

IDENTITET, PROFESIJA I ETIKA SESTRINSTVA

Tonči MATULIĆ, Zagreb

Sažetak

Autor u doprinosu propituje neke opće i temeljne, dakle teorijske aspekte sestrinstva. Konceptija doprinosa se očituje u tri glavna dijela. U prvom dijelu autor analizira ideju sestrinstva u svjetlu identitetskog pitanja, a u kontekstu društva općenito i zdravstva posebno. Drugi dio doprinosa odmah se nadovezuje na prvi, jer autor u njemu analizira smisao i značenje sestrinstva u svjetlu autonomne profesije i/ili autentičnoga poziva, zvanja. Sestrinstvo kao autonomna profesija je novijega datuma, no njegova povijest svjedoči u prilog autentičnom zvanju, tj. karizmatiskom pozivu *sui generis* za njegovanje bolesnika, činjenica koja (je) sačinjava(la) samu srž sestriinske prakse. Treći dio doprinosa se pobliže bavi idejnim aspektima etike sestrinstva. Autor u njemu pokušava utvrditi vrijednosnu supstanciju sestriinske prakse u svrhu definiranja temelja etike sestrinstva. Tu vrijednosnu supstanciju autor istražuje u značenju medicinske ili zdravstvene skrbi. Iako je koncept medicinske skrbi višeznačan i višedimenzionalan, autor zagovara integraciju svih vrijednosnih aspekata različitih značenja medicinske skrbi u jednu jedinstvenu cjelinu kao realnom i neupitnom vrijednosnom temelju profesionalne etike sestrinstva. Dakle, sestriinska praksa skrbi za bolesnika bitno uvjetuje artikulaciju profesionalne etike sestrinstva.

Ključne riječi: sestrinstvo, liječništvo, bolesnik, identitet, profesija, zvanje, skrb, liječenje, ozdravljenje, etika sestrinstva.

1. Filozofija sestrinstva: smisao i značenje?

Što znači sestrinstvo? Ili, drugim riječima, što sačinjava unutrašnju vrijednosnu strukturu sestrinstva? Pitanje je teorijske prirode. Ono je jednostavno neizbježno. I to iz dva glavna razloga. Prvo, posljednjih je nekoliko desetljeća ideja sestrinstva stavljena u središte pozornosti u svrhu definiranja autentičnog identiteta sestrinstva. Drugo, a u povezanosti s prvim, ideja sestrinstva izbija iz jednog posebnog načina ljudskog djelovanja koje je neraskidivo povezano sa zdravstvom i zdravstvenom skrbi, tj. s liječenjem bolesti i brigom za zdravlje. Ideja sestrinstva, stoga, u svojoj općenitosti obuhvaća i kontemplira smisao i značenje zdravlja, bolesti, liječenja, njege i skrbi.

Pitanje o identitetu sestrinstva snažnije se nametnulo u trenutku premještanja sestriinskog odgojno-obrazovnog procesa iz bolničkog u akademsko okruženje.

Dvadeseto stoljeće je prijelomno u tom pogledu. Pokušaji znanstvenog utemeljenja sestrinstva u akademskom kontekstu kretali su se između ideje sestrinstva kao grane prirodne znanosti do ideje sestrinstva kao primijenjene znanosti na temelju određenih teorijskih pretpostavki, prije svega o ljudskom praktičkom djelovanju u zdravstvenom općenito i kliničkom posebno kontekstu. Potraga za identitetom sestrinstva tražila je minimum teorijske baze kao uporišta za oblikovanje autentične sestrinske prakse, koja bi neposredno upućivala na profesionalni identitet nositelja takve prakse.¹

Pitanje o identitetu sestrinstva, nadalje, usko je vezano za postupno slabljenje neupitnog liječničkog autoriteta nad drugim zdravstvenim osobljem u kliničkom okruženju sredinom XX. stoljeća. To je slabljenje povezano s dva glavna motiva. Prvi motiv je povezan s porastom svijesti bolesnika o osobnim pravima, osobito o pravu bolesnika na slobodu izbora (autonomija) u procesu donošenja važnih odluka (*decision-making process*) tijekom liječenja. Drugi motiv, koji je presudan za jačanje identiteta sestrinstva, povezan je s profesionalizacijom i, analogno tome, autonomizacijom sestrinske prakse. Kao neposredna posljedica toga pojavila se potreba za intenzivnijim promišljanjem o specijaliziranim područjima sestrinske prakse. Gibanje koje je prouzročeno snažnom profesionalizacijom u zdravstvenom sustavu, kao i jasnijim razgraničenjem profesionalnih prava i dužnosti među pojedinim zdravstvenim profesijama, još uvijek je na djelu. Danas se primjećuju dvije glavne tendencije. Prva se tendencija više hrani duhom korporativizma, tj. neovisnog profesionalnog udruženja. Druga se tendencija više hrani duhom integracije, tj. mogućnostima nužne uzajamnosti i suradnje među zdravstvenim profesionalcima, dotično između sestrinstva i liječništva.²

T. May pokušava analizirati, po našem sudu tek djelomično uspješno, strukturu liječničkog autoriteta nad čitavom kliničkom *équipe*, uključujući na prvom mjestu sestre, a u kontekstu analize odnosa liječnik-bolesnik. May smatra da unutar odnosa liječnik-bolesnik temelj dužnosti pojedine zdravstvene profesije da izvrši liječničku naredbu počiva na samom značenju liječnika. Iskustvo i kompetencija liječnika, naime, nameću takvu dužnost da svrha skrbničke službe, a to je restauracija zdravlja bolesnika, može biti realizirana samo posredstvom 'racionalnog autoriteta' liječnika koji osigurava uvjete za ispravno liječenje bolesnika. To uvažava činjenicu po kojoj je liječnička formacija drukčija od sestrinske, u smislu da liječnici tijekom svoje formacije trebaju razviti i usvojiti sposobnosti vrednovanja najboljega medicinskog tretmana bolesnika, dok sestrinstvo tijekom

¹ Usp. A. H. BISHOP – J. R. SCUDDER, Jr., *The Practical, Moral, and Personal Sense of Nursing: A Phenomenological Philosophy of Practice*, State University of New York Press, Albany, 1990.

² Usp. A. G. SPAGNOLO, *Bioetica nella ricerca e nella prassi medica*, Edizioni Camilliane, Torino, 1997., str. 415.

