



Małgorzata Lipińska

Etyka zawodu pielęgniarki



**ANALIZA SYTUACJI MORALNEJ I
PROCESU PODEJMOWANIA DECYZJI
MORALNEJ, WARTOŚCI, NORMY I
OCENY MORALNE**

Odpowiedzialność za naruszenie zasad etyki zawodowej pielęgniarki

Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”.

W przypadku gdy zebrane w postępowaniu wyjaśniającym lub przeprowadzone przed sądem pielęgniarek i położnych dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że osoba obwiniona popełniła przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez osobę obwinioną zawodu zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego, sąd pielęgniarek i położnych może wydać postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu przez osobę obwinioną na okres nieprzekraczający 12 miesięcy

Sąd pielęgniarek i położnych może orzec następujące kary:

- 1) upomnienie;
- 2) naganą;
- 3) karę pieniężną;
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat;
- 5) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat;
- 6) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat;
- 7) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat;
- 8) pozbawienie prawa wykonywania zawodu

Odpowiedzialność za naruszenie zasad etyki zawodowej pielęgniarki

Karę pieniężną orzeka się w wysokości od 1000 zł do 10 000 zł na cel społeczny związany z ochroną zdrowia.

Karę pieniężną orzeka się samoistnie lub obok kar wymienionych w poprzednim slajdzie pkt 4 do 7.

Orzekając karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu, sąd pielęgniarek i położnych określa szczegółowo czynności, których pielęgniarka lub położna nie mogą wykonywać.

Zawieszenie prawa wykonywania zawodu orzeka się w miesiącach i latach.

Czym jest dylemat etyczny?

Najogólniej można określić, że jest to: problem tak trudny, że nie można go rozwiązać w sposób zadowalający, sytuacja, w której zachodzi konieczność wyboru pomiędzy dwoma niezadowalającymi alternatywami (np. ograniczona ilość leków; powiedzieć, czy nie powiedzieć ciężko choremu człowiekowi lub jego rodzinie o bardzo złym rokowaniu?). Dylemat etyczny to sytuacja sprzecznych moralnych żądań, wymagających ustosunkowania się do nich i wyboru. Podejmując działania zgodnie z jedną zasadą naruszamy drugą.

Co zaszło przed wystąpieniem konfliktu wartości

Każda ze stron swoimi słowami powinna opowiedzieć przebieg wydarzeń, podając zarówno zaistniałe fakty (kto co zrobił), jak i połączone z nimi wartości (dlaczego sytuacja określana jest jako problem etyczny) i przeżywany przez strony konflikt etyczny. Stronami mogą być pacjent, członkowie rodziny, pielęgniarka, lekarz, inni pracownicy medyczni, administracja itp..

Jakie znaczenie mają wartości występujące w konflikcie

Wyjaśniając znaczenie wartości ważnych dla stron, otrzymujemy nie tylko obraz wartości moralnych i pozamoralnych ale także ich źródeł: religijnych, kulturowych, zawodowych a nawet politycznych. Dodatkowo analizujemy czy w tej sytuacji nie występuje również problem natury prawnej. Nie znaczy to że wszystkie wartości będą w tym konflikcie chronione. A raczej nie będą. Na tym etapie pielęgniarka rozpoczyna negocjacje. Celem jest ochrona wartości najważniejszych.

Jakie znaczenie ma konflikt dla każdej z zaangażowanych stron

Wartości nigdy nie są stałe, zmieniają się z biegiem czasu, w wyniku ważnych dla człowieka wydarzeń, w wyniku relacji z innymi. Konflikt wartości może wpłynąć na jakość lub długość czyjegoś życia na poczucie winy wobec pozostałych stron konfliktu, na stres emocjonalny i psychiczny a także na dalsze zachowanie i pozycję zawodową pielęgniarki.

Co należy zrobić

Pielęgniarka rozważa wszystkie możliwe sposoby rozwiązania problemu. Rzadko możliwe jest jedno rozwiązanie „etycznie właściwe”. W większości przypadków decydują informacje dostępne w danym czasie, umiejętność zajmowania stanowiska przez głównego z decydentów. Opcje które powinny być rozpatrywane:

- Wartości ważne dla poszczególnych stron
- Skutki różnych decyzji
- Moralne dobro lub zło wynikające z proponowanych rozwiązań.

