

ETIKA SESTRINSTVA: SMIJU LI MEDICINSKE SESTRE ŠTRAJKATI?

Ivan Šegota

Medicinski fakultet, Rijeka

UDK 174.4:331.109.32

Pregledni članak

Primljeno: 2. 2. 1995.

Proces prerastanja sestrinstva iz zanimanja u profesiju, koji je u visokorazvijenim zemljama kao što su SAD već završen, aktualizira i pitanje sestrinske profesionalne etike. Autor razmatra vezu između sestrinstva i etike te etike i sestrinstva, uključujući u raspravu dosadašnje različite definicije sestrinstva, njegovu teorijsku jezgru i konceptualne modele, zatim pitanje odnosa feminističke etike i sestrinstva, religijske inspiracije sestrinske etike, Nightingalein etički model sestrinstva itd. Posebno se zadržava na aktualnoj pojavi štrajkova medicinskih sestara u nas te tu pojavu analizira s etičkih pozicija, oslanjajući se na dosadašnje etičke rasprave o toj temi u bioetičkoj literaturi.

ETIKA I SESTRINSTVO

Između sestrinstva i etike postoji prisna veza koja datira još od začetka uloge njegovateljice kao prethodnice sestrinskog zanimanja. Njihova je spojna točka "dobročinstvo" (*beneficence*), što je jedan od četiriju temeljnih normativnih načela moderne medicinske etike odnosno bioetike. Ostala tri su: "neškodljivost" (*nonmaleficence*), "poštivanje osobnosti" (*autonomy*) i "pravednost" (*justice*) (Beauchamp & Childress, 1989).

Zahvaljujući moralnoj ideji dobra kao i osjećaju ljubavi spram bližnjih, nastala je praksa njege bolesnih i ozlijeđenih. "Moderno je sestrinstvo naslijedilo te komponente" te "mi danas zaista poistovjećujemo" – kako kažu autori knjige *Nursing Ethics Through the Life Span (Sestrinska etika kroz životni vijek)* – "sestrinstvo s dobrim i činjenjem dobra" (Bandman & Bandman, 1990). Činjenje dobra a izbjegavanje činjenja zla etičko je načelo koje nas, s pratećim etičkim pravilima a u sklopu neke etičke teorije, usmjerava u društvenom ponašanju. To je etičko načelo, kao što je rečeno, okosnica sestrinstva i njena stara spojna nit s etikom. No u sestrinstvu, kao uostalom i u liječništvu i medicini općenito, ne djeluje samo jedno etičko načelo već više njih.

Tom L. Beauchamp i James F. Childress, vrlo istaknuti američki bioetičari (prvi je profesor filozofije na sveučilištu Georgetown znanstveni savjetnik Kennedy instituta za etiku, a drugi je profesor religijskih disciplina na sveučilištu Virginia) izdvojili su spomenuta četiri načela kao glavna u bioetici. To su učinili u svojoj zajedničkoj knjizi, prvi puta objavljenoj 1977, pod naslovom *Principles of Biomedical Ethics (Principi biomedicinske etike)*, koja je otad doživjela više izdanja u dvadesetak gradova na gotovo svim kontinentima i jedna je od nekoliko knjiga koje čine okosnicu bioetičke bibliografije. Za njene autore, obveza da se poštuje kako osobu tako i njene želje spada pod "načelo autonomnosti"; obveza da se druge ne ozlijedi, da ih se ne ubije ili da im se okrutno ne prijete spada pod "načelo neškodljivosti" (ili "nezlonamjernosti"); obveza da se dobročinstvo i štete podijele i rasporede izraz je "načela pravednosti".

Uz navedena četiri načela, bioetičke teorije koje spominju citirani autori poznaju i druga načela kao što su: "korisnost" (načelo koje obvezuje da se učini više dobra nego zla); "povjerenje" (poštivanje dogovora i izvršenje obećanja); "povjerljivost" (čuvanje tajni); "istinoljubivost" (davanje pouzdanih i pravodobnih informacija) i druge. Medicinska sestra, radeći svoj profesionalni posao, bilo to u školi, bolnici, staračkom domu, tvornici, rodilištu, hospiciju, kućnoj njezi, patro-naži itd., susreće se s problemima i pitanjima koja imaju i etičku dimenziju. Oko tih pitanja počela se formirati nova znanstvena disciplina koja se naziva *etika sestrinstva*. Ona se već izučava na pojedinim medicinskim odnosno sestrijskim fakultetima u svijetu, a također se formirala i sestrijska etička bibliografija koja se stalno upotpunjuje novima naslovima. U ovoj raspravi pozabavit ćemo se najprije pitanjem odnosa sestrinstva i etike, i obratno: etike i sestrinstva, da bismo se na koncu usredotočili na jedno od aktualnih pitanja etike sestrinstva, na pitanje o – moralnoj dopustivosti ili nedopustivosti štrajka medicinskih sestara.

DEFINICIJE SESTRINSTVA

Već desetljećima vodeći teoretičari sestrinstva nastoje pronaći zadovoljavajuću definiciju te struke. Osnovno je pitanje u tome je li – i ako jest, po čemu – sestrinstvo specifično u odnosu na ostale struke u zdravstvu: po vlastitoj teorijskoj osnovi ili samo po metodama primjene jedinstvenog teorijskog temelja koji povezuje i sva ostala medicinska zvanja? Ili je posrijedi i jedno i drugo? Odnosno, ako se polazi od potreba koje sestra zadovoljava i uloge koju vrši, kao što to čine neki autori, pitanje glasi: "koje ljudske potrebe sestra može uspješnije zadovoljiti od bilo kojeg drugog profila zdravstvenih djelatnika?" (V. Henderson, 1994:3). Sa stajališta, pak, samostalnosti, nadležnosti, slobode inicijative itd., pita se na kojem je ona području samostalna i samoinicijativna i za koje je baš ona nadležna? Jer, za liječnika se zna da je "nadležan za dijagnostiku i liječenje" i da je u tome "njegova jedinstvena uloga" (V. Henderson, 1994:3). U čemu je međutim "jedinstvena uloga" sestree?

Povijesno gledajući, sestrinstvo je nastalo na praksi i tradiciji njegovanja bolesnika i ranjenika te skrbi za nemoćne, napuštene i siromašne, a to nije podrazu-

mijevalo neko posebno stručno znanje i metode. Tek u novije doba, od Florence Nightingale do danas, nametnula se potreba za određenom stručnom naobrazbom njegovatelja odnosno njegovateljica. Oni koji su na tome angažirani, nerijetko kao moto citiraju njenu rečenicu, koja glasi: "Često se kaže da svaka žena može biti dobra medicinska sestra. Ja, naprotiv, smatram da i osnovni elementi zdravstvene njege zahtijevaju znanje" (G. Fučkar, 1992). S najnovijom, pak, tendencijom prerastanja sestrinskog zanimanja u profesiju, otvorilo se navedeno pitanje o specifičnosti sestrinstva i njihove naobrazbe u odnosu na ostala paraliječnička zanimanja.

Svako, naime, zanimanje ima pet bitnih elemenata po kojima se razlikuje od ostalih. To su: 1) teorijsko-metodološka osnova; 2) stručni monopolizam; 3) prepoznatljivost u javnosti; 4) organiziranost; 5) etika (Ž. Šporer, 1990).

U ovoj nas raspravi zanima prije svega etika. No moramo se prije toga ukratko zadržati na prvom elementu, tj. na teorijsko-metodološkoj osnovi sestrinstva, u svjetlu kojeg je lakše razmatrati etička pitanja sestrinstva i pojedine konkretne probleme kao što je štrajk.

Riječ je o tome da su sva zanimanja utemeljena na određenom teorijskom znanju i da svako, osobito ono koje želi steći status profesije, nastoji zadobiti monopol nad praktičnom upotrebom svog segmenta teorijskog znanja. Medicinska zanimanja, na primjer, baziraju se na fiziologiji, biologiji i kemiji, dok se s druge strane pravna profesija zasniva na rimskom pravu i/ili *common law* i nekim drugim društvenim znanostima. Od brijača koji je u dalekoj povijesti obavljao i neke kirurške zahvate mogao je postati kirurg onda kada je počeo svoje znanje temeljiti na teoriji (fiziologiji, kemiji, biologiji i sl.) (Ž. Šporer, 1990).

Kada se govori o medicinskoj sestri, onda se tu također radi o određenom segmentu medicinskog znanja odnosno "teorijskoj jezgri sestrinstva" (Brunner, Suddarth, 1988) na kojoj se temelji sestrinsko zanimanje. Otkriće i isticanje te jezgre zajedno s preostala četiri elementa sestrinskog zanimanja podupire autonomiju toga zvanja i nastojanja da ono stekne status profesije.

Među prve definicije sestrinstva spada pokušaj Nightingaleove iz 1858. da s pomoću odgovora na pitanje koji je zadatak sestrinstva (*what nursing has to do...*) dâ bitnu karakteristiku toga zanimanja. Evo što ona kaže:

"Sestrinstvo treba dovesti pacijenta u najbolje uvjete za djelovanje prirode" (*... is to put the patient in the best condition for nature to act upon him*) (M. Skeet, 1980). To se možda još bolje može prevesti onako kako je to učinila profesorica Gordana Fučkar u svom udžbeniku *Proces zdravstvene njege* (1992), kao "stvaranje najpovoljnijih uvjeta za odvijanje prirodnih procesa (očuvanja zdravlja ili ozdravljenja)" (G. Fučkar, 1992:14).

Nightingaleova je davala sestrinstvu, slično kao i stari Grci liječništvu, atribute "umjetnosti i znanosti". Neki njeni sljedbenici su na tome posebno inzistirali. Tako, na primjer, autorica knjige *Notes on Nursing (Bilješke o sestrinstvu)*, Muriel Skeet, u kojoj komentira istoimenu knjigu Florence Nightingale, stavlja u njen podnaslov: *The Science and the Art (Znanost i umijeće)* kao poblizu oznaku

pojma sestrinstva (*nursing*) istaknutog u naslovu. Takvom poimanju sestrinstva sklona je i Virginia Henderson, o kojoj će biti posebno govora.