svoje formacije treba naučiti razumijevati liječničke naloge i smjernice, zaustavljajući se primarno na vrednovanju učinaka određenih terapija. Ta dva aspekta jedinstvenoga terapijskog procesa zahtijevaju određenu integraciju koja omogućava najbolje liječenje bolesnika. Naravno, May smatra da se edukacija sestrištva ne može svesti samo na usvajanje liječničkih naredbi i smjernica. Upravo suprotno. Edukacija sestrištva je do danas već tako kompleksna i sofisticirana, a o čemu najbolje svjedoče specijalizirane škole, da ta činjenica jasno komunicira svijest o jednom, ipak, autonomnom – neovisnom – profesionalnom identitetu koji ima svoje stručne i profesionalne kompetencije da ga nije moguće svesti *tout court* na smisao i značenje liječništva. Liječnički autoritet, dakle, ima precizna ograničenja. Liječničke naredbe i smjernice imaju autoritarnu snagu za sestrištvu profesiju samo ukoliko su neraskidivo povezane s liječenjem bolesnika. Sestrištvu profesija u datim okolnostima ima pravo i osporiti liječnikov autoritet, ako joj je posve jasno i razvidno da liječnik djeluje krivo, tj. protivno najboljem interesu i dobrobiti bolesnika. Posrijedi je autonomna profesionalna odgovornost koja, osim profesionalnih konzekvencija, može u datim okolnostima poprimiti i kaznene konzekvencije (npr. nesavjesno liječenje).³ U tom je smislu indikativan jedan kalifornijski slučaj. Naime, dr. Neil Barber i dr. Robert Nejdli bili su osumnjičeni za ubojstvo bolesnika nakon što su prekinuli hranjenje i pojenje bolesnika koji je pretrpio srčani udar nakon operacije. Respirator su već ranije bili ugasili. Spomenuti su liječnici prekinuli sve medicinske tretmane u dogovoru s bolesnikovom suprugom.⁴ Međutim, medicinska sestra, koja je asistirala oko tog bolesnika u jedinici intenzivne njege, prijavila je liječnike općinskom sudu radi toga što je najprije, na izričit liječnički zahtjev, odbila isključiti respirator, a zatim je smatrala da liječnička odluka o prekidanju svih medicinskih tretmana nije uopće poštivala logiku najboljeg interesa i dobrobiti bolesnika. Medicinska sestra je u tom slučaju djelovala moralno autonomno, tj. u skladu sa sudom osobne savjesti, i profesionalno autonomno, tj. u skladu sa svojom sestrištvom kompetencijom i iskustvom, smatrajući da liječnici svojim odlukama nisu djelovali za, nego protiv dobrobiti bolesnika, budući da je dotadašnja medicinska praksa u jedinici intenzivne njege podrazumijevala respirator, hranjenje i pojenje redovitim, a ne izvanrednim medicinskim sredstvima.⁵ Naime, ni u kojem slučaju nije etički

³ Usp. T. MAY, »The Nurse under Physician Authority«, u: *Journal of Medical Ethics*, 19 (1993.), str. 223–227.

⁴ Usp. *Barber and Najdl vs. Superior Court of State of California*, 195 Cal. Rptr. 484; 147 Cal. App. 3d 1054, 1983.

⁵ Opširnije tehničke analize i etičke prosudbe o redovitim i izvanrednim sredstvima u liječenju terminalnih bolesnika vidi u: G. KELLY, »The Duty of Using Artificial Means of Preserving Life«, u: *Theological Studies*, 11 (1950.), str. 203–220; J. J. McCARTNEY, »The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before the Karen Quinlan Case«, u: *Linacre Quarterly*, 47 (1980.), str. 215–224; D. C.

opravdano prekidanje primjene redovitih terapijskih sredstava.⁶ Po našem sudu ovaj slučaj ima paradigmatičko značenje za sestrinstvo. Iz navedenog je slučaja razvidno, prvo, da je medicinska sestra ostala vjerna i dosljedna temeljnom načelu najveće moguće dobrobiti bolesnika, a koju je ona trajno promovirala u drugim slučajevima. Drugo, medicinska sestra je jasno pokazala da ona nije tek puki pasivni provoditelj odluka, nego da je ona aktivni moralni subjekt medicinske njege. Treće, njezinu moralnu autonomiju ne može dokinuti nikakva liječnička odluka, ako je to po njezinom odgovornom i kompetentnom sudu u najboljem interesu bolesnika. Četvrto, medicinska sestra je bila duboko uvjerenjena da su liječnici djelovali protiv dobrobiti bolesnika, tako da je njezin postupak opravdan barem s naslova objektivne savjesti, u smislu osobnog moralnog uvjerenja o najvećoj dobrobiti bolesnika.

Izneseni primjer nema za cilj stvaranje atmosfere sukoba među zdravstvenim profesijama. Još manje ima za cilj potkrađivanje stručnih i profesionalnih kompetencija jednoj profesiji na štetu druge profesije. To bi bio čisti apsurd. Izneseni primjer želi samo pokazati da »mi ne možemo jednostavno riješiti problem udjeljujući apsolutni autoritet odlukama rodbine i liječnika«⁷. Konačnu medicinsku odluku, koja uz poštivanje svih medicinskih standarda uvijek zahtijeva i poštivanje unaprijed poznatih etičkih načela i normâ, treba dakle potražiti kroz partnerski dijalog svih članova zdravstvenoga tima, prvenstveno onih članova koji imaju moralnu odgovornost za konkretni klinički slučaj.⁸ Ako je zadovoljen ovaj uvjet, tada nitko niti smije niti može osporiti samostalnost sestriinske profesije tijekom procesa donošenja važnih kliničkih odluka. Naravno, glavnu riječ pritom nemaju samo specifične sestriinske stručne kompetencije, nego kudikamo više ima specifično »etičko mjesto i uloga« sestriinstva unutar jedinstvenoga terapijskoga odnosa liječnik-bolesnik. Sestriinstvo u kliničkom kontekstu ne može biti svedeno na »estetiku« i »egzekutivnu« komponentu zdravstvenoga tima. To iz razloga što sestriinstvo ima svoju nezamjenjivu »terapijsku ulogu« djelatnoga subjekta unutar jedinstvenoga terapijskoga odnosa liječnik-bolesnik. »Usprkos činjenici što mnogi liječnici smatraju sestre pukim pomoćnicama, one imaju fundamentalnu ulogu u posredovanju između liječnika i bolesnika. Iako sestre, naime, ni pod koju cijenu nisu slobodne od opasnosti

THOMASMA – K. C. MICETICH – P. H. STEINECKER, »Continuance of Care in the Terminally Ill Patient«, u: *Clinics in Critical Care*, 2 (1986.), str. 61–71.

⁶ Usp. PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, 4. izdanje, Città del Vaticano, 1995., str. 93–94, br. 120. Također usp. KONGREGACIJA ZA NAUK VJERE, *Izjava »Iura et Bona« o eutanaziji* (5. svibnja 1980.).

⁷ E. D. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York – Oxford, 1988., str. 194.

⁸ Usp. D. C. THOMASMA, »An Interdisciplinary Code for Team Care«, u: *Proceedings of the Ninth Annual Interdisciplinary Health Care Conference*, Ohio State University, Columbus (Ohio), 1986.

napuštanja bolesnika u posljednjim fazama bolesti, one su ipak odgovorne za djelovanja koja mogu biti od presudne važnosti. (...) Na svu sreću u mnogim bolnicama započinje prevladavati istinski osjećaj timskoga rada između liječnika i sestara. Njihova intimna suradnja je bitna za olakšanje i pravilnu njegu svakog bolesnika.«⁹ Rečeno potvrđuje vrijednost načela po kojemu u specifičnom kliničkom slučaju »odluka da se prekinu specifični oblici liječenja ne podrazumijeva prekid njege bolesnika«¹⁰. U takvim je uvjetima djelovanje medicinske sestre od neprocjenjive, a redovito i od nezamjenjive važnosti i vrijednosti. Osim retoričkog priznanja, to bi trebalo postati konstitutivni dio »etičkog mentaliteta« u zdravstvu.

Kad se govori o smislu i značenju sestrinstva onda svakako treba spomenuti utjecaje i feminističkog pokreta na sestrinstvo, jer je taj pokret doprinio nesumnjivom jačanju sestrinske svijesti o neovisnosti od totalne kontrole liječnika i zdravstvene administracije. Feminističke teoretičarke su skrenule pozornost na činjenicu da se u društvu općenito i u zdravstvenim ustanovama posebno podcjenjuje istinska vrijednost njege, a da se istodobno precjenjuje vrijednost zapovijedi, tehnike i hijerarhijske strukture.¹¹ Autentično vrednovanje medicinske skrbi i njege u društvu i zdravstvu osigurava uvjete za jačanje sestrinske svijesti o vrijednosti vlastite profesije i neovisnosti stečenih kompetencija i vještina od neprimjerenih uplitanja sa strane.

