

Moralni distres medicinskih sestara

Kolundžić, Smiljana

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:495789>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-11**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Smiljana Kolundžić

Moralni distres medicinskih sestara

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Smiljana Kolundžić

Moralni distress medicinskih sestara

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za medicinsku sociologiju i ekonomiku
zdravstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja
„Andrija Štampar“, pod vodstvom doc. dr. sc. Tee Vukušić Rukavina, dr. med. i
predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016/17.

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. UVOD.....	1
2. KONCEPTUALNI RAZVOJ MORALNOG DISTRESA U SESTRINSTVU	1
2.1. Temeljna definicija moralnog distresa i osnovni moralni koncepti	1
2.2. Teorijski razvoj moralnog distresa u sestrinstvu	6
3. PREVALENCIJA MORALNOG DISTRESA	10
4. UZROCI MORALNOG DISTRESA U SESTRINSTVU	14
4.1. Organizacijski čimbenici i utjecaj etičke klime	15
4.2. Osobni i profesionalni čimbenici	18
5. POSLJEDICE MORALNOG DISTRESA	19
5.1. Utjecaj na medicinske sestre.....	20
5.2. Utjecaj na pacijenta	22
5.3. Utjecaj na organizaciju	23
6. SUOČAVANJE S MORALNIM DISTRESOM U SESTRINSTVU	24
6.1. Moralni distres medicinskih sestara u provođenju zdravstvene njege	25
6.2. Moralni distres iz perspektive medicinske sestre u Jedinici za kvalitetu.....	27
6.3. Moralni distres medicinskih sestara menadžera u sestrinstvu.....	31
7. PREVENCIJA MORALNOG DISTRESA I INTERVENCIJE	34
7.1. Individualni pristup.....	34
7.2. Organizacijski pristup	36
7.3. Liderski pristup moralnom distresu u sestrinstvu	38
8. ZAKLJUČAK	40
9. ZAHVALE.....	42
10. LITERATURA	43
11. ŽIVOTOPIS.....	48

Sažetak

Moralni distres medicinskih sestara

Moralni distres je značajan problem u sestrinstvu. Koncept moralnog distresa definiran je na području sestrinstva 1984.godine, a nakon čega slijedi razvoj brojnih teorija i kritička analiza moralnih koncepata u sestrinstvu. Situacije etičkih dilema u sestrimskoj praksi su specifično povezane s pojavom moralnog distresa. Licenciranjem sestrimske profesije medicinske sestre su stekle odgovornost za pružanje kvalitetne zdravstvene njege i osiguranje sigurnosti pacijenata. Moralni distres nastaje u situacijama kada medicinska sestra ne može postupati sukladno vlastitim moralnim vrijednostima i zahtjevima standarda kvalitete profesionalne prakse zbog unutarnjih ili vanjskih ograničenja odnosno kada su sestrimske vrijednosti i percipirane profesionalne dužnosti inkompatibilne sa zahtjevima i prevladavajućim pogledima u radnom okruženju. Dostupni literaturni podaci ukazuju na učestalost i značajni intenzitet navedenog problema u sestrinstvu. Situacije etičkih dilema zahtijevaju moralnu hrabrost za glasno zagovaranje interesa pacijenata i medicinskih sestara. Specifični oblici moralnog distresa ističu se kako u kliničkom sestrinstvu tako i kod medicinskih sestara menadžera na svim razinama upravljanja u sestrinstvu. Moralni distres može imati negativan utjecaj na zdravlje medicinskih sestara, ugroziti kvalitetu zdravstvene skrbi i/ili uzrokovati napuštanje radnog mjesta i drugo. Preventivne strategije u rješavanju moralnog distresa zahtijevaju pravovremeno prepoznavanje navedenog problema u radnom okruženju i primjenu intervencija, a pri čemu ključnu ulogu imaju medicinske sestre na rukovodećim radnim mjestima zbog značajnog utjecaja organizacijskih čimbenika na razvoj moralnog distresa.

Ključne riječi: Moralni distres, etika, sestrinstvo, zdravstvena zaštita

Summary

Moral distress in nurses

Moral distress is a significant problem in nursing. The concept of moral distress in the field of nursing was defined in 1984, subsequently followed by the development of numerous theories and the critical analysis of the moral concepts in nursing. The situations of ethical dilemmas in nursing practice are specifically correlated with the moral distress emerged. By nursing professional licencing the nurses have acquired the responsibility for providing the quality of healthcare and ensuring the patient safety. Moral distress occurs in the situations when the nurse can not act in accordance with her own moral values and the standard quality requirements of the professional practice due to internal and external constraints, that is when the nursing values and the perceived professional roles are incompatible with the requirements and the overwhelming views in the work environment. Data available in literature show the frequency and significant intensity of the specified problem in the nursing profession. The ethical dilemmas situations require moral courage for the loud advocacy of the patients and nurses interests. Specific forms of moral distress are present both in clinical nursing and in nurse managers at all levels of nursing management. Moral distress can have negative influence on the health of nurses, jeopardize healthcare quality and/or cause leaving the workplace and other. Preventive strategies in resolving the moral distress require timely recognition of the specified problem in the working environment and the application of interventions, with the key role of nurses employed as managers/leaders due to significant influence of organizational factors on the moral distress development.

Key words: Moral distress, ethics, nursing, health care

1. UVOD

Kontinuirani razvoj sestrinske profesije zahtjeva razmatranje etičkih dilema u pružanju kompleksne skrbi i njihovu utjecaju na medicinske sestre.

Brojne svakodnevne etičke situacije na radnom mjestu medicinskih sestara i tehničara (u daljnjem tekstu: medicinskih sestara, a s istim rodnom značenjem) mogu utjecati na njihovo mentalno zdravlje kao posljedica neriješenih moralnih dilema ili unutarnjih etičkih konflikata kojih medicinske sestre ne moraju biti svjesne i koji mogu ostaju neprimijećeni. Moralni distres se javlja kada osoba ne može djelovati sukladno vlastitom moralnom izboru zbog unutarnjih ili vanjskih ograničenja odnosno kada sestrinske vrijednosti i profesionalna praksa, te dužnosti nisu kompatibilne sa potrebama i vrijednostima u radnom okruženju (Adams 2014).

Moralni distres može utjecati na blagostanje medicinskih sestara, skrb za pacijenta i doprinijeti povećanju troškova u organizaciji odnosno zdravstvenom sustavu.

2. KONCEPTUALNI RAZVOJ MORALNOG DISTRESA U SESTRINSTVU

2.1. Temeljna definicija moralnog distresa i osnovni moralni koncepti

Andrew Jameton, američki filozof i bioetičar je prvi prepoznao pojam moralnog distresa 1984.godine te ga definira kao fenomen kada osoba zna pravi način kako treba postupiti, ali ima ograničenja od takvog postupanja (Adams 2014).

Moralni distres je proces koji se razvija tijekom vremena i do kojeg dolazi kada medicinska sestra zna postupiti na moralno ispravan način u određenoj situaciji, ali ne može tako postupiti zbog unutarnjih ili vanjskih ograničenja, a kontekst u kojem se moralni distres razvija uključuje etičku klimu organizacije (Porter 2010). Etička klima se opisuje i kao organizacijska kultura te predstavlja skup vrijednosti u organizaciji koji mogu biti negativni ili pozitivni čimbenik u rješavanju moralnog distresa.

Moralni distres se razlikuje od ostalih vrsta stresa i povezanih fenomena kao što je psihološki distres, sindrom izgaranja na poslu i umora zbog suosjećanja (Rushton 2016). Primjer razlike moralnog i psihološkog distresa daju McCarthy i Deady na način da objašnjavaju kako u psihijatrijskom sestrinstvu ograničavanje pacijenata može izazvati psihološki distres kod medicinske sestre, ali ako sestra vjeruje da je ograničavanje moralno pogrešan postupak u određenoj situaciji onda se radi o moralnom distresu (Oh, Gastmans 2015). Ono što je specifično kod moralnog distresa je moralna odgovornost u određenoj situaciji, evaluacija mogućih postupanja i sukladno uvjerenjima identifikacija ispravne moralne odluke, a koju potom nije moguće provesti.

Dva osnovna elementa koncepta su etička dilema i postupanje u odnosu na istu. Percepcija ograničenja predstavlja etički problem odnosno dilemu, a ispravno etičko odnosno moralno postupanje ili djelovanje je onemogućeno ili se postupa na način koji nije sukladan percepciji moralnih vrijednosti. Etičke dileme u moralnom distresu se razlikuju od klasičnih etičkih dilema u kojima se prepoznaje da postoji problem koji je moguće rješavati na dva ili više etički opravdanih, ali suprotnih načina. U moralnom distresu postoji konflikt kada se osoba nalazi u moralnoj dilemi u odnosu na izbor postupaka koji moguće nisu kompatibilni sa etičkom obavezom postupanja sukladno propisanim standardima prakse, a koji osiguravaju sigurnu i kvalitetnu skrb za pacijenta.

Unutarnja ograničenja su osobne karakteristike (kognitivne i psihološke karakteristike ličnosti, osobne moralne vrijednosti i percepcija uloge) pojedinaca formirane kroz profesionalnu socijalizaciju, prethodna negativna iskustva, nedostatak osobne hrabrosti, zabrinutost za reputaciju, način donošenja etičkih odluka i tehnike suočavanja sa stresom. Individualna perspektiva moralnog distresa obuhvaća odnose između raznih moralnih koncepata odnosno psihološkog procesa koji dovodi do određenog moralnog ponašanja (Corley 2002).

Vanjska ograničenja se odnose na radno okruženje koje uključuje međuljudske odnose u interdisciplinarnom timu, zakonske propise, bolničke procedure, te hijerarhijsku strukturu u bolnici. Iz organizacijske perspektive moralnog distresa, sestre koje su zadovoljne razinom etičnog postupanja u radnom okruženju, koje imaju dobre odnose sa kolegama, pacijentima, menažderima, administracijom, suradnički odnos i povjerenje sa liječnicima u rješavanju kompleksnih situacija,

utjecaj u radnom okruženju, podršku autonomnom ponašanju u donošenju odluka, imaju manju razinu moralnog distresa (Corley 2002).

Percepcijom unutarnjih ograničenja medicinske sestre mogu biti u dvojbi što je ispravno moralno postupanje, jer se suočavaju sa vlastitim moguće suprotstavljenim interpretacijama, ali u percepciji vanjskih ograničenja sestre najčešće znaju što je ispravno moralno postupanje, ali ga ne mogu primijeniti i nemaju mogućnost kontrole situacije (Woods 2014).

Jameton je prvotno definirao tri kategorije moralnih poteškoća (moralna nesigurnost, moralna dilema i moralni distress), ali je kasnije pročistio definiciju te podijelio moralni distress na dva tipa: inicijalni (frustracija ili ljutnja) i reaktivni distress koji se događa kada inicijalni nije riješen (O'Connell 2015). U moralnoj nesigurnosti javljaju se negativne emocije kao frustracija ili napetost, ali situacija još nije percipirana kao etički problem, dok u moralnoj dilemi već postoji problem i suprotstavljene mogućnosti djelovanja, a u distressu već postoji i patnja kada je jasno što treba poduzeti, ali iz nekog razloga to je spriječeno (Luz i sur. 2015). Inicijalni distress se događa u stvarnom vremenu kada se situacija razvija, a reaktivni se razvija po završetku situacije ili događaja zbog jačanja dugotrajnih osjećaja vezanih uz neriješeni inicijalni distress. Reaktivni se naziva i moralna rezidua, te je povezan je sa gubitkom osobnog moralnog identiteta i dugotrajnim neželjenim posljedicama (Rushton 2016). Neovisno da li neka etički zahtjevna situacija uzrokuje dilemu ili distress, ona može utjecati na mentalno zdravlje medicinskih sestara (Adams 2014).

Epstein i Hamric opisali su pojam moralnog krešenda (engl. crescendo effect) odnosno kada dolazi do razvoja moralnih rezidua na temelju ponavljanih izloženosti moralnom distressu i posljedično razvoju umora i sindroma izgaranja (O'Connell 2015). Moralna rezidua su dugotrajni osjećaji koji ostaju nakon što je situacija moralnog distresa završila (Sauerland i sur. 2014).

Moralni koncepti sestrištva kao moralne profesije mogu biti: moralni integritet, predanost, osjetljivost, kompetentnost, prosudba, autonomija, sigurnost, hrabrost i moralno ponašanje (Corley 2002).

Moralni integritet se odnosi na prihvaćanje moralnih vrijednosti koje utječu na dignitet osobe i samopoštovanje, a moralna predanost je angažiranost za moralna pitanja u skrbi za pacijenta, lojalnost moralnim vrijednostima i spremnost na rizik

(Corley 2002). Sestre koje imaju izražen moralni integritet, ali ne i moralnu kompetentnost imaju iskustvo moralnog distresa.

Moralna osjetljivost opisuje se kao svjesnost o pacijentovoj ranjivosti i moralnim implikacijama za donošenje odluka o pacijentovoj skrbi što zahtjeva empatiju i razumijevanje perspektive drugih osoba (Rushton 2016). Sestre koje imaju visoku razinu moralne osjetljivosti su predane pacijentima, razvijaju moralnu kompetentnost i doživljavaju manji moralni distres (Corley 2002). Kada su sestre psihološki ranjene na način da ne osjećaju moralnu osjetljivost i ne mogu skrbiti za pacijente, tada se ta situacija niti ne može smatrati moralnim distresom, jer je moralni distres vezan za situaciju percipirane moralne odgovornosti.

Moralna kompetentnost je sposobnost moralne prosudbe situacije i angažiranja u primjerenom moralnom ponašanju (Corley 2002). Osobna percepcija moralne kompetentnosti ne mora biti točna i može voditi neprimjerenim postupcima. Bez primjerene moralne kompetentnosti raste razina moralnog distresa.

Moralna prosudba integrira brojna etička razmatranja za i protiv određenog postupanja u nekoj specifičnoj situaciji. U situaciji sukoba moralnih vrijednosti u odnosu na ispravan izbor postupanja u određenoj situaciji dolazi do moralnog konflikta.

Moralno ponašanje ili djelovanje je filozofijski koncept koji opisuje svjesni izbor i odgovornost pojedinca ili kolektiva u kontekstu etičke klime, za poduzimanje ili ne poduzimanje aktivnosti u odnosu na određenu moralnu dilemu (Porter 2010). Ukoliko medicinske sestre moralno ne djeluju kada znaju da postoji određeni moralni problem, razvit će se moralni distres sa potencijalnim posljedicama za pacijenta, sestre ili organizaciju.

Moralna autonomija je sloboda, pravo i odgovornost izbora. Veća je vjerojatnost da sestre koje imaju visoku razinu moralne osjetljivosti, moralne predanosti, moralne kompetentnosti i moralne autonomije imaju i moralnu hrabrost, a manji moralni distres (Corley 2002).

Moralna sigurnost je osjećaj potpunog moralnog uvjerenja koji vodi sestre u osobno i profesionalno rizično ponašanje kako bi djelovale ispravno sukladno

uvjerenjima. Sestre s većom moralnom kompetentnosti i autonomijom osjećaju veću moralnu sigurnost i manji moralni distres (Corley 2002).