Za rane definicije možemo reći da ih karakterizira nastojanje autora da sestrinstvo povezuju s bolesnicima i brigom za oboljele. Za kasnije i novije, pak, karakteristično je isticanje uloge sestara ne samo u sprečavanju bolesti već i u očuvanju zdravlja i njegovu unapređenju. Takvo određenje sestrinstva nalazimo i u nas, na primjer u "Medicinskom leksikonu" Leksikografskog zavoda "Miroslav Krleža" (prvo izdanje, 1990), u kojem stoji da je sestrinstvo "zvanje kojem je zadaća njega bolesnih i zaštita zdravih osoba."

Među novije definicije spada ona koju je dala spomenuta Amerikanka, Virginia Henderson, 1960. Ona je na izvjestan način, moglo bi se reći, američki pandan Florence Nightingale. Rođena je 1897. i imala je 13 godina kada je Nightingaleova umrla. Kao i njen europski uzor, i Hendersonova je doživjela duboku starost i gotovo do konca života bila aktivna (F. Nightingale je umrla u devedesetoj i iz bolesničkog kreveta vodila svoju korespondenciju, a V. Henderson je i u 88. godini primala nagrade i pisala pozdravne poruke američkim diplomanticama sestrinstva). Hendersonova je nakon analize sestrinske literature ustanovila "da je definicija sestrinstva vrlo neodređena, nejasna i obično praćena stavom da je uloga sestre promjenjiva" (V. Henderson, 1994:3). Odlučila je da u nedostatku "međunarodno prihvaćene definicije" dade "vlastito tumačenje jedinstvene uloge sestre" (V. Henderson, 1994:4). Evo kako glasi ta njena definicija sestrinstva: "Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu pomogne postati neovisnim što je moguće prije" (V. Henderson, 1994:4).

Ta se definicija danas najčešće koristi u angloameričkoj literaturi i smatra se "jednom od klasičnih definicija sestrinstva" uopće (Brunner, Suddarth, 1988). No u njenoj interpretaciji brojni autori ističu da na pojedinca iz konteksta te definicije treba gledati holistički, tj. kao cjelovitog a ne parcijalnog čovjeka. Jer čovjek, bio on zdrav ili bolestan, nema samo jednu potrebu već sve one koje ga čine čovjekom. A te su potrebe i psihičke, i emocionalne, i intelektualne, i socijalne, i duhovne naravi. Dakle, sestra je – prema toj holističkoj interpretaciji definicije Hendersonove, a to ističe i sama autorica u svom djelu *Narav sestrinstva (The Nature of Nursing)* – podjednako usmjerena i na pitanje zdravlja i bolesti, a ne samo bolesti (Brunner, Suddarth, 1988).

Određenje sestrinstva nalazimo i u Međunarodnom kodeksu etike medicinskih sestara. U verziji koja potječe iz 1965 – s kongresa ICN (Međunarodno vijeće medicinskih sestara), održanom navedene godine u Frankfurtu – stoji da je "pomoć ljudima osnovni zadatak medicinskih sestara i smisao njihova posla" te se dodaje da je taj zadatak "trostruk: održavati život, olakšavati patnje i pospješiti ozdravljenje". Nadalje u tom kodeksu (u preambuli) stoji da su medicinske sestre – pružajući "oboljelom čovjeku pomoć" – "odgovorne za stvaranje takve fizičke, psihičke, socijalne okoline koja pospješuje njegovo ozdravljenje, te poukom i primjerom upozoravaju na važnost koju ima sprečavanje bolesti. Zdravstvenu

pomoć daju pojedincu, obitelji i zajednici, i pri tom surađuju s drugim profilima zdravstvenih radnika" (K. Demarin, 1984:97).

U istom kodeksu iz 1973. godine (koji je značajno izmijenjen u odnosu na spomenuti iz 1965) stoji da je "osnovni zadatak medicinske sestre četvorostruk: unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, obnavljanje zdravlja i ublažavanje patnji" (Kodeks ICN, 1973).

ANA – Američko udruženje medicinskih sestara (*American Nurses Association*), najснаžnije takvo udruženje u svijetu, usmjerava sestrinsku profesiju i na zadatke dijagnoze. U jednoj svojoj službenoj publikaciji iz 1980. godine (*Nursing Asociat Policy Statement*), u kojoj opisuje društveni kontekst sestrinstva u SAD-u i naznačuje raspon sestrinske prakse u toj zemlji, ANA za sestrinstvo kaže sljedeće:

"Sestrinstvo podrazumijeva dijagnoze i tretman ljudskih odgovora na aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme" (. . . *the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems*) (Brunner, Suddarth, 1988).

Dijagnostičku tendenciju u razvoju američkog sestrinstva moguće je zapaziti i kroz sve veći broj stručnih knjiga za medicinske sestre, koje u sadržaju ili čak u naslovu imaju sintagmu "sestrinske dijagnoze" (na primjer knjiga Lynde Juall Carpenito: *Nursing Diagnosis, Application to Clinical Practice*, koje je prvo izdane 1989., a treće već 1990).

U Kodeksu medicinskih sestara Američkog udruženja medicinskih sestara iz 1976. (Code of Nurses ANA, 1976) nije dana precizna definicija sestrinstva nego se uopćeno opisuje djelokrug njihova posla s etičkog stajališta.

OBITELJSKA KOMPONENTA SESTRINSTVA

Uz navedene definicije u stručnoj (američkoj) literaturi mogu se naći i određena sestrinstva koja tu profesiju povezuju s obitelji ili s kvalitetom života. Jedna potječe iz 1983, a autori su H. Yura i W. B. Walsh (dana je u njihovoj knjizi *The Nursing Process*) i glasi ovako:

"Svrha je sestrinstva da održava optimalno dobro stanje pacijenta i da, ako se to stanje promijeni, osigura opseg i kvalitetu života pacijenta te maksimalizaciju njegovih resursa da stekne najvišu kvalitetu života za što je moguće duže razdoblje" (Brunner, Suddarth, 1988).

U već spomenutoj knjizi, *Sestrinska etika tijekom života (Nursing Ethics Through the Life Span)*, koja je objavljena 1990, a autori su joj Elsie L. Bandman i Bertram Bandman, inzistira se – a to je slučaj i u nekih drugih autora – na obiteljskoj komponenti sestrinstva. "Karakteristika je sestrinstva", kažu spomenuti autori, "da ponajprije vodi računa o zdravlju i dobrobiti pacijenta i obitelji" (Brunner, Suddarth, 1988). Hendersonova tu vezu ističe kroz ulogu sestre u podučavanju pacijentove obitelji u stvarima osnovne zdravstvene njege i utjecaja koji ona može u tom pogledu imati na obitelj ("Poznato je, uostalom, da su obitelji

najspremnije prihvatiti način života usmjeren pozitivnom zdravlju kada to zastupa onaj tko im je pomogao u bolesti, u vrijeme kada im je pomoć bila najpotrebnija." (V. Henderson, 1994:2).

Inače ta (obiteljska) komponenta sestrinstva dobiva sve više na značenju razvojem obiteljske grane medicine, koja posebice snažne poticaje bilježi danas u katoličkim zemljama, budući da Katolička crkva oživljava svoju doktrinu o obitelji kao temelju društva i ishodištu vjere. Još su se prije pedesetak godina javili prijedlozi da se uvede naziv "obiteljska sestra" (u nas "patronažna" ili "terenska sestra") koja bi "vršila zaštitu određenog broja obitelji na nekom području" (*Medicinska enciklopedija*, tom 8, JLZ, Zagreb, 1963).

TEORIJSKA JEZGRA SESTRINSTVA I KONCEPTUALNI MODELI

Medicinskoj sestri, kad bi ona bila samo pomoćnica liječnika koja nema svog profesionalnog identitea, zacijelo ne bi bila potrebna naobrazba s posebnom i već spomenutom "jezgrom teorijskog znanja" na kojem će temeljiti svoju praksu. Bilo bi joj dovoljno da posjeduje samo neke elemente liječničkog znanja kojim bi se služila po uputama i pod nadzorom liječnika. Tada bi sestrinstvu vjerojatno bio primjeren *tradicionalni paternalistički model u kojem dominira liječnik kao znalac i muškarac, a sestra mu pomaže kao neka vrsta sekretarice*.

Takav je, međutim, model danas anakron, iako se ponegdje još uvijek održava. U nas je konceptualno prevladan još prije četrdesetak godina, kada je u Hrvatskoj, "zbog shvaćanja da je sestra samostalan suradnik u radnoj ekipi, bila 1953. formirana Viša škola za sestre u Zagrebu" (*Medicinska enciklopedija*, 1963). Ubrzani razvoj znanosti i tehnologije još više potiče profesionalnu autonomiju sestrinstva, koju na izvjestan način možemo naći još u začecima modernog sestrinstva: u idejama Florence Nightingale.

Ona, naime, u svom promišljanju glavnog cilja sestrinstva, kao što se može vidjeti iz njene citirane definicije, ne polazi od uloge sestre kao asistenta liječnika, već od uloge autonomnog zdravstvenog djelatnika. Istina, ona od svojih sestara traži da budu, među ostalim, i "pokorne liječniku", ali im u profesionalnom smislu ipak daje određenu autonomiju. Jer ako je zadatak medicinskih sestara da "dovedu" pacijenta u "najbolje uvjete" kako bi "priroda djelovala nad njim" (odnosno da bi se, prema G. Fučkar, "odvijali prirodni procesi"), onda one implicite samostalno posreduju između bolesti i prirode odnosno liječenja i ozdravljenja. Po toj ideji, cilj sestara jest ozdravljenje (što čini priroda) a ne liječenje (koje pripada liječniku). Moglo bi se zaključiti da je Nightingaleovoj vrlo bliska misao dana u staroj latinskoj izreci da liječnik samo liječi dok ono glavno obavlja priroda (*Natura sanat, not medicus; Natura sanat medicus cureat morbos*) (V. Lokner, 1994).