Po wprowadzeniu w życie dokonanego wyboru lub podjętej decyzji należy dokonać oceny jak wpływ na sytuację wywarła sama decyzja jak i cały proces postępowania. Czy proces można byłoby poprawić i czy ma znaczenie na różne sytuacje w przyszłości związane z opieką nad pacjentem.

Promowanie zdrowia

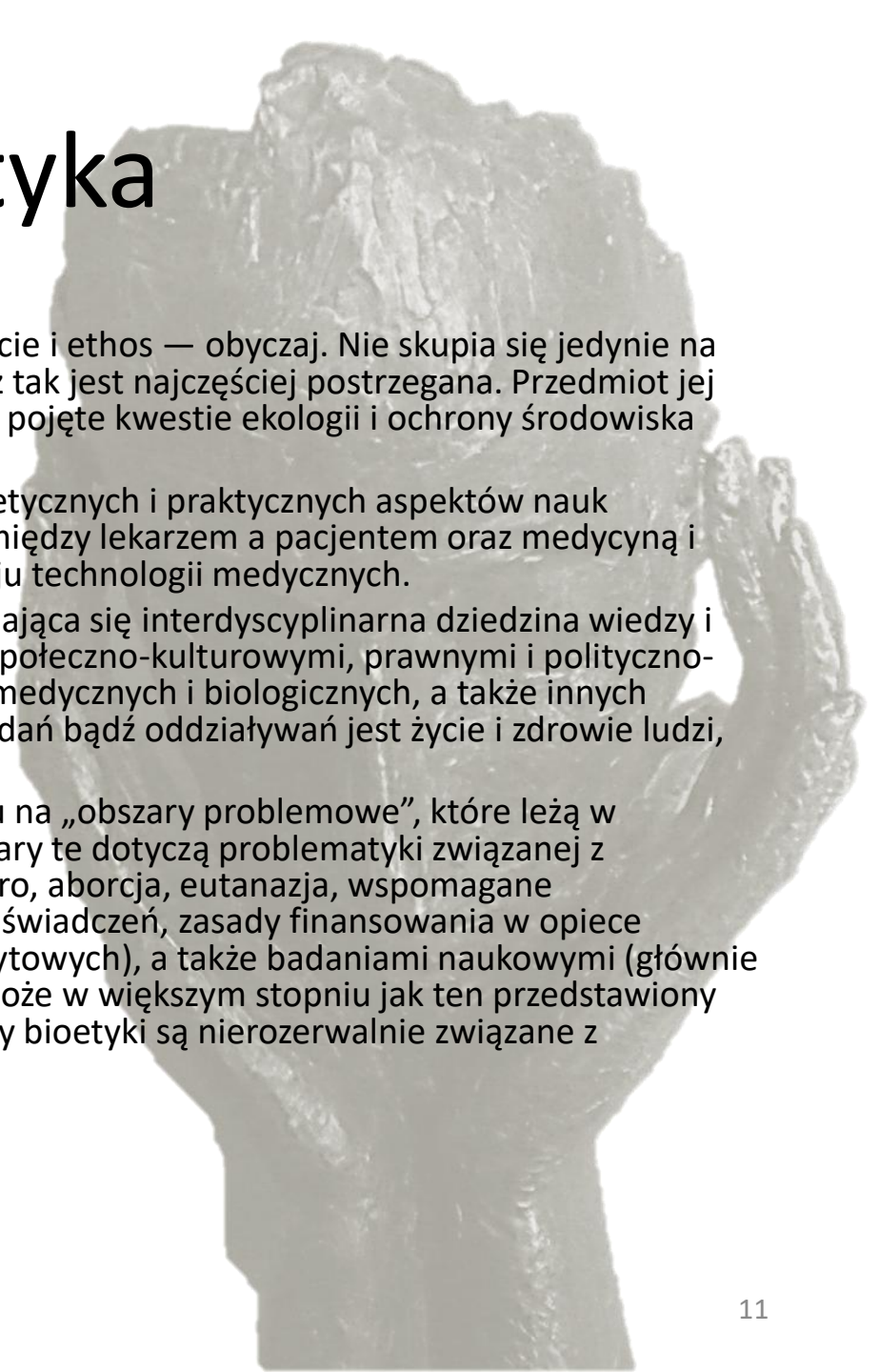
Art. 33

Pielęgniarka i położna powinna podejmować działania w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w szczególności propagować zdrowy styl życia i postawy proekologiczne.

