, no to ne nude ni drugi postojeći etički pristupi, pa bi se možda trebala dati prilika stvaranju okruženja koja podupiru izražavanje vrlina u praksi.

7. Bibliografija

1. Kjellstrand CM, Kovithavongs C, Szabo E. On the success, cost and efficiency of modern medicine: an international comparison. *Journal of Internal Medicine*. 1998;243(1):3-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9487326>
2. Curtis K. Compassion is an essential component of good nursing care and can be conveyed through the smallest actions. *Evidence-based Nursing*. 2015;18(3):95. doi:10.1136/eb-2014-102025
3. Marcum JA. The virtuous physician : the role of virtue in medicine. Dordrecht: Springer; 2012.
4. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems.: World Health Organization; 2006. Available from: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
5. Steffen GE. Quality medical care. A definition. *The Journal of American Medical Association*. 1988;260(1):56-61. doi:10.1001/jama.1988.03410010064036
6. Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I. Lohr KN, editor. Washington DC: Institute of Medicine, The National Academies Press; 1990.
7. Blumenthal D. Part 1: Quality of care--what is it? *The New England Journal of Medicine*. 1996;335(12):891-4. doi:10.1056/NEJM199609193351213
8. Donabedian A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. *The Journal of Family Practice*. 1979;9(2):277-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/110905>
9. Caper P. The meaning of quality in medical care. *The New England Journal of Medicine*. 1974;291(21):1136-7. doi:10.1056/NEJM197411212912114

10. Relman AS. Medical professionalism in a commercialized health care market. *The Journal of the American Medical Association* 2007;298(22):2668-70. doi:10.1001/jama.298.22.2668
11. Le Bianic T. Eliot FREIDSON, Professionalism, the Third Logic: on the Practice of Knowledge, The University of Chicago Press, Chicago, 2001, 251 p. *Sociologie du Travail*. 2003;45(3):424-6. doi:10.1016/s0038-0296(03)00043-8
12. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*. 2000;75(6):612-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10875505>
13. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*. 2002;136(3):243. doi:10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012
14. Swick HM, Bryan CS, Longo LD. Beyond the physician charter: reflections on medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2006;49(2):263-75. doi:10.1353/pbm.2006.0026
15. Sackett DL. Evidence-based medicine : how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone; 2000. xiv, 261 p. p.
16. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1969;17(82):269-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5770926>
17. Balint M. The crisis of medical practice. *The American Journal of Psychoanalysis*. 2002;62(1):7-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11928656>
18. Sacristán J. Evidence based medicine and patient centered medicine: some thoughts on thier integration. *Revista Clinica Espanola*. 2013;213(9):460-4. Available from:
19. Homiak M. Moral Character. In: Zalta EN, editor. The Stanford Encyclopedia of Philosophy: Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2016.

20. Blackburn S. The Oxford dictionary of philosophy. Oxford: Oxford University Press; 1994.
21. Berčić B. Etika vrlina. *Filozofska istraživanja*. 2008;109(28):193-207. Available from:
22. Bunnin N, Yu J. The Blackwell dictionary of Western philosophy. Malden, MA: Blackwell Pub.; 2004. viii, 766 p. p.
23. Aristotel. Nikomahova etika. Zagreb: Globus, Sveučilišna naklada Liber; 1988.
24. Catholic Church. Catechism of the Catholic Church : with modifications from the editio typica. 2nd ed. New York: Doubleday; 1997. xx, 825 p. p.
25. Gardiner P. A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine. *Journal of Medical Ethics*. 2003;29(5):297-302. doi:10.1136/jme.29.5.297
26. Cuerton A, Hill T. Kant on virtue and the virtues [Available from: <http://adamcuerton.campus.utk.edu/wp-content/uploads/2014/05/Cuerton-and-Hill-Kant-on-Virtue-and-the-virtues-Final.pdf>].
27. Anscombe GEM. Modern Moral Philosophy. *Philosophy*. 2009;33(124):1-19. doi:10.1017/s0031819100037943
28. Adams RM. A theory of virtue : excellence in being for the good. Oxford: Clarendon Press; 2009.
29. McKinnon C. Character, virtue theories, and the vices. Peterborough [etc.]: Broadview Press; 1999.
30. Plato, Lee HDP. The Republic. London: Penguin; 2003.
31. Kant I. Grounding for the metaphysics of morals : with on a supposed right to lie because of philanthropic concerns. Indianapolis: Hackett; 1996.
32. Birden H, Glass N, Wilson I, et al. Defining professionalism in medical education: a systematic review. *Medical Teacher*. 2014;36(1):47-61. doi:10.3109/0142159X.2014.850154