Neophodna vrlina za ispunjavanje profesionalnih etičkih obaveza je moralna hrabrost odnosno sposobnost verbalnog zauzimanja za ono što osoba smatra ispravnim (Lachman 2016). To znači da osoba unatoč osjećaju straha poduzima aktivnosti za rješavanje moralne dileme. Manje je vjerojatno iskustvo moralnog distresa u osoba koja ima moralnu hrabrost i djeluju sukladno istoj. Sestre koje imaju moralnu osjetljivost i predanost, ali im ne dostaje moralna hrabrost i autonomija pate od moralnog distresa (Corley 2002). Utjecaj na moralnu hrabrost ima moralna efikasnost. Koncept moralne efikasnosti znači da osoba vjeruje da se može uspješno ponašati na način da ostvari željeni ishod, pri čemu osoba može biti niske samoefikasnosti u odnosu na jedan zadatak, a visoke u odnosu na neki drugi (Rathert i sur. 2016).

Nasuprot moralnom distresu, u novije vrijeme razvija se pojam moralne otpornosti ili elastičnosti (engl. *moral resilience*) odnosno sposobnosti osobe da zadrži ili obnovi svoj moralni integritet kao odgovor na moralni distres (Rodney 2017). Moralna otpornost je sposobnost suočavanja u etički dvojbenoj situaciji bez posljedica moralnog distresa ili moralnih rezidua (Lachman 2016). Pojam moralne otpornosti odnosi se na razvoj otpornosti na moralni distres i njegove štetne posljedice. Osobe sa razvijenom moralnom otpornosti imaju izraženo samopouzdanje u suočavanju sa situacijama bez obzira na ishod te prihvaćaju moguće promjene na fleksibilan način uz smisao za humor.

Odnos između moralnih koncepata može biti kompleksan i interaktivan, te voditi moralnom distresu ili moralnom djelovanju (Shoorideh i sur. 2015). Kada znanje, ponašanje i stavovi uz moralnu hrabrost vode moralnom djelovanju osoba se osjeća moralno ugodno, ali ako ne dođe do moralnog djelovanja kada se osoba nalazi u situaciji moralnog problema dolazi do razvoja moralnog distresa sa potencijalnim utjecajem na pacijente, medicinsku sestru, bolnicu odnosno zdravstvenu organizaciju.

2.2. Teorijski razvoj moralnog distresa u sestrinstvu

Moralni distres je prvotno razmatran i prepoznat na području sestrinstva, ali sve profesije u zdravstvenom sustavu su osjetljive na taj problem. Premda se u empirijskoj sestrijskoj literaturi pojam moralnog distresa prepoznaje u sestrijskim stručnim radovima sredinom 20. stoljeća, definiranje koncepta moralnog distresa pripisuje se od 1984.godine moralnom filozofu Andrew Jametonu kada je u rezultatima istraživanja bolničkih sestara utvrdio da unatoč svjesnosti o određenoj dilemi, neke medicinske sestre vidno izražavaju distres i osjećaj bespomoćnosti, jer su njihovi napori da štite interese pacijenata bili osujećeni (Porter 2010). Prvi teorijski model odnosi se na klasičnu definiciju moralnog distresa koju je postavio Jameton, a koji je prema literaturnim podacima jedini filozof angažiran na području etike u sestrinstvu, a da nije medicinska sestra po svom obrazovanju (Porter 2010). Rezultati istraživanja koje je Jameton proveo u kasnim 70-tim pokazuju da sestre osjećaju emocionalne reakcije vezano uz situacije ne slaganja sa liječničkim odredbama u smislu percepcije nepotrebnih invazivnih laboratorijskih i dijagnostičkih testova, a koji su uzrokovali nepotrebnu bol pacijentima.

Nakon što je Jameton definirao pojam moralnog distresa kreće razvoj teorijskih modela kroz istraživačke radove koji obuhvaćaju učestalost, intenzitet, iskustvo i posljedice moralnog distresa u sestrinstvu. Osnovna definicija počinje od situacije etičke dileme te ograničenja za ispravno djelovanje, a na temelju istraživanja uslijedio je daljnji razvoj koncepta moralnog distresa kroz kritičke analize perspektive moralnog distresa (individualne ili institucionalne), vrste ograničenja (unutarnjih ili vanjskih), konteksta zbivanja moralnog distresa (ekonomskog, socijalnog ili političkog okruženja zdravstvenog sustava) i međusobnih odnosa pružatelja skrbi i strukture sustava.

Na području Sjedinjenih američkih država koncept je intenzivno istraživan i analiziran slijedećih trideset godina. U jednom sistemski preglednom radu analizirano je 238 stručnih radova o moralnom distresu objavljenih u razdoblju od 1984. do 2013.godine, pri čemu ih je 71% fokusirano na sestrinstvo, a broj radova intenzivno je rastao nakon 2011.godine za 52% i prema zemljopisnoj distribuciji najviše radova je objavljeno od strane autora iz Sjeverne Amerike (N=117, 70%), te potom iz Europe (N=24, 15%) dok su ostali kontinenti manje zastupljeni: Bliski istok (N= 9; 5%), Južna

Amerika (N= 7; 4%), Oceanija (N = 6; 4%), Afrika (N = 2; 1%) i Azija (N= 1; 1%) (Lamiani 2015).

Na temelju istraživačkih radova razvijane su različite definicije i teorijski modeli. Kvalitativna istraživanja odnose se na značenje iskustva moralnog distresa, a dok kvantitativna mjere različite aspekte iskustva kao što su intenzitet i učestalost. Svi radovi doprinose razumijevanju fenomena, ali ne obuhvaćaju istraživanje razvoja i učinkovitosti intervencija (Musto & Rodney 2016).

Nakon Jametona drugi teorijski model je postavila Wilkinson 1987-1988 godine proširivši kroz kvalitativno istraživanje postavke Jametonovog modela na povezanost moralnih aspekata sestrinstva i kvalitete skrbi za pacijente iz perspektive etike u svakodnevnoj sestrijskoj praksi (Porter 2010). Wilkinson opisuje moralni distres kao psihološku neravnotežu i negativno emocionalno stanje kada osoba donese moralnu odluku koju ne može primijeniti (O'Connell 2015). Rezultati njenog istraživanja govore da je 11 od 24 medicinske sestre napustilo sestrinstvo zbog nemogućnosti suočavanja s moralnim distresom. Wilkinson je prva dokumentirala da etička dimenzija posla može biti uzrok nezadovoljstva na radnom mjestu što se do tada samo pretpostavljalo.

Jameton 1993. godine proširuje svoju prvotnu definiciju moralnog distresa na način da uključuje inicijalni distres koji se očituje ljutnjom, krivnjom i frustracijama, te reaktivni distres kada osoba često odgađa djelovanje zbog osjećaja bespomoćnosti (Porter 2010). U toj teoriji Jameton stavlja moralnu odgovornost kao ključno etičko pitanje u razumijevanju moralnog distresa. U sestrinstvu opće prihvaćena Jametonova temeljna definicija ne uključuje, uz istovremeni osjećaj nemogućnosti postupanja na odgovarajući etički ispravan način, i osjećaj povrijeđenosti moralnog odnosno profesionalnog integriteta osobe, a što doprinosi razlici moralnog distresa u odnosu na druge vrste emocionalnog distresa, sagorijevanje na poslu ili posttraumatski stres.

Corley razvija 1995. godine skalu za mjerenje moralnog distresa (*Moral Distress Scale- MDS*) i identificiranje situacija povezanih s moralnim distresom, a koja se sastoji od pitanja vezano uz iskustvo moralnog distresa u kliničkim situacijama i otvoreno pitanje u drugom dijelu instrumenta vezano uz mogućnost opisa osobnih iskustava moralnog distresa (Elpern et al. 2005). Corley od 2011.godine u osobnoj

komunikaciji s Ann Hamric više ne preporučuje primjenu njenog izvornog instrumenta, jer neke varijable mjerenja ne odgovaraju današnjoj praksi, ali preporučuje primjenu revidiranog instrumenta koji mjeri moralni distress i moralne rezidue (Hamric 2012).

Corley je definirala moralni distress kao fizičku i psihološku bol, te poremećaj međuljudskih odnosa kao rezultat situacija u kojima je sestra donijela moralnu prosudbu o ispravnom postupanju (Oh, Gastmans 2015). Prema Corley, sestriinstvo kao moralna profesija sadrži brojne moralne koncepte koji u međusobnoj interakciji mogu dovesti do namjere ispravnog moralnog djelovanja, moralne hrabrosti i u konačnici osjećaja moralne ugone, te nasuprot tome u slučaju ne djelovanja doći će do razvoja moralnog distresa, patnje i moralnih rezidua koje mogu utjecati na pacijenta, sestru i organizaciju (Corley 2002). U slučaju moralnog distresa konačni ishodi su patnja pacijenta, patnja sestre, sagorijevanje na radnom mjestu ili napuštanje sestriinstva, te organizacijske poteškoće i utjecaj na ugled odnosno reputaciju ustanove.

Razvoj moralnog distresa u medicinskim sestara zaposlenih u vojsci, angažiranih u kriznim situacijama i humanitarnim misijama opisuje Fry i suradnici 2002.godine (Porter 2010). Fry i suradnici u svom teorijskom modelu su opisali dvije domene moralnog distresa: inicijalni i reaktivni, slično modelu kojeg je opisao Jameton u civilnom sestriinstvu u akutnim bolnicama. Ukoliko su prisutne prepreke etičkom postupanju javlja se inicijalni distress, a u slučaju neuspješnog savjetovanja sa nadređenima s ciljem rješavanja tih prepreka dolazi do reaktivnog distresa čije posljedice su povezane sa osjećajem bespomoćnosti i ljutnje.

Nathaniel 2006. godine razvija novu definiciju moralnog distresa koja sadrži postavke Jametona iz 1984. i Wilkinson iz 1987./88, a koja uključuje sudjelovanje medicinske sestre u postupanju kojeg percipira moralno pogrešnim. Nathaniel definira moralni distress kao bol koja pogađa um, tijelo i odnose nastale u skrbi za pacijenta u kojima je sestra svjesna moralnog problema, prihvaćajući moralnu odgovornost i procjenjujući potrebno moralno djelovanje, sudjeluje djelom ili propustom na način kojeg percipira pogrešnim (Porter 2010). Prema prvotnim definicijama medicinska sestra nije u mogućnosti postupiti na ispravno moralan način, a prema Nathanielovoj definiciji sestra sudjeluje u postupanju na moralno pogrešan način bilo djelom ili propustom.

Varcoe, Pauly, Webster i Storch 2012.godine redefiniraju moralni distres u iskustvo ozbiljne ugroženosti moralnog agenta u praksi sukladno prihvaćenim profesionalnim vrijednostima i standardima (Whitehead 2015).

Hamric 2013. godine definira da se moralni distres javlja kada je osobni moralni integritet ozbiljno ugrožen, jer osoba ne može djelovati u skladu sa svojim temeljnim vrijednostima i obavezama ili je pokušala bezuspješno djelovati da bi postigla željeni ishod (Morley 2016a).

Rushton definira da se moralni distres pojavljuje kada se moralni izbor ne može primijeniti u moralnu aktivnost (O'Connell 2015).

Pendry definira moralni distres kao fizičku i emocionalnu patnju do koje dolazi uslijed vanjskih ili unutarnjih ograničenja koja sprečavaju osobu u ispravnom postupanju (Robinson R, Stinson CK 2016).

Konceptualna analiza Jametonove definicije moralnog distresa odnosno pojma moralnog distresa ukazuje na razliku između dileme i konflikta te smatra da do moralnog distresa dolazi kada već postoji određena moralna prosudba i psihološka patnja (Fourie 2013). Fourie definira moralni distres kao psihološki odgovor na moralno izazovnu situaciju kao što su moralna ograničenja ili moralni konflikt ili oboje, a što znači da za razliku od Jametonove definicije ograničenja ne uvjetuju nužno nastanak distresa (Fourie 2013). Moralni distres nije sinonim za psihološki distres, jer ovaj oblik distresa mora biti moralno uvjetovan.

Kako je rastao interes za fenomen moralnog distresa tako su rasle i kritike koncepta u smislu jasnoće definicije i primjene koncepta te se kroz kritički realizam traži detaljniji pristup istraživanju (Musto & Rodney 2016). Jametonova definicija pretpostavlja da neće doći do moralnog distresa ukoliko sestra donese moralnu odluku u etičkoj dilemi i djeluje sukladno njoj, ali prema Kälvermarku iako su sestre postupile sukladno moralnoj odluci u etičkoj dilemi ipak su stekle iskustvo moralnog distresa (Pauly i sur. 2012). Kritičko razmatranje uključuje i stavove da koncept moralnog distresa može udaljavati medicinske sestre i kliničare od etičke odgovornosti za ono što trebaju raditi usmjeravajući ih na vlastite osjećaje. Razumijevanje konteksta moralnog distresa je ključno iz perspektive kritičkog realizma, jer da li će se moralno postupanje ostvariti ovisi o čimbenicima okruženja odnosno razumijevanju moralnog djelovanja u kompleksnoj organizacijskoj strukturi

(Rodney 2017). Koncept moralnog distresa kritiziran je zbog naglašavanja njegovog isključivo negativnog utjecaja i pretjeranog fokusa na individualne aspekte, a ne organizacijske, odnosno na širi društveno politički utjecaj kao što su financijska ograničenja koja doprinose razvoju moralnog distresa (Musto i sur. 2015).

Zbog apstraktnosti fenomena teško je izabrati jasnu očiglednu definiciju moralnog distresa, a najčešće su u sustavnom pregledu stručnih radova korišteni konceptualni modeli prema Jametonu, Wilkinson i Corley. Nedovoljan konsenzus oko definicije moralnog distresa komplicira istraživačke napore (Hamric 2012). Nakon Jametonove definicije moralnog distresa uslijedila je varijabilnost raznih definicija, ali ne i usuglašenost oko neke središnje definicije.

U novije vrijeme razvija se alternativni pogled u odnosu na temeljnu teoriju moralnog distresa, te dolazi do razvijanja teorije moralne otpornosti kao jedne od strategija za suočavanje sa moralnim distresom, ali koja mu daje pozitivan predznak u smislu da može dovesti do osobnog rasta i razvoja pozitivnih iskustava. Koncept moralne otpornosti počiva na ideji da zdravstveni radnici mogu naučiti pozitivno reagirati na etički izazovne situacije jačanjem vlastitih kapaciteta moralne otpornosti i organizacijskom podrškom kreiranjem kulture etičke prakse (Rushton i sur. 2017).