- Informowanie o środkach antykoncepcyjnych ?
- Informowanie o zasadach bezpieczeństwa bliskim osób chorych zakaźnie ?
- Zachęcanie do szczepień ?
- Promowanie zdrowia w aspekcie wyboru pomiędzy zbyt wieloma pacjentami naraz wymagającymi opieki pielęgniarki ?

.

Bioetyka



Słowo „bioetyka” pochodzi od greckich słów bios — życie i ethos — obyczaj. Nie skupia się jedynie na kwestiach związanych z naukami, medycznymi, chociaż tak jest najczęściej postrzegana. Przedmiot jej zainteresowania jest o wiele szerszy, włączając szeroko pojęte kwestie ekologii i ochrony środowiska naturalnego.

Bioetyka-refleksja moralna dotycząca teoretycznych i praktycznych aspektów nauk biomedycznych, a zwłaszcza relacji, jakie zachodzą pomiędzy lekarzem a pacjentem oraz medycyną i społeczeństwem w warunkach przyspieszonego rozwoju technologii medycznych.

- Bioetyka to stosunkowo nowa, dynamicznie rozwijająca się interdyscyplinarna dziedzina wiedzy i praktyki społecznej zajmująca się etycznymi oraz społeczno-kulturowymi, prawnymi i polityczno-ekonomicznymi uwarunkowaniami rozwoju nauk medycznych i biologicznych, a także innych dyscyplin, których bezpośrednim przedmiotem badań bądź oddziaływań jest życie i zdrowie ludzi, dobrostan zwierząt lub środowisko naturalne.
- Jan Hartman dokonał podziału bioetyki ze względu na „obszary problemowe”, które leżą w granicach zainteresowań tej dziedziny nauki. Obszary te dotyczą problematyki związanej z początkiem i końcem życia (np. zapłodnienie in vitro, aborcja, eutanazja, wspomagane samobójstwo), polityką zdrowotną (np. dostęp do świadczeń, zasady finansowania w opiece zdrowotnej, zasady racjonowania świadczeń deficytowych), a także badaniami naukowymi (głównie zasadami ich przeprowadzania). Ten podział być może w większym stopniu jak ten przedstawiony przez Callahana powinien uzmysłwić, że problemy bioetyki są nierozdzielnie związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarstwa

Proces norymberski

Od 20 listopada 1945 do 14 kwietnia 1949 przeprowadzono łącznie 12 procesów norymberskich wytoczonych przeciwko osobom odpowiedzialnym za zbrodnie nazistowskie z czasu III Rzeszy. Jednym z procesów był tzw. proces lekarzy. Głównym powodem oskarżenia 23 wybitnych lekarzy III Rzeszy o zbrodnie przeciwko ludzkości były prowadzone przez nich badania i eksperymenty na więźniach obozów koncentracyjnych. Badania te dotyczyły możliwości rozwiązania pewnych problemów medycznych istotnych dla zachowania sprawności bojowej armii niemieckiej oraz znalezienia skutecznych metod eksterminacji osób „niższych pod względem rasowym” lub „niegodnych życia”. Lekarze obozowi nie mieli wątpliwości, że był to ich patriotyczny obowiązek współdziałania w „wysiłku wojennym” III Rzeszy i że dobro państwa jest ważniejsze niż dobro jednostki. Siedmiu oskarżonych zostało skazanych na karę śmierci. W uzasadnieniu wyroku sąd sformułował podstawowe zasady prowadzenia badań medycznych na człowieku, które pod nazwą Kodeksu Norymberskiego stały się podstawą wszystkich późniejszych międzynarodowych kodeksów regulujących sposób prowadzenia badań eksperymentalnych w medycynie. Okazało się wtedy, że wielkie odkrycia i dynamiczny rozwój medycyny w XIX i w pierwszej połowie XX wieku dokonał się za cenę poświęcenia w badaniach i eksperymentach zdrowia i życia tysięcy pacjentów, z reguły pochodzących z nizin społecznych, biednych, niepełnosprawnych, upośledzonych umysłowo, których wcale nie pytano o zgodę i których z rozmysłem złożono „na ołtarzu nauki”. Okazało się także, że mimo Trybunału Norymberskiego, w Stanach Zjednoczonych, a także w innych krajach prowadzono już po wojnie badania i eksperymenty bez wiedzy i zgody badanych osób.