33. Izvedbeni nastavni plan predmeta Temelji liječničkog umijeća 1: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2014 [Available from: http://stariweb.mef.hr/NastavniPlanovi/2013/np_2013_hrv/Temelji_ljecnickog_umijeca_1.pdf.
34. Macintyre A. Whose justice? Which rationality? Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press; 1988.
35. Kotzee B, Ignatowicz A, Thomas H. Virtue in Medical Practice: An Exploratory Study. *HEC Forum*. 2017;29(1):1-19. doi:10.1007/s10730-016-9308-x
36. Novack DH, Suchman AL, Clark W, et al. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *The Journal of the American Medical Association* 1997;278(6):502-9. doi:10.1001/jama.1997.03550060078040
37. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *The New England Journal of Medicine*. 2002;347(24):1933-40. doi:10.1056/NEJMsa022151
38. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *The American Journal of Medicine*. 2008;121(5 Suppl):S2-23. doi:10.1016/j.amjmed.2008.01.001
39. Anonymous. Our family secrets. *Annals of Internal Medicine*. 2015;163(4):321. doi:10.7326/M14-2168
40. Berger AS. Arrogance among Physicians. *Academic Medicine*. 2002;77(2):145-7. Available from: http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2002/02000/Arrogance_among_Physicians.10.aspx
41. Curzer H. Is care a virtue for health care professionals? *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1993;18(1):51-69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433048>
42. Good M-JD. American medicine : the quest for competence. Berkeley: University of California Press; 1999.

43. Armstrong AE. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. *Nursing Philosophy*. 2006;7(3):110-24. doi:10.1111/j.1466-769X.2006.00268.x
44. Beech P, Norman IJ. Patients' perceptions of the quality of psychiatric nursing care: findings from a small-scale descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*. 1995;4(2):117-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7704381>
45. Armstrong A, Parsons S, Barker P. An inquiry into moral virtues, especially compassion, in psychiatric nurses: findings from a Delphi study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000;7(4):297-305. Available from:
46. Walker L, Barker P, Pearson P. The required role of the psychiatric-mental health nurse in primary health-care: an augmented Delphi study. *Nursing Inquiry*. 2000;7(2):91-102. doi:10.1046/j.1440-1800.2000.00058.x
47. NMC (Nursing and Midwifery Council). Declaration of Good Health and Good Character in Support of an Application for Admission to a Part of the NMC's Professional Register. London: NMC; 2005.
48. Etički kodeks medicinskih sestara: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2005 [Available from: http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki_kodeks.pdf.
49. Zakon o sestrinstvu, Narodne Novine, br. 121/2003.
50. Kalauz S. Etika u sestrinstvu. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
51. Zakon o zaštiti prava pacijenata, Narodne Novine, br. NN 169/2004.
52. Sestrinstvo u akciji. Salvage J, editor. Zagreb: Zonta klub; 1994.
53. Prlić N. Zdravstvena njega. Zagreb: Školska knjiga; 2000.
54. Znidarić Ž. Uvod u raspravu o liječničkoj odgovornosti. Zagreb: Medicinska etika, Hrvatsko Katoličko Liječničko Društvo, Centar za bioetiku; 2006.
55. Bošković Z. Medicina i pravo. Zagreb: Pergamena; 2007.

56. Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. *The Stationary Office, London, England*. 2013. Available from:
57. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(5):627-33. doi:10.1503/cmaj.050626
58. Sinclair S, Norris JM, McConnell SJ, et al. Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*. 2016;15:6. doi:10.1186/s12904-016-0080-0
59. Compassion in Practice: Nursing, Midwifery and Care staff - Our Vision and Strategy: Commissioning Board Chief Nursing Officer and DH Chief Nursing Adviser 2012 [Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf>.
60. Joffe S. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *Journal of Medical Ethics*. 2003;29(2):103-8. doi:10.1136/jme.29.2.103
61. Dickert NW, Kass NE. Understanding respect: learning from patients. *Journal of Medical Ethics*. 2009;35(7):419-23. doi:10.1136/jme.2008.027235
62. Nicolay CR. Hand hygiene: an evidence-based review for surgeons. *The International Journal of Surgery*. 2006;4(1):53-65. doi:10.1016/j.ijsu.2005.06.002
63. Zimbardo P. The Stanford Prison Experiment: A Simulation Study of the Psychology of Imprisonment: Stanford University, Stanford Digital Repository, Stanford.; 1971 [Available from: https://web.stanford.edu/dept/spec_coll/uarch/exhibits/Narration.pdf.
64. The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), 148-111 (2010).
65. Rutledge N. The 411 on HCAHPS. *Nursing Management*. 2008;39(8):29-32. doi:10.1097/01.NUMA.0000333721.88357.67

66. Sonnenberg W. Patient Satisfaction is Overrated 2013 [Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/821288>].
67. Poljak Z. Koji je najbolji liječnik u Hrvatskoj? *Liječničke Novine*. 2011;100:60-1. Available from:
68. Prakash B. Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 2010;3(3):151-5. doi:10.4103/0974-2077.74491
69. Kennedy GD, Tevis SE, Kent KC. Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes? *Annals of Surgery*. 2014;260(4):592-8; discussion 8-600. doi:10.1097/SLA.0000000000000932
70. Štifanić M. Zdravstvo po mjeri čovjeka. Rijeka: Adamić; 2008.
71. Toon PD. Towards a philosophy of general practice: a study of the virtuous practitioner. *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 1999;78(78):iii-vii, 1-69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10857361>
72. Bignall J. Learning and loving. *Lancet*. 1994;343(8892):249-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7905091>
73. BAGBY MM. HEART TO HEART. *AJN The American Journal of Nursing*. 1987;87(8):1059-62. Available from: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/1987/08000/HEART_TO_HEART.20.aspx
74. Coulehan J, Williams PC. Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Academic Medicine*. 2001;76(6):598-605. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11401802>
75. Vuletic S. Bio/etička predispozicija kao motivacija medicinskog zvanja. Etika u dentalnoj medicini; Zagreb: Hrvatska komora dentalne medicine – Hrvatsko katoličko liječničko društvo; 2015.

8. Životopis

Trzun Šanje, Brankica rođena je 15.02.1979. godine u Zagrebu. Završila je osnovnu školu Gornje Vrapče. Pohađala je Školu za medicinske sestre Vinogradska, gdje je maturirala 1998. godine s odličnim uspjehom. 2002. godine diplomirala je na Visokoj zdravstvenoj školi u Zagrebu, program studija viših medicinskih sestara u trajanju od četiri semestra. 2006. godine završava razlikovnu godinu na studiju sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu.

U 10. mjesecu 2000. godine zapošljava se na Klinici za traumatologiju u Zagrebu. Od tada radi neprekidno u Klinici za traumatologiju na Zavodu za kirurgiju zdjelice. Trenutno obnaša funkciju glavne sestre Zavoda za kirurgiju zdjelice.

Udana je, majka djevojčice Dore.