Na koncu dodajmo da su vrlo rijetke suvremene definicije sestrinstva koje ističu ulogu medicinske sestre kao pomoćnice liječnika. Jednu takvu nalazimo u našoj Enciklopediji iz 1963., a ona glasi: "Medicinska je sestra stručno obrazovana

osoba za njegu bolesnika, za rad u medicinskim laboratorijima i za pomoć liječnicima" (*Enciklopedija*, LZ 1963. t. 4). Međutim većina vodećih svjetskih teoretičara suvremenog sestrinstva nastoji dokazati profesionalnu autonomiju medicinskih sestara, tvrdeći da suvremena medicina podrazumijeva timski rad više medicinskih struka nosioci kojih su u međusobnom ravnopravnom odnosu kao suradnici i kolege, a liječnik je među njima samo *primus inter pares*. Po njihovu mišljenju, sestrinstvo ima svoju vlastitu teorijsku osnovu odnosno svoju "teorijsku jezgru". O kojoj se teorijskoj osnovi radi?

Spomenuti teoretičari ističu da je teorijska podloga sestrinske prakse bila u početku isprepletana teorijama iz različitih bioloških, psiholoških i socioloških škola ("biopsihosocijalnih znanosti" – Brunner, Suddarth, 1988). Međutim, u posljednjih nekoliko desetljeća formira se *opća teorija sestrinstva* na kojoj se grade konceptualni okviri i razvijaju modeli sestrinstva. Navest ćemo četiri takva modela. To su: 1) "Model životnih procesa" (*Life processes model*); 2) "Model samoskrbi" (*Self-care model*); 3) "Prilagodbeni model" (*Adaption model*) i 4) "Model bihevioralnih sustava" (*Behavioral systems model*)

1) Model životnih procesa

Taj je model razvio Rogers 1970. godine. Karakteristika mu je u pristupu čovjeku kao organskoj cjelini. Autor drži da znanstveno jezgra sestrinstva ima za cilj opisati, objasniti i predvidjeti ono što je bitno za ljudsku vrstu kako bi se razvijale teorije sestrinstva koje služe neposrednoj sestrinskoj praksi. Po njegovu mišljenju, za teoriju sestrinstva pet je bitnih obilježja čovjeka. To su:

- A) Cjelovitost: čovjek je integralno biće te ima karakteristike koje se ne mogu svesti na jedan njegov dio ili pak na puki zbroj svih dijelova.
- B) Interakcija: čovjek neprestano sa svojom okolinom izmjenjuje materiju i energiju.
- C) Evolucija: ljudski životni proces teče jednosmjerno i nepovratno u određenom vremenu i prostoru.
- D) Identitet: određen je uzorima i organizacijom koji utječu na njegovu promjenjivost.
- E) Sposobnosti: čovjek je obdaren sposobnostima apstraktnog mišljenja, govora, likovnog izražavanja i emocijama.

Ako teorija sestrinstva gleda na čovjeka kroz navedene elemente, onda cilj sestrinske prakse postaje briga za unapređenje interakcije između pacijenta i njegova okruženja, i to na takav način da se za ozdravljenje što je više moguće koristi energija i potencijali samog pacijenta.

Kao što se vidi, Rogersov model sestrinstva temelji se na holističkoj teoriji zdravlja i jedinstvu čovjekova bića. Podaci koje sestra sabire radi svoje dijagnoze izvedeni su iz cjelovite strukture činjenica koje čine zdravstveni potencijal osoba. Na osnovi njih moguće je ustanoviti kratkoročne i dugoročne zdravstvene ciljeve za pojedinca, njegovu obitelj i društvo te odrediti sestrinsko djelovanje da bi se

ti ciljevi ostvarivali. Takvim djelovanjem sestra pomaže osobi da restrukturira svoje odnose sa sobom i okolinom, kako bi u najvećoj mogućoj mjeri mogla koristiti svoje potencijale.

Konceptualni modeli sestrinstva, kao što je ovaj Rogersov, predstavljaju vrijedan prilog nastojanjima da se stvori *znanstvena teorija sestrinstva*. Provjere tog modela u praksi i njegovo kritičko vrednovanje nedvojbeno će – kako to ističu citirane američke autorice, Lillian Sholtis Brunner iz Philadelphie i Doris Smith Suddarth iz Washingtona, DC. – koristiti razvoj sestrinske znanosti.

2) Model samoskrbi

Jedna koncepcija sestrinstva stavlja naglasak na potrebu ljudi da brinu sami o sebi. U zadovoljavanju te potrebe nastaju aktivnosti kojima je cilj održavanje života, zdravlja i dobrog stanja u cjelini. Ta koncepcija također potječe iz Amerike (Orem), a razvijana je petnaestak godina (od 1971. do 1985). Po tom modelu, sestre potiču i usmjeravaju *self-care* aktivnosti pojedinca u njihovu nastojanju da si poboljšaju življenje, očuvaju i unaprijede zdravlje, oporave se od bolesti i ozljeda ili da se nose s njihovim posljedicama. Potreba za takvim djelovanjem sestre javlja se kada odrasloj osobi nije moguće da se na zadovoljavajući način brine sama o sebi ili kad to roditelji nisu u stanju činiti za svoje dijete.

Na sestrinstvu je zadatak i odgovornost – po Oremovu modelu – da pomaže osobi u svladavanju onih prepreka koje joj onemogućuju, ograničavaju ili sputavaju samoskrb.

Orem u svojoj knjizi *Sestrinstvo: koncepti i praksa*, koja je objavljena 1985. (*Nursing: Concepts and Practice*), razlikuje tri vrste samoskrbnih potreba: univerzalne (*universal*), razvojne (*developmental*) i one koje se odnose na zdravstvene devijacije (*health deviation*).

a) Univerzalne samoskrbne potrebe jesu one koje imaju svi pojedinci da bi održali svoje cjelovito ljudsko funkcioniranje.

b) Razvojne samoskrbne potrebe su one koje nastaju kao rezultat nekih razvojnih procesa (na primjer, trudnoće) ili okolnosti koje mogu imati određene posljedice na ljudski razvoj (na primjer, gubitak voljene osobe).

c) Zdravstveno-devijantne samoskrbne potrebe (*Health deviation self-care requisites*) jesu one koje se javljaju kao rezultat oboljenja, ozljeda, nemoći, unakaženja ili medicinskih dijagnoza i tretmana zbog kojih pojedinac ima potrebu da mijenja svoje rutinsko ponašanje ovisno o karakteru i opsegu potreba. Samoskrb je svjesna, promišljena, samoinicijativna i svrhovita aktivnost pojedinca koja počiva na osobnim vrijednostima i ciljevima. Ona može učinkovito djelovati na unapređenje strukturalnog integriteta, funkcioniranja i razvoj osobe.

Orem otkriva tri sustava djelovanja sestara u vezi sa samoskrbi. To su: a) sustav potpune kompenzacije; b) sustav djelomične kompenzacije; c) sustav edukacijske (razvojne) potpore.

Prvi sustav (*whole compensatory system*) koristi se kada pojedinac nije u stanju preuzeti aktivnu ulogu u brizi za sebe, pa mu pomaže sestra, i to tako da ga poslužuje i radi za njega.

Drugi, djelomično kompenzacijski sustav (*partly compensatory system*) jest u upotrebi onda kad i sestra i pacijent sudjeluju u pacijentovoj samoskrbnoj aktivnosti. Veću odgovornost u tome može preuzeti ili sestra ili sam pacijent, što ovisi o pacijentovu objektivnom stanju, znanju, vještini, psihološkim sposobnostima ili o liječničkim uputama.

Treći sustav (*supportive-educative system*) upotrebljava se kada je pacijent sposoban da zadovolji, ili da nauči zadovoljiti, svoju potrebu za samobrigom, ali mu je za to potrebna pomoć ili potpora sa strane.

Po tom modelu, s promjenom zdravstvenog stanja pacijenata mijenja se i njihova potreba za skrbi, a to opet utječe na promjenu *sestrinskog sustava* koji zadovoljava tu potrebu. Takav konceptulni model sestrinstva može služiti kao okvirni putokaz i usmjerenje sestrinstvu u skrbi za pacijente.

3) Adaptivni model

Adaptivni model sestrinstva ili *model prilagođavanja*, koji je razvio Roy, sistemski je model utemeljen na interakcijskim koncepcijama. Pod prilagođavanjem (*adaptation*) Roy podrazumijeva "proces promjena" shvaćen kao univerzalni ljudski fenomen.

U tom modelu na čovjeka se gleda kao na bio-psiho-socijalno biće koje je u stalnoj interakciji sa svojom okolinom i u kojoj se preda nj postavljaju zahtjevi za neprekidnom prilagodbom. Sposobnosti adaptacije ovisi o stimulansu kojemu je netko izložen kao i o stupnju odnosno razini prilagodbe. Potonje, tj. razina prilagodbe, određena je djelovanjem triju vrsta poticaja. To su: (1) žarišni stimulansi (*focal stimuli*) ili oni s kojima je osoba odmah suočena; (2) kontekstualni poticaji, koji uključuju sve ostale prisutne stimulanse; (3) preostali (*residual*) poticaji ili poticaji koje je osoba doživjela u prošlosti, kao što su vjerovanja, stavovi i mišljenja. Pacijentima, po američkim istraživanjima, stoje na raspolaganju četiri načina odnosno metode prilagođavanja na novu situaciju u kojoj se kao bolesnici nađu. To su sljedeće metode: a) psihološka; b) samoviđenje; c) funkcionalna uloga i d) međuzavisni odnosi.

Uloga sestre u opisanom modelu jest da unapređuje prilagođavanje pacijenta putem svih četiriju metoda, upotrebljavajući tijekom njihova zdravlja i bolesti četiri komponente njegovateljskog procesa: a) utvrđivanje; b) planiranje; c) izvršavanje i d) ocjenjivanje.

Prva komponenta ("utvrđivanje") znači da sestre u tijeku njegovateljskog procesa najprije utvrđuju pacijentovo stanje u odnosu na zdravlje-bolest i procjenjuju učinkovitost njegove sposobnosti da se bavi stimulativnim metodama za svoje prilagođavanje. U fazi planiranja ustanovljuju se zadaci za promjenu slaboadaptivnog ponašanja u prilagođavajuće ponašanje. Nakon toga u njego-

vateljskom procesu nastupa faza provedbe odnosno izvršenja plana i na koncu faza ocjenjivanja učinjenoga.

Ovaj Royev model primjenjuje se u nekoliko američkih bolnica i razvija u više škola za medicinske sestre u SAD-u, međutim još uvijek je u fazi kritičke provjere i dokazivanja svoje vrijednosti za praksu sestrinstva (Brunner, Suddarth, 1988).

