

Natalia Borkowska  <https://orcid.org/0000-0003-3612-2619>  
Politechnika Łódzka  
e-mail: [natalia.borkowska@p.lodz.pl](mailto:natalia.borkowska@p.lodz.pl)

## Podmiot moralny we współczesnej ochronie zdrowia – dylematy etyczne i dystres moralny w pracy pielęgniarki

### The moral subject in modern health care – ethical dilemmas and moral distress in nursing

[https://doi.org/10.25312/2391-5145.18/2023\\_08nb](https://doi.org/10.25312/2391-5145.18/2023_08nb)

#### Streszczenie

Pielęgniarka jako pracownik ochrony zdrowia powinna kierować się w swoim postępowaniu nie tylko zasadą niewyrządzania pacjentowi krzywdy, lecz także działania w jego najlepiej pojętym interesie, w poszanowaniu jego autonomii oraz sprawiedliwego podziału zasobów. W świetle włączania nowych technologii w opiekę nad pacjentem warto ocenić potrzebę dostosowania dotychczasowo obowiązujących zasad etycznych celem świadczenia jak najlepszej opieki, budowania relacji terapeutycznej z pacjentem oraz przeciwdziałania występowania u pielęgniarki dylematów etycznych i dystresu moralnego.

**Słowa kluczowe:** dylematy etyczne, dystres moralny, nowe technologie, sztuczna inteligencja

#### Abstract

As a health care professional, a nurse should support not only the principle of nonmaleficence, but also beneficence and respect patient's autonomy and fair distribution of resources. Due to the inclusion of new technologies in patient care, it is worth analysing the need to

adapt the existing ethical principles in nursing in order to provide the best possible care, build a therapeutic relationship with the patient and counteract the occurrence of ethical dilemmas and moral distress.

**Keywords:** ethical dilemmas, moral distress, new technologies, artificial intelligence

## Wprowadzenie

Praca pielęgniarki zapewniająca ochronę interesów pacjenta jest nierozzerwalnie związana z etyką. Opieka nad pacjentem wymaga bowiem nie tylko zaangażowania specjalistycznej wiedzy i umiejętności pracownika ochrony zdrowia, ale także działania odpowiadającego wartościom i normom moralnym. Kwestie natury etycznej nie ograniczają się wyłącznie do specyficznych sytuacji związanych z opieką nad pacjentem u kresu życia czy terapią darenną, lecz są wpisane w codzienne relacje między pielęgniarką a pacjentem lub jej współpracownikami. W procesie leczenia i pielęgnacji pacjenta nierzadko odmienne cele wyznaczane przez członków zespołu terapeutycznego mogą pociągać za sobą wzrost napięcia w relacjach interpersonalnych oraz wzmacniać częstotliwość konfliktów<sup>1</sup>. Czynniki wynikające z sytuacji zewnętrznej, takie jak niedobór personelu koniecznego do zagwarantowania pacjentowi bezpiecznej opieki<sup>2</sup> oraz stosowanie w leczeniu nowych technologii<sup>3</sup>, to kolejne zmienne mogące wywoływać dylematy natury moralnej. Dlatego też wymóg odpowiadania na zróżnicowane potrzeby pacjentów, radzenia sobie w sytuacji dysponowania ograniczonymi zasobami oraz pod wpływem różnorodnych stresorów czyni pracę pielęgniarek zagadnieniem nieustannie odwołującym się do etyki, godności i intymności pacjenta<sup>4</sup>. Z uwagi na negatywne konsekwencje funkcjonowania w środowisku obfitującym w dylematy etyczne i moralne mogące oddziaływać na samopoczucie pielęgniarki, jej relację z pacjentem, a zwrótnie także na jakość świadczonej opieki<sup>5</sup>, oraz ze względu na rozwój i wzrost zastosowań nowych technologii w ochronie zdrowia warto podjąć temat podmiotu moralnego we współczesnej ochronie zdrowia.

<sup>1</sup> M. Wujtewicz, M.A. Wujtewicz, R. Owczuk, *Konflikty na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii*, „Anaesthesiology Intensive Therapy” 2015, No. 47(4).