Eksperyment leczniczy

Charakteryzuje się tym, że służy poprawie zdrowia pacjentów biorących udział w doświadczeniu. Jest on przeprowadzony w interesie konkretnego pacjenta w sytuacji, gdy zastosowane dotąd dostępne metody terapeutyczne okazały się bezskuteczne lub mało skuteczne, a proponowana metoda pozwala spodziewać się korzyści dla chorego, które w istotny sposób przeważają nad ryzykiem dla zdrowia związanym z zastosowaną procedurą doświadczenia

Eksperyment badawczy

Ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej, ma więc charakter czysto poznawczy, eksploratywny, rzadziej jednocześnie leczniczy.

Eksperyment ten może być przeprowadzony zarówno na osobach chorych, jak i zdrowych, ale dopuszczalny jest jedynie wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem lub jest ono niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów. Przykładem może być projekt badań polegających na oznaczaniu poziomu określonego parametru biochemicznego w organizmie chorego leczonego rutynowo, co łączy się np. wyłącznie z koniecznością nieco częstszego pobrania próbek krwi do badań, niż wynikałoby to z normalnego postępowania leczniczego lub diagnostycznego

Warunki legalności eksperymentu

Spodziewane korzyści dla postępu wiedzy i praktyki w sposób zdecydowany przeważają nad ewentualnym ryzykiem dla probanta.

Musi być przeprowadzony zgodnie z zasadami badań naukowych, a stosowane metody odpowiadać aktualnemu stanowi wiedzy.

Projekt każdego biomedycznego badania naukowego z udziałem ludzi winien być poprzedzony staranną oceną dającego się przewidzieć ryzyka w porównaniu z możliwymi do przewidzenia korzyściami dla osób badanych lub innych.

Należy też przerwać badanie, jeżeli w jakimś momencie stwierdza się, że jego ryzyko przeważa nad potencjalnymi korzyściami.

Osoba mająca być poddana eksperymentowi biomedycznemu musi wyrazić zgodę na udział w planowanych badaniach oraz musi być uprzednio wyczerpująco poinformowana o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą jej dotyczyć, a także o prawie do odstąpienia w każdym czasie od udziału w eksperymencie.

Osoby, które nie są zdolne do swobodnego podejmowania decyzji i wyrażenia woli, nie mogą być przedmiotem eksperymentów badawczych.

Komisje bioetyczne

Jest to organ składający się z osób związanych zawodowo z medycyną oraz innych osób, a odpowiedzialny jest za to, by bezpieczeństwo i prawa osób uczestniczących w badaniu były chronione; stanowi tym samym rękojmię kontroli społecznej.

Projekt każdego eksperymentu medycznego na ludziach musi uzyskać pozytywną opinię niezależnej komisji etycznej, zanim zostanie podjęta decyzja o podjęciu badań doświadczalnych. Projekt ten powinien w sposób jasny prezentować celowość badań, kryteria kwalifikacji probantów, zasady badania, ocenę stopnia ryzyka, spodziewane korzyści dla pacjenta lub ogólnego postępu wiedzy i praktyki, zagrożenia związane z badaniem (działania uboczne i powikłania), doświadczenie i kwalifikacje zespołu badawczego, treść wyczerpującej informacji przekazanej osobom badanym i treść formularza ich świadomej zgody na eksperyment, ewentualnie też źródło finansowania badań i dane dotyczące odpowiedzialności cywilnej za szkody będące bezpośrednim następstwem przeprowadzonego eksperymentu

PIEŁĘGNIARKI A LUDZIE



Konwencje genewskie

- Pierwsza Konwencja Genewska, podpisana w 1864 roku, miała na celu poprawę losu rannych i chorych żołnierzy na polu bitwy. Jej pomysłodawcą był założyciel Czerwonego Krzyża, szwajcarski filantrop Henri Dunant, pierwszy laureat pokojowej Nagrody Nobla, który jako trzydziestolatek znalazł się na poboju bitwy pod Solferino. Wstrząśnięty tym widokiem przy pomocy okolicznych mieszkańców zaczął udzielać pomocy rannym po obu stronach konfliktu.
- W 1949 roku – po doświadczeniach II wojny światowej – uchwalono cztery nowe Konwencje, które stanowią kamień milowy w historii międzynarodowego prawa humanitarnego. Ich celem jest zapewnienie ochrony już nie tylko żołnierzom, ale także jeńcom wojennym i ludności cywilnej. Konwencje Genewskie obowiązują w każdym przypadku, gdy toczą się działania wojenne, niezależnie od tego czy wojnę wypowiedziano.

