ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Review article

Specifika ošetrovateľskej etiky

Specifics of nursing ethics

Jiří Šimek *

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích, České Budějovice, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2016-03-10

Received in revised form:

2016-04-19

Accepted: 2016-05-19

Published online: 2016-06-27

Keywords:

Nursing ethics

Moral development

Concept of nursing care

Ethics of virtues

ABSTRACT

The classic division of the tasks of doctors and nurses to “cure” and “care” is no longer valid. Nevertheless, medical ethics, more oriented towards treatment, has a long-term tradition and is more theoretically elaborated. The reason can be seen in the traditional dominance in the medical field, but a bigger factor is obviously the difficulty to grasp the theoretical concept of the word “care”. In the game there are at least two players who can equally fail. Not only their attitudes but also their real activities are accented. An important part of the care is the relationship; a phenomenon that also cannot be described by simple definitions.

To approach the understanding of the concept of care, a possibility is through the theoretical resolution of different paths of the moral development of man, elaborated by Carol Gilligan. It is possible to use the existential analysis of the “stay” of a human by Martin Heidegger, especially his concept of “coexistence” and his definition of worry or care about another person. It is possible to apply the definition of care according to Berenice Fisher and Joan Tronto and its consequences in the moral sphere. Deborah Fingfeld-Connett elaborated her own concept of nursing care, which is not based on abstract definitions or concepts, but it is a “meta-synthesis” of available qualitative studies that deal with the issue of care conceptualization in nursing. Nursing care depends not only on what the nurse does, but also on her personality. Therefore it is not possible to avoid the ethics of virtues, inspired either by the classic in this area – Aristotle, or by contemporary authors, such as the Australian philosopher Stan van Hooff.

The elaboration of ethics of care should help nurses to be more successful in their demanding profession. Also, adequate understanding of what I am doing leads to personal growth and to greater life satisfaction. Executives and managers will find an incentive for equipment and the organization of health facilities so that good care will be feasible.

SOUHRN

Klasické rozdělení úkolů lékaře a sestry na „cure“ (léčbu) a „care“ (péči) dnes již neplatí, přesto má lékařská etika, více zaměřená směrem k léčbě, dlouhodobější tradici a je i více teoreticky rozpracovaná. Důvod můžeme spatřovat v tradiční lékařské do-

* **Korespondenční autor:** doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích, J. Boreckého 1167/27, 370 11 České Budějovice, Česká republika; e-mail: jr.simek@volny.cz; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.05.006>

Klíčová slova:

ošetřovatelská etika
morální vývoj
koncepce ošetřovatelské péče
etika ctností

minanci v oblasti, ale významnějším faktorem je zřejmě obtížná teoretická uchopitelnost pojmu péče. Ve hře jsou nejméně dva aktéři, kteří oba mohou selhávat, jde nejen o jejich postoje, ale i reálné aktivity, důležitou součástí péče je vztah, což je fenomén, který také nelze popsat jednoduchými definicemi.

K porozumění pojmu péče je možné se přiblížit přes teoretická rozlišení různých cest morálního vývoje člověka, která rozpracovala Carol Gilligan. Je možné využít existenciální analýzy „pobytu“ člověka Martina Heideggera, především jeho koncept „spolubytí“ a jeho vymezení starosti či péče o druhého člověka. Je možné aplikovat definici péče dle Berenice Fisher a Joan Tronto a její důsledky v morální oblasti. Koncept vlastní péče v ošetřovatelství rozpracovala Deborah Fingfeld-Connett, která ve své práci nevycházela z abstraktních definic a pojmů, ale provedla „metasyntézu“ dostupných kvalitativních studií, které se otázkou konceptualizace péče v ošetřovatelství zabývají. V ošetřovatelské péči nezáleží pouze na tom, co sestra udělá, ale také jaká je. Proto není možné se vyhnout etice ctností, ať již inspirované klasikem v této oblasti Aristotelem, nebo současnými autory, jako je australský filosof Stan van Hoof.