4) Model bihevioralnih sustava

Taj model (*the behavioural systems model*) polazi od ljudskog ponašanja (*behaviour*) kao bitne čovjekove odrednice te na toj osnovi konstruira sestrinsko djelovanje. Njegov je autor Dorothy E. Johnson, koja tumači čovjeka kao "sustav ponašanja" (*behavioral system*). Čovjek, naime, kontinuirano nastoji balansirati između sebe i okoline, koja nije, kao ni sam čovjek, konstantna, već je promjenjiva. Po Johnsonovoj, ravnoteža se uspostavlja između čovjekove "unutrašnje" i "vanjske" sredine popustljivim i prilagodbenim ponašanjem. Zahvaljujući tom sustavu, čovjek se može ponašati staloženo, odlučno i predvidljivo. U većem vremenskom razdoblju takvo je ponašanje funkcionalno smisleno i učinkovito. Po Johnsonovoj, bihevioralni sustav ima više podsustava, od kojih svaki ima svoje posebne ciljeve ili funkciju. (Ima ih sedam, a svaki od njih, po mišljenju autorice unapređuje djelovanje sustava kao cjeline /v. cit. djelo, str. 5./)

Kada je u okviru tog modela potrebna intervencija sestre? Autor kaže da se potreba za sestrinskom njegom javlja onda kada dođe, ili bi moglo doći, do poremećaja u sustavu ponašanja, odnosno kada sustav ispadne iz ravnoteže te je čovjeku potrebna vanjska pomoć da izbalansira "vanjsku" i "unutrašnju" okolinu.

Ovdje se na sestrinstvo gleda kao na "vanjsku regulacijsku silu" koja ima svrhu da spriječava disfunkcije sustava i da očuva ili ponovno uspostavi optimalnu organizaciju i cjelovitost pacijentova ponašanja. Cilj je sestrinstva da pomaže pacijentu da izmijeni svoje obrasce ponašanja na takav način da bude sposoban spoznati one elemente svoga života koji više ne mogu biti izmijenjeni.

Johnsonin model imao je u Americi izvjesno mjesto u razvoju sestrinstva u praktičnom, edukacijskom i istraživačkom smislu, ali ga još uvijek, po mišljenju spomenutih teoretičarki, treba kritički vrednovati i testirati u praksi.

Navedena četiri modela sestrinstva dijelovi su konceptualnog okvira modernog sestrinstva koji se razvija u SAD-u. Uz njih u praksi i teoriji postoje i drugi, a razvijaju se i novi. No to su ipak najpoznatiji suvremeni modeli koji se prakticiraju u američkom zdravstvu i uče u sestrinskim školama i koledžima. Pritom se vrše njihove teorijske modifikacije i prilagođavanja konkretnim potrebama sestrinske prakse i sestrinske struke, pa se tako razvijaju novi modeli sestrinstva.

Mišljenje je eksperata (Brunner/Suddarth) da znanost o sestrinstvu, utemeljena na koncepcijskom modelu, pruža studentima studija za medicinske sestre opći okvir za njihovu njegovateljsku praksu unutar koje oni mogu profesionalno djelovati i kroz iskustvo širiti svoja sestrinska znanja. Vjeruju da se studenti kroz

svaki od navedenih modela mogu nakon završetka studija uključiti u sestrijsku praksu u granicama svojih "znanja o zdravlju i bolesti". No, ističu da se samo sa solidnim poznavanjem psihologije pacijenata i psihosocijalnih potreba pojedinaca, koji imaju pravo na zdravlje ali im je ono ugroženo bolestima, može uspješno obavljati sestrijska praksa i ispuniti očekivanja koja pred medicinske sestre postavlja društvena zajednica i njihova profesionalna etika.

Na koncu spomenimo da u stručnoj i znanstvenoj literaturi možemo naći i drukčije "tipologizacije modela sestrijsva" (V. Santrić, 1990). U jednoj se, na primjer, navode četiri sljedeća modela, za koje autor tvrdi da su uvjetovani kako "prilikama u kojima sestre rade" tako i "obrascima ponašanja u nekoj kulturi ili društvu", ali ovise i o "vlastitom habitusu" sestara. To su modeli u kojima su sestre:

1. "majke milosrdnice" – nježne i emocionalne njegovateljice, pune blagosti, samilosti, razumijevanja, brige, pažnje itd. ;
2. "foto-modeli" – za kojima se okreću i oko kojih se vrti (ili se njima tako čini) i liječnički i pacijentski svijet i koje su mišljenja da je djelotvorna i ozdravljajuća sama njihova pojava i prisutnost, a mnogo manje stručni naponi koji će biti poduzeti;
3. "administrativni birokrati" – za koje najvažniji orijentiri njihova postupanja nisu ni bol, ni bolest, ni bolesnici, kao uostalom ni liječnici, nego red, disciplina, protokol, perfekcionistička kontrola ulaza i izlaza, kako materijala tako i ljudi;
4. "tehnolozi-mučitelji" – u kojih je proces supstitucije čovjeka strojem dovršen, ne samo u smislu tehničkih procedura koje na njima iskušavaju i koje samo treba puštati u pogon nego i tako da pacijenti gube elementarna ljudska obilježja i postaju materijalom tehničko-tehnološke obrade ili dorade" (V. Santrić, 1990).

ETIKA I SESTRINSTVO

Termin etika rođen je u staroj Grčkoj, a korijen mu je u riječi *ethos*, koja je značila običaj, narav, naviku, ćud. Razvojem filozofije, koja je nastala u 7. st. pr. n. e., uz njen teorijski dio u koji su spadale logika i fizika, pojavila se i praktična filozofija. Ona je istraživala djelatnu ljudsku stranu i vrijednosti koje ih u životu pokreću i usmjeravaju, kao što su ideje o dobru i zlu, poštenju i nepoštenju, čestitosti i pokvarenosti, pravednosti i nepravednosti, iskrenosti i lažljivosti itd. Među prvima je Sokrat na prijelazu iz V. u IV. st. pr. n. e., da bi se suprotstavio sofističkom relativizmu, počeo istraživati vrlinu i druge etičke pojmove. U tom smjeru krenuo je i njegov učenik Platon, a onda i Platonov učenik i jedan od najvećih filozofa uopće – Aristotel.

Latinski prijevod grčke riječi "etika" dao je Ciceron, prevodeći u 1. st. n. e. Aristotela. Našavši latinski pandan za *ethos* u riječima *mos* i *moris*, koje su značile isto što i u grčkom, tj. narav, običaj, ćud, Ciceron je "etiku" preveo kao *moralis* (moral). Otada se te dvije riječi paralelno koriste ili kao slični ali različiti pojmovi, ili kao sinonimi. U hrvatskom se nekada za jedno i drugo rabio termin

"ćudoređe", što i danas čine neki autori; na primjer, u prijevodu Anzenbacherove "Filozofije", koja je od 1992. srednjoškolski udžbenik u Hrvatskoj, stoji da su "etika", "moral" i "ćudoređe" istoznačnice (Anzenbacher, 1992).

Međutim, ako se priklonimo stajalištu da se moral bavi pojmovima kao što su "dobro" ili "zlo", "pošteno" ili "nepošteno", "ispravno" ili "neispravno" itd. u praktičnom smislu, a etika tim istim pojmovima, ali u teorijskom smislu i njihovim povijesnim, filozofskim, socijalnim i inim razlozima, onda bismo za etiku mogli reći da je to znanstvena disciplina. Radi se zapravo o grani filozofije koja je našla svoju primjenu u mnogim područjima društvenog života, pa tako i u medicini. Etika je, prema tome, znanost koja izučava moral, njegove izraze, razvoj, teorije, načela i norme, a medicinska etika je to isto u okviru medicine i zdravstva. (Sintagma "medicinska etika" pojavila se razmjerno kasno, prvi put 1803. godine u Engleskoj, u naslovu knjige njihova poznatog liječnika, Thomasa Percivala.) No, u svim svojim varijantama ona je izraz društvenog interesa za ponašanje ljudi i njihovih grupa. Taj društveni karakter etike vjerojatno među svim jezicima najbolje izražava japanski termin za etiku, "rinri". To je, naime, složenica od "rin" = društvo i "ri" = razlog. Dakle, etika je na japanskome "društveni razlog". Neki američki autori to interpretiraju kao dokaz da etika (koja je inače, kako oni kažu, u američkoj "pluralističkoj i individualističkoj kulturi dosta nejasna riječ") zapravo znači da "individue u homogenoj zajednici prosuđuju o partikularnim problemima" (J. C. Fletcher, 1991). Iz toga izvode zaključak da za etičko ponašanje kliničkih sestara i drugih kliničara nije dovoljno uvažavanje samo općih etičkih premisa već i poštivanje religijskih, filozofskih, socijalnih i drugih osebnosti pacijenata.

FEMINISTIČKA ETIKA I SESTRINSTVO

Iako su muškarci oduvijek dominirali u medicini, njega bolesnika bila je tradicionalno ženski posao. Na toj ženskoj ulozi njegovateljice razvilo se moderno sestrinstvo, koje je jedno od najfeminističnijih suvremenih zanimanja. Na primjer, u SAD-u u profesiji medicinskih sestara zaposleno je – prema podacima iz 1972. – 97,6 posto žena, u bivšem SSSR-u 99,0, a u bivšoj Jugoslaviji 81,3 posto. Ostale "totalno feminističke profesije" – kako ih nazivaju sociolozi – jesu: sekretarice (99,1), odgojiteljice u dječjim vrtićima (96,8) i učitelji odnosno nastavnici osnovnih škola (85,1) (Ž. Šporer, 1992).

Liječnici su, naprotiv, čista muška profesija, jer je među njima – prema istim izvorima – svega 10 posto žena.

Za sociologe profesija takav nerazmjer između broja zaposlenih žena i muškaraca u okviru neke profesije govori koja je od njih "polu-profesija" a koja "čista profesija". Tamo gdje dominiraju žene, tvrde oni, riječ je o *zanimanju*, odnosno poluprofesiji, a gdje su u velikoj većini muškarci, to je već profesija. Tako je, po njima, u američkom društvu "tipičan profesionalac muškarac", dok je "žena tipičan predstavnik poluprofesije" (Cockerham, 1989).