3. PREVALENCIJA MORALNOG DISTRESA

Moralni distres je zajedničko iskustvo mnogih profesionalaca u zdravstvenom sustavu. Prema prvom pokušaju mjerenja moralnog distresa korištenjem vizualne analogne skale na jednom kriteriju dobio se rezultat da 80% sestara izražava srednju do visoku razinu stresa (Corley 2002). Da bi se utvrdili uzroci i raširenost moralnog distresa, Corley je razvila MDS mjerni instrument za mjerenje učestalosti i intenziteta moralnog distresa, povezanosti sa situacijama koje dovode do moralnog distresa, te brojem sestara koje napuštaju svoje radno mjesto zbog moralnog distresa. Ona je osim umjereno visoke razine distresa, utvrdila da je 15% sestara napustilo svoju poziciju zbog moralnog distresa, a u istraživanju iz 1999.godine postotak sestara koje su napustile svoje radno mjesto zbog moralnog distresa se povećao na 26% (Corley 2002). Rezultati istraživanja koje je provela Corley pokazali su da moralni distres uzrokuje specifične situacije kao što je primjerice provođenje procedura na pacijentu

nakon neuspjele reanimacije, pri čemu najčešće situacije koje dovode do moralnog distresa ne uzrokuju i najveći intenzitet distresa (Porter 2010). Instrument je namijenjen za utvrđivanje kliničkih situacija koje dovode do moralnog distresa te ima ograničenu mogućnost primjene na medicinskim sestrama menadžericama. U prvoj verziji instrument mjerenja nije uključivao situacije kontrole boli, nekompetentnu skrb od strane sestara ili drugog zdravstvenog osoblja, a što je dodano u revidiranu MDS skalu koja je imala pouzdanost 0,88 prema Cronbach`'s alpha modelu (Corley 2002). U jedinicama intenzivnog liječenja postoji potreba za instrumentom koji bi objektivno mjerio moralni distres kao potencijalnu prijetnju mentalnom zdravlju zdravstvenog osoblja i kako bi isto bilo spremno poduzeti primjerene intervencije odnosno mjere zaštite od stresa (Morris, Dracup 2008). Wocial i Weaver razvili su alat za procjenu i mjerenje moralnog distresa „*The Moral Distress Thermometer*“ (Morley 2016a), ali radi se o općenitoj subjektivnoj skali koja se ne odnosi na specifična područja mjerenja moralnog distresa.

Rezultati istraživanja ukazuju na prisutnost moralnog distresa u sestrinstvu te se u literaturi navode podaci istraživanja provedenog u Velikoj Britaniji da zbog distresa 70% medicinskih sestara ponekad napušta posao, a uvijek njih 11% (Adams 2014). Moralni distres je povezan u 15% do 25% sa osipanjem medicinskih sestara iz sestriinske profesije (Porter 2010).

Rezultati istraživanja provedenog 2011. godine (N=754) pokazuju da je moralni distres prisutan u svih profesionalnih grupa, a kod medicinskih sestara u direktnoj zdravstvenoj njezi je značajno veći nego kod liječnika i drugih profesionalaca (Whitehead 2015). U navedenom istraživanju moralnog distresa na multidisciplinarnom uzorku ispitanika, neovisno o vrsti profesije, rezultati pokazuju da je veća razina moralnog distresa u radu sa odraslima i u jedinici intenzivnog liječenja, nego na pedijatrijskim odjelima. Liječnici i medicinske sestre se općenito slažu po pitanju toga što im uzrokuje najveći moralni distres, a to su nedostatna skrb zbog nedostatka kontinuiteta skrbi te nedostatna skrb zbog loše komunikacije (Whitehead 2015). Porast moralnog distresa sugerira da šira sociopolitička struktura postupno negativno utječe od na sestre (Musto & Rodney 2016).

U analizi 19 kvantitativnih istraživačkih radova objavljenih od 1984. do 2011. godine prikazani su rezultati mjerenja učestalosti i intenziteta moralnog distresa koji po učestalosti varira od niskog do umjerenog, a po intenzitetu umjereno visok, ali sve

rezultate istraživanja nije bilo moguće usporediti, jer nije korišten isti instrument mjerenja (Oh, Gastmans 2015). Viši intenzitet moralnog distresa je vezan uz određene situacije kao što je nesigurna neprimjerena skrb. U odnosu na sociodemografske varijable, starije sestre sa više iskustva su češće izložene moralnom distresu, ali manjeg intenziteta. Prema istraživanju Rice i suradnika, u situacijama nepotrebne skrbi intenzitet moralnog distresa se povećava kod starijih sestara sa više radnog iskustva, a prema Meltzer i Huckabay sestre sa prvostupničkim i višim stupnjem obrazovanja također doživljavaju veći intenzitet distresa u navedenim situacijama (Oh, Gastmans 2015). Utjecaj moralnog distresa je veći kada učestalost moralnog distresa nije česta, ali je jak intenzitet.

Rezultati istraživanja o učestalosti i intenzitetu moralnog distresa kod registriranih medicinskih sestara u Novom Zelandu (N=412) govore da 48% sestara razmišlja o napuštanju svog radnog mjesta zbog moralnog distresa (Woods i sur. 2015). Najčešće situacije moralnog distresa u navedenom istraživanju su neprovođenje optimalne skrbi sukladno odluci menadžmenta, nedovoljna skrb za pacijente i rad sa nekompetentnim suradnicima, a najstresnija iskustva odnosila su se na rad sa nesigurnim i nekompetentnim osobljem, svjedočenje lošijoj skrbi zbog slabe komunikacije i gledanje patnje pacijenata zbog prekida kontinuiteta skrbi. Prema navedenim rezultatima u nastanku moralnog distresa dominiraju vanjski ograničavajući čimbenici.

Rezultati istraživanja provedenog u Švicarskoj na njemačkom govornom području uz pomoć modificiranog MDS instrumenta mjerenja na uzorku od 294 medicinske sestre, indiciraju da je moralni distres relevantan fenomen i u Švicarskim bolnicama, a sestre su ga spoznale i prije uvođenja DRG-a (*diagnoses related groups*) za naplaćivanje izvršenih usluga (Kleinknecht-Dolf i sur. 2015).

Istraživanje provedeno u Iranu na uzorku od 264 medicinske sestre pomoću MDS instrumenta rezultiralo je srednjom do visokom razinom moralnog distresa, pri čemu se najviša prosječna vrijednost rezultata odnosi na rad sa nedovoljnim brojem sestara, a dok se najmanja prosječna vrijednost rezultata odnosi na intravenoznu primjenu lijekova pacijentu koji to odbija (Vaziri i sur. 2015). U jednom drugom istraživanju u Iranu na uzorku od 220 medicinskih sestara iz dvije kliničke bolnice sa najmanje jednom godinom radnog staža na kliničkom odjelu, minimalno prvostupničkom razinom obrazovanja i statusom zaposlenja na neodređeno, rezultat

ukazuje na srednju razinu moralnog distresa, ali unatoč kojoj većina sestara namjerava napustiti tu profesiju što autori objašnjavaju različitim strukturama i radnim okruženjima u zdravstvenom sustavu te obilježjima ljudi u različitim zemljopisnim područjima Irana (Roshanzadeh i sur. 2014).

Usporedba rezultata istraživanja iz različitih zemalja i kultura je kompleksna zbog organizacijskih ograničenja koja mogu biti različita u svakoj kulturi, te je u azijskim zemljama jače izražena hijerarhija odnosa i poslušnost u odnosu na zapadne zemlje, a mali je broj objavljenih radova (Oh, Gastmans 2015).

Jedinica intenzivnog liječenja je odjel u kojem dominira tehnološki napredak u medicini i gdje se pacijent sa kompleksnim potrebama nalazi u dinamičkom okruženju, pri čemu situacije nerijetko zahtijevaju da osoblje brzo donosi više odluka. Provode se brojne invazivne procedure, a istovremeno se nastoji sačuvati dostojanstvo pacijenta. Upravo na takvim odjelima se provodi najviše istraživanja o prevalenciji moralnog distresa u sestinstvu, posljedicama i mjerenju intenziteta. U istraživanju provedenom na uzorku od 277 medicinskih sestara u američkim jedinicama intenzivnog liječenja, a koje skrbe za umiruće bolesnike, rezultat ukazuje na visoku razinu intenziteta moralnog distresa, a umjerenu do nisku učestalost istog (Browning 2013). Najveću razinu moralnog distresa u intenzivnoj skrbi po učestalosti i intenzitetu izazivaju situacije pružanja agresivne skrbi pacijentima koji od toga neće imati koristi i obavljanje nepotrebnih dijagnostičkih postupaka, te percepcija da za pacijente skrbi nedovoljno osoblja što ugrožava sigurnost (Elpern i sur. 2005). U pedijatrijskoj i neonatalnoj intenzivnoj skrbi moralni distres se javlja kada se postavlja pitanje da li je određeno postupanje u interesu djeteta (Rushton 2016).

U istraživanju o iskustvu moralnog distresa u odnosu na spol sestara u Jedinici intenzivnog liječenja pokazalo se da medicinske sestre imaju veći moralni distres u odnosu na medicinske tehničare, ali uzorak ispitanika (N=31) je bio mali i nereprezentativan prema sestrijskoj populaciji u cjelini (O'Connell 2015).

U jednom istraživanju pokazala se značajnom povezanost između moralnog distresa i godina radnog iskustva u sestinstvu što se opisuje kumulativnim efektom distresa kroz godine, ali Wilkinson indicira da iskusnije sestre sa više znanja manje pate od distresa (Vaziri i sur. 2015). Istraživanja ukazuju da s povećanjem godina radnog iskustva sestre stječu više iskustva u učinkovitom suočavanju s etičkim

izazovima, ali isto tako s godinama radnog staža sestre preferiraju radna mjesta sa lakšim radnim okruženjem (Borhani i sur. 2015). U istraživanju provedenom u 13 jedinica intenzivnog liječenja jedne provincije u Kanadi na uzorku 428/870 (odaziv 49%) medicinskih sestara, 211/452 (47%) drugih zdravstvenih profesionalaca (respiratorni terapeuti i drugi) i 30/68 (44%) liječnika, sestre su uz ostale zdravstvene profesionalce pokazale višu razinu stresa u odnosu na liječnike te da su godine radnog iskustva direktno povezane s moralnim distresom kod sestara što objašnjava pojam moralnog krešenda (Dodek i sur. 2016). U istraživanju provedenom u Iranu na uzorku od 159 medicinskih sestara intenzivne skrbi utvrđena je značajna pozitivna povezanost dobi i moralnog distresa, ali i iskustva sestre i odnosa broja sestra na broj pacijenata sa moralnim distresom i sagorijevanjem na poslu (Shoorideh i sur. 2015). Dostupni rezultati istraživanja u odnosu na povezanost dobi i moralnog distresa nisu konzistentni. Dok se u rezultatima jednih nameće zaključak da će distres s godinama biti manji zbog boljeg suočavanja, drugi autori objašnjavaju da dolazi do povećanja distresa zbog krešendo efekta.

Prema rezultatima istraživanja o etičkim dilemama i moralnom distresu provedenog u četiri izraelske bolnice medicinske sestre na srednjoj razini menadžmenta (glavne sestre, supervizori) izvješćuju o niskoj do umjerenoj razini učestalosti i intenziteta moralnog distresa pri čemu su administrativne dileme najviše zastupljene (Ganz i sur. 2015). Administrativne etičke dileme odnose se na područje upravljanja materijalnim i ljudskim resursima te razvoj standarda skrbi. Rezultati navedenog istraživanja upućuju da sestre na srednjoj razini menadžmenta imaju iskustvo manjeg moralnog distresa od sestara u direktnoj zdravstvenoj njezi, bez obzira na njihove osobne karakteristike.

Prevalencija moralnog distresa u kombinaciji sa nedovoljnom komunikacijom u timu može dovesti do smanjenja kvalitete skrbi, zadovoljstva poslom i slabih ishoda skrbi za pacijente (Rushton 2016).

4. UZROCI MORALNOG DISTRESA U SESTRINSTVU

Moralni distres obuhvaća situacije moralnih dilema u svakodnevnoj praksi zbog nedovoljno resursa (vremena, osoblja, pribora i opreme, prostora), komunikacije i

nedovoljnog prijenosa važnih informacija, povećanja tehnološkog i farmaceutskog napretka (Adams 2014). Moralni distress obuhvaća situacije kada medicinska sestra svjedoči nezadovoljavajuće pruženoj skrbi ili skrbi pruženoj protiv volje pacijenata, nemogućnošću zaštite prava pacijenata, konfliktu između menadžerskih stavova u organizaciji i stavova koje zastupaju profesionalna udruženja te nedostatku podrške menadžmenta. Nadalje, izvor moralnog distressa je situacija kada zdravstveni radnici posebno educirani o skrbi za umiruće bolesnike ne mogu u praksi primijeniti stečena znanja. Najčešći uzroci moralnog distressa prema istraživanju na temu moralnog distressa provedenom 2011.godine kod medicinskih sestara (N=489) su: nedostatna skrb zbog nedostatka kontinuiteta skrbi, poštivanje želja obitelji za održavanjem života kada to nije u najboljem interesu pacijenta, nedostatna skrb zbog loše komunikacije, oživljavanje pacijenata u svrhu odgađanja smrtnog ishoda, rad sa nedovoljnim brojem osoblja, ordiniranje ili provedba odredbi koja se smatra nepotrebnom, pružanje manje optimalne skrbi radi smanjenja troškova (Whitehead 2015). Ne odnosi se samo na poznata područja etičkih problema u skrbi za umiruće, za Jehovine svjedoke koji odbijaju primjenu krvnih pripravaka ili žene koje traže primjenu pobačaja. Prema literaturi glavni izvori moralnog distressa su kada pacijent trpi bol ili pati zbog nanesene štete, odnos prema pacijentu kao prema objektu zbog institucionalnih zahtjeva, ograničenja zbog propisanih zakonskih odredbi, produljenje procesa umiranja i definicija moždane smrti, neodgovarajuće kadroviranje i utjecaj financijskih ograničenja (Corley 2002).

Instrumenti mjerenja u istraživanjima nadopunjavaju se stjecanjem i izražavanjem novih iskustava medicinskih sestara kao što su skrb za pedijatrijskog bolesnika kada je obitelj uz krevet bolesnika mogući zlostavljač djeteta.

Uzroci moralnog distressa mogu se razmatrati iz institucionalne i individualne perspektive. Institucionalnu perspektivu čine klinički i organizacijski čimbenici, a individualnu čine osobni ili psihološki čimbenici moralnog distressa.

4.1. Organizacijski čimbenici i utjecaj etičke klime

U kliničkoj praksi, uzroci moralnog distressa mogu biti kako kliničke (stručne), tako i organizacijske (administrativne) prirode.

Kliničke situacije koje mogu prouzročiti štetu pacijentu su mogući izvor moralnog distresa (McCarthy, Gastmans 2015)). Loša kontrola boli, pružanje lažne nade i prolongiranje procesa umiranja su teške kliničke situacije koje mogu uzrokovati moralni distres u medicinskih sestara u kliničkoj kirurškoj djelatnosti (Bohnenkamp 2016).

Teški radni uvjeti i ograničeni resursi pripadaju organizacijskim izvorima stresa, a primjeri su nedovoljan broj osoblja, ograničena financijska sredstva, povećano radno opterećenje, povećan broj propisanih procedura ili nedostatak istih (McCarthy, Gastmans 2015). Uz klinička pitanja uzroci moralnog distresa mogu biti i organizacijska pitanja kao što su velik obrtaj pacijenata, nedostatak podrške i isključivanje medicinskih sestara iz procedura donošenja odluka te rad na odjelu sa nedovoljnim brojem sestara ili liječnicima sa nedovoljnim vještinama (Bohnenkamp 2016). Strukturalni čimbenici odnose se na izvore moralnog distresa povezane sa asimetrijom moći i autoriteta koja može uključivati ne priznavanje sestrinske ekspertnosti, slab timski pristup radu, sukobe i drugo (McCarthy, Gastmans 2015). U istraživanju provedenom u Brazilu nedostatak kompetentnosti u timu je najčešći izvor moralnog distresa zaposlenika, potom nepoštovanje autonomije pacijenta i nedostatni radni uvjeti, te negiranje uloge medicinske sestre u zagovoru interesa palijativnih pacijenata (Barlem i sur. 2013a). Konfliktne situacije dvostrukih očekivanja, međusobno neusuglašenih, od strane nadređenih liječnika i poslodavca mogu utjecati na osobni sustav vrijednosti, te u situaciji kada odgovornost nadilazi autoritet sestre mogu osjećati bespomoćnost u provedbi onoga što smatraju da je u najboljem interesu pacijenta (Pendry 2007).