<sup>2</sup> C.M. Ulrich, C. Grady, *Introduction*, [w:] C.M. Ulrich, C. Grady (red.), *Moral Distress in the Health Professions*, Springer, Cham 2018.

<sup>3</sup> B.R. Ferrell, *Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care*, „Oncology Nursing Forum” 2006, No. 33(5).

<sup>4</sup> R.H. Savel, C.L. Munro, *Moral Distress, Moral Courage*, „American Journal of Critical Care” 2015, No. 24(4).

<sup>5</sup> C.M. Ulrich, C. Grady, dz. cyt.

## Dylematy etyczne i dystres moralny w pracy pielęgniarki

Wcześniejsze ujęcie etyki pielęgniarskiej, bliskie paternalizmowi w medycynie, bazowało na nadrzędności decyzji lekarza wobec oczekiwanej podległości pielęgniarki<sup>6</sup>. Obecnie, w świetle samodzielności zawodu pielęgniarki, obowiązującym zbiorem zasad etycznych jest *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z 9 grudnia 2003 r.* W zawartym w tym kodeksie przyrzeczeniu, składanym przez pielęgniarki i położne, zostały zaakcentowane najważniejsze wytyczne dotyczące ochrony życia, opieki nad pacjentem i stania na straży jego godności, jak również dbałość o rzetelne wykonywanie swojej pracy, wymóg ciągłego podnoszenia kwalifikacji oraz wdrażania osiągnięć naukowych, w tym nowych technologii, w codziennej praktyce pielęgniarskiej.

W treści przyrzeczenia czytamy:

„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczystie przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należyne szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie, mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie”<sup>7</sup>.

Ponadto w myśl Kodeksu wśród najważniejszych zasad etycznych, którymi powinna kierować się pielęgniarka, podkreśla się:

- nieszkodzenie – stawiając za cel ochronę zdrowia i życia pacjenta oraz troskę o jego bezpieczeństwo,
- respektowanie autonomii pacjenta zawierające w sobie choćby aspekt informowania pacjenta w zakresie wykonywanych świadczeń zdrowotnych w sposób zrozumiały, życzliwy, dopasowany do woli pacjenta,
- działanie leżące w najlepiej pojętym interesie pacjenta, które oznacza nie tylko niekrzywdzenie go, lecz także czynienie mu dobra, przy równoczesnym zabezpieczeniu potrzeb innych pacjentów,

---

<sup>6</sup> B. Janus, *Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki – model podejmowania decyzji*, wystąpienie wygłoszone na konferencji „Kompetencje pielęgniarek i położnych a odpowiedzialność moralno-zawodowa”, 14.10.2005, <https://www.pielęgniarki.info.pl/files/1134761959.pdf> [dostęp: 8.05.2023].

<sup>7</sup> *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003 r.*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2023.

– sprawiedliwe gospodarowanie zasobami obejmujące kwestię priorytyzacji w dystrybucji i dostępności zasobów używanych w procesie leczenia<sup>8</sup>.

Powyższe zasady są instrukcją postępowania pomocną w aspekcie głównych obszarów działalności zawodowej pielęgniarek, takich jak promocja zdrowia, zapobieganie chorobie, przywracanie zdrowia, łagodzenie cierpienia., co niestety nie niweluje możliwości pojawiania się dylematów etycznych<sup>9</sup>. Te ostatnie występują w sytuacji konieczności dokonania wyboru między sprzecznymi moralnie żądaniami i alternatywami, które w konflikcie stawiają każde z powyższych założeń<sup>10</sup>. Dopiero znajomość zasad etyki zawodowej połączona z internalizacją preferowanych wartości moralnych oraz odpowiedzialnością za własne czyny może stać się skutecznym drogowskazem moralnym w codziennej praktyce pielęgniarskiej<sup>11</sup>.