Rozpracovávání etiky péče by mělo pomoci sestrám lépe obstát v jejich náročné profesi, ale i adekvátní porozumění tomu, co dělám, vede k osobnostnímu růstu a k větší životní spokojenosti. Vedoucí pracovníci – manažeři zde najdou pobídku k takovému vybavení a organizaci zdravotnických zařízení, aby byla dobrá péče uskutečnitelná.

© 2016 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Nejstarší, a proto i do největší šířky a hloubky propracovanou morální koncepcí ve zdravotní péči je lékařská etika, jejíž tradice sahá až do starověku. Klasickým příkladem již starověkého zájmu o mravnost lékařů je známá Hippokratova přísaha ze čtvrtého století před naším letopočtem. I později, jak ve středověku [1], tak v nové době [2], lékaři dbali o svou pověst a etika byla vždy vyučována na lékařských fakultách. Od sedmdesátých let dvacátého století začala nová éra lékařské etiky [3]. Prudký rozvoj medicíny otevřel v té době nejen nové možnosti, ale i nové mravní problémy. Bylo nutné nově definovat vztah mezi lékařem a pacientem a i v teoretické rovině řešit dilemata, která se postupně vynořovala. Tak se lékařská etika stala základem pro teorii i praxi mravnosti nové doby ve zdravotní péči.

Součástí radikálních proměn medicíny ve druhé polovině dvacátého století je i postupný ústup původně téměř absolutní dominance lékařů v medicíně. Rozvíjí se řada nových zdravotnických profesí, každá z nich dostává své vlastní kompetence a pracovníci v těchto profesích jsou stále více vnímáni jako plnoprávní spolupracovníci ve zdravotní péči. Nejstarší takovou svěbytnou zdravotnickou profesí je ošetřovatelství. Jeho kořeny sahají také do dávnověku, moderní historie se odvíjí od devatenáctého století. S tím, jak se postupně zvyšují nároky na ošetřovatelky, proměňuje se i jejich vzdělávání, od druhé poloviny dvacátého století se rozvíjí vysokoškolské vzdělání sester a z ošetřovatelství se stává akademický univerzitní obor [4, 5]. Podobně jako lékařství je i ošetřovatelská péče od počátku spojena s vysokými mravními nároky. Jejich filosofická reflexe nemá tak dlouhou a bohatou tradici jako etika lékařská, teprve v posledních desetiletích se rozpracovávají vlastní svěbytné koncepty ošetřovatelské etiky. Lékaři i sestry se starají

o stejné pacienty a mají stejný základ pro svou moralitu – jednání v nejlepším zájmu svých nemocných. Proto i jejich etika se mnoho neliší, rozdíly nejsou zásadní. Jde spíše o různé perspektivy dané zvláštnostmi obou profesí.

Cure vs. care

Nejobvyklejší vyjádření rozdílu mezi lékařskou a ošetřovatelskou etikou vychází z podobnosti dvou anglických sloves. „To cure“ znamená léčit, „to care“ pečovat. Úkolem lékaře je především léčit, k této činnosti patří i diagnostika chorob. Sestra vyvažuje aktivity lékaře tím, že se o nemocné především stará, tedy pečuje. I když přijmeme toto základní rozlišení jako platné, není pochyb, že se obě profese značně překrývají, že součástí práce lékaře je i péče a sestry vedle péče se nejen účastní diagnostických a léčebných procesů, ale vytvářejí i vlastní diagnostická schémata, například klasifikace potřeb nemocných [6].