Pielęgniarki a ludzie, konflikt zbrojny

- Personel medyczny wypełniający swoje zadania w czasie konfliktu zbrojnego musi respektować zasady etyki zdrowotnej w taki sposób, jak w czasie pokoju
- Osoby nie biorące bezpośredniego udziału w starciach oraz niezdolne do walki powinny być traktowane humanitarnie
- Opieka musi być zapewniona jedynie według kryteriów medycznych a nie innych
- Zabrania się poddawania osób chronionych działaniom medycznym nie wynikającym z ich stanu zdrowia oraz dokonywania na nich jakichkolwiek eksperymentów medycznych, biologicznych lub innych naukowych
- Wola rannego i chorego musi być szanowana
- Zabrania się działań odwetowych na osobach chronionych

Rozdział II O rannych i chorych

Artykuł 12

Członkowie sił zbrojnych i inne osoby wymienione w następnym artykule, którzy są ranni lub chorzy, będą szanowani i chronieni we wszelkich okolicznościach.

Będą oni traktowani w sposób humanitarny i leczeni przez tę Stronę w konflikcie, w której mocy się znajdują, bez żadnej na ich niekorzyść różnicy z powodu płci, rasy, narodowości, religii, poglądów politycznych lub z jakichkolwiek innych analogicznych powodów. Zabronione są surowo wszelkie zamachy na ich życie i osobę, a między innymi ich dobijanie lub wyniszczanie, torturowanie, dokonywanie na nich doświadczeń biologicznych, pozostawianie ich z premedytacją bez pomocy lekarskiej lub bez opieki albo stwarzanie warunków narażających ich na zarażenie się lub zakażenie.

Tylko nagłość z punktu widzenia lekarskiego może upoważnić do dania pierwszeństwa w kolejności udzielania pomocy. Kobiety mają być traktowane ze szczególnymi względami należnymi ich płci.

Strona w konflikcie, zmuszona do pozostawienia rannych lub chorych swemu przeciwnikowi, pozostawi wraz z nimi, o ile tylko względy wojskowe na to pozwolą, część swego personelu i materiału sanitarnego, aby przyczynić się do ich leczenia.

Konwencje o ochronie ofiar wojny, podpisane w Genewie dnia 12 sierpnia 1949 roku

Ranni i chorzy

Pierwsza konwencja genewska z 1949 roku zapewnia ochronę rannym i chorym w wojnie lądowej, a druga konwencja genewska rannym, chorym i rozbitkom w wojnie morskiej. Zakres tej ochrony został rozszerzony i uzupełniony w protokole dodatkowym z 1977 roku.

„tylko wzgląd na konieczność pośpiechu z punktu widzenia lekarskiego może usprawiedliwiać priorytet w udzielaniu pomocy”

Formacje i zakłady sanitarne jak również personel sanitarny korzystają z ochrony. Nie mogą być przedmiotem ataków, a jeśli wpadną w ręce strony przeciwnej, mogą nadal spełniać swoje czynności. Na równi z personelem sanitarnym z ochrony korzysta personel Czerwonego Krzyża i innych dobrowolnych organizacji pomocy. Znakiem rozpoznawczym, który powinien być umieszczony na flagach, opaskach oraz na urządzeniach przeznaczonych dla służby sanitarnej jest godło czerwonego krzyża.

Ustanie ochrony-konwencje genewskie

Ochrona ustaje, jeśli obiekty oznaczone znakiem czerwonego krzyża używane są wbrew ich zadaniom humanitarnym do działania na szkodę nieprzyjaciela. Nie uważa się za powód wystarczający do pozbawienia ochrony stwierdzenie że :

- a) personel sanitarny jest uzbrojony i używa broni w obronie swych rannych i chorych
- b) w wypadku braku uzbrojonych sanitariuszy- zakładu lub formacji strzeże pikiet, warta lub konwój
- c) w formacji lub zakładzie znajduje się broń ręczna i amunicja odebrana chorym a nie oddana jeszcze właściwej władzy
- d) formacje i zakłady albo ich personel rozciągają swą działalność na rannych i chorych cywilnych.