Częstą przyczyną dylematów moralnych w zawodzie pielęgniarki są bariery instytucjonalne. Kompetencje pielęgniarki, zarówno w zakresie posiadanych przez nią umiejętności, jak i wiedzy, przeważnie obejmują obszar szerszy niż ten, do którego jest uprawniona. Przykładem jest tu choćby prawo pacjenta do informacji o własnym stanie zdrowia. W art. 16 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej z 2011 roku określono, iż pielęgniarka jest zobowiązana „udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu”<sup>12</sup>. Zmniejszono tu zatem zakres informacji, które pielęgniarka może przekazać pacjentowi. Tym samym „w ujęciu pacjenta wyglądać to może na celowe ukrywanie przed nim wiedzy o jego stanie zdrowia i w ten sposób podważać jego zaufanie do osoby sprawującej nad nim opiekę”<sup>13</sup>. Ponadto, sugerując, iż przekazanie informacji pacjentowi o jego stanie zdrowia przerasta „możliwości poznawcze pielęgniarki” i „stanowi samo w sobie istotne zagrożenie dla dobra pacjenta”<sup>14</sup>, zestawia się rolę pielęgniarki i lekarza, wpisując się w paternalistyczny model opieki.

Analizując dylematy moralne w pracy pielęgniarki – kiedy istnieją co najmniej dwa sprzeczne ze sobą, choć moralnie uzasadnione działania etyczne – warto zauważyć również zjawisko dystresu moralnego, z którym mamy do czynienia, gdy pracownik ochrony zdrowia – podmiot działań etycznych z uwagi na zewnętrzne lub wewnętrzne ograniczenia nie może podjąć działań zbieżnych z własnym osądem moralnym. Pojęcie dystresu moralnego wprowadził w 1984 roku filozof Jameton, pisząc o tym zjawisku w swojej książce *Nursing Practice: the Ethical Issues*. Na podstawie obserwacji specy-

<sup>8</sup> M. Jantos, *Etyka zawodowa pielęgniarek – powołanie czy profesjonalizm (etos pracy i życia)*, „Państwo i Społeczeństwo” 2009, nr 2, s. 263.

<sup>9</sup> M. Korczak, *Refleksje na temat Kodeksu etyki zawodowej polskiej pielęgniarki*, „Studia Medyczne” 2008, nr 9, s. 94.

<sup>10</sup> B. Janus, dz. cyt.

<sup>11</sup> M. Korczak, dz. cyt., s. 93–95.

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039.

<sup>13</sup> Z. Zalewski, *Etyczne i prawne aspekty komunikowania się pielęgniarki z pacjentem*, [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kulak, W. Panek (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, PZWL, Warszawa 2016, s. 272.

<sup>14</sup> Tamże, s. 274.

fiki zawodu pielęgniarki podzielił on kwestie moralne związane z jej pracą w szpitalu na trzy kategorie: niepewności moralnej (gdy nie jesteśmy pewni, czy występuje problem natury moralnej lub do których zasad bądź wartości moralnych się odwołać), dylematów moralnych (kiedy wiemy, że problem etyczny istnieje, ale można podjąć co najmniej dwa sprzeczne ze sobą działania, które są etycznie uzasadnione) oraz dystresu moralnego (niemożności podjęcia słusznego w ocenie jednostki działania z uwagi na ograniczenia instytucjonalne)<sup>15</sup>. Twórca pojęcia dystresu moralnego podkreślał, by wyraźnie oddzielać dystres moralny od dylematu moralnego i postrzegać dystres moralny w perspektywie uwarunkowań interpersonalnych oraz zmiennych związanych z organizacją, a także skupiać się na generowanych w efekcie tego zjawiska negatywnych konsekwencjach i poszukiwaniu możliwych oddziaływań prewencyjnych<sup>16</sup>.