No, danas u modernim društvima teče proces feminiziranja mnogih profesija koje su dosad stereotipno bile rezervirane za muškarce, kao što je profesija političara, vojnika, policajaca, liječnika i druge. Dakle, ne radi se o zanimanjima koja još nisu postala profesijama, već o profesijama među kojima je liječnička jedna od najstarijih. Hoće li taj proces feminizacije, ako se nastavi, bitnije utjecati na dinamiku profesionalnih etika u dosad čistim muškim profesijama? Odnosno, hoće li prevlast žena u liječničkoj profesiji, ako se dogodi, bitnije utjecati na tradicionalnu liječničku etiku, koja se kao muška etika gotovo dvije i pol tisuće godina, sve od Hipokratovih dana do danas, nije značajnije mijenjala?

Takvo se pitanje gotovo donedavno nije moglo ni postaviti. Iz jednostavnog razloga što za nj nije bilo teorijskog uporišta. Nije se naime znalo da između žena i muškaraca postoje izvjesne razlike u pogledu etičkih koncepcija. Drugim riječima, da su im etike različite. Danas takvo uporište postoji. To je feminizam u pristupu medicinskoj etici i etici uopće, iz kojeg se rodila tzv. "feministička etika" i "feministička bioetika" odnosno "feministička medicinska etika". Njeni korijeni potječu od američke profesorice medicinske psihologije na harvardskom sveučilištu, Carol Gillian, koja je 1982. objavila rezultate svojih istraživanja na osnovi kojih je tvrdila da žene imaju drukčiju etiku od muškaraca.

Nakon tog otkrića uslijedile su brojne rasprave na tu temu, a deset godina kasnije počela se formirati feministička bioetika (*Feminist bioethics*), koje su glavni predstavnici Kanadanke Susan Sherwin (1992. objavila knjigu o feminističkoj etici i zdravstvenoj skrbi: *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health*) te Helen Bequaert Holmes i Laura M. Prudy, koje su, također 1992, izdale zbornik o medicinskoj etici s feminističkog stajališta (*Feminist Perspectives in Medical Ethics*). Uz njih u jezgri ženske medicinske etike djeluje dvadesetak američkih i kanadskih bioetičarki i nekoliko muškaraca bioetičara koji drže da je feministička bioetika najperspektivnija grana bioetike.

ETIKA SESTARA KAO "SUROGAT MAJKI"

Američki znanstvenik njemačkog podrijetla Hans Mauksch, u svom spisu: *Nursing: Churning for a change*, objavljenom u Freemanovu priručniku medicinske sociologije (1972), u poglavlju o sestrinstvu, tvrdi da se u mnogim europskim jezicima riječ "sestra" ne odnosi samo na opatice, odnosno časne sestre već i na njegovateljice, odnosno medicinske sestre. U engleskom, na primjer, riječ "nurse" jest "medicinska sestra", a korijen joj je u riječi "to nurse", što znači "dojiti". To znači, prema Maukschovu mišljenju, da riječ "medicinska sestra" nosi u sebi značenje odnosa između majke i njenog djeteta. U skladu s time, u zapadnom se svijetu formirala tradicionalna slika medicinske sestre kao "surogat majke" (zamjenske majke) (Cockerham, 1989:215).

Virginia Henderson, pak, spominje sintagmu "profesionalna majka", koju koristi na više mjesta u svom djelu *Osnovna načela zdravstvene njege*. Govoreći kako je uloga medicinske sestre ovisila o društvenim okolnostima i da se mijenjala tijekom povijesti, Hendersonova kaže da je sestra nerijetko – našavši se sama

s pacijentom – bila prisiljena biti liječnik, kuhar, socijalni radnik, fizioterapeut itd., pa čak i vodoinstalater. "Sestra je često bila nazivana", kaže V. Henderson, "profesionalnom majkom". Ona, kao i majka koja reagira na potrebe svog djeteta, često obavlja struci potpuno strane zadatke" (V. Henderson, 1994:3, 30, 40).

Tezu o materinskom podrijetlu sestrinstva jedan drugi američki medicinski sociolog – Sam Schulman – izvodi do njenog logičnog kraja, tvrdeći da je u zapadnoj kulturi "funkcija sestrinstva izjednačena s materinskom funkcijom". Po njegovu mišljenju, logično je da je u takvoj kulturi put u sestriinsko zanimanje otvoren gotovo jedino ženama, pošto jedino one mogu biti majke, a već samim time etika tog zanimanja dobiva određenu materinsku notu (Cockerham, 1989:215).

Navedena spolna karakteristika liječničke profesije i sestrinstva kao poluprofesije formirala je u zapadnoj kulturi stereotipe liječnika kao očinske a sestre kao majčinske figure. Po tom stereotipu, kako tvrdi Hans Mauksch, "žena požrtvovno služi, pomaže i štiti dominantnog muškarca, koji poistovjećuje njen uspjeh kao sestre s uspjehom nje kao žene" (Cockerham, 1989:214).

RELIGIJSKE INSPIRACIJE SESTRINSKE ETIKE

Druga bitna komponenta sestriinske etike, uz feminizam, jest religijske naravi. Radi se o tome da su razvojem kršćanstva i pod utjecajima Katoličke crkve ulogu bolničkih njegovateljica preuzele časne sestre, jer se na takav posao gledalo kao na čin milosrđa a ne stručnog rada. Naime, sve do konca 19. st. bolnice su djelovale kao ubožnice te nisu bile za imalo imućnije bolesnike, već samo za siromahe i bijednike. Bogati su se liječili kod kuće, a u bolnice su dolazili siromasi koji su bili ne samo bolesni već i nepismeni, zapušteni i prljavi. Raditi s takvim ljudima bilo je iznimno teško i povezano s mnogim neugodnostima, tako da je njegovateljima bio potreban snažan motiv da se prihvate bolničkog posla. Crkva je za takvo trpljenje i za svaki čin milosrđa prema nesretnicima obećavala spasenje duše, što je privuklo jedan dio žena da se posvete bolničkoj njezi. To su uglavnom bile opatice ili neuke žene iz nižih socijalnih slojeva koje su već bile obilježene kao "žene s ulice" ili "žene niskog morala" te u svom poslu nisu bile ništa više cijenjene od pacijenata koje su njegovala po javnim bolnicama. Osim toga, smatralo se da za njihov posao i nije potrebno neko stručno znanje. Zbog svega toga javnost je o sestriinstvu u začecima toga zanimanja imala prilično nisko mišljenje (Cockerham, 1989).

Sa časnim je sestrama u pogledu njihova društvenog ugleda bilo nešto drukčije, međutim ni one nisu bitno pridonijele promjeni mišljenja o važnosti stručnih znanja za njegovateljski bolnički posao. No, s druge su strane opatice u rudimente sestriinskog zanimanja ugradile neke elemente profesionalne autonomije, što će kasnije pomoći razvoju sestriinske samosvijesti i na toj osnovi njihova profesionalizma. Naime, radeći u bolnici zbog svojih zavjetnih ili sličnih vjerskih razloga, časne se sestre nisu lako podvrgavale apriornom autoritetu doktora, te su znale odbiti izvršavanje naloga za koje su držale da nisu dobri za njih ili za pacijenta. To – je li nešto dobro ili loše u ljudskom smislu – *par*

excellance jest etičko pitanje na koje se sestrin odgovor ne mora poklapati sa stručnim mišljenjem liječnika. Sestre su procjenjivale po svom srcu nadahnutom vjerom te su se u toj domeni osjećale vrlo kompetentnim, kao što se liječnik osjećao kompetentnim u medicinskim stvarima. S takvih pozicija sestre su znale odbiti njegovati neke pacijente, na primjer nevjenčane žene ili pak bolesnike sa spolnim bolestima (Friedson, 1970).

Za transformaciju nestručne uloge njegovateljice u ulogu nosioca priznate medicinske struke i zanimanja vrlo je zaslužna već spomenuta Florence Nightingale. Ona je također spadala u krug filantropsko-religijski motiviranih žena koje su u 19. stoljeću u bolničkoj njezi dokazivale svoje ljudsko biće.

NIGHTINGALEIN ETIČKI MODEL SESTRINSTVA

"Organizirano" ili "moderno" sestrinstvo (K. Demarin, 1984) potječe s polovice i konca devetnaestog stoljeća, a vezano je uz ime Engleskinje Florence Nightingale (1820-1910). Ona je najzaslužnija što se sestrinstvo počelo od sporednog i nevažnog posla u bolnicama preobražavati u cijenjeno medicinsko zanimanje i struku, a u novije vrijeme i profesiju.

Povijest sestrinstva prije nje pozna više žena koje su zaslužne za utemeljenje sestrinstva. U starom Rimu s konca četvrtog stoljeća to su bile i patricijke Fabiela, Mariela, Helena i Paula, koje su se posvetile njegovanju siromaha i bolesnika te su nazvane "matronama".

Pojavom hospitala i hospicija u srednjem vijeku – a to su u ono vrijeme istodobno bile i bolnice i svratišta, i nahodišta i ubožnice, i uglavnom su se nalazili pri samostanima – žene su se mahom prihvaćale njege bolesnika iz religijskih razloga te su neke zbog toga bile proglašene i sveticama. Poslije vjerskog reformatorskog pokreta u 16. st. mnogi crkveni redovi bivaju raspušteni, pa se ugledne žene povlače iz njege bolesnih, siromašnih i napuštenih, a na njihovo mjesto dolaze njegovateljice iz nižih socijalnih slojeva koje su bile uglavnom nepismene i neškolvane. Zabilježeno je više muškaraca (Francis de Sales, Vincent de Paul, John of God i drugi) i žena (Marie Herbert Hubon, Jeanne Mance, Amalia Sieveking i druge) koje su nastojale od sestrinstva načiniti dostojno zanimanje vrijedno poštovanja. Florence Nightingale je u tome bila najuspješnija.