Pielęgniarka a ludzie szanowanie wartości, obyczajów i wierzeń religijnych

Od pielęgniarek oczekuje się tworzenia środowiska, w którym szanowane będą wartości, obyczaje i wierzenia religijne pacjenta

Transfuzja krwi u świadka Jehowy

W przypadku osób małoletnich, przepis art. 34 ust. 6 u.z.l. stanowi, iż jeżeli przedstawiciel ustawowy nie zgadza się na zastosowanie przez lekarza metody leczenia stwarzającej podwyższone ryzyko (w tym przetaczanie krwi), wówczas lekarz może zastosować taką metodę po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Podjęta przez lekarza metoda musi być niezbędna dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Lekarz jest zobligowany udowodnić, że transfuzja w danym przypadku stanowi jedynie skuteczną metodę, a leczenie bez krwi nie wystarczy i nie da pożądanego rezultatu.

Pielęgniarka a ochrona praw człowieka i ludzkiej godności

Konflikty zbrojne pojawiają się w wielu krajach, powodując przewroty polityczne, anarchię, głód i znęcanie się nad ludźmi. Z przyczyn politycznych lub kryminalnych ludzie są więzieni co niesie potencjalne zagrożenie ich praw. Tortury definiowane są jako systematyczne i umyślne zadawanie silnego bólu w dowolny sposób przez jedną osobę drugiej albo trzeciej, po to by pierwsza osoba wbrew woli drugiej osiągnęła swój cel.

Jeśli pielęgniarka spotyka więźnia który był prześladowany lub torturowany i który potrzebuje opieki pielęgniarskiej jest zobowiązana udzielić mu opieki według najlepszych możliwości, powinna także bez strachu przed możliwością ukarania poinformować odpowiednie władze krajowe lub międzynarodowe. Tortury wobec pacjenta występują np. wtedy gdy pracownik służby zdrowia stosuje przemoc wobec chorego z innych powodów niż terapeutyczne.



PIEŁĘGNIARKI A PRAKTYKA ZAWODOWA

Pielęgniarki a praktyka zawodowa

Pojęcia etyczne: adwokatura, rozliczalność, troskliwość i współpraca są podstawami moralnymi praktyki zawodowej pielęgniarki. Pielęgniarki opiekują się pacjentami zgodnie z ich potrzebami bez względu na status społeczny, ekonomiczny lub jakieś zalety osobiste. A co w sytuacji gdy ze względu na zbyt dużą liczbę pacjentów pozostających pod ich opieką lub ze względu na konieczność ponoszenia odpowiedzialności za takie korzystanie z systemu opieki zdrowotnej które nie zwiększa jego obciążeń finansowych. Z jednej strony musi wykonywać zawód bez zaniżania standardów i zgodnie z kredytem zaufania udzielanym przez społeczeństwo a z drugiej strony poddana jest ograniczeniom w zakresie zasobów ludzkich i finansowych. W takiej sytuacji wyważyć musi pomiędzy dobrem pacjenta a dobrem społecznym.

W sytuacji ograniczonych zasobów ludzkich może wybrać opiekowanie się tymi pacjentami którzy najwięcej skorzystają z jej umiejętności. Takie kryterium u różnych osób prowadzić może do różnych wniosków np. czy większym dobrem będzie podtrzymanie życia czy możliwość powrotu do produktywnego życia.

Pielęgniarki a praktyka zawodowa

Na dobre wykonywanie praktyki zawodowej składa się szereg elementów. Jednymi z nich są wiedza w sensie przygotowania zawodowego a drugi doświadczenie. Co w sytuacji gdy powierzone zostaje nam zadanie któremu w naszej opinii nie potrafimy sprostać z jednego lub drugiego powodu. A co jeśli obserwujemy brak koniecznych kompetencji u któregoś ze współpracowników. Zasada troskliwości o bezpieczeństwo i dobro pacjenta zakazuje przyjmowania zadań którym nie jesteśmy w stanie sprostać i zgłoszenie tego swojemu zwierzchnikowi.