Dystres moralny, stanowiący niewątpliwie ograniczenie podmiotowości moralnej pielęgniarki, może mieć swoje źródło w czynnikach wewnętrznych (przekonania oraz wcześniejsze doświadczenia pielęgniarki, umiejętność spojrzenia na problem z perspektywy odmiennych od własnych norm i wartości moralnych)<sup>17</sup>, w czynnikach zewnętrznych (takich jak nierówności w dostępie do zasobów czy świadczeń zdrowotnych, uleganie naciskom rodziny pacjenta w celu uniknięcia jawnego sporu)<sup>18</sup> oraz w sytuacji klinicznej (stosowanie w leczeniu nowych technologii, wykorzystanie w procesie opieki nad pacjentem wysoce wyspecjalizowanych urządzeń w sposób, który pracownik ocenia jako nieprzynoszący pacjentowi oczekiwanych korzyści, stojący w sprzeczności z najlepiej pojętym interesem pacjenta, na przykład w aspekcie przedłużania procesu umierania poprzez agresywne leczenie)<sup>19</sup>. Z kolei konsekwencje dystresu moralnego mogą oddziaływać negatywnie na stan psychofizyczny pracownika ochrony zdrowia oraz sprzyjać budowaniu bardziej cynicznych relacji z pacjentem i współpracownikami<sup>20</sup>. W świetle przewlekłości i cyklicznej styczności pracowników ochrony zdrowia ze źródłami dystresu moralnego należy również podkreślić, iż zjawisko to podlega efektowi crescendo. Po rozwiązaniu sytuacji wywołującej dystres moralny jego poziom nie wraca nigdy do wartości wyjściowej, lecz – pozostając przy wartości reaktywnego dystresu moralnego w przypadku kolejnej sytuacji ograniczenia podmiotowości moralnej – staje się wyjściowym nasileniem dystresu moralnego. Reaktywny dystres moralny stanowiący pozostałość po doświadczeniu dystresu moralnego, kiedy to jednostka boryka się z poczuciem bezsilności wynikającym ze zlekceważenia jej opinii, także podlega efektowi crescendo.

<sup>15</sup> A. Jameton, *What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care*, „AMA Journal of Ethics” 2017, No. 19(6).

<sup>16</sup> E.G. Epstein, S. Delgado, *Understanding and Addressing Moral Distress. The Phenomenon of Moral Distress*, „The Online Journal of Issues in Nursing” 2010, No. 15(3).

<sup>17</sup> A.S. Burston, A.G. Tuckett, *Moral distress in nursing*, „Nursing Ethics” 2013, No. 20(3).

<sup>18</sup> M.K. Walton, *Sources of Moral Distress*, [w:] C.M. Ulrich, C. Grady (red.), *Moral Distress in the Health Professions*, Springer, Cham 2018.

<sup>19</sup> B.R. Ferrell, dz. cyt.

<sup>20</sup> M. Corley, *Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda*, „Nursing Ethics” 2002, No. 9(6).

Każdorazowe wystąpienie dystresu moralnego prowadzi więc do stopniowego wzrostu reaktywnego dystresu moralnego<sup>21</sup>.