Ona je bila Engleskinja, a rodila se u Italiji. Potječe iz srednjoimućne protestantske obitelji koja je neko vrijeme živjela u Firenci, gdje se Florence i rodila, dobivši ime po tom čuvenom talijanskom gradu. Vjerojatno je činjenica da je kao protestantsko dijete odrasla u katoličkom okruženju, u kojem je živjela do svoje 9. godine, presudno utjecala na njenu daljnju sudbinu. Ona je, naime, po povratku u Englesku vrlo brzo počela pokazivati sklonost pomaganja nemoćnima i siromašnima, što joj je u 17. godina postala životna preokupacija. Tada je F. Nightingale stekla čvrsto religijsko uvjerenje da joj je Svevišnji dodijelio posebnu misiju u službi kršćanstva. Zbog toga se odlučila postati časnom sestrom. Ali, kako joj to kao protestantkinji nije bilo moguće, opredijelila se za medi-

cinsku sestru. I unatoč protivljenju roditelja, uspjelo joj je otići u Njemačku na školovanje. Vrativši se u Englesku, osnovala je žensku bolnicu u kojoj je zapošljavala obrazovane žene koje su potjecale iz bolje stojećih i uglednijih obitelji. No to joj nije mnogo pomoglo da podigne društveni ugled bolničarki na razinu dama, pošto su one u svom poslu morale gledati i gola tjelesa, a to je u ono vrijeme bilo nespojivo s ugledom žene kao dame.

Nightingaleovoj se iznimna prilika da ostvari svoj naum ukazala kada je izbio rusko-turski rat 1853, u koji su se godinu dana kasnije na stranu Turske umiješale Engleska, Francuska i Sardinija (Krimski rat 1854-1857). Tada je ona s tridesetak sestara-dobrovoljki otišla u Tursku da njeguje engleske ranjenike. To u ono vrijeme nije bilo lako, jer su vojnike tradicionalno njegovali muškarci, a ne žene. Ipak se F. Nightingale sa svojim "milosrdnim anđelima" (tako su njene pomoćnice nazvali engleski vojnici, a nju "dama sa lampom", jer je često noću s fenjerom u ruci obilazila ranjenike) uspjela nametnuti komandi i ubrzo pokazati rezultat svoga rada.

Osim materinske brige za ranjenike, Nightingaleine sestre su veliku brigu posvetile higijenskim uvjetima u bolnicama te opskrbi i prehrani ranjenika i bolesnika. Velikom požrtvovnošću i disciplinom te iznimnim rezultatima u smanjivanju mortaliteta ranjenika (njihovim dolaskom, smrtnost je u engleskim ratnim bolnicama pala sa 42 posto na svega 2 posto), "milosrdni anđeli" stekli su veliku popularnost. Na povratku u Englesku bile su slavljene kao heroji, a F. Nightingale je osim moralne dobila i financijsku potporu da organizira škole za obrazovanje medicinskih sestara. Po njenom modelu obrazovane medicinske sestre morale su biti vrlo požrtvovne i disciplinirane, pa je takve sestre suvremeni američki medicinski sociolog Strauss nazvao (1966) umjesto "milosrdnim anđelima" – "discipliniranim anđelima". (Cockerham, 1989). U etičkom smislu *nurses* su morale imati izvjesne vrline na osnovi kojih je Nightingaleova izgradila etički stereotip medicinske sestre kao *odgovorne, uredne, hrabre, prisebne, požrtvovne, radine i majčinski nježne žene koja je pokorna liječniku*. U taj svoj stereotip medicinske sestre, koji po našem mišljenju zasigurno ima korijene u etičkoj teoriji vrline, F. Nightingaleova je – prema Cockerhamovoj ocjeni – uklopila idealne osobine majke i domaćice. S pomoću toga stereotipa ona je nastojala, i u tome u velikoj mjeri uspijevala, da se sestrijsko zanimanje društveno afirmira i da medicinska sestra bude u javnosti tretirana kao nosilac ne samo vrijednog već i stručnog posla. Međutim, taj je njen model prilično konzervirao sestrijsku struku u granicama "zanimanja", usporavajući tako njegov hod prema "profesiji".

Radi se o tome da je Nightingalein stereotip, odnosno model, ovjekovječio – kako kaže Cockerham – ženu u ulozi medicinske sestre, a medicinsku sestru u ulozi žene. A nad obje njene uloge – i žensku i sestrijsku – nadvišen je liječnik-muškarac i muškarac-liječnik koji upravlja ženom-medicinskom sestrom i pod čijim nadzorom radi medicinska sestra-žena (Cockerham, 1989:213-227).

Taj tradicionalni podređeni položaj sestre prema liječniku održava se u izvjesnoj mjeri i danas. To potvrđuju rezultati brojnih socioloških istraživanja. Neka čak pokazuju da se tradicionalni inferiorni odnos sestre prema liječniku danas transponira u isti takav odnos na relaciji bolnička administracija – sestra. Evo

što o tome kaže prof. Cockerham: "Neka istraživanja jasno daju do znanja da sestre vide sebe kao igračke u rukama moćnijih i da one same podržavaju svoj podređeni položaj koji su im nametnuli liječnici i bolničke administracije" (Cockerham, 1989:225).

ETIKA U SESTRINSKIM INTERAKCIJAMA

Sociolozi razlikuju tri vrste interakcija: institucionalne, grupne i individualne (A. Fiamengo, 1989). U medicini i njenoj etici posebno su značajna posljednja dva interakcijska oblika, tj. grupna i individualna interakcija. (U više izdanja Klaićeva *Velikog rječnika stranih riječi* nema te riječi, a u *Websterovu rječniku* termin interakcija podrazumijeva "djelovanje jednog na drugog" ili "uzajamno djelovanje ili učinak" /Webster's, 1986:733/.) To je zato što su liječnik i pacijent tradicionalno dva osnovna subjekta u zdravstvu, a liječnici i pacijenti dvije osnovne skupine u toj djelatnosti. Međutim takav "bilateralni" odnos suvremena je medicina uvelike prevladala. Nastala su brojna nova i paraliječnička zanimanja – kao što su ne samo medicinske sestre već i farmaceuti, fizioterapeuti, laboranti, sanitarni inženjeri i drugi – koji se "uklinjuju" između liječnika i pacijenata, pa se za današnju medicinu može reći, kao što to čini jedan od poznatih američkih medicinskih sociologa, da je "multilateralna". Evo nekih podataka: u američkom zdravstvu uz liječnike zaposleno je više od četiri milijuna ne-liječnika. U toj su skupini, naravno, i medicinske sestre koje su istodobno i najbrojnije – ima ih (prema podacima za 1984. godinu) oko 1,5 milijuna. Od toga tri četvrtine ih je zaposleno u bolnicima i domovima zdravlja, a jedna četvrtina u raznim drugim zdravstvenim ustanovama, privatnim ordinacijama, školama, poduzećima i vrtićima. Eliot Freidson, jedan od vodećih američkih medicinskih sociologa, nazvao je nosioce tih zanimanja "pomoćnim osobljem u medicinskoj praksi" (Cockerham, 1989). Po njemu, četiri su takva zanimanja karakteristična za suvremenu medicinu. To su: medicinske sestre, farmaceut, laborantski tehničar i fizioterapeut (toj listi treba, držimo, pribrojiti i sanitarne inženjere).

Što je zajedničko tim zanimanjima u odnosu na liječničku profesiju? Freidson tvrdi da gotovo sva ne-liječnička zanimanja koja su vezana uz liječenje i njegu bolesnika imaju – osim nekih savjetničkih, kao što je klinički psiholog ili bioetičar i sl. – četiri zajedničke karakteristike po kojima su u položaju ovisnosti o liječniku.

Prvo, njihova znanja imaju svrhu da budu tražena, razvijena i unapređivana od liječnika;

drugo, oni pomažu liječnicima, ali ih ne zamjenjuju u poslovima dijagnostike i liječničkog tretmana;

treće, svoj posao najvećim dijelom obavljaju na liječnikov zahtjev, od njega dobivaju radne zadatke i pod njegovim su nadzorom;

četvrto, njihova su zanimanja u javnosti manje respektirana od liječničkog.

Toj Freidsonovoj slici međudnosa liječnika i "pomoćnog osoblja" valja ipak dodati da se radi o tradicionalnim relacijama koje pomalo – razvojem znanosti

i tehnologije – gube svoje značenje, barem kada je riječ o sestrama. Naime, suvremena medicina razvija se ne samo u smjeru sve veće autonomije pacijenta u odnosu na liječnika (*informed consent*) već i u smjeru sve manje ovisnosti sestre o liječniku. "Dolazi vrijeme" – ističe američki medicinski sociolog Wilson – "kada će pacijenta liječiti tim medicinskih radnika a ne samo liječnik, i kada u tom timu liječnik neće biti najglavniji, već samo *primus inter pares*..." (Cockerham, 1989). Preuzimanje nekih dijagnostičkih poslova jedan je od pokazatelja takve tendencije. Sudjelovanje u profesionalnim timovima ravnopravnih sudionika dovodi sestru u složenije interakcijske odnose, a samim time i do složenijih etičkih pitanja.

"ETIKA USLUŽNIH DJELATNOSTI" I SESTRINSTVO

Britanski sociolog Paul Halmos u svojoj studiji objavljenoj 1970. pod naslovom: "Društvo osobne usluge" (*The Personal Service Society*) svrstao je njegu bolesnika u "profesije osobnih usluga" (uz psihijatriju, socijalni rad, medicinu i nastavnička zvanja) (M. Haralambos, 1989). On tvrdi da te profesije imaju snažan utjecaj na moralne vrijednosti u razvijenim društvima. To su profesije koje imaju svoju, pisanu ili nepisanu, etiku. Halmos ju naziva "etikom osobnih usluga" (Haralambos, 1989). Ta etika zagovara brigu, sućut i privrženost prema onima koji traže uslugu. Za tu etiku glavno je voditi brigu o drugima i u tome biti osobno angažiran. To vrijedi ne samo za medicinska zanimanja već – barem kada je riječ o današnjim razvijenim zapadnim zemljama – i za većinu drugih, čak i za ona nosioci kojih su tradicionalno poznati (kao što su trgovci, biznismeni i političari) po egoizmu, neiskrenosti, prevrtljivosti i sličnim negativnim osobinama.