Pielęgniarki a zawód

Do zawodu powinny być dopuszczane jedynie pielęgniarki które posiadają wiedzę umiejętności i zaangażowanie etyczne. Od pielęgniarki praktyka wymaga się ciągłego uczenia w czasie pracy zawodowej oraz dzielenia się wiedzą i doświadczeniem z koleżankami i kolegami. Pielęgniarka może być nauczycielem, podejmować badania naukowe oraz praktykiem który testuje teoretyczne modele w praktyce. Pielęgniarki obowiązane są również do współpracy z organizacjami zawodowymi. Jeśli w danym kraju organizacje zawodowe nie są uprawnione do podejmowania działań w celu poprawy sytuacji ekonomicznej pielęgniarka może uczestniczyć w działaniach związków zawodowych, brać udział w demonstracjach. Niektórzy uważają że strajk pielęgniarek jest nieetyczny. Jednak jeśli została zapewniona opieka nad pacjentami pielęgniarki winny wskazywać społeczeństwu na relację pomiędzy sytuacją ekonomiczną pielęgniarek a standardami opieki. Zła sytuacja ekonomiczna wpływa na braki kadrowe, zmęczenie i stres. Wszystkie te czynniki powodują gorszą jakość opieki sprawowanej przez pielęgniarki.

Pielęgniarki a ich współpracownicy

Pielęgniarki są odpowiedzialne za zabezpieczeniem pacjenta przed postępowaniem:

- Niekompetentnym z powodu choroby fizycznej lub psychicznej, nadużycia środków odurzających lub ignorantem w sprawach standardów opieki
- Nieetycznym które świadomie i dobrowolnie narusza podstawowe normy zachowania w stosunku do innych w szczególności do swoich pacjentów

Postępowaniem któregokolwiek z członków zespołu opieki zdrowotnej. Pielęgniarki mają obowiązek informować odpowiednie władze o niekompetentnej i nieetycznej opiece w stosunku do swoich pacjentów jeśli same je zaobserwują lub mają takie podejrzenie. Niestety może to być trudne.

Pielęgniarki a ich współpracownicy

Niepomyślne skutki dla pacjenta:

- **Poziom pierwszy**- wypadek, który może się zdarzyć i występuje niezależnie od decyzji ludzkich, np. uszkodzeni narzędzia
- **Poziom drugi** -dotyczy dobrze przemyślanych decyzji, które jednak pacjentowi nie wychodzą na dobre, np. transfuzja na którą pacjent nieoczekiwanie zareaguje źle
- **Poziom trzeci**- sytuacja w które profesjonaliści mają odmienne stanowisko(nie ma porozumienia co należy zrobić) . Np. dłużej obserwować pacjenta lub podjąć interwencję od razu.
- **Poziom czwarty** -gdy pracownik ma ograniczenia w podejmowania jakiejś decyzji (osądu) sprawności np. pielęgniarka nie zaobserwowała istotnego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Niekompetencja może być stwierdzona wtedy, gdy pracownik powtarza tego typu błędy
- **Poziom piąty**- rzeczywiste naruszenie jakości opieki. Np. poddanie złej dawki leku. Profesjonalista musi rozważyć stopień, w jakim niewłaściwe zachowanie narusza normy przyjęte w grupie.

Podejmowanie decyzji

Zdolność do podejmowania decyzji etycznych stanowi istotę jakości praktyki profesjonalnej pielęgniarki. Decyzja jest rodzajem czynności intelektualnej, jaką człowiek podejmuje dla wyboru właściwego w danej sytuacji celu działania i sposobów jego realizacji. Decyzje zawodowe opierają się na wiedzy i doświadczeniu zawodowym. Umiejętność podejmowania decyzji ma szczególne znaczenie w sytuacjach trudnych, z którymi pielęgniarka bardzo często spotyka się w swojej praktyce zawodowej.

Metody etyczne

- **Odwołanie się do autorytetów**, należy coś zrobić lub czegoś nie zrobić, ponieważ tak nakazuje autorytet. Autorytetem do którego się odwołujemy, może być inna osoba, grupa osób, instytucja lub nawet jakaś hipotetyczna osoba
- **Odwoływanie się do porozumienia**, do domniemanej zgody osób, grupy ludzi na przyjęcie określonego stanowiska moralnego
- **Odwoływanie się do intuicji**. Metoda ta ma długą tradycję, wspierana jest zazwyczaj przekonaniami religijnymi. Ma ona znaczenie jedynie dla osób polegających na intuicji etycznej
- **Metoda dialektyczna** lub inaczej metoda Sokratesa, zaczyna się zadawaniem pytań i rozważaniem odpowiedzi opartych na dobrych argumentach i logicznym myśleniu.