## Podmiot moralny w ochronie zdrowia wobec nowych technologii

Szybki rozwój nowych technologii, takich jak robotyka oraz sztuczna inteligencja, nakłada na nas obowiązek podjęcia tematu etyki i moralności związanych z ich zastosowaniem między innymi w ochronie zdrowia. Z jednej strony korzystanie z nowych technologii w opiece nad pacjentem jest potencjalnym źródłem dystresu moralnego, a postulat nawiązania relacji z pacjentem opartej na zaufaniu, a nie tylko towarzyszeniu wyraża częste obawy pacjentów<sup>22</sup>. Z drugiej strony, upatrując w tym szansę na rozwój, zapobieżenie problemom kadrowym, możliwe korzyści i udogodnienia, postuluje się potrzebę dostosowania pielęgniarstwa do potrzeb funkcjonowania w warunkach powszechnej digitalizacji. Wprowadzenie teleopieki i rozbudowa systemów teleinformatycznych, możliwość korzystania z wirtualnego modelu opieki, wykorzystanie w kontakcie z pacjentem internetu, aplikacji mobilnych czy mediów społecznościowych upowszechniło się w trakcie pandemii COVID-19. Nowe technologie można z korzyścią dla całego zespołu terapeutycznego wykorzystać w różnorodnych obszarach współpracy z pacjentem, jak choćby w ramach świadczonej opieki (szpitalne systemy informatyczne, systemy elektronicznego monitoringu i nadzoru, telemedycyna, telezdrowie), edukacji (e-learning, wirtualna rzeczywistość, gamifikacja), rehabilitacji i personalizacji usług (urządzenia wspomagające sprawność fizyczną pacjenta, czujniki rehabilitacyjne)<sup>23</sup>. W zakresie rozwiązań robotyki bazujących na sztucznej inteligencji (ang. *artificial intelligence*, AI) relacja człowiek–robot została oparta na współpracy, wsparciu, kooperacji. Większość robotów stosowanych w ochronie zdrowia pełni funkcje: wspomagające (ang. *supportive robots*), kiedy stanowią fizyczną podporę odciążającą pracownika lub pacjenta, współpracujące, gdy dzielą kontrolę nad realizacją zadania z człowiekiem (ang. *cooperative robots*), respektujące podział pracy zgodny z preferencjami stron (ang. *collaborative robots*). Na gruncie pielęgniarstwa najczęściej stosowane są urządzenia wspomagające mobilność i proces pielęgnacji pacjenta, jego transport oraz monitorowanie funkcji życiowych<sup>24</sup>.

Oprócz opisanych powyżej oczekiwanych korzyści, płynących z wdrażania nowych technologii na gruncie ochrony zdrowia, pojawia się również sporo wątpliwości. Trudności dotyczące użycia robotów w pielęgniarstwie ogniskowały się wokół:

- godności – obawa o gorszą ocenę opieki świadczonej przez robota, jak i poczucie bycia pacjentem niższej rangi, niezasługującym na opiekę pełnioną przez inną osobę, problem przewidywanych w kontakcie z robotem negatywnych reakcji emocjonalnych

<sup>21</sup> E.G. Epstein, S. Delgado, dz. cyt.

<sup>22</sup> M. Korczak, dz. cyt., s. 94.

<sup>23</sup> R.G. Booth, G. Strudwick, S. McBride, S. O'Connor, A.L. Solano López, *How the nursing profession should adapt for a digital future*, „The BMJ” 2021, No. 373.

<sup>24</sup> M. Kim, B. Hong, *Nursing Ethical Considerations in the AI-Based Technologies*, „J-Institute” 2022, Vol. 7, No. 2.

pacjentów ze specyficznymi trudnościami, poczucie zagrożenia pracowników wynikające z możliwości zastąpienia ich pracy przez nowe technologie,

- autonomii – zagrożenie możliwości samodzielnego decydowania i działania pacjentów i pracowników ochrony zdrowia,
- prywatności – kwestia danych rejestrowanych przez czujniki robota, jak i celu oraz zakresu wykorzystywania zebranych danych,
- relacji – problem braku bezpośredniego, interpersonalnego kontaktu z pacjentem oraz utraty poczucia wspólnoty i wsparcia w zespole terapeutycznym,
- bezpieczeństwa pacjenta – obawy dotyczące niedostosowania nacisku efektorów robota w kontakcie z cierpiącym oraz zarzut braku obserwacji i przekazywania pozostałym członkom zespołu informacji o zmianach, pogorszeniu się stanu chorego,
- kwestii zależności między wykorzystaniem w pracy nowych technologii a współczynnikiem zatrudnienia w ochronie zdrowia – obawy o redukcję miejsc pracy<sup>25</sup>.