Nadalje, po našem sudu dva aspekta igraju važnu, ako ne i presudnu, ulogu u određivanju autentične vrijednosti zdravstvene njege bolesnika. Prvi aspekt se odnosi na etičku motivaciju zdravstvenih djelatnika, uključujući i sestre, pri čemu svaki govor o autoritetu u kontekstu zdravstvene njege treba voditi računa o uzajamnosti vrijednosnih kriterija liječničke i sestrinske profesije, a za najveću dobrobit bolesnika. U protivnom se autoritet lako može pretvoriti u nasilje jedne nad drugom profesijom, tj. jače nad slabijom, zanemarujući pritom temeljni razlog i opravdanje medicinskog autoriteta – dobrobit bolesnika. Prema tome, medicinska sestra ima pravo intervenirati u datoj situaciji u kojoj primjećuje nesavjesno postupanje drugih članova zdravstvenoga tima. Drugi motiv se odnosi na samu ulogu timskoga rada u zdravstvenoj skrbi, pri čemu treba voditi računa o specifičnim kompetencijama pojedinačne profesije i to na način da nijedna od njih ne izgubi vlastitu autonomiju, tj. identitet u jedinstvenom terapijskom odno-

⁹ PONTIFICAL COUNCIL COR UNUM, *Questions of Ethics Regarding the Fatal Ill and the Dying*, Vatican Press, Vatican City, 1981., str. 20.

¹⁰ A. R. JONSEN – M. SIEGLER – W. J. WINSLADE, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 4. izdanje, The McGraw-Hill Companies, Inc., New York, 1998., str. 40.

¹¹ Usp. N. NODDINGS, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley, 1984. Dio teksta iz navedenog djela vidi u: N. NODDINGS, »Etička brižnost«, u: *Treća – Časopis Centra za ženske studije*, 4 (2002.), str. 8–26.

su, s jedne strane, i da ne ostane isključena ili neadekvatno integrirana u jedinstveni zdravstveni tim, s druge strane. Timska integracija zdravstvenih profesija nužna je radi integracije različitih terapijskih kompetencija, a ova je opet nužna radi zaštite i postignuća najveće dobrobiti bolesnika. Tek na drugom mjestu je ona važna radi profesionalnoga funkcioniranja zdravstvenoga tima, jer takav tim može besprijekorno proceduralno funkcionirati, a da pritom ne zadovoljava sve uvjete terapijske kompetencije. Riječ je o logičkom primatu, budući da sve zdravstvene profesije trebaju tražiti najveću dobrobit bolesnika. Evidentno je, pak, da na realnoj razini jedno bez drugoga ne ide, tj. potrebne su i kompetencije i timski rad. Drugim riječima, postignuće najveće moguće dobrobiti bolesnika uvelike ovisi o usklađenom timskome radu kompetentnih profesionalaca među kojima vlada moralna harmonija i terapijski sklad u svrhu ostvarenja dobrobiti bolesnika.

Istina, posljednjih su se godina, primjerice u SAD-u i Velikoj Britaniji, pojačale rasprave o terapijskom odnosu sestriinstva i liječništva, u smislu jasnijeg razgraničenja kompetencija među njima.¹² Poanta tih rasprava sastoji se u zahtjevima sestriinstva za većim udjelom u samostalnom obavljanju bazičnih terapijskih odluka i zahvata u nekim oboljenjima, kao što su, primjerice, dijabetes, gojaznost, povišeni tlak i dr. Na temelju stručnih analiza tih zahtjeva J. P. Kassirer je otvoreno iznio sumnje u sposobnosti sestriinske profesije da samostalo preuzmu na sebe odgovornost za obavljanje bilo kakvih bazičnih medicinskih tretmana bez liječničkog nadzora. Pritom igra važnu ulogu nekoliko čimbenika. Prvo, ispada da je iskustvo i obrazovanje liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti manje vrijedno od ostalih, ako neke zahvate umjesto njih može obavljati sestriinska profesija. Drugo, medicinski tretman koji obavlja sestriinska profesija ne može se poistovjetiti *tout court* s istim takvim tretmanom koji obavlja liječnik.¹³ Kako bilo, Kassirer nije apriori protiv širenja sestriinskih kompetencija, nego samo zauzima oprezan stav radi zaštite dobrobiti bolesnika. Rješenje problema, stoga, nije u suprotstavljanju među zdravstvenim profesijama, kako je već naglašeno, nego u uzajamnoj suradnji i poštivanju specifičnih kompetencija u svrhu ostvarenja najveće moguće dobrobiti bolesnika, tj. liječenja bolesti i prikladne njege njegovih zdravstvenih tegoba.¹⁴

Iz dosadašnjih promišljanja je donekle postalo razvidno da jasna artikulacija autentične sestriinske prakse, kao autonomne i kompetentne prakse s vlastitim identitetom sestriinstva unutar zdravstvenoga sustava, u središtu pozornosti više zadržava smisao i značenje skrbi i njege, negoli znanosti ili primijenjene znano-

¹² Usp. A. G. SPAGNOLO, *Bioetica ...*, nav. dj., str. 417–418.

¹³ Usp. J. P. KASSIRER, »What Role for Nurse Practitioners in Primary Care«, u: *New England Journal of Medicine*, 330 (1994.), str. 204–205.

¹⁴ Usp. A. G. SPAGNOLO, *Bioetica ...*, nav. dj., str. 419.

sti. Neka istraživanja identiteta sestrinstva otvoreno pokazuju tendenciju prepoznavanja biti sestrinstva u njegovanju. Smisao i značenje njegovanja izvode se iz same sestrinske prakse.¹⁵ Sestrinska praksa po nekima bitno ovisi o dvama fundamentalnim stavovima. Prvi se stav tiče suradnje u njegovanju bolesnika.¹⁶ Drugi se stav tiče priznate sestrinske kompetencije u njegovanju bolesnika.¹⁷ Prvi stav naglašava mjesto i ulogu medicinske sestre u zdravstvenom timu. Drugi stav naglašava specifičnu kompetenciju medicinske sestre koja je usmjerena na dobrobit bolesnika. »Kako bilo, svrha sestrinstva ne sastoji se u tome da ono postane autonomno, a kako često ističu obnovitelji sestrinstva, nego umjesto toga da promiče bolesnikovu dobrobit. Budući da sestrinstvo ima taj temeljni moralni osjećaj, prvotna bi se svrha etičkih razmatranja o sestrinstvu trebala sastojati u promicanju izvrsne njege, tj. njege koja promiče dobrobit kroz poštivanje dostojanstva i prava svake osobe.«¹⁸ Držimo da moralni osjećaj, koji je inherentan sestrinstvu kao takvome, bitno pripada i njegovateljskom odnosu sestra-bolesnik, kao bitnom dijelu terapijskoga odnosa liječnik-bolesnik. Sestrinska praksa, dakle, počiva na tom temeljnom moralnom osjećaju za dobrobit bolesnika koju sestrinstvo promiče i ostvaruje kroz medicinsku njegu i skrb.

Smisao i značenje sestrinstva, u smislu autentičnoga identiteta sestrinstva i autentične sestrinske prakse, a što se s pravom smatra filozofskim pitanjem o naravi sestrinstva, tek su posljednjih desetljeća zakoračili u ozbiljnija znanstvena istraživanja i propitivanja. Iako je danas već davne 1970. godine Martha Rogers¹⁹ pokušala razraditi jednu zaokruženu filozofiju sestrinstva, njezin pokušaj više nalikuje na filozofiju za sestrinstvo, u smislu jednog sestrinskog *Weltanschauung*-a, nego na jedno uvjerljivo određenje smisla i značenja sestrinstva u suvremenom dobu.