Povezanost moralnog distresa i organizacijskih čimbenika utvrđena je u odnosu na negativnu etičku klimu, neprimjeren odnos liječnika i medicinskih sestara te karakteristike posla kada sestre nemaju podršku u skrbi za teške pacijente od kolega i nadređenih (Lamiani 2015).

Značajna povezanost između razine moralnog distresa i namjere napuštanja radnog mjesta je utvrđena u istraživanju na medicinskim sestrama u dvije kliničke bolnice, a negativna percepcija etičke klime povezana je sa višom namjerom napuštanja profesije (Porter 2010). Iskustvo moralnog distresa je refleksija uvjeta u radnom okruženju koje uključuje i međuljudske odnose, ali do sada moralni distres nije razmatran kao izraziti uzročni čimbenik u odnosu na odljev medicinskih sestara iz

profesije. Etička klima kao dio radnog okruženja smatra se važnim čimbenikom za razvoj iskustva moralnog distresa. Ona definira kako osoba percipira rješavanje etičkih pitanja u radnom okruženju i može biti povezana sa pojavom medicinskih grešaka uslijed nesigurnog ponašanja ili propusta u pružanju skrbi (Hwang, Park 2014). U istraživanju etičke klime često je korišten Olsonov instrument the Hospital Ethical Climate Survey (HECS) koji identificira pet čimbenika uključujući odnose sestara s kolegama, pacijentima, menadžerima, bolnicom i liječnicima koji su važni u načinu rješavanja teških problema u skrbi za pacijente sa etičkim implikacijama (Corley 2002). Premda rezultati istraživanja percepcije sestara (N=1826) o etičkoj klimi u Korejskim bolnicama (N=33) pokazuju pozitivnu percepciju sestara, 19% ispitanika je izvijestilo o najmanje jednoj medicinskoj grešci u prethodnoj godini, a 25% namjerava napustiti taj posao u skoroj budućnosti (Hwang, Park 2014). Provedeno je istraživanje o utjecaju etičke klime na moralni distres u Turskoj na uzorku od 201 medicinske sestre, a rezultati faktorske analize dali su tri dimenzije moralnog distresa u smislu organizacijskih ograničenja, nedovoljne informiranosti i pretjerane skrbi, te nedovoljno vremena i resursa (Atabay i sur. 2015). Dimenzija nedovoljnog vremena i resursa ukazuje na nedovoljan broj medicinskih sestara, a kada u etičkoj klimi dominiraju pravila, individualizam i interesi organizacije povećava se intenzitet moralnog distresa. Zdravstveni profesionalci se mogu naći u moralnom konfliktu kada moraju slijediti pravila organizacije koja su u suprotnosti sa njihovim razumijevanjem primjerenog ponašanja. U istraživanju moralnog distresa i etičke klime provedenog na uzorku od 225 medicinskih sestara 21,8% ispitanika je izvijestilo da je napustilo svoju prethodnu poziciju zbog moralnog distresa i percipirane etičke klime, a pri čemu se radilo o iskusnim medicinskim sestrama čiji odlazak je mogao utjecati na kvalitetu pružanja skrbi (Sauerland i sur. 2014). Komentari ispitanika ukazuju da je razlog distresa bio zlostavljanje od strane kolegica, lateralno nasilje na radnom mjestu i odmazda. Upravo strah od odmazde i premještaja na neodgovarajuće radno mjesto može biti uzrok šutnje medicinskih sestara o neprimjerenom ponašanju u radnom okruženju. U etičkoj klimi gdje je financijski limit i obrtaj pacijenata glavni prioritet organizacije, a ne sigurnost pacijenta i njegova skrb neizbježna je pojava moralnog distresa (Humphries, Woods 2016).

4.2. Osobni i profesionalni čimbenici

Brojni su uzroci moralnog distresa i u osnovi su povezani na sestrinskim osobnim i profesionalnim moralnim integritetom (Adams 2014). Niska razina psihološkog osnaživanja i niska razina autonomije su prediktori moralnog distresa, ali to mogu biti i osobni čimbenici kao što su nedovoljno znanja i asertivnosti (Lamiani 2015). Utvrđena je značajna negativna povezanost između profesionalne isunjenosti odnosno samo-aktualizacije i moralnog distresa, pa primjerice s povećanjem profesionalne samo-aktualizacije smanjuje se razina moralnog distresa, a samoaktualizaciju osigurava osnaživanje znanja, vještina i stavova, te percepcija dobrobiti pacijenta i spremnost na konfrontaciju (Dalmolin i sur. 2014). Osnaživanje profesionalne ispunjenosti Nedostatak moralne kompetentnosti je glavni čimbenik unutarnjih ograničenja koja doprinose nastanku moralnog distresa, a takvi primjeri ograničenja uključuju nedovoljno općih sposobnosti za moralno prosuđivanje, odnosno znanja, vještina, stavova za ispravno moralno djelovanje (Johnstone, Hutchinson 2015).

Situacije kada medicinska sestra osjeća bespomoćnost i ne može glasno govoriti u interesu pacijenta mogu dovesti do moralnog distresa (Rainer 2015). Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u verbalnom iznošenju podataka koji mogu spriječiti nastanak moguće štete kod pacijenta što predstavlja jaki moralni imperativ u njihovoj profesionalnoj ulozi često nazivanom „odvjetnicama pacijenata“. Situacije u kojima šutnja o važnim podacima može biti štetna za pacijenta su: svjedočenje greškama i/ili opasno postupanje nesukladno propisanim postupcima. U svijetu raste trend prepoznavanja rastuće kompleksnosti sestrinske skrbi i odgovornosti za istu što zahtjeva posjedovanje odgovarajućih kompetencija koje uključuju moralno postupanje, odnosno postupanje sukladno profesionalnom etičkom kodeksu što je minimalni zahtjev, ali ne i dostatan, jer sestre su danas moralni agenti ili posrednici u određenom sociopolitičkom okruženju (Carnevale 2013). Upravo „glas“ je vitalni aspekt moralnog posredovanja, ali moralna hrabrost može biti visoko kontroverzna ukoliko se samo sestrama implicira moralna odgovornost u određenoj situaciji koja obuhvaća možebitnu odgovornost različitih profesionalaca.

Autonomija se smatra slobodom donošenja odluka i djelovanje sukladno kompetencijama određene profesije. Rezultati istraživanja provedenog 2009.godine

na 255 delegata Europske konferencije o intenzivnoj skrbi (*European Federation of Critical Care Nursing Associations*) koji su predstavljali 17 zemalja među kojima je bila i Republika Hrvatska, ukazuju da je na uzorku evropskih sestara niska autonomija povezana sa većom učestalošću i intenzitetom moralnog distresa i nižom razinom suradnje sestara i liječnika, pri čemu je kod grčkih i njemačkih sestara utvrđen značajno viši moralni distres (Papathanassoglou i sur. 2012).

5. POSLJEDICE MORALNOG DISTRESA

Moralni distres može utjecati na blagostanje medicinskih sestara, skrb za pacijenta i doprinijeti povećanju troškova u organizaciji odnosno zdravstvenom sustavu. Prepoznavanje moralnog distresa je važno zbog održavanja mentalnog zdravlja medicinskih sestara. Suradnički odnosi u radnom okruženju omogućavaju prepoznavanje moralnog distresa u sestrinstvu i otvaraju mogućnost etičkih debata u kliničkom okruženju vezano uz osiguranje kvalitete skrbi za pacijente. Rukovodeće medicinske sestre trebaju biti educirane o važnosti navedenog problema, prepoznavanju istog, kao i poduzimanju preventivnih mjera. Neprepoznavanje vlastitog moralnog distresa može se očitovati okrivljavanjem mlađih kolega da ne rade dovoljno učinkovito, a što može doprinijeti daljnjem razvoju njihova moralnog distresa, kao i distresa u ostalih suradnika (Rodney 2017)

Prepoznavanje procesa razvoja moralnog distresa moguće je kroz temeljnu teoriju moralnog ocjenjivanja (engl. *moral reckoning*) koja se sastoji od tri faze: početne profesionalizacije kada sestra osjeća ispunjenost poslom i kada situacije uzrokuju sukob osnovnih vrijednosti sa profesionalnim i institucijskim normama, potom fazu rješavanja sukoba kada situacijsko vezivanje može izazvati netoleranciju unutarnjeg konflikta pa osoba zauzima stav ili se povlači, te zadnju fazu refleksije kada sestra odgovara na moralni problem ovisno o svom prethodnom izboru postupanja (Nathaniel, Andrews 2007). Budući da sestre pamte incidentne situacije koje su doprinosile razvoju moralnog distresa kroz osjetilne memorije (vizualizacije, zvukovi, mirisi), razumijevanje navedene teorije moralnog ocjenjivanja objašnjava zašto sestre imaju potrebu verbalizirati prethodna iskustva pri čemu im pokušavaju dati smisao s ciljem unapređenja kvalitete skrbi. Predviđanjem situacija na temelju

dosadašnjih iskustava moguće je odgovorno odlučivati u moralno teškim situacijama odnosno u velikim problemima.

Moralni distres uglavnom ima negativan utjecaj. Negativan utjecaj distresa na profesionalne stavove može dovesti do nezadovoljstva poslom i kvalitetom pružene skrbi, te ostalih posljedica kao što su sindrom sagorijevanja na radnom mjestu, razvoj bolesti i mentalnih poremećaja ukoliko se ne rješava pravovremeno i učinkovito. Zbog negativnog stava zdravstveni radnici često sebe vide kao „žrtve“ svojih unutarnjih ograničenja slijedom kojih dolazi do moralnog distresa, a ne kao osobe koje imaju moralnu otpornost odnosno koje su sposobne moralno djelovati i pozitivno reagirati na etički izazovne situacije (Rodney 2017).

Pozitivan utjecaj moralnog distresa moguć je ukoliko se rješavanju etičkih dilema pristupa na konstruktivan način tako da se analizira što, kako i zašto medicinska sestra osjeća u odnosu na određenu moralnu dilemu te istu smatra naučenom lekcijom koja ju potom osnažuje kao osobu i profesionalca (Adams 2014), a u novije vrijeme tu ideju podržava prethodno opisani razvoj koncepta moralne otpornosti. Moralni distres je neželjeni ishod konfliktne situacije (Johnstone, Hutchinson 2015), bez obzira na razmatranje njegovih posljedica odnosno u konačnici pozitivnog ili negativnog utjecaja.

5.1. Utjecaj na medicinske sestre

Reakcije pojedinaca na moralni distres su različite te kao i kod drugih oblika stresa, ono što kod jedne osobe može izazvati stresnu reakciju, ne znači da će izazvati i kod druge.

Utjecaj moralnog distresa može biti osobni i profesionalni (Morley 2016a). Neriješeni moralni distres može utjecati na blagostanje i integritet medicinskih sestara te je povezan sa pojavom fizičkih i psihičkih stresnih reakcija koje mogu voditi u sindrom sagorijevanja na poslu, nezadovoljstva poslom i profesionalnim odstupanjima (Porter 2010).

Osobni utjecaj očituje se kroz fizičke i psihičke reakcije. Fizičke reakcije mogu biti palpitacije, glavobolje, gastrointestinalni poremećaji i drugi poremećaji u tjelesnim

funkcijama, bol u vratu i plakanje, poremećaji spavanja (nesanica, hipersomnija, noćne more), a psihičke reakcije mogu uključivati neuravnoteženost, žaljenje, anksioznost, ljutnju, frustraciju, gubitak energije, emocionalnu iscrpljenost, osjećaj neučinkovitosti, duboku tugu, smanjeno zadovoljstvo na poslu, smanjeno samopoštovanje i krivnju sve do sindroma sagorijevanja na poslu (Adams 2014, Porter 2010). Simptomi i znaci poput plakanja, ljutnje i frustracije mogu biti vidljivi, ali značajniji su unutarnji znaci poput boli, patnje i nesigurnosti koju osoba ne izražava, ali može utjecati na moralni integritet i kvalitetu života (Adams 2014). Moralni distress može se očitovati i gubitkom samopouzdanja, strahom od gubitka posla i anksioznošću zbog stvaranja konflikata u radnoj sredini te depresijom.

Devastirajuće posljedice moralnog distressa mogu biti osjećaj izolacije, poniženja, omalovažavanja, socijalno povlačenje od obitelji i prijatelja. Navedene posljedice odraz su profesionalnog utjecaja moralnog distressa koji može završiti udaljavanjem od pacijenata ili obaveza, gubitkom kapaciteta za obavljanje posla, napuštanjem radnog mjesta i/ili odlaskom medicinskih sestara iz profesije. U situacijama kada medicinska sestra ne može pružiti sestrinsku skrb na odgovarajući način može se razviti osjećaj krivnje. Moralni distress medicinskih sestara je u većini rezultata istraživanja povezan sa nezadovoljstvom poslom i sagorijevanjem na poslu (Lamiani 2015). U istraživanju provedenom u Iranu na uzorku od 159/180 (88%) medicinskih sestara intenzivne skrbi iz 12 bolnica utvrđena je visoka razina moralnog distressa i namjere napuštanja radnog mjesta uz umjerenu razinu sagorijevanja na poslu, a značajna pozitivna povezanost utvrđena je između namjere napuštanja radnog mjesta i sagorijevanja na poslu (Shoorideh i sur. 2015).

U literaturi je opisana podjela na četiri vrste odgovora na moralni distress: fizički (npr. umor, iscrpljenost, letargija, poremećaj spavanja, palpitacije srca, gastrointestinalni poremećaji, glavobolje ili druge vrste boli, hiperaktivnost, neplanirani gubitak ili dobitak na tjelesnoj težini, sumnja na bolest), emocionalni (npr. ljutnja, strah, krivnja, zbunjenost, anksioznost, depresija, osjećaj gađenja, obeshrabrenja, gorčine, bespomoćnost ili preopterećenost, emocionalna iscrpljenost, strah), ponašajni (npr. ovisničko ponašanje, depersonalizacija, poremećaj razmišljanja – npr. zaboravljivost, uzrujavanje, kontrolirano ponašanje odnosno potreba da se uvijek bude u pravu, posramljivanje drugih osoba, vertikalno ili horizontalno nasilje) i duhovni (npr. besmislenost, gubitak kontrole, kriza ili gubitak

vjere i samopoštovanja, izoliranost od ljudi i zajednice, prigušena moralna osjetljivost, deterioracija ličnosti odnosno moralnog integriteta) (Savel, Munro 2015, Rushton 2016).

Posljedice moralnog distresa na rukovodeće medicinske sestre (glavne sestre = sestre menadžerice) su slične iskustvima sestara u smjenskom radu u direktnoj skrbi za pacijente i pogađaju cjelovitost integriteta sestre i osobnu dobrobit te mogućnost odgovarajuće skrbi za pacijente (Porter 2010).