Sestrinstvo je, prema analizama Amerikanca Williama Goodea (1960), oduvijek imalo karakteristike uslužne djelatnosti, zahvaljujući ulozi sestre kao zamjenske majke (*surrogate mothers*), ali se ono dosad ipak nije razvilo u pravu profesiju jer nije imalo samosvojno znanje. Razlog tome jest što sestrinsko znanje oblikuje i definira liječnik i smatra ga "nižim stupnjem edukacije" te tako u stvari osporava sestru kao profesionalca i čini da njeno znanje ostane nepriznato u praksi (Cockerham, 1989:224).

Pa ipak, unatoč odsutnosti nadzora nad specijaliziranim znanjem, sestre su – zahvaljujući širokom opsegu radnih zadataka u njezi pacijenata i profesionalnim standardima u radu – stekle poluprofesionalan status (Cockerham). No taj status ni najnaprednijim sestrama ne omogućuje napredovanje na više stupnjeve medicinske hijerarhije, koji su rezervirani za liječnike. Njima je moguće da se popnu na vrh hijerarhije samo ako napuste svoje zanimanje i postanu liječnici. Tako nešto povezano je s mnogim teškoćama, pa sestre traže druge kanale svoje socijalne promocije. Jedan od njih je bolnička administracija koja sestrama dopušta da budu manje podređene liječniku i da tradicionalne bolničke poslove prenose na niže kvalificirane zdravstvene radnike. S druge, pak, strane, kako upozorava Schulman, sestra se može učinkovitije iskoristiti na upravnim i nadglednim radnim mjestima koja su skuplja, dok se na zadacima

uz bolnički krevet mogu zapošljavati jeftiniji radnici. Međutim, takav *put socijalne promocije sestara* sadrži u sebi jedan paradoks: vodi ih u pravcu profesionalizma, ali ih istodobno udaljuje od pacijenata, koji su temelj njihova zanimanja i profesije. Administracija naime reducira kontakt administrativne sestre s pacijentima, premda su se one zapravo školovale za rad s pacijentima, a ne za administraciju. Gledano, pak, s pacijentove strane, tu se stvari bitno ne mijenjaju, pošto oni uglavnom ne razlikuju – kako je otkrio Elder (1963) – jedan tip sestre od druge, pa u pravilu od njih podjednako otvoreno traže, ili ne traže, emocionalnu pomoć.

Pored *sestre-administrativke* u novije se vrijeme javlja još jedna vrsta sestara, koju su američki istraživači nazvali *sestra-praktičar* ili *sestra-kliničar*. Za neke sociologe to nije novi tip zdravstvenog radnika (Cockerham) već pojava "potpunijeg iskorištavanja vještine i sposobnosti dobro istreniranih sestara".

Uloga sestre-praktičara slična je ulozi liječnikova pomoćnika. Ona je educirana za mnoge primarne i rutinske zadatke u njezi bolesnika koje inače obavlja liječnik, kao što su fizikalni pregledi, uzimanje anamneze, upućivanje na laboratorijske pretrage i rendgen, zdravstveno educiranje pacijenata i njihovih obitelji te donošenje odluka je li pacijentova posjeta liječniku potrebna ili nije i sl. Preuzimanjem tih poslova, sestra-kliničar uvelike olakšava liječniku da se posvećuje poslovima specijalista. Rasterećenje od rutinskih poslova dopušta liječniku da se koncentrira na složene medicinske probleme za koje je zapravo i educiran.

Američki istraživači predviđaju (Merenstein, Taller, Feldmon) sve veću afirmaciju takvih sestara, jer su dosad već široko prihvaćene od pacijenata kojima pružaju usluge. Čak tvrde da medicinske usluge mogu biti djelotvornije ako se u njihovo pružanje uključuje paramedicinsko osoblje (Cockerham, 1989:226). No neka istraživanja u Velikoj Britaniji (Anna Bowling, 1981) otkrivaju da sestre nisu ništa više zainteresirane za obavljanje zadataka dobivenih od doktora od samih nalagodavaoca. U nastojanju da steknu profesionalnu autonomiju, sestre odbijaju izvršavati dijelove liječničkih dužnosti, s obrazloženjem da nisu u djelokrugu njihova sestrinskog posla. One zapravo – tvrdi A. Bowling – otvoreno traže očuvanje identiteta svoga zanimanja odvajajući ga od liječničkog. Prema njenom mišljenju, u budućnosti će se sestre manje baviti pitanjima bolesti, a jačat će im uloga u preventivnoj medicini, u čuvanju zdravlja i edukaciji pacijenata.

ŠTRAJK – AKTUALNO PITANJE SESTRINSKE ETIKE U NAS

Smiju li medicinske sestre štrajkati? To je jedno od praktičnih etičkih pitanja koja su u zemljama razvijene zapadne demokracije već, moglo bi se reći, apsolvirana. Međutim, u novim samostalnim državama koje izlaze iz okrilja socijalističkih režima, u kojima obustave rada nisu bile popularno a u većini niti legalno sredstvo sindikalne borbe za ekonomska prava, pa su bili tretirani s političkom

podozriivošću vladajućih struktura, takva se pitanja tek postavljaju. Ako prosvjetni djelatnici, željezničari, piloti, carinici, policajci i drugi u novouspostavljenim državama pluralističke demokracije organiziraju svoje obustave rada, je li to normalno i za medicinske sestre?

Pitanje je moralne naravi, pošto se zna da štrajk radnice koja, na primjer, radi u tvornici kekša za strojem za pakovanje bombonijera, po posljedicama nije isti kao štrajk medicinske sestre u bolnici, koja radi uz bolnički krevet. U prvom slučaju gubici nastali štrajkom su proizvodne ili financijske naravi, a u drugom u pitanje se dovode životi ljudskih bića.

Nema dvojbe da će takva etička pitanja uskoro u nas biti aktualizirana ne samo kao akademska već i kao vrlo praktična pitanja. O njima će se u znanstvenoj i široj javnosti morati na demokratski način raspravljati i zauzimati određena stajališta koja bi trebala biti znanstveno utemeljena, a ne samo odraz trenutnih ideoloških, političkih i drugih odnosa u društvu.

U prilog tezi da pitanje štrajka medicinskih sestara (kao uostalom i liječnika, i nosilaca drugih medicinskih zanimanja) postaje aktualno u nas, citirat ćemo sljedeću novinsku informaciju, objavljenu u *Novom listu* 19. lipnja 1993. Nadnaslov te informacije glasi: SINDIKAT MEDICINSKIH SESTARA NAJAVLJUJE ŠTRAJK UPOZORENJA, a u naslovu stoji: Bolje plaće "ukidaju" štrajk. Evo teksta te informacije u cijelosti:

"ZAGREB – Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara – medicinskih tehničara jučer je najavio štrajk upozorenja koji će se održati 30. lipnja u vremenu od 13 do 14 sati. Od hrvatske vlade i ministarstva zdravstva medicinske sestre traže određivanje jedinstvenog koeficijenta plaća za sve zdravstvene djelatnike, uvođenje nekoliko platnih razreda za medicinske sestre te da najniži platni razred za sestru početnicu ne bude manji od koeficijenta 2,20 na visinu osnovice od 55 posto prosjeka privrede i 2,50 za sestru s višom školskom spremom, te ispunjenje obaveza iz Općeg kolektivnog ugovora o plaćenom radu sindikalnih povjerenika i osiguravanje redovitog sastanka između Sindikata i ministra zdravstva kako bi se na vrijeme izbjeglo rješavanje problema štrajkom.

Ukoliko se navedeni zahtjevi ispune do 25. lipnja, štrajka neće biti, a u protivnom Milena Delak, predsjednica Sindikata, najavljuje daljnje štrajkaške aktivnosti u pravilnom vremenskom razdoblju, produžujući trajanje štrajka svaki put za jedan sat.

Inače, "najkritičnije" područje za rad medicinskih sestara je riječka regija, gdje sestre, prema riječima gđe. Delak, imaju daleko najniže plaće u odnosu na sve zdravstvene radnike u Hrvatskoj te su zbog toga prisiljene na privremeni rad u Italiji, gdje medicinskih sestara, kao i kod nas, nema dovoljno, ali su puno bolje plaćene".

Što je zapravo štrajk? *Štrajk je organizirano ili spontano prekidanje rada i napuštanje posla zaposlenih u znak prosvjeda protiv određenog stanja, određenih mjera i postupaka, kako bi se poslodavca natjeralo na promjene ili neke ustupke. Na primjer: plaće, uvjeti rada, otpuštanje s posla, radna prava, solidarnost s drugim radnicima itd. (Dragičević, 1991).*

Sestra u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj je zaposlena može štrajkati zbog više razloga. Na primjer, radi solidarnosti s ostalim zaposlenima u zdravstvenim ustanovama (generalni štrajk); može štrajkati protiv svoje bolničke administracije kao predstavnika poslodavca, koja im je smanjila plaće ili nametnula nove radne obveze; može štrajkati za veće plaće i bolje uvjete rada itd. No u svim se varijantima za medicinsku sestru (kao i za liječnike) uvijek otvara *moralna dilema*, je li to ispravno ili nije s obzirom na to da štrajk dovodi u pitanje pružanje zdravstvene njege, a to za neke pacijente može biti vrlo rizično i opasno za život.

Ako je moralno ispravno da i sestra, poput svih ostalih članova neke zajednice, može štrajkati, je li ta "ravnopravnost" apsolutna ili je ostvariva samo pod određenim uvjetima, i koji su to? Ako je moralno neispravno da sestre štrajkaju, koje im onda krajnje djelotvorno sredstvo stoji na raspolaganju a koje bi po djelotvornosti bilo adekvatno štrajku i po kojem bi se one u pravima izjednačile s ostalim zaposlenima?

Engleski bioetičar, istraživač u poznatom *The Linacre Centeru*, F. J. Fitzpatrick, pišući o toj problematici u svojoj knjizi: *Etika i sestrijska praksa (Ethics in Nursing Practice, 1988)*, kaže da su se svojedobno oko tih pitanja na Zapadu pojavila dva mišljenja. Po jednome, sestre su se samim time što su odabrale profesiju u osnovi koje prevladava briga za živote bolesnika odrekle metoda sindikalne borbe, kojima se može u pitanje dovesti ta briga. Po tom mišljenju, sestre imaju alternativno rješenje u javnim kampanjama kojima bi nastojale steći naklonost najšire javnosti.