2. Sestrinstvo: profesija i/ili vokacija

Nezaobilazno pitanje u promišljanjima o sestrinstvu jest ono o sestrinstvu kao profesiji (struka) ili kao vokaciji (poziv). Ako pođemo od povijesne činjenice

¹⁵ Usp. A. H. BISHOP – J. R. SCUDDER, Jr., *Nursing: The Practice of Caring*, National League for Nursing, New York, 1991.

¹⁶ Usp. A. H. BISHOP – J. R. SCUDDER, Jr., *The Practical, Moral, and Personal Sense of Nursing ...*, nav. dj.

¹⁷ Usp. P. E. BENNER, *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Addison-Wesley, Menlo Park (Calif.), 1984.

¹⁸ A. H. BISHOP – J. R. SCUDDER, »Nursing, Theories and Philosophy of«, u: *Encyclopedia of Bioethics* (ur. W. Th. Reich), Simon & Schuster – Prentice Hall International, New York, ²1995., sv. 4, str. 1820.

¹⁹ Usp. M. ROGERS, *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*, F. A. Davis, Philadelphia, 1970.

da je njega bolesnika ili ranjenika poznata otkad postoje tragovi razvoja ljudske civilizacije²⁰, onda nećemo daleko prispjeti u utvrđivanju smisla i značenja sestrištva kao profesije i/ili kao vokacije. Taj je podatak dovoljan da se shvati važnost i nužnost jedne njegovateljske profesije u društvu. Sestrištvo kakvo poznajemo danas započelo se razvijati kao profesija tek u XIX. stoljeću. Početak se veže uz ime Florence Nightingale (1820. – 1910.) koja je na sestrištvo gledala kao na jednu samo-definiranu moralnu praksu koja je usmjerena na njegovanje.²¹ Trebalo je, međutim, proći mnogo vremena da sestrištvo dobije status zasebne profesije, a to se nije dogodilo prije šezdesetih godina XX. stoljeća, nakon uložnog velikog rada i truda oko jasnijeg dizajniranja identiteta sestrištva, priznatog i prepoznatog u društvu, ali i u samome zdravstvu.²² Stvari su krenule nabolje osamdesetih godina XX. stoljeća kada se sestrištvo počelo identificirati s njegovateljskom praksom, koje je većma slijedilo kvalitativne metode humanističkih znanosti u oblikovanju autentične sestrištne prakse.²³ Može se reći da je put što ga je prevalilo sestrištvo od često osporavane i marginalne djelatnosti do punog društvenog priznanja i priznanja same zasebne profesije bio izrazito trnovit, ako se imaju na umu smisao i značenje te mjesto i uloga sestrištva u suvremenome društvu općenito i zdravstvenome sustavu posebno. Možda razlog tome leži u činjenici što je začetnica suvremene ideje sestrištva, već spomenuta Florence Nightingale sestrištvo radije označavala kao zvanje, nego kao profesiju u modernom značenju toga pojma. Za Nightingale je sestrištvo ispunjavalo svoju zadaću kroz djelovanje na temelju moralnog osjećaja za stavljanje bolesnika u najbolje uvjete da bi se moglo skrbiti za njega/nju. Sestrištvo je predstavljalo istinsku šansu za žene da kroz njegu bolesnika dadu pozitivan doprinos društvu. Nightingale je birala žene prokušanih vrlina, s izgrađenim karakterom da bi izbjegla neposredne »sudare« s prevladavajućim muškim šovinizmom svoga vremena. »Novo umijeće i nova znanost je stvorena tijekom zadnjih četrdeset godina. A zajedno s tim i jedna nova profesija – za tako reći, mi kažemo, zvanje.«²⁴ Cecil Woodham-Smith je u svojoj studiji o Nightingale uvjerljivo argumentirala čvrsto Nightingaleino opredjeljenje za sestrištvo kao zvanje koje, kao moralni

²⁰ D. TETTAMANZI, »Infermiere«, u: ISTI, *Dizionario di Bioetica* (ur. M. Doldi), Edizioni Piemme, Casale Monferrato (AL), 2002., str. 225.

²¹ Usp. F. NIGHTINGALE, *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*, J. B. Lippincott, Philadelphia, 1946. [1859.].

²² Usp. A. H. BISHOP, »Nursing as a Profession«, u: *Encyclopedia of Bioethics*, nav. dj., sv. 4, str. 1827.

²³ Usp. S. F. SPICKER – S. GADOW (ur.), *Nursing: Images and Ideals: Opening Dialogue with the Humanities*, Springer, New York 1980.

²⁴ F. NIGHTINGALE, *Notes on Nursing ...*, nav. dj., str. 24.

imperativ, dolazi od samoga Boga.²⁵ Ta religiozna dimenzija sestrinstva je s prolaskom vremena gubila na značenju, iako nikad nije sasvim nestala, o čemu ne svjedoče samo medicinske sestre redovnice. Ipak, slabljenje religiozne dimenzije sestrinstva najviše ima zahvaliti razvoju moderne medicinske znanosti koja se sve više vezivala za prirodoznanstvenu metodu i tehničku racionalnost, a taj proces traje još i danas samo sa znatno izmijenjenom logikom prema konstitutivnim humanističkim dimenzijama kliničke prakse. Razvoj medicinske znanosti stvorio je pretpostavke za veće »znanstveno« udaljavanje liječništva od sestrinstva, tako da se početna bojazan od svođenja sestrinstva na pomoćnu djelatnost liječnicima ubrzo pokazala opravdanom, jer su smisao i značenje sestrinstva kao autentične prakse skrbi u kontekstu interventne medicine uvelike izgubili na uvjerljivosti. To nipošto ne znači da smisao i značenje sestrinstva u suvremenom zdravstvenom sustavu nemaju svoje adekvatno mjesto, ulogu i opravdanje, nego samo potvrđuje činjenicu mukotrpnog potvrđivanja sestrinstva u tom istom sustavu. Sestrinstvo je danas priznata profesija koju nitko ne osporava.²⁶ Kao profesija, sestrinstvo danas zahtijeva strogo obrazovanje, a što se ide prema višim gradusima to je sve kompleksnije i sofisticiranije. Sestrinstvo je do danas razvilo različite kriteriologije za vrednovanje i prosudbu kvalitete sestriinske prakse, kao i uvjete za postignuće dozvole za rad. Sestriinske organizacije su postale uobičajena pojava na različitim razinama, koje se brinu za sve statusne, stručne i obrazovne komponente sestrinstva. Sve to zajedno, kao i mnogo toga nespomenutoga, ni približno ne može nadoknaditi, a kamoli zamijeniti smisao i značenje sestrinstva kao zvanja. Iako je sestrinstvo, kako sama riječ kaže, gotovo kao u pravilu vezano za ženski spol, ono po svojem smislu i značenju nije rezervirano samo za žene. Kroz našu zapadnjačku povijest muškarci su, osobito u prošlosti kao članovi različitih vjerskih redova posvećenih njezi bolesnika i ranjenika, također sudjelovali i sudjeluju u časnom zvanju medicinske sestre, pardon, medicinskog brata. Nažalost, diljem svijeta njega bolesnika je uglavnom prepuštena ženama, tj. sestrama. Nije li to još jedan razlog više da sestrinstvo pojmimo kao autentično zvanje? Sestrinstvo je profesija. U to nema nikakve sumnje. No, bez osobnoga poziva, bez unutrašnjeg zova za nesebično pomaganje ljudima u teškim životnim stanjima i situacijama, bez istančane moralne svijesti o važnosti i vrijednosti sestrinstva u društvu općenito i u zdravstvu posebno, teško će se sačuvati iskonska autentičnost, identitet i dostojanstvo sestrinstva kao jedne nezamjenjive posredničke službe unutar jedinstvenog terapijskog odnosa liječnik-bolesnik. Držimo da su Pellegrino i Thomasma u pravu kada tvrde da »moralnost vlastita medicini

²⁵ Usp. C. WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale, 1820–1910*, Atheneum, New York, 1983.