W ostatnim czasie widoczna jest wzmożona chęć uregulowania możliwości wykorzystywania sztucznej inteligencji w relacji działającej na korzyść człowieka. Rekomendacje Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju z maja 2019 roku skupiają się na zarządzaniu godną zaufania sztuczną inteligencją, zabiegając o dobrobyt ludzkości, zwiększanie ludzkich możliwości w duchu zrównoważonego rozwoju, z dbałością o środowisko naturalne oraz integrację społeczną osób wykluczonych i redukcję nierówności społecznych. Ponadto rozwojowi sztucznej inteligencji ma przyświecać respektowanie wolności, autonomii i godności człowieka, poszanowanie równości i różnorodności<sup>26</sup>. W koncepcji godnej zaufania sztucznej inteligencji akcentuje się wymóg zabiegania o dobrobyt człowieka oraz gwarancji jego wolności. Aspekty etyczne korzystania z nowych technologii są więc skoncentrowane na człowieku oraz odwoływaniu się do wartości etycznych w procesie tworzenia systemów sztucznej inteligencji. Komisja Europejska określiła trzy elementy składowe godnej zaufania sztucznej inteligencji, do których zalicza się wymóg pozostawania w zgodzie z prawem, gwarancję przestrzegania zasad etyki, utrzymywanie technicznej, jak i społecznej niezawodności (w celu zapobieżenia wyrządzeniu ludziom krzywdy działając w dobrej intencji)<sup>27</sup>.

Odwołanie do wspomnianych wyżej pryncypiów etyki biomedycznej: autonomii, czynienia dobra, nieszkodzenia i sprawiedliwości, w przypadku wykorzystywania nowych technologii w ochronie zdrowia wymaga szerszej analizy i omówienia, ujęcia problemu z perspektywy pacjenta, pracownika ochrony zdrowia, jak i sztucznej inteligencji czy nowej technologii. Realizacja zasady autonomii poprzez spełnianie wobec pacjenta obowiązku informacyjnego oraz uzyskiwanie zgody pacjenta przy użyciu sztucznej inteligencji powinno z pewnością opierać się na efektywnej komunikacji z pracownikami ochrony zdrowia. Sztuczna inteligencja zaangażowana w proces opieki nad pacjentem nie może szkodzić człowiekowi, musi zapewniać mu bezpieczeństwo, działać w celu

<sup>25</sup> S. Nielsen, S. Langensiepen, M. Madi, M. Elissen, A. Stephan, G. Meyer, *Implementing ethical aspects in the development of a robotic system for nursing care: a qualitative approach*, „BMC Nursing” 2022, No. 21.

<sup>26</sup> A. Kubiak-Curyl, *Rekomendacje OECD jako ramy etyczne i prawne dla rozwoju sztucznej inteligencji*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i materiały” 2020, nr 1, s. 111–112.

<sup>27</sup> M. Kim, B. Hong, dz. cyt.



leczenia, poprawy stanu psychofizycznego pacjenta, świadcząc pomoc na podstawie sprawiedliwego i pozbawionego uprzedzeń dostępu do zasobów<sup>28</sup>.

## Podsumowanie

Z uwagi na zgłaszane przez pracowników ochrony zdrowia obciążenie wieloma stresorami o dużym stopniu dotkliwości, które ze względu na relację z człowiekiem potrzebującym pomocy wiążą się z kwestiami etycznymi i moralnymi, istnieje konieczność monitorowania zarówno odczuć samych pracowników, jak i jakości budowanej przez nich relacji terapeutycznej z pacjentem, a wreszcie – efektywności świadczonej opieki. Praca pielęgniarki, w której jako zmienne wysoce obciążające psychicznie wskazuje się pracę w obszarach obarczonych wysoką śmiertelnością pacjentów, duży stopień zaawansowania choroby czy niewydolności pacjenta, niewątpliwie odwołuje się do zagadnień etycznych. Z kolei nierespektowanie woli pacjenta, świadczenie opieki, która w ocenie pielęgniarki jest nieadekwatna, czy też kwestia stosowania terapii daramnej mogą przyczyniać się do dystresu moralnego. Biorąc pod uwagę częstotliwość kontaktów z pacjentem, wśród przedstawicieli pracowników ochrony zdrowia pielęgniarki plasują się w czołówce. Ich praca – związana również z przyjmowaniem pacjenta do opieki, nawiązaniem relacji terapeutycznej na początku procesu leczenia, a następnie podtrzymywaniem relacji, wzmacnianiem zaufania i okazywaniem troski – wymaga zaangażowania nie tylko profesjonalnej wiedzy i umiejętności, ale także zdolności interpersonalnych oraz empatii. Nowe technologie w obszarze ochrony zdrowia rozwijają się obecnie bardzo intensywnie, dlatego konieczne jest przeanalizowanie możliwości ich użycia w odniesieniu do dotychczas obowiązujących zasad etyki. Wdrożenie nowych technologii w dziedzinie pielęgniarstwa z jednej strony daje możliwość wyręczenia pracowników ochrony zdrowia w zadaniach angażujących fizycznie lub poznawczo, a z drugiej – stanowi wyzwanie w obszarze relacji, interpersonalnych aspektów leczenia i świadczonej pomocy. Zastosowanie systemów sztucznej inteligencji z poszanowaniem czterech najważniejszych zasad etyki biomedycznej powinno być zatem rozpatrywane w triadzie: pacjent–pracownik ochrony zdrowia–nowa technologia. Podjęcie zagadnienia podmiotu moralnego w kontekście wykorzystywania nowych technologii jest istotne dla zapewnienia pacjentowi jak najlepszej opieki, jak i w celu prewencji dystresu moralnego wśród pracowników ochrony zdrowia.