Po drugom mišljenju, koje polazi od toga da ni jedna opcija nije tako učinkovita kao štrajk, sestre se ne bi trebale odreći te metode, pod uvjetom da se za vrijeme štrajka održavaju službe za hitne slučajeve. Taj pristup – tvrdi F. J. Fitzpatrick – doživio je oštre kritike s dvaju gledišta.

Prvo, nema preciznih kriterija po kojima bi se moglo pouzdano odrediti što je "hitni slučaj", a što nije. Jer i oni pacijenti koji nisu hitni slučajevi, ipak su u dovoljno ozbiljnom stanju kada se nalaze u bolnici, te se njihovo stanje može lako pogoršati ako im se ne osigura dosljedno i kontinuirano liječenje.

Drugo, tijekom štrajka većina bolničkih odjela ne bi raspolagala potrebnim brojem osoblja pa se u nekim situacijama na odjelima ne bi moglo reagirati na uobičajen način. Odnosno, ne bi se neočekivane nezgode, koje bi se inače normalno uočile i odmah otklonile, na vrijeme primijetile. Tada bi se moglo dogoditi i da bolesnik umre. Međutim, ako su bolnice mjesta gdje se "svašta u svako vrijeme može dogoditi", pa su sestre tu da budu pri ruci i u rješavanju neočekivanih problema, onda se takav smrtni slučaj ne bi smio dogoditi.

F. J. Fitzpatrick navodi sljedeći slučaj koji se zbio 1987. u jednoj bolnici u Glasgowu, a o njemu je pisano u sestrijskom glasilu *Nursing Times* u broju od veljače 1987: prilikom dijalize jedna je žena iskrvarila i na koncu umrla jer nitko nije primijetio da se izvukla cjevčica preko koje je ona bila priključena na dijalizator.

U istrazi na policiji bilo je rečeno da je "broj sestara na tom odjelu neodgovarajući", da se "od 1980. broj zaposlenih drastično smanjio, a da se istodobno opseg posla učetvorostručio", da je nesretna bolesnica "bila jako bolesna nakon teške operacije, da je na hemofilter-aparatu bila 24 sata i da je praktički uz njen krevet trebala dežurati sestra cijelo vrijeme ..." (Fitzpatrick, 1988).

Kada bi sestra štrajkala, vjerojatnost događanja sličnih tragičnih slučajeva bila bi svakako veća – upozorava citirani autor, zastupajući ovo drugo mišljenje. Pošto je autor katolički orijentiran, a *The Linacre Centre* najznačajniji britanski katolički centar za medicinsku etiku i jedan od najutjecajnijih među sličnima u Europi, razumljivo je da on tvrdi kako u razmatranju toga pitanja "tradicionalno katoličko učenje o moralnosti štrajka može biti od koristi". Poziva se na citat iz enciklike pape Lea XIII. iz 1891. koji je, po njegovu mišljenju, sažetak katoličkog učenja o štrajku.

Evo tog citata:

"Da bi štrajk bio pravedan, dva uvjeta moraju biti zadovoljena: a) štrajk ne smije biti samo raskid radnog ugovora; b) štrajkači ne smiju postavljati nepravedne zahtjeve. Ali što je pravedno, to se ne može usko odrediti. Radnici čije su plaće ispod minimuma pravedne plaće ne riskiraju raskidanje pravednog radničkog ugovora štrajkom. Ugovor koji utvrđuje nepravedno niske plaće nepravedan je ugovor...

(Međutim), čak ako se i ne ogriješi o pravdu, štrajk može biti nezakonit na drugom području. Budući da ima dvojak učinak: probitak radničkih interesa na jednoj a štetne posljedice za radnike i njihove obitelji te za poslodavca i njegov posao kao i za javnost na drugoj strani, milosrđe zahtijeva da se štrajk poduzima samo: (1) kada su sve druge moguće metode rješavanja nesuglasica iscrpljene; (2) kada postoji povoljan razmjer ("proporcija") između onoga što se radnici nadaju postići i gubitaka i nepogodnosti koje štrajk nosi sa sobom i (3) kada postoje pravi izgledi za uspješan ishod... (Štoviše), štrajkaši su ograničeni na zakonski dozvoljena sredstva u provođenju štrajka" (str. 282).

Po mišljenju F. J. Fitzpatricka, drugi od navedenih uvjeta vrlo je relevantan za pitanje moralnosti štrajka medicinskih sestara. Naime, za štrajk mora postojati "povoljan razmjer između onoga što se radnici nadaju postići i gubitaka i nepogodnosti koje štrajk nosi sa sobom". Za sestre je – zbog toga što njihov štrajk nije čisti gubitak proizvodnje ili financija, već stavlja na kocku upravo živote ljudskih bića – teško zamisliti ikakve okolnosti pod kojima bi njihov štrajk bio opravdan. S tog stajališta pribjegavanje štrajku kao sredstvu i metodi strukovne borbe bio bi u suprotnosti s profesionalnom etikom sestara.

No, za potpuniju znanstvenu analizu tog pitanja valjalo bi svakako imati na raspolaganju ne samo katolička već i ostala religijska, filozofska, politička, sociološka, pravna i druga stajališta.

LITERATURA

- Anzenbacher, A. *Filozofija*, Školska knjiga, Zagreb, 1992.
- ANA: *Nursing Asociat Policy Statement*, 1992.
- ANA, *Code of Ethics*, 1976.
- Bandman Elsie L. & Bandman Bertram, *Nursing Ethics Trough the Life Span*, Prentice-Hall International Inc. New Jersey, 1990.
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Third Edition, Oxford University Press, Inc., 1989.
- Brunner, L. S. & Suddarth, D. S., *Textbook of Medical-Surgical Nursing*, Six Edition, J. B. Lippincott Company Philadelphia, 1988.
- Bequaert-Holmes, L. & Prudy, L. M., *Feminist Perspectives in Medical Ethics*, Indiana University Press, Bloomington, 1992.
- Cockerham, W. C., *Medical Sociology*, Fourth Edition, Prentice Hall, New Jersey, 1989.
- Demarin, K., *Povijest medicine i sestriinstva s osnovama medicinske etike*, Školska knjiga, Zagreb, 1984.
- Dragičević, A., *Ekonomski leksikon*, Informator, Zagreb, 1991.
- Ellis J. R. & Hartley C. L., *Nursing in Today's World*, Third Edition, J. B. Lippincott Compyny Philadelphia, 1988.
- Fletcher, John, C., *Background Readings for Introduction to Clinical Ethics and Health Care Law*, The Center for Biomedical Ethics University of Virginia, 1991.
- Fiamengo, A., *Osnove opće sociologije*, Narodne novine, Zagreb, 1989.
- Fitzpatrick, F. J., *Ethics in Nursing Practice*, The Lincare Centre for the Study of the Ethics of Health Care, London, 1988.
- Freeman, F. E. & Levine, S., *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, New Jersey, 1989.
- Fučkar, G., *Proces zdravstvene njege*, Medicinski fakultet, Zagreb, 1992.
- Haralambos, M., & Heald, R., *Uvod u sociologiju*, Globus, Zagreb, 1980.
- Henderson, V., *Osnovna načela zdravstvene njege*, HUSE HUMS, Zagreb, 1994.
- ICN, *Code of Ethics*, 1973.
- Klaić, B., *Veliki rječnik stranih riječi*, Zora, Zagreb, 1974.
- Lokner, V., *Latinske medicinske izreke*, Medicinska naklada Zagreb, 1994.
- Medicinska enciklopedija*, JLZ, Zagreb, 1963. i 1970.
- Medicinski leksikon*, LZ "Miroslav Krleža", Zagreb, 1992.
- Nightingal., F., *Notes on Nursing*, Churchill Livingstone, New York, London, 1980.
- Santrić, V., Osnovni tokovi i problemi profesionalizacije zanimanja: slučaj sestriinstva, *Revija za sociologiju*, Vol. XXI, No 2:311-339.
- Skeet, M., *Notes on Nursing, The Science and the Art*, Churchill Livingstone, New York, London.
- Šegota, I., *Nova medicinska etika (bioetika)*, Medicinski fakultet, Rijeka, 1994.
- Šporer, Ž., *Sociologija profesija*, Sociološko društvo Hrvatske, Zagreb, 1990.
- Webster's New World Dictionary*, Second College Edition, 1986.

THE ETHICS OF NURSING: CAN NURSES GO ON STRIKE?

Ivan Šegota

Faculty of Medicine, Rijeka

The process of the development of nursing from vocation into profession, that has been completed in such over-developed nations as the USA are, actualizes the topic of the professional ethics of nursing. The author considers the connexion between nursing and ethics and ethics and nursing, including into discussion the different existant definitions of nursing, its theoretical essence and conceptual models. He continues to discuss the relation between feminist ethics and nursing, religious inspirations of the ethics of nursing, Nightingale's ethical model of nursing etc. Special interest is shown for the actual appearance of nurses' strikes in Croatia. The latter is analyzed from the ethical viewpoint with regard to recent ethical debates on the subject in bioethical literature.

ETHIK DER SCHWESTERNSCHAFT: DÜRFEN KRANKENSCHWESTERN STREIKEN?

Ivan Šegota

Medizinische Fakultät, Rijeka

Der Prozeß der Entwicklung der Schwesternschaft von der Berufung zum Beruf, der in hochentwickelten Ländern, wie es die USA sind, schon beendet ist, aktualisiert auch die Frage nach der Berufsethik der Krankenschwestern. Der Verfasser zieht die Verbindung zwischen der Schwesternschaft und der Ethik und zwischen der Ethik und der Schwesternschaft in Betracht, wobei er auch in die Diskussion verschiedene Definitionen der Schwesternschaft, ihren theoretischen Kern und konzeptuellen Modelle, weiterhin die Frage nach der Beziehung der feministischen Ethik und der Schwesternschaft, der religiösen Inspiration der Schwesternethik, usw. einbezieht. Die besondere Aufmerksamkeit wird der Erscheinung der Streiks der Krankenschwestern hier zulande gewidmet, und die wird vom ethischen Standpunkt analysiert, wobei auf die bisherigen ethischen Abhandlungen zu diesem Thema in der bioethischen Literatur gestützt wird.