²⁶ Usp. J. P. LYSAUGHT, *Action in Affirmation: Toward an Unambiguous Profession of Nursing*, McGraw Hill, New York, 1981.

može biti izopačena ako se profesiju promatra kao karijeru, ali i usavršena ako ju se promatra kao zvanje²⁷.

3. Ideja etike sestrištva

Prethodna promišljanja namjerno potenciraju vrijednosno pitanje o budućnosti sestrištva. Garancija budućnosti sestrištva ne leži u znanosti, nego u nenadomjestivoj sestrišnjoj praksi unutar zdravstvene skrbi. Razvoj profesionalne etike sestrištva star je koliko i razvoj sestrišne profesije. Pritom valja reći da je istraživanje i propitivanje smisla i značenja identiteta sestrištva i sestrišne prakse skrenuto na jedan drugi istraživački kolosijek. Glavna pitanja s kojima se današnje sestrištvo susreće tiču se prvenstveno etike, diskriminacije i epistemologije. Ovdje nas zanima etičko pitanje i to sasvim načelno o temeljima etike sestrištva. Broj knjiga, zbornika, studija i članaka o etici sestrištva iz godine u godinu se nesmiljeno povećava, tako da je danas postalo teško, ako ne i nemoguće pohvatati konce što se sve govori, piše, tvrdi, zastupa i promiče pod imenom profesionalne etike sestrištva. To, ipak, nije nikakva ni isprika ni prepreka za ukazivanje na nekoliko načelnih, ali po našem sudu bitnih ideja etike sestrištva. Već je istaknuto da je etika sestrištva relativno mlada, kao uostalom i sestrišna profesija, a kao definirana profesionalna etika javlja se tek sedamdesetih godina XX. stoljeća.²⁸ Razlog za njezinu pojavu nije neposredno povezan s pitanjem o identitetu sestrištva, a u odnosu na identitet liječništva i njegovu od starina znanu medicinsku etiku, nego je neposredno povezan s napretkom biomedicinskih znanosti i s popratnom tehnolozičkom medicinske prakse koja je bitno utjecala, i još uvijek utječe, na potkopavanje temeljnih vrijednosnih dimenzija medicinske skrbi.

Istančanje vrijednosno definiranje sestrišne prakse s načelnim svrhama promicanja zdravlja, prevencije bolesti, restauracije zdravlja i uklanjanja patnje i boli²⁹ omogućilo je da sestrišna deontologija izađe iz uskog područja koje utvrđuje i definira pravila sestriškog ponašanja prema bolesnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima i zauzme svoje zasluženo mjesto, kao zasebno područje istraživanja, unutar bioetičke discipline.³⁰ Jer, etika sestrištva nije isto što

²⁷ E. D. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA, *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, Edizioni Dehoniane, Rim, 1994., str. 120.

²⁸ Usp. S. F. SPICKER – S. GADOW (ur.), *Nursing: Images and Ideals ...*, nav. dj., str. XV.

²⁹ Usp. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, *Code for Nurses: Ethical Concepts Applied to Nursing*, Geneva, 1973.

³⁰ Usp. S. T. FRY, »Nursing Ethics«, u: *Encyclopedia of Bioethics*, nav. dj., sv. 4, str. 1822–1826. Jedna od prvih sustavnih bioetičkih integracija profesionalne etike sestrištva prepoznatljiva je u: R. M. VEATCH – S. T. FRY, *Case Studies in Nursing Ethics*, J. B. Lippincott, Philadelphia, 1987.

i medicinska etika ili liječnička etika. Ova potonja definira vrijednosne kriterije za dobro ljudsko djelovanje i ispravno ponašanje liječnika u kompleksnom procesu liječenja bolesti, dok etika sestринства utvrđuje vrijednosne kriterije dobrog ljudskog djelovanja i ispravnog ponašanja sestara u kompleksnom procesu skrbi i njege bolesnika. Današnje poimanje liječenja ne mora nužno uključivati skrb i njegu bolesnika. Iz latinskog jezika imenica *cura* i glagola *curo*, *curare* prešla je u englesku imenicu i glagol *cure* (hrv. liječenje i liječiti), a koja danas obuhvaća značenje medicinskog – tehničkog – liječenja bolesti. »Čak i ako je određena bolest izliječena (*cured*), bolesnik ne mora biti sasvim ozdravljen (*healed*). Jer da bi bolesnik ozdravio, liječnik ili sestra mora također skrbiti za bolesnika ili, drugim riječima, mora biti dovoljno zauzet(a) s pažnjom oko restauracije psihosocijalnog zdravlja.«³¹ Zahvaljujući napretku medicine, osobito u segmentu dijagnostičkih i terapijskih metoda i tehnika, liječenje je poprimilo radikalno značenje iskorjenjivanja uzroka bolesti i uspostave stanja normalnog funkcioniranja organizma. Liječenje u tom radikalnom smislu nezamislivo je bez znanstvene medicine, a upravo postignuća, uspjesi i mogućnosti suvremene medicine počivaju na kompleksu znanstvenih standarda. Tek smo nedavno zakoračili u zlatnu eru specifičnog liječenja i trebat će još mnogo vremena da u potpunosti shvatimo, ako to uopće bude moguće, smisao i značenje znanstvenog – tehničkog – liječenja bolesti. Da je tomu tako najbolje svjedoči bioetika koja je kao nova znanstvena disciplina nastala s ciljem hvatanja u koštac s radikalnim prevrednovanjima i redefinicijama nosivih zdravstvenih binoma život-smrt, rađanje-umiranje, zdravlje-bolest, liječenje-skrb, liječnik-bolesnik, sestra-bolesnik, prevencija bolesti i očuvanje zdravlja i dr.³²

3.1. Ozračje krize i etika sestринства

Zakoračili smo u novu eru u kojoj dominiraju velike i radikalne društvene promjene koje utječu na stvaranje krizne situacije. Krizna situacija, koja je donedavna izgledala kao moralna kriza, tj. kriza vrijednosti, sve se više otkriva kao dubinska kriza temelja.³³ Uzdrmani su temelji sigurnosti naše spoznaje, našeg znanja, našeg poimanja istine, razlikovanja dobra i zla, a ponajviše našeg tumačenja i razumijevanja čovjeka. U pitanju više nije ovo ili ono u ljudskome životu,

³¹ E. D. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA, *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, Washington, D.C., 1996., str. 92.

³² Usp. D. GRACIA, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi), 1993.; usp. G. RUSSO (ur.), *Bioetica fondamentale e generale*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1995.