5.2. Utjecaj na pacijenta

Ciljevi sestrinske skrbi su osiguranje odgovarajuće skrbi za pacijente u sigurnom okruženju i sprječavanje komplikacija skrbi na način da se zaštiti dostojanstvo pacijenta. Najvažniji utjecaj moralnog distresa na pacijente odnosi se na kvalitetu pružanja skrbi i sigurnost pacijenata. Osoba pod utjecajem moralnog distresa može pogrešno procjenjivati stanje pacijenata i njegov odgovor na pruženu zdravstvenu uslugu. U profesionalnom smislu pod utjecajem moralnog distresa može doći do neprimjerenog ponašanja medicinskih sestara prema pacijentima u smislu distanciranja, nereagirana na pozive pacijenata, izbjegavanja umirućih pacijenata što može povećati patnju pacijenata te utjecati na sigurnost i kvalitetu skrbi. Prema Wilkinson, frustracije, ljutnja i krivnja posljedično moralnom distresu često vode sestre prema izbjegavanju pacijenata (Corley 2002). Pod utjecajem moralnog distresa moguće je i da će sestre obrnuto reagirati te se prema pacijentu pažljivije odnositi zbog osjećaja krivnje u odnosu na stanje pacijenta ukoliko ga više boli, trpi zbog neodgovarajuće skrbi i produžen mu je boravak u bolnici (Corley 2002).

U jednom kvalitativnom istraživanju na uzorku sestara (N=8) u hitnim službama sestre su opisale situacije moralnog distresa kada je drugačiji odnos i skrb prema pacijentu koji dolazi u pratnji članova obitelji u odnosu na one koji dolaze iz doma za stare i nemoćne, potom oživljavanje pacijenata kojima to nije bilo potrebno, a što se podudara s rezultatima drugog kvantitativnog istraživanja na većem uzorku sestara iz hitne službe (N=51) prema kojem je česti uzrok distresa primjena postupaka koji nisu bili potrebni i svjedočenje skrbi lošije kvalitete (Robinson R, Stinson CK 2016).

U radnom okruženju u kojem dominira kultura „okrivljavanja“ kao odgovor na greške zaposlenika, a ne organizacijska kultura kvalitete, angažiranost zaposlenika je reducirana i sigurnost pacijenata je ugrožena. U radnoj sredini sa angažiranim zaposlenicima iskustvo pacijenta je bolje, manje je grešaka, manje su stope infekcija i mortaliteta, bolja je motiviranost osoblja i manje je absentizma i stresa (Rushton 2016). Kada je razina moralnog distresa visoka, radni angažman osoblja je nizak, a što može imati negativan utjecaj na pacijenta.

Moralni distres je prepoznat kao nova sestrinska dijagnoza 2006. te je dodan u NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) klasifikaciju sestrinskih dijagnoza što omogućava sestrama prepoznavanje problema i poduzimanje intervencija u situacijama moralnog distresa kod pacijenata u njihovoj skrbi (Pendry 2007). Sestrinska dijagnoza moralnog distresa odnosi se na nemogućnost provedbe nekih moralnih odluka, kao primjerice na situacije kada pacijent ili članovi obitelji odbijaju neki preporučeni dijagnostički ili terapijski postupak.

5.3. Utjecaj na organizaciju

Kada je moralni distres često prisutan u organizaciji moguće posljedice su nedovoljan broj odgovarajuće educiranih medicinskih sestara. To se očituje absentizmom odnosno čestim izostancima s posla i odljevom medicinskih sestara u smislu napuštanja određenih odjela i ustanova ili čak promjenom vrste zanimanja odnosno napuštanjem sestrinske profesije. Nedovoljan broj medicinskih sestara može utjecati na pokazatelje kvalitete skrbi i sigurnosti pacijenata, a posljedice moralnog distresa direktno utječu na povećanje troškova povezanih sa zdravstvenim poteškoćama i bolovanjima medicinskih sestara, premještajima i odljevom medicinskih sestara (Porter 2010). Odljev medicinskih sestara iz profesije predstavlja značajan financijski gubitak za zdravstveni sustav.

6. SUOČAVANJE S MORALNIM DISTRESOM U SESTRINSTVU

Moralni distres je problem koji se susreće u literaturi na području etike u sestrinstvu, sestrijskog menadžmenta, te kvalitete zdravstvene njege i zdravstvene zaštite. Različiti su pristupi vezano uz kontekstualne okvire razmatranja problema, odnosno primjerice u odnosu na povezanost distresa s etičkom organizacijskom klimom, zadovoljstvom na poslu, indikatorima sigurnosti pacijenata i kvalitete pružene skrbi (Porter 2010).

Licenciranjem sestrijske profesije medicinske sestre su stekle odgovornost za pružanje kvalitetne zdravstvene njege i osiguranje sigurnosti pacijenata. Moralni distres nastaje u situacijama kada medicinska sestra ne može postupati sukladno vlastitim moralnim vrijednostima i zahtjevima standarda kvalitete profesionalne prakse zbog unutarnjih ili vanjskih ograničenja odnosno kada su sestrijske vrijednosti i percipirane profesionalne dužnosti inkompatibilne sa zahtjevima i prevladavajućim pogledima u radnom okruženju. Karakteristike današnjeg kompleksnog radnog okruženja medicinskih sestara obilježava rapidni napredak medicinske tehnologije, velik obrtaj pacijenata na akutnim odjelima, bolnički informacijski sustav i zahtjevi vođenja opsežne sestrijske dokumentacije, sve veća osviještenost pacijenata o pravima i postupku rješavanja pritužbi te podizanju tužbe u slučaju sumnje na medicinsku pogrešku, nedostatak dovoljnog broja adekvatne razine obrazovanja medicinskih sestara u odnosu na obim i/ili kompleksnost poslova, nepriznavanje visokoobrazovanih sestara na radnim mjestima u zdravstvenom sustavu, ograničenje financijskih limita i dostupnosti resursa za pružanje kvalitetne skrbi, moralne vrijednosti i mentalno zdravlje zaposlenika.

Situacije etičkih dilema zahtijevaju moralnu hrabrost za glasno zagovaranje interesa pacijenata i medicinskih sestara. U jednom kvalitativnom istraživanju provedenom u Brazilu analiza podataka dala je dvije kategorije suočavanja s moralnim distresom: mogućnost skrbi za sebe i druge, te poricanje sebe i drugih (Barlem i sur. 2013b). U kategoriji sposobnih za skrb o sebi i drugima nalaze se sestre koje poduzimaju grupne aktivnosti na kreativan način te imaju utjecaj u međuljudskim odnosima. Kategorija poricanja odnosi se na miranje sa situacijom takvom kakva jest, pri čemu nema moralne hrabrosti za promjene, a moguća je povezanost

takvog suočavanja sa percepcijom sestrištva kao profesije s misijom žrtvovanja i patnje.

6.1. Moralni distres medicinskih sestara u provođenju zdravstvene njege

Moralni distres se najčešće opisuje u kliničkom sestrištvu na području akutne i intenzivne skrbi, te nešto manje na području palijativne i kronične skrbi te sestrištva u zajednici (Porter 2010). Medicinske sestre u jedinicama intenzivnog liječenja često se smatraju najsposobnijima u sustavu, a pripadaju skupini ispitanika u najčešćim istraživanjima na temu moralnog distresa. U odnosu na povezanost moralnog distresa i vrste odjela, najviša razina distresa primjećuje se kod medicinskih sestara u jedinicama intenzivnog liječenja, a značajna pozitivna povezanost nalazi se između percepcije uzaludne skrbi i pojave moralnog distresa (Borhani i sur. 2015).

U kvalitativnom istraživanju moralnog distresa kod medicinskih sestara u neonatalnoj skrbi vezano uz sudjelovanje u postupku oživljavanja prematurusa rođenih između 22 i 25 tjedna gestacije, analiza je rezultirala sa pet kategorija doprinosećih čimbenika moralnog distresa: nesigurnost, informirani pristanak, različite perspektive, percepcija štetnosti i patnje te prisutnost s obitelji (Molloy i sur. 2015). Nesigurnost se odnosi na dilemu kada oživljavati dijete, a da nisu poznati dugoročni učinci na ishod skrbi i kvalitetu života djeteta i obitelji. Uzimanje informiranog pristanka roditelja kada se nalaze u teškoj emocionalnoj situaciji i nisu sposobni razumjeti sve informacije može dovesti sestru u situaciju distresa ukoliko se traži da roditelji brzo potpišu pristanak. Različito poimanje perspektive djeteta za daljnji život u situacijama odlučivanja o postupku oživljavanja kada se percepcija roditelja i zdravstvenog osoblja razlikuje dovodi do situacije moralnog distresa. Opisane su i situacije u kojima sestra mora provoditi postupke nad djetetom koje je toliko malo da se boji da mu ne radi štetu ili dodatnu patnju te kumulativni efekt situacija kada sestra osim za dijete mora brinuti i za članove obitelji koji pate.

Na kirurškim odjelima distres nerijetko predstavlja premali broj osoblja u odnosu na broj pacijenata i potrebnu skrb pri čemu sestre pate od distresa kada ne mogu pružiti svim pacijentima zadovoljavajuću razinu kvalitete zdravstvene njege. U psihijatrijskoj skrbi medicinske sestre mogu se suočiti sa moralnim distresom u

situacijama ograničavanja, prisilne hospitalizacije ili forsirane primjene lijekova (Rushton 2016).

Sestre u palijativnoj skrbi pate od moralnog distresa kada se pacijentima pruža agresivna skrb koja nema očiglednu dobrobit, te kada se odluke članova obitelji ili skrbnika razlikuju od pacijentovih ili članova zdravstvenog tima. Na onkološkim odjelima distres predstavlja i davanje istinitih informacija pacijentu u odnosu na kvalitetu života pacijenta. U istraživanju provedenom 2013.godine u Iranu na uzorku od 148 medicinskih sestara koje rade na onkologiji rezultati pokazuju povezanost najviše razine učestalosti i intenziteta moralnog distresa sa situacijama informiranih pristanaka pacijenata na nepotrebne dijagnostičke i laboratorijske testove pri čemu su sestre bile dužne davati potrebne informacije pacijentima, te vezano uz situacije patnje pacijenata zbog nekontrolirane boli (Ameri i sur. 2016).

U istraživanju teških etičkih situacija u onkološkoj praksi opisana je kultura izbjegavanja u kojoj sestre i ostali zdravstveni profesionalci odgađaju teške razgovore sa pacijentima o lošoj prognozi ili mogućnostima palijativne skrbi sve dok se ne dogodi serija bolnih događaja ili ubrza kriza u kojoj se etička pitanja više ne mogu izbjeći (Pavlish i sur. 2015). Čimbenici koji doprinose kulturi izbjegavanja su: različiti koncepti skrbi u smislu liječenja u odnosu na njegovanje, intelektualni i emocionalni zahtjevi različite kompleksnosti skrbi i odustajanje od dijagnostičkih postupaka u palijativnoj skrbi, strah od narušavanja odnosa sa pacijentima, članovima obitelji i kolegama, te nekonzistentnost skrbi kada dolazi do rotacije osoblja u smjeni i slijedom toga promjene ciljeva skrbi, praksa nedozvoljavanja posjeta koja sprječava holistički pristup bolesniku i drugo (Pavlish i sur. 2015). Kultura izbjegavanja i šutnje pri nerješavanju etičkih pitanja do trenutka njihove eskalacije povezana je sa porastom moralnog distresa u sestrinstvu i kliničkoj praksi. Komunikacija i primjereno informiranje pacijenata su od presudne važnosti u kvaliteti skrbi za onkološkog pacijenta, te je za učinkovito suočavanje s moralnim distresom u onkologiji potreban trening za rješavanje dilema kada pacijentu dati informaciju vezano uz suočavanje sa konačnosti života (Luz KR i sur. 2015).

Neka istraživanja ukazuju da je moralni distres potencijalno prisutan u medicinskih sestara koje su bile uključene u situacije medicinskih grešaka, a tijekom razotkrivanja grešaka osjećale su nesigurnost i bespomoćnost (Lewis 2013).

Učestalost moralnog distresa medicinskih sestara vezano uz neriješena etička pitanja je u porastu i negativno je povezan sa kvalitetom sestrinske skrbi (Arries 2014). Etika u kvaliteti skrbi znači primjenu standardiziranih operativnih postupaka u praksi sukladno prihvaćenim etičkim standardima, normama i očekivanjima organizacije, zaposlenika i pacijenata. Etika u sestrinstvu nije samo poštivanje odrednica Etičkog kodeksa Hrvatske komore medicinskih sestara ili Hrvatske udruge medicinskih sestara, nego podrazumijeva kritičku analizu i procjenu postupanja. Etička pitanja i moralni distres u sestrinskoj praksi i na području unapređenja kvalitete povezuje nedostatak ljudskih resursa, povećan obrtaj pacijenata i rezultati praćenja pokazatelja sigurnosti pacijenata i kvalitete skrbi. Tražeći bolje organizacijske uvjete rada, sestre ističu svoje vrijednosti, etičku i profesionalnu odgovornost, te time indirektno štite pacijente (Lunardi i sur. 2007). Ukoliko se ne suočavaju sa moralnim distresom i ne ukazuju na organizacijske probleme koji utječu na skrb za pacijenta i njih same, sestre mogu biti moralno krive, jer prihvaćaju stanje takvim kakvo jest.

Za one koji tek ulaze u sestrinsku profesiju, moguće je da će situacije moralnog distresa doživjeti kao sastavni dio posla, ali ako se dugotrajno suočavaju sa brojnim preprekama u pružanju skrbi na kvalitetan način moralni distres može uništiti njihovu osjetljivost na etički problematične situacije u kliničkoj praksi.

6.2. Moralni distres iz perspektive medicinske sestre u Jedinici za kvalitetu

Medicinske sestre koje rade u Jedinici za kvalitetu neovisno o svojoj ulozi u hijerarhijskoj strukturi sustava kvalitete pripadaju specifičnom profilu zaposlenika koji prisutan kroz aktivnosti izrade dokumentacije sustava kvalitete, raznovrsnih izvješćivanja, nadzora i edukacije na svim zdravstvenim i nezdravstvenim odjelima bolnice. Uloga medicinske sestre u punom radnom vremenu u Jedinici za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj je relativno novo zanimanje, a na koje su sestre u većini bolnica raspoređivane od 2011.godine. vezano uz natječaj za akreditaciju bolnica. U situaciji kada se u ustanovi osniva novo sestrinsko radno mjesto koje u sebi sadrži dvostruku ulogu u direktnoj i indirektnoj skrbi, a pri čemu nisu jasne odrednice posla, niti očekivanja suradnika u okruženju, moguće su brojne etičke dileme. Dvosmislenost uloge i sukob unutar uloge moguć je

zbog nejasne definiranosti uloge na prijelazu iz direktne skrbi u menadžersku ulogu, neočekivanih etičkih izazova i nedovoljnog prethodnog uvida odnosno nedostatne pripremljenosti za menadžersku ulogu (Smith 2011). Primjer dvosmislenosti uloge je sukob zbog zagovaranja interesa pacijenata u odnosu na lojalnost prema interesu poslodavca i mjerama financijskih ograničenja u sustavu.