## Bibliografia

- Booth R.G., Strudwick G., McBride S., O'Connor S., Solano López A.L., *How the nursing profession should adapt for a digital future*, „The BMJ” 2021, No. 373.
- Burston A.S., Tuckett A.G., *Moral distress in nursing*, „Nursing Ethics” 2013, No. 20(3).
- Corley M., *Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda*, „Nursing Ethics” 2002, No. 9(6).

---

<sup>28</sup> Tamże.



Epstein E.G., Delgado S., *Understanding and Addressing Moral Distress. The Phenomenon of Moral Distress*, „The Online Journal of Issues in Nursing” 2010, No. 15(3).

Ferrell B.R., *Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care*, „Oncology Nursing Forum” 2006, No. 33(5).

Jameton A., *What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care*, „AMA Journal of Ethics” 2017, No. 19(6).

Jantos M., *Etyka zawodowa pielęgniarek – powołanie czy profesjonalizm (etos pracy i życia)*, „Państwo i Społeczeństwo” 2009, nr 2.

Janus B., *Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki – model podejmowania decyzji*, wystąpienie wygłoszone na konferencji „Kompetencje pielęgniarek i położnych a odpowiedzialność moralno-zawodowa”, 14.10.2005, <https://www.pielengniarki.info.pl/files/1134761959.pdf> [dostęp: 8.05.2023].

Kim M., Hong B., *Nursing Ethical Considerations in the AI-Based Technologies*, „J-Institute” 2022, Vol. 7, No. 2.

*Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003 r.*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2023.

Korczak M., *Refleksje na temat Kodeksu etyki zawodowej polskiej pielęgniarki*, „Studia Medyczne” 2008, nr 9.

Kubiak-Curyl A., *Rekomendacje OECD jako ramy etyczne i prawne dla rozwoju sztucznej inteligencji*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i materiały” 2020, nr 1.

Nielsen S., Langensiepen S., Madi M., Elissen M., Stephan A., Meyer G., *Implementing ethical aspects in the development of a robotic system for nursing care: a qualitative approach*, „BMC Nursing” 2022, No. 21.

Savel R.H., Munro C.L., *Moral Distress, Moral Courage*, „American Journal of Critical Care” 2015, No. 24(4).

Ulrich C.M., Grady C., *Introduction*, [w:] C.M. Ulrich, C. Grady (red.), *Moral Distress in the Health Professions*, Springer, Cham 2018.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039.

Walton M.K., *Sources of Moral Distress*, [w:] C.M. Ulrich, C. Grady (red.), *Moral Distress in the Health Professions*, Springer, Cham 2018.

Wujtewicz M., Wujtewicz M.A., Owczuk R., *Konflikty na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii*, „Anaesthesiology Intensive Therapy” 2015, No. 47(4).

Zalewski Z., *Etyczne i prawne aspekty komunikowania się pielęgniarki z pacjentem*, [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, PZWL, Warszawa 2016.