³³ Usp. J. MOLTMANN, *Science & Wisdom*, Fortress Press, Minneapolis, 2003., str. 6–16.

u pitanje je stavljen sâm ljudski identitet, ono istinsko i autentično 'biti-čovjek'.³⁴ Jednom riječu, suvremena znanstveno-tehnička civilizacija proživljava duboku krizu duha, tj. krizu koja jasno potvrđuje da radikalno raskidanje s tradicijom nužno vodi u radikalno osporavanje budućnosti. »Tko ne zna odakle dolazi ne može suvislo znati ni kamo ide.« Tu se više ne radi o jednom fizičkom, tj. društveno-revolucionarnom gibanju, nego se poglavito radi o duhovnom gibanju, tj. o metafizičko-antropološkom gibanju koje pokazuje tendencije raskida s jednom jasnom vizijom o čovjeku i onom specifično ljudskom u čovjeku, tj. da je čovjek osoba (*imago Dei*) obdaren apsolutnim dostojanstvom i neotuđivim pravima. Primjerice, apsolutni moralni zahtjev za poštivanjem ljudskoga dostojanstva, uvijek i svugdje, ozbiljno je uzdrman znanstveno-tehničkim osvajanjem svih sfera ljudskoga života, uključujući i pojedinačne vrijednosti života i smrti, zdravlja i bolesti, rađanja i umiranja, patnje i boli, skrbi i njege. Ljudsko dostojanstvo, kao neoborivi vrijednosni pilastar svake humane etike, podvrgava se relativističkim vrednovanjima u različitim stadijima i fazama ljudske egzistencije. Istinski antropološki rasap već poodavno utječe na stvaranje dominantnih silnica mentaliteta suvremenoga čovjeka. Taj je mentalitet bitno uvjetovan tehnokratskim mentalitetom koji sebi umišlja, jer tehnički može da ujedno etički smije nad svime vladati, sa svime raspolagati, sve podvrgavati manipulaciji i eksploataciji bez obzira na temeljna etička načela i vrijednosti u igri. Posljedice takvog mentaliteta reflektiraju se na medicinsku praksu, a katkada s velikom dramatičnošću.³⁵

U opisanim civilizacijskim okolnostima i duhovnim uvjetima etika sestrinstva se istodobno otkriva i kao očiti znak dubinske krize i kao jasan znak probuđene nade, mada u jednom konkretnom kontekstu. Etika sestrinstva, naime, nije nikakav luksuz. Etika sestrinstva nije niti odraz nečijih pomodarskih prohtjeva i želja. Etika sestrinstva je jednostavno nasušna potreba jedne časne zdravstvene profesije koja se iz dana u dan sve teže snalazi u uvjetima i okolnostima tehnologizirane, sofisticirane i totalno poznanstvenjene medicinske prakse. Da bi etika sestrinstva uistinu postala kadra odgovoriti na današnje i sutrašnje biomedicinske izazove, potrebno je amortizirati teorijske, često suhoparne i sterilne, rasprave o temeljima i izvorima etike općenito i profesionalne etike posebno, a što je zadaća etike kao filozofijske discipline, i usredotočiti svu pažnju na vrijednosnu supstan-

³⁴ Usp. J. B. METZ, »Solidarische Freiheit: Krise und Auftrag des europäischen Geistes«, u: *Concilium*, 28 (1992.), str. 178–182.

³⁵ Usp. T. MATULIĆ, »Bioetika ljudskog umiranja: kritika ideologije tehnicizma u medicini i problem ljudskog umiranja«, u: HRVATSKO DRUŠTVO ZA HOSPICIJ/PALIJATIVNU SKRB HRVATSKOGA LIJEČNIČKOG ZBORA, *Palijativna skrb u Hrvatskoj i svijetu* (ur. A. Jušić), HLZ, Zagreb, 2006., str. 261–282; usp. T. MATULIĆ, »Bioetika i genetika: medicinska praksa između eugenike i jatrogene bolesti«, u: *Bogoslovska smotra*, 75 (2005.), br. 1, str. 185–210; usp. T. Matulić, »Ljudski život u eri biomedicinskih i bioetičkih izazova«, u: *Bogoslovska smotra*, 71 (2001.), br. 4, str. 553–578.

ciju sestrinstva. Ta vrijednosna supstancija sačinjava solidnu bazu za oblikovanje jedne razložne, praktičke i djelotvorne sestriinske etike.

3.2. Izvor i temelj etike sestrinstva

Osnovu etike sestrinstva sačinjava ideja skrbi, njege. Patricia Benner i Judith Wrubel smatraju da je skrb »način postojanja u svijetu«³⁶, označavajući time terapijsko skrbljenje za oboljelu osobu. No, ta skrb nije pasivni, nego aktivni čin, jer ona podrazumijeva ulaženje u bolesnikovo stanje koje mu pomaže oko pozitivne, vedre i strpljive rekonstrukcije smisla života i životnih planova utemeljenih na vrijednostima.³⁷ Skrb za bolesnika je eminentno moralni čin. Medicinska skrb, kao takva, ima prednost pred svim ostalima činima u vršenju medicinske prakse. Tradicionalno utemeljenje medicine u ideji skrbi i samilosti, počevši od antičkog preko srednjovjekovnog do ranog modernog doba, uzdržano je suvremenim biomedicinskim modelom koji medicinu smatra primijenjenom biologijom³⁸, a liječništvo smatra primarno znanstvenom aktivnošću koje bolesniku pristupa isključivo kao funkcionalno poremećenom organizmu koji treba pomoću tehničkih zahvata popraviti. U takvim je okolnostima ideja etike sestrinstva stavljena na velike kušnje, jer nije svejedno hoće li u temelju etike sestrinstva stajati ideja skrbi ili ideja znanosti. Naravno, da bi sestrinstvo uopće moglo odgovoriti na sve profesionalne izazove suvremene medicinske prakse i skrbi, ono treba adekvantnu akademsku i znanstvenu edukaciju, bilo bazičnu bilo specijalističku bilo cjeloživotnu. Također je hvale vrijedno što se u novije vrijeme sestrinstvo intenzivnije hvata u koštac s teorijskim aspektima etičke analize, argumentacije i vrednovanja.³⁹ Međutim, iza toga se kriju i opasnosti. Prvo, formaliziranje inheretne vrijednosne supstancije sestriinske prakse. Drugo, a kao posljedica prvoga, razvodnjavanje etičkog aspekta sestriinske prakse, koji u svojoj biti nema znanstvenu, nego moralnu vrijednost, ukoliko temeljni *ratio* sestriinske prakse počiva na skrbi za bolesnika, tj. na jednom specifičnom međuljudskom odnosu koji zahtijeva moralnost na djelu. To ne označi da je ugrađivanje opće (bio)etičkih spoznaja, kao i suptilnih aspekata profesionalne etike u sestriinsku edukaciju suvišno ili besmisleno. Naprotiv, preporučljivo je da se to eventualno odvija kroz

³⁶ P. E. BENNER – J. WRUBEL, *The Primacy of Caring*, Addison-Wesley, Menlo Park (Cal.), 1989., str. XI.

³⁷ Usp. E. D. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA, *For the Patient's Good ...*, nav. dj., str. 73–91.

³⁸ Usp. D. SELDIN, »The Medical Model: Biomedical Science as the Basis of Medicine«, u: *Beyond Tomorrow*, Rockefeller University Press, New York, 1977.

³⁹ Usp. S. KETEFIAN – I. ORMOND, *Moral Reasoning and Ethical Practice in Nursing: An Integrative Review*, National League for Nursing, New York, 1988.

zasebnu bioetičku edukaciju.⁴⁰ Međutim, u suvremenom dobu vlada svojevrsna shizofrenija unutar sustava edukacije općenito, jer je iluzorno danas očekivati da će suvremeni obrazovni proces *ipso facto* zadovoljiti sve uvjete i kriterije odgojnoga procesa. Stjecanje, katkada mukotrпно i bolno, nepreglednoga mnoštva stručnih znanja i znanstvenih spoznaja ne garantira *eo ipso* i usvajanje temeljnih vrijednosti koje osiguravaju uvjete za izgradnju cjelovitoga čovjeka po mjeri autentičnoga ljudskog dostojanstva i koje omogućavaju odgovornu moralnu orijentaciju u životu općenito i u profesiji posebno. Više od svega danas je potrebna adekvatna i skladna integracija obrazovnog i odgojnog elementa. Bioetika na tom planu može poslužiti kao originalni model.⁴¹ Posrijedi nije tek razložni pokušaj da se požar ugasi, nego da se definitivno uklone uzroci požara koji stalno prijete svojim ponovnim izbijanjem.