Fokus razmatranja moralnog distresa iz perspektive sestara koje rade na poslovima osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene njege i zdravstvene zaštite usmjeren je na ishode skrbi, neželjene događaje i moralnu hrabrost za rješavanje problemskih situacija. Sestre u Jedinici za kvalitetu komuniciraju sa svim profilima zaposlenika i na svim razinama u sustavu kvalitete te prema tome ne rade u izolaciji od ostalih, ali jednako tako percepcija uspješnosti obavljanja takvog posla ovisi o učinkovitoj suradnji sa svima u sustavu. Primjer suočavanja s moralnim distresom je nepravilno i nepravovremeno vođenje sestrinske dokumentacije na bolničkim odjelima zbog raznih unutarnjih i vanjskih ograničenja, pri čemu percepcija uzroka moralnog distresa vezano uz istu vrstu problema može biti različita na različitim razinama hijerarhije u sustavu. Medicinske sestre u Jedinici za kvalitetu ulažu značajne napore u edukaciju ostalih sestara i provođenje unutarnje ocjene s ciljem što bolje suradljivosti vođenja sestrinske dokumentacije, ali pri tome mogu osjećati moralni distres ukoliko ih odgovorne glavne sestre ignoriraju i podcjenjuju pri čemu to može biti posljedica njihova vlastitog moralnog distresa zbog brojnih unutarnjih ili vanjskih ograničenja u primjeni propisane sestrinske dokumentacije. Medicinske sestre u Jedinicama za kvalitetu nerijetko se susreću sa problemima moralnog distresa ostalih sestara u bolnici, a vezano uz isto navedeno područje. Primjer moralnog distresa vezano uz nepravilno vođenje sestrinske dokumentacije na drugoj razini sestrinske hijerarhije je kada glavna sestra odjela želi pravovremeno i pravilno primjenjivati sestrinsku dokumentaciju, ali ju u tome ograničava nadređena glavna sestra s namjerom da na nerealan način prikaže kako se dokumentacija ne vodi, jer nema dovoljno sestrinskog osoblja u direktnoj skrbi što predstavlja neprimjeren način dokazivanja nedovoljnog borja osoblja, a s druge strane uzrokuje moralni distres u ostalih sestara. Nepravilno vođenje sestrinske dokumentacije iz perspektive sestre u direktnoj skrbi u kliničkoj praksi može se odnositi na distres zbog osjećaja da je administrativni dio zdravstvene njege važniji od skrbi za pacijenta. Medicinska sestra u Jedinici za kvalitetu mora se suočiti sa vlastitim moralnim distresom, ali i pomoći u

rješavanju problema moralnog distresa kod ostalih medicinskih sestara kako bi ostvarila suradnju kao osnovni preduvjet kontinuiranog poboljšanja kvalitete zdravstvene njege pri čemu je sestrinska dokumentacija njen sastavni obavezni, a ne opcionalni dodatni dio posla.

Prisutnost moralnog distresa na razini sestrinstva u Jedinicama za kvalitetu očituje se u praksi kada grupa iskusnih sestara identificira skupinu neriješenih ili slabo riješenih etičkih pitanja u radnom okruženju, te kada o istim poteškoćama i frustracijama zbog neučinkovitog rješavanja etičkih pitanja u praksi govore sestre iz različitih ustanova ili zemalja. U bolničkim jedinicama za kvalitetu Republike Hrvatske koje se intenzivnije ustrojavaju unazad pet godina, radi mali broj nerijetko visokoobrazovanih medicinskih sestara, ali koje još uvijek nemaju priznatu visoku stručnu spremu ukoliko nisu na rukovodećem položaju što može dovesti do smanjenja njihove inače jake unutarnje motivacije za obavljanje intelektualno izuzetno zahtjevnog posla u zdravstvenom sustavu te namjere odlaska na druga radna mjesta. U Jedinicama za kvalitetu medicinske sestre najčešće susreću etička pitanja do kojih dolazi uslijed vanjskih ograničenja. Neka od mogućih vanjskih ograničenja su nedostatak organizacijske podrške na svim razinama, nedovoljno razvijena organizacijska kultura, nezadovoljavajući stil vođenja rukovodećeg osoblja, nedovoljno resursa i nejasne zakonske i druge procedure (Woods 2014).

Američko udruženje medicinskih sestara (The American Nurses Association) je jasno prepoznalo problem moralnog distresa u sestrinstvu te je 2014. godine objavilo izjavu u kojoj se ističe važnost moralne hrabrosti u sestrinstvu zbog porasta kompleksnih etičkih dilema u današnjem zdravstvenom sustavu (Adams 2014). Medicinske sestre mogu doživjeti neželjene događaje kada izražavaju spremnost poduzimanja ispravnih aktivnosti u interesu pacijenta, a koji su u suprotnosti sa vrijednostima i uvjerenjima drugih članova zdravstvenog tima. Zbog navedenog ističe se potreba stvaranja radnog okruženja koje podržava moralnu hrabrost.

Situacije u kojima šutnja medicinskih sestara može biti štetna za pacijenta su: svjedočenje greškama, opasno postupanje nesukladno propisanim postupcima, nedavanje podrške zaposlenicima, jasna nekompetentnost, nedostatak timskog rada, neprimjereno ponašanje i loše upravljanje (Rainer 2015).

Osobni moralni distres u Jedinici za kvalitetu moguć je u situacijama učestalih poziva i neprekidne izloženosti problemskim situacijama u kliničkoj praksi, a koje nadilaze mogućnosti rješavanja na samim odjelima. Moralni distres može uzrokovati opseg posla koji nadilazi vremenske mogućnosti te istovremeno obavljanje različitih aktivnosti kao što su poslovi nadzora, edukacije, izrade dokumenata, analize podataka i izvješćivanja za različite odjele pri čemu svatko može imati različitu percepciju prioriteta, a do distresa dolazi kada se ne može sav posao obaviti pravovremeno i kada dolazi do etičkih dilema u odabiru prioriteta pod utjecajem vanjskih pritisaka. U nedostatku sestrinskog osoblja u direktnoj skrbi, teško se može postići povećanje sestrinskog kadra u poslovima indirektna skrbi kao što su radna mjesta u Jedinicama za kvalitetu, a osobito ako postoji nerazumijevanje prema opsegu i vrsti poslova od strane sestrinskog rukovodećeg osoblja. Moralni distres kod medicinskih sestara koje rade u Jedinici za kvalitetu može izazvati pokušaj utjecanja na plan aktivnosti odnosno sprečavanje provođenja nadzora i/ili utjecanje na rezultate nadzora i daljnje provođenje popravni radnji. Ukoliko sestrinski rukovodeći kadar ističe važnost unapređenja kvalitete, ali zapravo ne želi provoditi takve aktivnosti u praksi jer ih smatra dodatnim troškovima ili nepotrebnim opterećenjem radnog procesa, sestre za kontrolu kvalitete mogu doći u situaciju moralnog distresa, jer će se susreti s preprekama u radu od nepozivanja na stručne sastanke kako bi bile isključene od bitnih informacija vezano uz radni proces, ali i spriječene u prijenosu informacija o aktivnostima u sustavu kvalitete koje je potrebno provoditi. Edukacija za poslove upravljanja kvalitetom je specifična i stječe se kroz dodatno usavršavanje pri čemu temeljna razina sestrinskog obrazovanja mora biti visoka stručna sprema, jer poslovi u Jedinici za kvalitetu pripadaju zahtjevnim intelektualnim poslovima te obuhvaćaju aktivnosti nadzora nad radom drugih zaposlenika u bolnici.

Koncept moralnog distresa daje sestrama mogućnost prezentiranja prirode etičkih iskustava u radnom okruženju i više ističe slabosti nego snage sestrinstva u okviru dilema institucionalnog života kao što su međuljudski odnosi, sukobi, moć, lojalnost i asertivnost. Elizabeth Peter predlaže razvoj dodatnih koncepata, osim moralnog distresa, za razumijevanje etike u sestrinstvu i političke pozicije sestara u različitim okruženjima pri čemu uz nedvojbenu važnost znanosti ne treba podcjenjivati stručne radove koji nisu znanstveni, a doprinos prepoznavanju problema i razvoju debate, te edukacija o prevenciji i suočavanju s moralnim distresom treba početi već u sustavu

obrazovanja (Peter 2015). Razvijanje kritičkog promišljanja nad etičkim dilemama s ciljem stjecanja moralne otpornosti na distress treba početi u sustavu obrazovanja medicinskih sestara (Barlem i sur. 2013c) Budući da medicinske sestre u Jedinicama za kvalitetu mogu percipirati moguće uzroke i posljedice moralnog distressa, u interakciji sa svim profilima zaposlenika, a poglavito medicinskim sestrama, mogu poticati i/ili sudjelovati u edukaciji zaposlenika s ciljem prevencije i suočavanja sa distressom, jer isti ima velik utjecaj na osiguranje kvalitete skrbi. Sestre u Jedinici za kvalitetu izradom jasnih standardnih operativnih postupaka u zdravstvenoj njezi, edukacijom i aktivnostima nadzora koje dovode do predlaganja primjene preventivnih ili popravnih radnji mogu utjecati na proces rada, povećati zadovoljstvo medicinskih sestara uvažavanjem i njihovih prijedloga za poboljšanje rada te suradnjom dovesti do smanjenja razine moralnog distressa.

6.3. Moralni distress medicinskih sestara menadžera u sestrinstvu

Medicinske sestre menadžerice su sestre na upravljačkim radnim mjestima u zdravstvenom sustavu odnosno pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo-glavne sestra bolnice, te glavne sestre ustrojstvenih jedinica i voditelji timova. Prema rezultatima Izraelskog istraživanja najveći izvor moralnog distressa kod sestara menadžerica na srednjoj razini (odnosno glavnih sestara odjela) po učestalosti je nemogućnost osiguranja ravnoteže zahtjeva skrbi za pacijente i administrativnih obaveza te pritisak prijema pacijenata u odnosu na raspoloživ broj kreveta na odjelu, a po intenzitetu moralnog distressa je nasilje pacijenata i članova obitelji prema medicinskim sestrama te slijedi nemogućnost osiguranja dobre skrbi zbog nedovoljnog broja osoblja (Ganz i sur. 2015). Što je viša razina menadžmenta izvor moralnog distressa povezuje se sukobom individualnih i organizacijskih vrijednosti u osiguranju kvalitete skrbi i upravljanju resursima organizacije.

Odgovornosti sestre menadžerice u jedinici intenzivnog liječenja ili akutnoj skrbi mogu se kategorizirati na području ljudskih i financijskih resursa, sustava komunikacije i regulatornih pitanja (Porter 2010). Primarna odgovornost sestara menadžerica uključuje osiguranje odgovarajućih ljudskih i materijalnih resursa za provođenje kvalitetne skrbi za pacijente. Njihova profesionalna uloga uključuje

tehnike rješavanje sukoba u sestinstvu, a što uključuje i situacije etičkih konflikata i moralnog distresa. Kako medicinske sestre u direktnoj skrbi, tako i medicinske sestre menadžerice imaju osobne i profesionalne moralne vrijednosti te obavezu poštivanja Etičkog kodeksa medicinskih sestara, ali i iskustvo brojnih kompleksnih situacija u interakciji sa nadređenima, suradnicima, kolegicama, pacijentima i vanjskim suradnicima organizacije koje mogu rezultirati moralnim distresom. Percepcija važnosti okruženja u kojem se odvija skrb za pacijente naglašava aspekt etičke klime u bolničkoj organizaciji, a u teorijama zdravstvene njege okolina bolesnika ima osobit značaj. U literaturi su brojna preklapanja termina etičke klime sa terminima organizacijske klime, kulture i moralne klime. U kontekstu moralnog distresa organizacijska kultura i klima su usko povezani koncepti koji predstavljaju način na koji je konstruirano radno okruženje određene grupe kroz proces socijalizacije i simboličke interakcije pri čemu su moralnost i kultura su isprepleteni kao sustav vrijednosti (Porter 2010). Pojedinci donose u organizaciju svoj moralni karakter i profesionalne vrijednosti, a kroz proces socijalizacije u radnoj organizaciji uklopit će se u etičku klimu organizacije. Upravo u tom procesu ključna je uloga rukovodećeg osoblja pri suočavanju sa situacijama moralnog distresa, jer utječu na kreiranje etičke klime i kulture kao sustava zajedničke percepcije što je etički ispravno ponašanje i kako rješavati etička pitanja u radnom okruženju. Razumijevanje pojma etičke klime je osobito važno u poimanju iskustva moralnog distresa, jer bez obzira na ključnu odgovornost rukovodećeg osoblja, stvaranju određene pozitivne ili negativne etičke klime u organizaciji doprinose svi članovi organizacije. Etička klima je jedna od dimenzija radnog okruženja koja reflektira kolektivno ponašanje pojedinaca i predstavlja mikro razinu organizacijske strukture u bolnici, dok etička kultura čini makro razinu organizacijske infrastrukture (Porter 2010).

Rukovodeće medicinske sestre su veza između sestara u direktnoj skrbi i upravljačke strukture bolnice. One snose odgovornost za osiguranje sigurnosti pacijenata i kvalitete skrbi, te razvoj pozitivne organizacijske klime s ciljem smanjenja odlaska sestara iz profesije. Navedene sestre često su nalaze između dva „svijeta“ u bolničkoj organizaciji pri čemu su na jednoj strani potrebe sestara u direktnoj skrbi, a na drugoj financijska ograničenja zadana od strane uprave bolnice. Upravo limitiranje financijskih resursa i menadžerska odgovornost za kvalitetu pružene skrbi su glavni mogući uzrok moralnog distresa na toj razini, jer istovremeno moraju osigurati

sigurnost pacijenata. Na području ljudskih resursa važno je stabilno okruženje u kojem radi dovoljan broj kompetentnih medicinskih sestara i koje doprinosi sigurnosti pacijenata, kvaliteti skrbi i zadovoljstvu medicinskih sestara. Stabilno okruženje u kontekstu ograničenih materijalnih resursa je teško održati i sestre menadžerice su konstantno u situaciji balansiranja između sestrištva i administracije bolnice pri čemu je proces donošenja odluka neminovno obilježen mogućim etičkim dilemama. Glavne sestre nerijetko imaju ključnu ulogu u prijenosu bitnih informacija vezano uz propisane procedure s ciljem zadovoljavanja zahtjeva standarda i postizanja pozitivnih ishoda skrbi za pacijente. U slučaju odstupanja od propisanih postupaka iz perspektive sestara menadžerica važno je pravilno upravljanje rizicima, a u jedinicama intenzivnog liječenja neophodne su vještine brzog donošenja odluka i upravljanja sukobima. Uloga sestara menadžerica odnosno glavnih sestara je kompleksna i zahtjeva specifična znanja i vještine sukladno zahtjevima okoline, a današnji zdravstveni sustav obilježava brzi tehnološki i informatički razvoj i visoki troškovi skrbi. Na temelju navedenog raste mogućnost etičkih dilema u svakodnevnoj praksi.

Porter je provela kvalitativno istraživanje percepcije sestara menadžerica o vanjskim ograničenjima, te bolničke etičke klime, koji mogu doprinijeti iskustvu njihovog moralnog distresa (Porter 2010). Intervjuirala je sedamnaest sestara menadžerica, a rezultati kvalitativne analize pokazali su da je etička klima bitna za iskustvo moralnog distresa ispitanika koji uključuje neslaganje s administrativnim procedurama, pitanja u odnosu na kompetentnost i stavove sobnih sestara i loše ponašanje liječnika. Rezultati navedenog istraživanja nadalje ukazuju da se moralni distres javlja s vremenom, a ne nakon jedne situacije pri čemu se u ispitanika javlja ljutnja, frustracija i krivnja, ali ne i osjećaj bespomoćnosti. Sestre sudionici navedenog istraživanja su bile svjesne moralnog distresa i posljedica istog, te su poduzele određene strategije kao što su pozitivni odnosi sa supervizorima, etičke konzultacije i konzultacije sa drugim kolegicama i razgovor sa članovima obitelji. Dvije su napustile poziciju, a tri su bile u promišljanju da napuste rukovodeće radno mjesto zbog moralnog distresa u vrijeme intervjuiranja. Svi ispitanici iskazali su da su u slučaju ne mogućnosti rješavanja pitanja koja dovode do moralnog distresa spremne napustiti rukovodeće radno mjesto i nisu spremne na ugrožavanje svog mentalnog zdravlja.