Vzdor tomu, že i práce lékaře obsahuje prvky péče, základní osou lékařské etiky je etika rozhodovacího procesu. Cesta k postavení diagnózy a k nabídce léčby je často složitá, žádá si nejen dostatek znalostí a zkušeností, ale i opakované rozhodování kudy dál. Nejznámější současná teorie lékařské etiky – principialismus [7], vychází ze dvou klasických principů, obsažených již v hippokratické tradici: rozhodovat se a jednat v nejlepším zájmu nemocného (beneficence) a nemocného nepoškodit (nonmaleficence). Přidává dva další principy vycházející z proměn medicíny ve druhé polovině dvacátého století: respekt k autonomii nemocného a spravedlnost (při rozdělování nedostatečných zdrojů). Jinými slovy řečeno: Rozhodovací proces v medicíně musí být veden nejlepším zájmem nemocného, ale nemocný spolurozhoduje o všem, co se bude dít. Přitom je nutné respektovat nedostatek zdrojů a sociální rozdíly mezi lidmi a hledat co nejspravedlivější řešení.

Od počátku není pochyb, že vedle stanovení diagnózy a realizace léčby potřebují nemocní také pomoc v mnoha věcech, které přímo s léčbou nesouvisí. Potřebují prostor, kde naleznou klid a čisté prostředí, jídlo a pití, stejně jako společnost lidí, útěchu ve svých úzkostech a jiných starostech. Tyto věci jsou také samozřejmou součástí péče o nemocné lidi, ať již v nemocnicích a útulcích, nebo v domácím prostředí. Dlouhou dobu ale zůstávaly bez hlubšího teoretického rozboru. Důvody pro to můžeme vidět dva. Jedním z nich je fakt, že starost a péče je součástí tradičního křesťanského pojetí lásky k bližnímu a křesťanské povinnosti pomoci chudým a trpícím lidem. Vždy se našli lidé, kteří se v tomto duchu o nemocné starali. Nebyla proto vnímána potřeba teoretického uchopení péče. Druhý důvod můžeme vidět v obtížích, které přinášejí pokusy o teoretické uchopení a rozpracování pojmu péče. Rozhodovací proces je možné popsat pomocí relativně jednoduchých algoritmů, také otázku kdo a za jakých okolností rozhoduje, není obtížné položit, i když odpověď není vždy jednoznačná. Starost a péče jsou pojmy, které otevírají řadu problémů již při pokusech o jejich vymezení. Ve hře jsou nejméně dva aktéři (realizátor a příjemce péče), kteří i při plném pochopení definic mohou selhávat v důsledku svých osobnostních rysů a nevhodných reakcí v psychologické a sociální rovině. Důležitou součástí péče je vztah, což je fenomén, který také nelze popsat jednoduchými definicemi.

Morální vývoj člověka

Důvody, proč byla etika péče až do nedávné doby v teoretické rovině zanedbávána, se pokouší v osmdesátých letech minulého století vysvětlit Carol Gilligan [8]. Teoretické rozpracovávání etiky, ať již v rovině filosofické, nebo psychologické, je postaveno na kategorizaci světa. Svět morálky je popisován v termínech principů a hodnot, ke správnému jednání dospívá člověk správným zhodnocením a hierarchizací principů a hodnot, které jsou ve hře. Lawrence Kohlberg [9] vypracoval v sedmdesátých letech minulého století teorii morálního vývoje člověka. Vývoj probíhá ve třech fázích, ty jsou dále rozděleny celkem do šesti fází. Zjednodušené schéma vypadá takto: Prekonvenční úroveň morálky (orientace na trest a orientace na odměnu), konvenční úroveň morálky (orientace na shodu mezi lidmi a orientace na zákon a řád) a postkonvenční úroveň morálky (orientace na společenskou smlouvu a stadium univerzální etiky). Carol Gilligan si všimla, že ženy příliš často zůstávají ve svém vývoji ve druhém, konvenčním stadiu. S pomocí kvalitativní metodologie pak ukázala, že mnohé ženy zůstávají v konvenčním stadiu prostě proto, že jejich mravní zrání postupuje jinou cestou. Nerozhodují se na základě hodnocení a hierarchizací abstraktních principů a hodnot, jejich mravnost je postavena na vztahu. Carol Gilligan pak vypracovala vlastní schéma morálního vývoje. Žena původně vychází ze vztahu k sobě a základem její morality je péče o sebe sama (Orientation to individual survival – zaměření na individuální přežití). Následuje kritické období, ve kterém péči sama o sebe začíná vidět jako sobeckou (The first transition: from selfishness to responsibility – první přechod: od sobectví k odpovědnosti). Ve druhém stadiu proto do hry vstupuje koncept spravedlnosti, a ve spojení s mateřskou moralitou je dobro pojímáno jako péče o druhé (Goodness