Etika sestinstva bazirana na skrbi je najsigurniji put da sestinstvo kao autonomna zdravstvena profesija ostane vjerno svojim originalnim idealima. Nakon analize kompleksnog stanja bolesnika, Lisa Newton zaključuje: »Osoba koju [bolesnik, op. a.] uistinu treba, koja bi bila u stanju skrbiti za sve navedene probleme, očito je njegova majka, pa je prvi posao sestre da bude zamjenska majka«. ⁴² Za suvremenog racionalistički nastrojenog čovjeka, navedena tvrdnja previše odiše sentimentalnošću. Pritom ne bi trebalo smetnuti s uma činjenicu da je sestinska praksa, bez obzira na (ne)priznati status u društvu, oduvijek njegovala istančanu svijest o brižnosti, pažnji, zauzetosti, suosjećanju, utjesi, poticaju i ohrabrenju onih koji su bili povjereni sestinskoj skrbi. Ideja zdravstvene skrbi, međutim, nije jednoznačna. Postoje barem četiri značenja zdravstvene skrbi.

Prvo značenje zdravstvene skrbi proizlazi iz ideje *samilosti*, tj. iz angažiranog suosjećanja s bolesnom osobom, s njezinim osjećajima i stanjima, preuzimajući na sebe nešto od bolesnikovog iskustva bolesti, patnje. Ukratko, medicinska skrb kao samilost označava vidljivu dimnutost položajem druge osobe s iskrenom željom da joj se pomogne i olakša životna situacija.

Drugo značenje zdravstvene skrbi proizlazi iz ideje *podrške u životu*, tj. iz spremnosti da se učini bolesnoj osobi ono što ona nije u stanju učiniti sama za sebe. Oblačenje, hranjenje, održavanje higijene, šetanje, zadovoljavanje osobnih

⁴⁰ Usp. T. MATULIĆ, »Vrijednosti u bioetičkom obrazovanju«, u: HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR – HRVATSKO BIOETIČKO DRUŠTVO, *Bioetička edukacija medicinaru*. Knjiga izlaganja na I. proljetnom bioetičkom simpoziju Hrvatskoga liječničkog zbora, održanom u Zagrebu, 1. lipnja 2001. (ur. G. Ivaničević – I. Bakran), Hrvatski liječnički zbor, Zagreb, 2001., str. 29–37.

⁴¹ Usp. T. MATULIĆ, »Prevladavanje sukoba između znanja i odgoja za vrijednosti: bioetika – primjer integracijskog modela odgoja i obrazovanja«, u: *Filozofska istraživanja*, 25 (2005.), str. 345–372.

⁴² L. H. NEWTON, »In Defense of the Traditional Nurse«, u: *Nursing Outlook*, 29 (1981.), str. 351.

potreba, od fizičkih i socijalnih do terapijskih, emocionalnih i psiholoških, samo se neke općenite aktivnosti koje proizlaze iz podrške u životu kao modela medicinske skrbi.

Treće značenje zdravstvene skrbi proizlazi iz ideje *jamstva sigurnosti*, tj. iz očitovanja volje za preuzimanjem dijela odgovornosti za životno stanje bolesne osobe, ponajprije u smislu da bolesna osoba (do)zna da su nositelji zdravstvene skrbi tu za nju, da su njoj posvećeni i da su spremni učiniti sve na planu rješavanja njezinih problema. Jamstvo sigurnosti kao model medicinske skrbi uključuje ozdraviteljsku snagu profesionalca/ke kao osobe obdarene karizmom, tj. zvanjem.

Četvrto značenje zdravstvene skrbi proizlazi iz ideje *kompetencije* ili stručnosti, tj. iz poznavanja svih nužnih procedura, bilo osobnih bilo tehničkih, potrebnih za savjesno obavljanje prakse do savršenstva. Kompetencija je, istaknuto je ranije u više navrata, izuzetno važna za pojedinu zdravstvenu profesiju, međutim ako medicinska skrb ostane ukočena samo na kompetenciji, ona tako može dati izvrsne znanstvene rezultate, ali često nije u stanju dati humanističke rezultate. Ta spoznaja uvjetuje zaključak po kojem medicinska skrb ostaje nepotpuna ako se ne nadahnjuje vrijednosnim elementima iz sva četiri značenja skrbi.⁴³ Ne treba biti previše pametan da bi se shvatilo kako klinička praksa, kao »dom« integralne medicinske skrbi, da bi uistinu bila etički optimalna ne smije razdvajati navedena značenja medicinske skrbi, nego ih treba razborito integrirati u jednu suvislu cjelinu. Ta suvisla cjelina objektivno sačinjava vrijednosnu osnovu cjelokupne medicinske skrbi, čiji bitni dio je sestrinska praksa.

Integralna medicinska skrb, u smislu skrbi koja obuhvaća vrijednosne sadržaje iz svih opisanih značenja takve skrbi, predstavlja autentičnu moralnu dužnost i odgovornost svih zdravstvenih djelatnika, uključujući i medicinske sestre. To nije stavljeno *ad libitum*. To proizlazi iz same biti moralne odgovornosti koja se bazira na posebnom međuljudskom odnosu koji se uspostavlja između bolesne osobe i osobe koja joj pruža pomoć. Istina, etika sestinstva koja reflektira ideju integralne medicinske skrbi ne iscrpljuje konkretno značenje te skrbi, jer u zdravstvu djeluju i druge profesije. No, kako medicinske sestre dolaze u kontakt sa svim stranama, počevši od bolesnika preko liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika do rodbine i prijatelja, onda im se spontano nameće jedno posredničko djelovanje. U takvoj situaciji sestre grade dijaloške mostove, a nerijetko su prisiljene podmetnuti vlastita leđa za most preko kojega će se odvijati cjelokupna komunikacija bez koje je iluzorno očekivati zadovoljavajuću medicinsku skrb bolesnika. »U njihovoj ulozi mosta između bolesnika i njegove rodbine, sestre često služe kao štit. (...) Kao učinak intimnog susreta s bolesnicima sestre su pozvane razmatrati vrijednosti kojima tre-

⁴³ Usp. E. D. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA, *The Christian Virtues in Medical Practice*, nav. dj., str. 94–95.

ba dati prednost.«⁴⁴ Sestre ni u kojem slučaju nisu pasivne promatračice »kliničkih zbivanja«. One su aktivne sudionice s dvaju naslova. Prvo, sestre aktivno i neposredno sudjeluju u ostvarivanju najbolje moguće dobrobiti bolesnika. Drugo, sestre posredstvom autonomne njegovateljske prakse sudjeluju u ostvarivanju cjelokupne medicinske skrbi kao eminentno humanističke – etičke – datosti. Etika sestrinstva u zdravstvenom sustavu je svojevrsna *memoria ethicae*, tj. trajno sjećanje na činjenicu da klinička primjena vrhunske medicinske znanosti radikalno ovisi o integralnoj i stalnoj primjeni etičkih načela i normâ.