7. PREVENCIJA MORALNOG DISTRESA I INTERVENCIJE

Pojavnost moralnog distresa u organizaciji pokazuje da se etički izazovi nisu rješavali na odgovarajući način te je potrebno poduzeti intervencije s ciljem povećanja organizacijske podrške u rješavanju etičkih dilema.

Američko udruženje medicinskih sestara intenzivne skrbi (*The American Association of Critical Care Nurses*) smatra moralni distress prioritetom te je razvilo strateški pristup za smanjenje moralnog distresa „*The 4A`s to Rise Above Moral Distress*“ (Porter 2010). Akronim „4A“ odnosi se na početna slova slijedećih riječi: *Ask* (Pitaj), *Affirm* (Potvrdi), *Assess* (Procijeni) i *Act* (Postupi). Pristup obuhvaća ispitivanje prisutnosti moralnog distresa, potvrđivanje sa drugima prisutnosti moralnog distresa i obveze za poduzimanje daljnjih aktivnosti, procjenjivanje mogućeg uzroka i odgovarajućih intervencija te u konačnici postupanje prema planu aktivnosti uvažavajući moguće zamke (Adams 2014). „4A“ pristup ističe važnost prepoznavanja osobnog distresa i poduzimanje aktivnosti za promjenu situacije. Premda je navedeni pristup zamišljen za područje rada u jedinicama intenzivnog liječenja pacijenata, moguće ga je primijeniti i na odjelima neinvazivne skrbi.

Analizom izvješća o moralnom distressu na osobnoj razini, moguće je utvrditi da je distress prisutan i u timu odnosno ustrojstvenoj jedinici ili u čitavoj organizaciji odnosno instituciji te slijedom toga i preventivni ili kurativni pristup tom problemu može biti individualan ili organizacijski.

7.1. Individualni pristup

Medicinske sestre moraju osvijestiti potrebu dobre prakse progovaranja o problemu vlastitog moralnog distresa u svom radnom okruženju, jer drugi ne mogu nužno znati što ih muči ako same to ne iskažu. Potom je važno znati kome se u radnom okruženju konkretno moraju obratiti s ciljem rješenja dileme. Moralni distress je povezan sa percepcijom vlastite uloge medicinske sestre i samopouzdanja te prepoznavanja situacije etičke dileme i pojave moralnog distresa. Medicinska sestra ne samo da treba biti sposobna komunicirati o etičkoj dilemi, nego treba znati donijeti etičku odluku u etički izazovnoj situaciji za što je nerijetko potrebna moralna hrabrost

i dobre komunikacijske vještine, a edukacija o etici se preporučuje s ciljem razvoja samopouzdanja i moralnog djelovanja (Burston, Tuckett 2013). U američkim bolnicama medicinske sestre etičari rade na smanjenju moralnog distresa na način da prepoznaju moralni distres i educiraju medicinske sestre primjeni alata za samoprocjenu moralnog distresa i tehnike samopomoći osvještavanja situacije i boljeg suočavanja sa stresom i sprečavanja sagorijevanja na radnom mjestu (Morley 2016a). Navedene sestre etičari su konzultanti i članovi kliničkih etičkih povjerenstava (Morley 2016b).

Moguće je i traženje smjernica za rješavanje etičkih dilema od strane profesionalnih sestrinskih udruženja i izgradnja socijalne podrške, jer iako sve medicinske sestre ne progovaraju javno o nekom problemu ili su neodlučne u istupanju, ne znači da on nije prisutan, a iznošenje prethodnih iskustava u suočavanju s nekim problemom može dati podršku i osnažiti rješavanje istoga. Problem je potrebno sagledati u kontekstu cijelog radnog okruženja i usmjeriti se na područje na kojem je moguće djelovati. Potrebna je edukacija na području suočavanja s moralnim distresom, jer je pogrešno vjerovanje da se radi o normalnoj pojavi na radnom mjestu.

U rješavanju moralnog distresa na individualnoj razini kognitivne strategije uključuju jačanje moralne hrabrosti osobe primjenom primjerice kognitivnog restrukturiranja odnosno učenja da se negativne misli zamjenjuju pozitivnima kako bi se umirili u kompliciranoj situaciji, te prepoznali profesionalne obaveze (Savel, Munro 2015). Kontinuirano učenje komunikacijskih vještina, tehnika asertivnosti i razgovor sa suradnicima koji nisu emocionalno involvirani u problemsku situaciju može pomoći većem samopouzdanju i smanjenju rizičnog ponašanja.

Edukacija o etici je vitalna komponenta u izgradnji što boljeg suočavanja sa moralnim distresom na individualnoj razini, jer razvija samopouzdanje u prepoznavanju i suočavanju sa situacijama moralnog distresa. Medicinske sestre trebaju edukaciju i mentorstvo u razvijanju vještina kao što su motivacija, samoprocjena, empatija, komunikacija i slično s ciljem što boljeg odgovora na situacije moralnog distresa (Rushton 2017). Učenje u simuliranim situacijama, na prikazu slučajeva kako bi se prezentirala kompleksnost donošenja ispravnih etičkih odluka u kliničkom okruženju je dio edukacijskih programa s ciljem poboljšanja sigurnosti pacijenata i kvalitete skrbi.

7.2. Organizacijski pristup

Organizacijski (institucijski, sustavni) pristup može se razmatrati na razini tima ili pojedine organizacijske odnosno ustrojstvene jedinice i/ili na razini čitave organizacije odnosno institucije. Analiza uzroka i posljedica pojavnosti moralnog distresa pomaže u boljem pristupu rješavanju navedenog problema. Jedan od osnovnih koraka jačanja sustava koji podržava etičku praksu odnosi se na analizu troškova i utjecaja moralnog distresa na pokazatelje kvalitete kao što su ishodi skrbi i iskustvo pacijenata, medicinske greške, te financijske pokazatelje vezano uz troškove absentizma i obrtaja osoblja (Rushton 2017) . Na temelju definiranih problema potreban je otvoreni dijalog i suradnja između članova tima koji mogu pomoći u rješavanju situacije moralnog distresa, a prema potrebi može se uključiti i Etičko povjerenstvo bolnice.

U američkim bolnicama slijedom akreditacijskih zahtjeva da se uspostavi mehanizam rješavanja etičkih problema vezanih uz skrb pacijenata u 81% bolnica osigurane su usluge etičkih konzultacija na zahtjev pacijenata, članova obitelji ili zaposlenika pri čemu su medicinske sestre druga najveća grupa etičkih konzultanata (30%) među zdravstvenim profesionalcima, nakon liječnika (36%) (Morley 2016b). Do uspostave etičkih konzultacija od strane imenovane osobe konzultanta kao aktivnog člana bolničkog etičkog povjerenstva, medicinske sestre menadžeri na svim razinama ustanove trebaju osigurati otvoreni dijalog za razmatranje i rješavanje etičkih dilema, te timski pristup radu. Potrebna je kontinuirana edukacija o komunikacijskim vještinama i timskom pristupu radu u organizaciji gdje je mogući uzrok moralnog distresa nedostatna skrb zbog prekid kontinuiteta i loše komunikacije. Većina strategija za rješavanje moralnog distresa odnosi se na individualni pristup kroz koji svaki pojedinac treba savladati tehnike suočavanja sa vlastitim osjećajima distresa, a organizacijski pristup zahtjeva otvorenu komunikaciju o etičkim dilemama ne samo teoretski, nego u stvarnom vremenu na radilištima bolnice što unapređuje timski rad i sigurnost pacijenata, smanjuje osjećaj izoliranosti pojedinih zaposlenika i povećava osjećaj suosjećanja za suradnike, pacijente i članove obitelji (Wallis 2015). Organizacijski pristup uključuje multidisciplinarni otvoreni dijalog između svih članova tima uključenih u percepciju etičke dileme, jer moralni distres pogađa sve vrste zdravstvenih profesionalaca. Da bi se omogućila

mreža podrške medicinskim sestrama i osnaženje za prevenciju ili odgovarajuće suočavanje sa moralnim distresom, na institucionalnoj razini potrebno je poticati razvoj kulture kvalitete u kojoj vlada pozitivna klima povjerenja i transparentne interdisciplinarne komunikacije.

Zaključci simpozija „*Transforming moral distress into moral resilience in nursing*“, održanog 2016.godine u „*Johns Hopkins School of Nursing in Baltimore*“ u Marylandu donijeli su preporuke za suočavanje s moralnim distresom kroz jačanje moralne otpornosti na četiri područja: edukacija, praksa, istraživanja i politika (Rushton i sur. 2016). Slijedom zaključaka navedenog simpozija, prioritetne preporuke za edukaciju obuhvaćaju certifikaciju kliničkih i organizacijskih etičkih konzultacija, promoviranje edukacije članova odbora u zdravstvenim organizacijama, edukaciju pučanstva o povezanosti moralnog distresa i sigurnosti pacijenata, te podržavanje suradnje sestrinskih i etičkih organizacija u identificiranju osnovnih komponenti treninga na području etike za fakultete i studente. Prioriteti na području prakse podrazumijevaju sustav usporedbe ključnih pokazatelja kvalitete i financijskih pokazatelja povezanih s moralnim distresom, te identificiranje situacija koje mogu biti okidač za etičke konflikte i razvoj procesa proaktivne evaluacije i postupanja u takvim situacijama. Politički prioriteti se odnose na zakonodavne procedure odnosno propisivanje potrebne certifikacije za lidere u zdravstvenim organizacijama koja će uključiti područje etičkih pitanja koje obično vode moralnom distresu, te poticanje regulatornih i akreditacijskih tijela da u kriterije ocjene uključe etička pitanja te jačanje poticanja organizacija da implementiraju standarde zdravog radnog okruženja.

Ukoliko se problemu moralnog distresa pristupa na proaktivan način u smislu da ga je moguće prevenirati sukladno načelima kulture sigurnosti pacijenata onda je moguće ostvariti inicijativu za preventivnu etiku u zdravstvenom sustavu. Nelson i suradnici predlažu identifikaciju ponavljajućih etičkih pitanja, istraživanje tih pitanja, razvoj etičkih protokola u praksi i implementiranje istih u kulturu organizacije (Johnstone, Hutchinson 2015). Proaktivni pristup u osiguranju sigurnosti pacijenata u zdravstvenom sustavu sa navedenim modelom rješavanja etičkih pitanja doprinosi osiguranju „moralne sigurnosti“ zdravstvenog sustava s ciljem prevencije moralnog distresa kao neželjenog događaja. Implementacija sustavno orijentiranog preventivnog pristupa etičkim pitanjima prepoznaje povezanost etike, kvalitete i sigurnosti pacijenata.

7.3. Liderski pristup moralnom distresu u sestrinstvu

Na svim razinama sestriinske hijerarhije rukovodeće glavne medicinske sestre odnosno sestre menadžerice trebaju imati liderske vještine, a što uključuje osviještenost i osjetljivost za moguću pojavu moralnog distresa u sestrinstvu te angažirani pristup za rješavanje problema moralnog distresa i davanje podrške sestrama koje proživljavaju psihološku patnju. Suportivni liderski stil je pozitivno povezan s moralnim distresom, a instrumentalni stil negativno (Veer i sur. 2013). Suportivni stil karakterizira timski pristup i prijateljski odnos, a dok instrumentalni karakterizira usmjeravanje na jasno izvršavanje zadataka i postizanje ciljeva. Na uzorku od 277 medicinskih sestara koje rade u američkim jedinicama intenzivnog liječenja u skrbi za umiruće bolesnike rezultati istraživanja ukazuju na negativnu povezanost psihološkog osnaživanja i učestalosti moralnog distresa što indicira da sestre koje se psihološki osnažuje imaju rjeđe iskustvo moralnog distresa (Browning 2013).

Glavne sestre imaju lidersku ulogu u organizacijskim jedinicama kojima rukovode te moraju prepoznati političke utjecaje na organizaciju rada, odnosno imati jak osobni moralni integritet kada su organizacijski ciljevi suprotni njihovim osobnim moralnim vrijednostima (McCue 2010). Moraju biti spremne na teške odluke u situaciji izbora između zahtjeva organizacijskih lidera i potreba sestriinskog osoblja. Ključno je prepoznavanje moralnog distresa i poduzimanje odgovarajućih intervencija, ali i samo-percepcija osobnog iskustva moralnog distresa i održavanje vlastitog mentalnog zdravlja.

Da bi sestre menadžerice mogle učinkovito rješavati problem moralnog distresa potrebna je odgovarajuća razina znanja o navedenom problemu i strategijama za rješavanje istog. U situacijama moralnog distresa očekuje se da će medicinska sestra u direktnoj skrbi tražiti savjet od rukovodeće medicinske sestre. Od sestara menadžerica očekuje se da će osigurati resurse za rješavanje problema moralnog distresa kao što su prilike za razmatranje etičkih dilema, interdisciplinarni sastanci na temu etičkih problema i sudjelovati u donošenju propisanih postupaka odnosno procedura (Porter 2010).

Osiguranje zdravog radnog okruženja uključuje komunikacijske vještine, suradnju, učinkovito donošenje odluka, odgovarajuće kadrovanje i liderstvo (Bohnenkamp 2016). Besmisleno je očekivati od medicinskih sestara, bez obzira da li su u direktnoj skrbi ili rukovode drugima, da djeluju proaktivno i poduzimaju neovisne aktivnosti u situacijama kada pokazuju znakove moralnog distresa u kaotičnom okruženju.

Liderski pristup moralnom distresu u sestrinstvu na proaktivan način podrazumijeva dostupnost osoblju na radilištima odnosno fizičku vidljivost izvan uredskih prostora, poznavanje zaposlenika i educiranje o moralnom distresu i odgovarajuće kadrovanje, jer je jeftinije u kriznoj situaciji dodati osoblje na ispomoć, nego zamjenjivati educirane zaposlenike koji odlaze iz organizacije (Coles 2010).

Lideri u sestrinstvu trebaju procjenjivati i stvarati kulturu kvalitete koja uključuje etičku praksu i osigurati sredstva koja podupiru pojedince u razvijanju moralne otpornosti na distres (Rushton 2017). Sustavan pristup rješavanju distresa iz menadžerske perspektive može se postići kroz specifične ciljeve koji uključuju timski pristup radu na svim razinama sestriinske hijerarhije, a ne isključivim individualnim rješavanjem problema moralnog distresa pojedinih sestara.