as self-sacrifice – dobrota jako sebeobětování). I toto pojetí se dostává do krize, ve které si žena uvědomuje potřebu uvést do rovnováhy péči o druhé s péčí o sebe sama (The second transition: from goodness to truth – druhý přechod: od dobroty k pravdě). Ve třetím stadiu proto žena již prožívá napětí mezi vztahem k sobě a k druhým. Základním motivem v jejím rozhodování se stává odmítnutí působení bolesti či ubližování (hurt) a zneužívání, a to nejen druhým lidem, ale i sobě (The morality of nonviolence – morálka nenásilí) [10].

Carol Gilligan můžeme rozumět jako feministce, která bojuje za právo žen vidět svět svým vlastním způsobem. Ve výsledcích její práce ale můžeme také vidět objev jiného, dosud zanedbávaného rozměru v morálním rozhodování člověka, který se týká obou pohlaví. Autorka sama tuto možnost na několika místech své práce připouští. V době, kdy i muži vstupují do ošetrovatelské profese, je toto druhé pojetí vhodné i pro ošetrovatelskou etiku.

Filosofie péče

Zakotvení péče ve filosofické tradici naráží na podobné problémy jako její výše uvedený popis z perspektivy psychologické. Zásadním způsobem propojit člověka jako jedince s jiným člověkem se daří teprve Martinu Heideggerovi díky jeho zakotvení ve fenomenologické filosofii [11]. Tato filosofie vychází důsledně z perspektivy „já“, dle Heideggera z pohledu bytí (pobyту, člověka), kterému záleží na (jde o) jeho vlastním bytí. Na rozdíl od hmotných útvarů či předmětů je v podstatě člověka, že mu není lhostejné, kde, kdy a jakým způsobem prožije svůj život. Proto díky svým schopnostem (vědomí, abstrakce, řeč) sobě a světu, ve kterém žije, vždy už nějak rozumí a stará se (pečuje) o sebe a o své okolí. Součástí této starosti (péče) je i rozvrh možností, který vychází ze zmíněného rozumění a ze zkušeností (v minulosti), a je zaměřen do budoucnosti. Vlastní realizace rozvrhu, jednání, je samozřejmě možná pouze v přítomnosti [viz též 3]. Již v úvodních kapitolách je zmíněno, že k bytí člověka podstatným způsobem patří i bytí druhých lidí, tedy že bytí je spolubytí. Druzí lidé se také od všech ostatních jsoucna liší tím, že i jim jde o jejich bytí, také sobě a světu nějak rozumějí a starají se, tedy i pečují. Proto může člověk převzít péči o druhého člověka. A v tomto starání má člověk „dvě extrémní možnosti“. „Může druhému ‚starost‘ takřikajíc odnímat a stavět se v obstarávání na jeho místo, *zaskakovat* za něho.“ Druhý „je přitom ze svého místa odstrčen, ustupuje od pozadí, aby posléze to, co bylo obstaráno, převzal jako hotové...“. „Při takovém starání se druhý může stát závislým a ovládaným...“. „Naproti tomu je možné starání, které za druhého nezaskakuje, nýbrž spíše jej v jeho existenciálním ‚moci být‘ *předbíhá*, nikoliv proto, aby mu ‚starost‘ odňalo, nýbrž proto, aby mu ji vlastně jako takovou přenechalo.“ „... dopomáhá druhému k tomu, aby se stal ve své starosti sám sobě průhledným a pro ni volným“ [11 – s. 148, v Gesamtausgabe s. 163].