Nema nikakve sumnje da suvremena etika sestrinstva sa svojim općim postavkama naginje prema biomedicinskoj etici kao takvoj, a koja se redovito poistovjećuje s četirima formalnim – *prima facie* – etičkim načelima: dobroćinstvo, neškodljivost, poštivanje autonomije i pravednost.⁴⁵ Pritom valja imati kritičku svijest u pristupu principalističkom poimanju biomedicinske etike.⁴⁶ Svaki pokušaj da se etika sestrinstva posve svede na opću biomedicinsku etiku nužno mora završiti u promašenu metu, jer etika sestrinstva sa svojim specifičnostima proizlazi iz sestriinske prakse, a sestriinska se praksa bazira na sestriinskim aspektima medicinske skrbi, a ne na znanstvenim aspektima liječničke prakse. Smisao sestriinske prakse ne izbija iz »formalnoga« liječenja bolesnika, nego izbija iz »materijalne« skrbi za bolesnika. U toj distinkciji valja istražiti formalnu razliku između medicinske etike i sestriinske etike. Etika sestrinstva koja reflektira moralnu svijest o skrbi za bolesnika radije privilegira osobnu vrlinu, nego formalno načelo. Osoba koja savjesno skrbi za druge razvija i stječe specifične vrline koje joj omogućavaju da tu skrb obavlja s lakoćom i postojanošću. Ljubav, pažljivost, požrtvornost, poštenje, iskrenost, povjerljivost, predanost, marljivost, strpljivost, samo su neke vrline koje ekspliciraju vrijednošno ustrojstvo skrbi za druge.

Ukratko, medicinska etika je poglavito liječnička etika, tj. etika liječničkoga djelovanja i ponašanja nad i prema bolesnicima, dok je sestriinska etika, kako joj ime kaže, etika djelovanja i ponašanja medicinskih sestara nad i prema bolesnicima. Prva je u suvremenom dobu stavljena u krizu, jer se »sukobljava« s rigidnom znanstvenom logikom liječenja (*curing*). Tu se često susreće s davanjem prednosti onom tehničkom ispred onog etičkog. Druga je oduvijek bila uvjetovana humanističkom logikom brige (*caring*) oko ozdravljenja (*healing*), iako ni ona nije pošteđena bremenitih izazova biotehnologizacije i birokratizacije profesije.

⁴⁴ A. VERLINDE, »Are There Specific Aspects of Nursing Ethics?«, u: E. SGRECCIA – V. MELE – G. MIRANDA (ur.), *Le radici della bioetica*. Atti del Congresso Internazionale, Roma, 15–17 febbraio 1996, Vita e Pensiero, Milano, 1998., sv. I, str. 353–354.

⁴⁵ Opširnije o tome vidi u: T. MATULIĆ, *Bioetika*, Glas Koncila, Zagreb, 2001., str. 266–271.

⁴⁶ Usp. T. MATULIĆ, *Bioetika, nav. dj.*, str. 271–274.

Formalna razlika među spomenutim profesionalnim etikama važna je radi opravdanja autonomije, uključujući i identitet, sestrinske prakse⁴⁷, s jedne strane, i radi opravdanja zasebnog etičkog kodeksa sestrinstva⁴⁸, s druge strane. U ranijim je analizama središnje mjesto u etičkom razumijevanju sestrinstva zadobio koncept skrbi koji, kako je prikazano, sadržava više vrijednosnih aspekata i dimenzija. Idealna medicinska skrb moguća je samo ako se ozbiljno uzmu u obzir sve navedene vrijednosne dimenzije u pružanju takve skrbi. Većina suvremenih studija o osnovnim moralnim pojmovima etike sestrinstva izdvaja skrb i stavlja je uz bok drugim nosivim moralnim pojmovima, poput zagovaranja, odgovornosti i suradnje.⁴⁹ Uspoređujući te moralne pojmove s ranijom kompleksnom analizom smisla i značenja skrbi, dolazimo do zaključka da se tu radi o istome, samo što neki autori(ce) smatraju da je skrb u odnosu na zagovaranje, odgovornost i suradnju jedan zaseban nosivi moralni pojam etike sestrinstva, dok mi smatramo da se tu radi o različitim modalitetima tumačenja i razumijevanja jedinstvenog koncepta skrbi kao nosivog pojma etike sestrinstva koja treba stajati u temeljima cjelokupne sestrinske prakse.

Umjesto zaključka

Pojedinačne norme i pravila djelovanja i ponašanja sestrinstva temelje se na i izvode se iz vrijednosnog smisla i značenja skrbi za bolesnika. Tu presudnu riječ ima traženje i promicanje najveće moguće dobrobiti bolesnika. Dobrobit bolesnika je, dakako, intimno i neraskidivo povezana s ljudskim dostojanstvom bolesnika.⁵⁰ Poštivanje i zaštita ljudskog dostojanstva bolesnika, koje u konkretnom prakticiranju medicinske skrbi nameće praktičke imperativne zaštite ljudskoga života kao neotuđive vrijednosti, poštivanja temeljnih ljudskih prava, uvažavanja osobnih životnih planova i vrijednosti, aktivnog zauzimanja oko ublažavanja boli i uklanjanja patnje i, posljedično, trajne angažiranosti na planu cjelovitog ozdravljenja bolesne osobe⁵¹, sačinjavaju vrijednosnu bit etike sestrinstva koja se izvodi iz normativnog koncepta skrbi, kao presudnog elementa cjelokupne sestrinske prakse.

⁴⁷ Usp. M. L. Di PIETRO – A. Dalle ORE, »Nursing«, u: *Nuovo Dizionario di Bioetica* (ur. S. Leone – S. Privitera), Città Nuova Editrice – Istituto Siciliano di Bioetica, Rim – Acireale, 2004., str. 760–763.

⁴⁸ Usp. M. FURLAN, »Etica professionale«, u: *Nuovo Dizionario di Bioetica, nav. dj.*, str. 437–440.

⁴⁹ Usp. S. T. FRY, »Toward a Theory of Nursing Ethics«, u: *Advances in Nursing Science*, 11 (1989.), str. 9–22.

⁵⁰ Usp. S. BALOBAN, »Medicinska sestra u službi dostojanstva čovjeka«, u: *Sestrinski glasnik*, 6 (2000.), str. 44–47.

⁵¹ Usp. D. TETTAMANZI, »Infermiere«, u: ISTI, *Dizionario di Bioetica, nav. dj.*, str. 226–227; usp. PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari, nav. dj.*, str. 9–19, br. 1–10.

Summary

IDENTITY, PROFESSION AND ETHICS OF SISTERHOOD

The author questions some general and fundamental, that is, theoretical aspects of sisterhood. The concept of the article is presented in three main sections. The first analyses the idea of sisterhood in the light of the question of identity and in the context of society in general and particularly with health. The second section immediately relates to the first because the author analyses the sense and meaning of sisterhood in the light of autonomous professions and/or authentic calling, vocation. Sisterhood as an autonomous profession is more recent however its history witnesses in favour of an authentic calling, i.e. charismatic call sui generis to care for the ill, a fact that creates the actual meaning of sisterhood. The third section deals in detail with the aspect of the ethics of sisterhood. The author attempts to determine the value substance of sisterhood with the aim of defining basic ethics of sisterhood. That substance value is researched in the medical meaning and health care. Even though the concept of medical care is manifold and multi-dimensional, the author supports integration of all value aspects of the various meanings of medical care and one complete whole as a real and unquestionable value based on the professional ethics of sisterhood. Therefore, sisterhood care of the ill vitally articulates the professional ethics of sisterhood.

Key words: sisterhood, medicine, ill, identity, profession, vocation, care, healing, sisterhood ethics.