SUPPORT model je okvir za proaktivni pristup moralnom distresu odnosno vodič za sestre lidere (Pavlish i sur. 2016). U akronimu SUPPORT slovo S („*See it, Seek it out*“) znači promatranje ranih znakova moralnog distresa u kliničkom timu i postavljanje pitanja o etičkim dilemama znajući da je moralni distres odgovor na etičke poteškoće u kliničkim situacijama. Slovo U („*Understand it*“) u navedenom akronimu znači iskazati razumijevanje problema aktivnim slušanjem, uvažavanjem situacije iz svih perspektiva. Prvo slovo P („*Pay attention*“: *Asses workplace climate*“) znači procjenu sestriinske percepcije klime i kulture u radnom okruženju, te čimbenika koji mogu doprinijeti pojavi distresa, a drugo slovo P („*Promote receptive environment and engagement*“) znači normaliziranje etičkog dijaloga i osnaživanje obostrane komunikacije s poštovanjem svih članova tima kako bi razgovaranje o etičkim pitanjima bilo slobodno i bez moralne hrabrosti. Slovo O („*Open opportunities for dialogue*“) ima značenje poticanja analize etički kompleksnih situacija, zahvaljivanja za ono što je važno i dobro se odražuje te korištenje resursa kao što su etičke konzultacije i edukacija. Slovo R („*Reflect, Evaluate, Revise*“) odnosi se na razvoj procedura i praksi s ciljem smanjenja moralnog distresa u sličnim budućim situacijama, razvijanje projekata za unapređenje kvalitete s ciljem procjene etičkih

pitanja i postupaka rješavanja istih u organizacijskoj jedinici ili ustanovi i kreativnih programa za smanjenje moralnih rezidua i eskalacije distresa. Slovo T („*Transform environment*“) znači primjenu etičkog kodeksa u kliničkoj praksi i smjernica za zdravo radno okruženje. SUPPORT model je vodič za sestre lidere koji opisuje proaktivan pristup moralnom distresu u kliničkoj praksi kroz kreiranje radnog okruženja u kojem se primjenjuju aktivnosti s ciljem prevencije ili smanjenja moralnog distresa.

8. ZAKLJUČAK

Osnovni cilj sestrinstva kao moralne profesije je zaštita pacijenata od svih situacija koje ugrožavaju njihovu sigurnost, a kada sestre percipiraju ugroženost navedenog cilja razvija se moralni distres koji je značajan problem na radnom mjestu medicinskih sestara zbog mogućih direktnih posljedica na zdravlje i dobrobit sestara, kvalitetu skrbi za pacijente i odljev medicinskih sestara iz sestrinske profesije. Budući da se prožima kroz svakodnevne aktivnosti i odgovornosti, te može imati značajne posljedice u smislu smanjenja kvalitete sestrinske skrbi, važno je identificirati kliničke situacije koje dovode do takvog iskustva. Moralni distres susreće se u različitim sestrinskim ulogama i na raznim organizacijskim razinama u zdravstvenom sustavu. Koncept se povezuje sa negativnim posljedicama za pojedince i sustav. U suočavanju sa moralnim distresom potrebna je svijest o postojanju istog, razumijevanje problema i primjena strukturiranog pristupa rješavanju problema. Medicinske sestre u direktnoj skrbi, a osobito medicinske sestre menadžerice odnosno sestre na upravljačkim radnim mjestima imaju značajnu ulogu u davanju podrške sestrama koje imaju iskustvo moralnog distresa i angažiranju u strateškom pristupu rješavanju moralnog distresa. Sestre menadžerice prvenstveno trebaju motivirati ostale sestre i pružiti moralnu podršku, a za što i same trebaju biti educirane na temu identifikacije problema i poduzimanja odgovarajućih intervencija. Stručni radovi preporučuju i imenovanje sestara kao etičkog konzultanta u sastav bolničkog etičkog povjerenstva kako bi provodile stručne ekspertize kliničkih situacija koje dovode do moralnog distresa i potrebno savjetovanje.

Porast interesa za problem moralnog distresa u posljednjih šest godina može biti pokazatelj porasta distresnih situacija u zdravstvenim sustavima zemalja diljem

svijeta na temelju specifičnih iskustava, a dok u zemljama koje ne objavljuju radove ne znači da moralni distress nije prisutan. Radi se o fenomenu koji može imati ozbiljne implikacije na medicinske sestre, pacijente i organizacije. Moralni distress nije moguće u potpunosti eliminirati, ali je moguće smanjiti uzroke i posljedice istog (O'Connell 2015).

U suočavanju sa problemom moralnog distresa u sestrinstvu, potrebno je da se medicinske sestre ne doživljavaju kao bespomoćne žrtve moralnog distresa, nego da percipiraju da njihov moralni distress potiče od jakog moralnog kompasa odnosno duboko usađenih etičkih vrijednosti i predanosti dobrobiti pacijenata (Rushton 2016). Suočavanje sa moralnim distresom polazi od moralne osjetljivosti i hrabrosti, a učenjem preventivnih strategija razvija se moralna otpornost na distress.

9. ZAHVALE

Zahvaljujem svima koji su zaslužni za izradu ovog rada, a prije svega svojoj mentorici doc. dr. sc. Tei Vukušić Rukavina, dr.med. na prihvaćanju teme i razumijevanju, podršci i savjetima tijekom pisanja rada. Osobito zahvaljujem svima u mom radnom okruženju koji su mi pružali razumijevanje i podršku tijekom studiranja. Posebnu zahvalu dajem svima koje veseli moj rad i koji me potiču da slijedim izazove, ne odustajem kada je najteže i neprestano nadmašujem samu sebe. Najviše sam zahvalna svojim roditeljima na potpori tijekom cijelog obrazovanja i podršci u realizaciji svih mojih ideja, te njima posvećujem ovaj rad.

10.LITERATURA

Adams LY (2014) Workplace mental health manual for nurse managers. New York: Springer Publishing Company.

Ameri M et al. (2016) Moral distress of oncology nurses and morally distressing situation in oncology units. Aust J Adv Nurs 33(3):6-12.

Arries EJ (2014) Patient safety and quality in healthcare: Nursing ethics for ethics quality. Nurs Ethics 21(1):3-5.

Atabay G et al. (2015) Impact of ethical climate on moral distress revisited: Multidimensional view. Nurs Ethics 22(1): 103-116.

Barlem ELD et al. (2013a) Moral distress in nursing personnel. Rev.Latino-Am. Enfermagem 21(Spec):79-87.

Barlem ELD et al. (2013b) Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. Rev.Latino-Am. Enfermagem 21(1):293-9.

Barlem ELD et al. (2013c) Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. Rev Esc Enferm USP 47(2):506-10.

Bohnenkamp S. (2016) Decreasing moral distress: What do we need to do to keep our nurses at the bedside? Medsurg Nurs 25(6):378-379.

Borhani F et al. (2015) Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. J Med Ethics Hist Med 8:2 eCollection 2015.

Browning AM (2013) Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. Am J Crit Care 22(2): 143-151.

Burston AS, Tuckett AG (2013) Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. Nurs Ethics 20(3):312-24.

Carnevale FA (2013) Confronting moral distress in nursing: recognizing nurses as moral agents. Rev Bras Enferm 66:33-8.

Coles D. (2010) Because we can...Leadership responsibility and the moral distress dilemma. Nurs Manage 41(3):26-30.

Corley MC (2002) Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 9(6):636-650.

Dalmolin GL et al. (2014) Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev.Latino-Am. Enfermagem* 22(1):35-42.

Dodek PM et al. (2016) Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care* 31(1):178-82.

Elpern EH et al. (2005) Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 14:523-530.

Fourie C. (2015) Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics* 29(2): 91-97.

Ganz FD et al. (2015) Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. *Nurs Ethics* 22(1):43-51.

Hamric AB (2012) Empirical research on moral distress: Issues, challenges and opportunities. *HEC Forum* 24:39-49.

Humphries A, Woods M (2016) A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in an uncompromising environment. *Nurs Ethics* 23(3): 265-76.

Hwang J-I, Park H-A (2014) Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nurs Ethics* 21(1):28-42.

Johnstone MJ, Hutchinson A. (2015) Moral distress-time to abandon a flawed nursing construct? *Nurs Ethics* 22(1): 5-14.

Kleinknecht-Dolf M et al.(2015) Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: Results of a pilot study. *Nurs Ethics* 22(1):77-90.

Lachman VD. (2016) Moral resilience: Managing and preventing moral distress and moral residue. *Medsurg Nurs* 25(2): 121-124.

Lamiani G et al. (2015) When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol* 1-17. DOI:10.1177/1359105315595120

Lewis EJ et al. (2013) Nurses` experience of medical errors. *J Nurs Care Qual* 28(2):153-161.

Lunardi VL et al. (2007) Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Rev.Latino-Am. Enfermagem* 15(3):493-7.

Luz KR et al. (2015) Ethical problems experienced by oncology nurses. *Rev.Latino-Am. Enfermagem* 23(6):1187-94.

McCarthy J, Gastmans (2015) Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics* 22(1): 131-152.

McCue C (2010) Using the AACN framework to alleviate moral distress. *Online J Issues Nurs*. 16(1):9. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01PPT02.

Molloy J et al.(2015) Moral distress in the resuscitation of extremely premature infants. *Nurs Ethics* 22(1):52-63.

Morley G (2016a) Efficacy of the nurse ethicist on reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? PART 1. *Br J Nurs* 25 (1):36-39.

Morley G (2016b) Efficacy of the nurse ethicist on reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? PART 1. *Br J Nurs* 25(3):56-60.

Morris PE, Dracup K (2008) Time for a tool to measure moral distress? *Am J Crit Care* 17:398-401.

Musto LC et al. (2015) Toward interventions to address moral distress: Navigating structure and agency. *Nurs Ethics* 22(1):91-102.

Musto LC, Rodney PA (2016) Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. *Nurs Philos* 17:75-87.

Nathaniel AK, Andrews T (2007) How grounded theory can improve nursing. *J Nurs Care Qual* 22(4):350-357.

O'Connell CB (2015) Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics* 22(1):32-42.

Oh Y, Gastmans C (2015) Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nurs Ethics* 22(1):15-31.

Papathanassoglou EDE et al. (2012) Professional autonomy, collaboration with physicians and moral distress among european intensive care nurses. *Am J Crit Care* 21:e41-e52.

Pauly BM et al. (2012) Framing the issues: Moral distress in health care. *HEC Forum* 24:1-11.

Pavlish C et al. (2016) SUPPORT An evidence-based model for leaders addressing moral distress. *J Nurs Adm* 46(6):313-320.

Pavlish C et al.(2015) A culture of avoidance: Voices from inside ethically difficult clinical situations. *Clin J Oncol Nurs* 19(2):159-65.

Pendry PS (2007) Moral distress: Recognizing it to retain nurses. *Nurs Econ* 25(4):217-221.

Peter E. (2015) Guest editorial: Three recommendations for the future of moral distress scholarship. *Nurs Ethics* 22(I): 3-4.

Porter RB (2010) Nurse managers moral distress in the context of the hospital ethical climate. <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2738&context=etd>. Accessed 17.08.2016.

Rainer J. (2015) Speaking up: Factors and issues in nurse advocating for patient when patients are in jeopardy. *J Nurs Care Qual* 30(1):53-62.

Rathert C et al. (2016) Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *Int J Nurs Stud* 53:39-49.

Robinson R, Stinson CK (2016) Moral Distress a qualitative study of emergency nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 35(4):235-240.

Rodney PA. (2017) What we know about moral distress. *Am J Nurs* 117(2):S7-S10.http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2017/02001/What_We_Know_About_Moral_Distress.2.aspx Accessed 10.04.2017.

Roshanzadeh et al. (2014) The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *J Med Ethics Hist Med* 18;7:4. eCollection 2014.

Rushton CH et al. (2017) A collaborative state of the science initiative: Transforming moral distress into moral resilience in nursing. *117(2):S2-S6*.

Rushton CH et al. (2016) Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. *Am J Nurs 116(7):40-49*.

Sauerland J et al. (2014) Assessing and addressing moral distress and ethical climate, Part 1. *Dimens Crit Care Nurs 33(4):234-245*.

Savel RH, Munro CL (2015) Moral distress, moral courage. *Am J Crit Care 24: 276-278*.

Shoorideh FA et al. (2015) Relationship between ICU nurses moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics 22(1):64-76*.

Smith AC (2011) Role ambiguity and role conflict in nurse case managers. *Prof Case Manag 16(4):182-196*.

Vaziri MH et al. (2015) Moral distress among Iranian nurses. *Iran J Psychiatry 10(1):32-36*.

Veer AJEde et al. (2013) Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J Nurs Stud 50(1):100-108*.

Wallis L. (2015) Moral distress in nursing. *Am J Nurs 115(3):19-20*.

Whitehead PB et al. (2015) Moral distress among healthcare professionals: Report of an Institution-Wide Survey. *J Nurs Scholarsh 47(2):117-125*.

Woods M (2014) Beyond moral distress: Preserving the ethical integrity of nurses. *Nurs Ethics 21(2):127-128*.

Woods M et al. (2015) Researching moral distress among New Zealand nurses: A national survey. *Nurs Ethics 22(1):117-130*.

11. ŽIVOTOPIS

Smiljana Kolundžić je rođena 03.03.1973. godine u Zagrebu. U K.B.„Merkur“ radi od 1993.godine na poslovima medicinske sestre na Odjelu abdominalne kirurgije, te potom u Jedinici intenzivnog liječenja Klinike za kirurgije, a od 01.01.2001. radi poslove glavne sestra za nadzor, sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija do 16.01.2012. Uz navedene poslove u kontroli infekcija od 22.09.2004. do 2013.godine radila je i poslove glavne sestre za stručno usavršavanje medicinskih sestara i tehničara. Od 16.01.2012. godine imenovana je glavnom sestrom Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, a uz navedeni posao istovremeno je radila i posao pomoćnice sanacijskog upravitelja za sestrinstvo-glavne sestre bolnice od 22.11.2013. do 22.02.2014.godine. Na radnom mjestu voditelja Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite u K.B.„Merkur“ radi od 01.06.2014.godine.

Dosadašnje školovanje: 1991. završila je srednjoškolsko obrazovanje za medicinsku sestru, 2000. završila je studij sestrinstva, 2002. završila je razlikovni studij sestrinstva te 2007. diplomirala je na specijalističkom diplomskom stručnom studiju „Menadžment u sestrinstvu“ na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Diplomski sveučilišni studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu upisuje 2015.godine.

Na području usavršavanja završila je temeljnu edukaciju viših medicinskih sestara za kontrolu infekcija i sudjelovala je u nastavi kao asistent na Katedri za zdravstvenu njegu pri Zdravstvenom veleučilištu u izvođenju nastavnih vježbi studenata specijalističkog diplomskog studija „Kliničko sestrinstvo“. Završila je usavršavanje za internog auditora kvalitete i certificiranog EOQ suradnika za kvalitetu pri Ustanovi za certificiranje osoblja Oscar Edukos, a 06.07.2015. završila je program usavršavanja za menadžericu za upravljanje kvalitetom pri Poslovnom učilištu Supera. Često aktivno sudjeluje na stručnim skupovima kao predavač na području svog užeg područja stručnog interesa. Organizira edukaciju na području osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite u K.B.„Merkur“. Organizirala je 2014. i 2015. godine dvije konferencije medicinskih sestara i tehničara „Sinergija kontrole infekcija i sigurnosti pacijenata u sustavu kvalitete“ te 2017.godine tečaj III.kategorije „Sestrinska dokumentacija-pravilna primjena i kontrola kvalitete“ u K.B.„Merkur“.

Završila je 5 stupnjeva engleskog jezika u Centru za strane jezike, Vodnikova 12, Zagreb te First Certificate in English (University of Cambridge). Uređivala je informativno-stručno glasilo medicinskih sestara KB Merkur „Sestrinski list“ od 2005.-2008.godine te 2013.godine jedno web izdanje informativno-stručnog lista Kliničke bolnice Merkur „Merkurov glasnik“. Ima položen vozački ispit B kategorije.

Član je izvršnog odbora Društva za kvalitetu HUMS-a. Uže područje stručnog interesa su joj sigurnost pacijenata i upravljanje kvalitetom zdravstvene njege i zdravstvene zaštite, kontrola infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi, etika i menadžment u sestrinstvu.