Elementy są niezbędne w podejmowaniu decyzji etycznych

Musimy wiedzieć:

- co zaszło przed wystąpieniem konfliktu wartości
- jakie znaczenie mają wartości występujące w konflikcie
- jakie znaczenie ma konflikt dla każdej ze stron
- co należy zrobić
- podsumowanie – ocena.

Eutanazja



Filozofia prawa do śmierci

Filozofowie rozmyślali nad śmiercią w kontekście prawa człowieka do śmierci od tysięcy lat.

Dylemat moralnej oceny samobójstwa oscyluje pomiędzy różnymi stanowiskami filozoficznymi, ostatecznie sprowadzającymi się do dwóch wariantów:

1. Potępienia tego czynu, będącego pogwałceniem fundamentalnego dla człowieka prawa do życia
2. Uznania samobójstwa jako aktu wolności i prawa samostanowienia o sobie

- wybór pierwszej opcji nie musi oznaczać karania samobójców, wybór drugiej opcji nie jest równoznaczny z uznaniem prawa do samobójstwa

Eutanazja

Zwolennicy eutanazji stawiają wolność w hierarchii wartości najwyżej, włączając w to możliwość decydowania o zakończeniu własnego życia. Istotne są również argumenty o skróceniu agonii pacjentów w stanach terminalnych oraz stworzeniu im wyboru między niegodnym cierpieniem a godną śmiercią.

Eutanazja

Przeciwnicy eutanazji, powołują się na świętość życia i naturalne dążenie do jego wydłużania. Według nich skracanie egzystencji jest pogwałceniem prawa natury i sprzeniewierzeniem się misji lekarza. Argumentują że jakakolwiek legalizacja eutanazji może stanowić pole do nadużyć. Zachodzi obawa psychicznego nacisku na chorych, pozostawiania ich bez opieki. Pojawia się ryzyko upowszechnienia jej i zmniejszenia rygoryzmu jej stosowania. „Rozpowszechnienie” może stanowić podstawę do wartościowania ludzkiego życia i stygmatyzację tych którzy w ocenie zwolenników żyją a ich życie mogłoby się zakończyć.

Eutanazja

Pojęcie eutanazja wywodzi się z języka greckiego i oznacza dobrą bezbolesną śmierć, zadaną przez człowieka, który działa w dobrej wierze, pod wpływem współczucia, a jego celem jest skrócenie męki i cierpienia osoby chorej.

Kodeks karny

Art. 150. § 1. Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

Eutanazja

Współcześnie termin eutanazja najczęściej rozumiemy jako spowodowanie lub przyspieszenie przez lekarza łagodnej, szybkiej śmierci nieuleczalnie chorego i nieznośnie cierpiącego pacjenta ze względu na jego dobro, w celu zaoszczędzeniu mu dalszego bólu i cierpienia.

Eutanazja

1. Zaniechanie (niepodjęcie lub przerwanie) terapii podtrzymującej życie (akcji resuscytacyjnej, kuracji farmakologicznej ..) z uwagi na stan pacjenta, nie przynosi ona korzyści przedłuża cierpienie lub agonię
2. Farmakologiczne wprowadzenie terminalnie chorego w nieodwracalny trwający aż do śmierci stan zniesienia świadomości z zaprzestaniem nawadniania i odżywiania
3. Podawanie terminalnie choremu rosnących stopniowo dawek środków przeciw bólowych, stwarzających ryzyko przyspieszenia zgonu
4. Dostarczenie pacjentowi farmakologicznych, technicznych środków, bądź wiedzy, niezbędnych do samodzielnego odebrania sobie życia
5. Umyślne pozbawienie życia nieuleczalnie chorego przez podanie śmiertelnej dawki leków.

Transplantacje

26 stycznia obchodzony jest Ogólnopolski Dzień Transplantacji ponieważ 26 stycznia 1966 roku został przeprowadzony w Polsce pierwszy udany przeszczep nerki.

USTAWA z dnia 1 lipca 2005 r.

o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

Art. 5. 1. Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia lub pobrania komórek lub tkanek w celu ich zastosowania u ludzi można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu.

2. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy.

3. W przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni.

Na międzynarodowym spotkaniu ekspertów, które odbyło się w Montrealu w 2012 r., opracowano uniwersalną definicję śmierci w brzmieniu: „Śmierć jest to trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie „trwałe” oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji”.