Pro porozumění péči jsou tyto pasáže z díla Martina Heideggera významné proto, že starání se a péče je popsáno jako jedna ze základních charakteristik člověka, jako něco, co podstatným způsobem patří k jeho existenci. Také jsou popsány dva principiálně odlišné způsoby starání se o druhého. V jednom způsobu druhého člověka ovládáme

a činíme závislým, ve druhém naopak rozvíjíme jeho vlastní možnosti se postarat.

Zde je ovšem nutné upozornit, že Martin Heidegger ve svém *Bytí a čas* řeší především obtížnou odvěkou filosofickou otázkou bytí, jejímuž položení a hledání provizorních odpovědí nelze dostatečně rozumět bez řádného filosofického vzdělání. Filosofie péče není součástí jeho filosofického rozvrhu.

Co je péče?

Péči, která je nedílnou součástí zdravotnických profesí, můžeme tedy vidět jako profesionalizaci jednoho ze základních lidských postojů a z něj vycházejících činností. Proto mohli belgičtí autoři [12] nazvat svůj text „To be is to care“ – být je pečovat. Péči považují za základní součást života, zakotvenou jak v biologických mechanismech, tak i v morálních apelech. Péče je věcí postoje (na něčem člověku záleží), ale i aktivity (člověk pečuje o něco, někoho); péče dává smysl lidskému životu.

Berenice Fisher a Joan Tronto ve své dnes již klasické práci [13] nejdříve kritizují předchozí pokusy o vymezení pojmu péče jako příliš zakořeněné ve světě racionálního muže, a proto až příliš se zabývající motivací. Projevují nespokojenost i s definicemi, které pojem příliš zjednodušují. Pro porozumění celé šíři péče jako postoje i aktivity, která může, ale nemusí být dostatečně kvalitní, postavily autorky vlastní definici: Péče je „aktivita živočišného druhu, která zahrnuje vše, co činíme, abychom uchovali, udržovali a vylepšovali náš „svět“ tak, abychom v něm mohli žít tak dobře, jak je to možné. Tento svět zahrnuje naše těla, nás jako osoby a naše prostředí, a to vše se snažíme vzájemně propojit do komplexní, život udržující sítě“.

Tak široká definice si žádá upřesnění, proto autorky vymezily čtyři fáze péče. „Caring about“ – česky spíše starost o někoho či něco ve smyslu rozpoznávání potřeby péče. „Caring for“ – péče o někoho, něco, pečující již přijímá zodpovědnost za práci, která by měla být vykonána. „Care giving“ – poskytování péče, tedy vykonání skutečné práce pečujícího. „Care receiving“ je přijetí péče, tedy reakce na poskytovanou péči. Joan Tronto ještě přidává ke každému stadiu morální rozměr. První fáze si vyžaduje zvláštní morální vlastnosti – pozornost a rozpoznávání potřeb. Ke druhé fázi samozřejmě patří zodpovědnost, třetí fáze si vyžaduje způsobilost k poskytování péče, což je také mravní apél. Přijmout péči není mravní povinnost, ale všichni zúčastnění by si měli opakovaně klást otázku, jak kvalitně proces péče proběhl [14].

Otázku pojetí koncepce péče v ošetrovatelství si položila Deborah Fingfeld-Connett [15]. Ve své práci nevycházela z abstraktních definic a pojmů, ale provedla „metasyntézu“ dostupných kvalitativních studií, které se otázkou konceptualizace péče v ošetrovatelství zabývají. Metasyntézu autorka pojímá jako „reinterpretaci a přetvoření dosavadních nálezů kvalitativních studií“. Jejím cílem je „interpretovat určitý fenomén nebo proces na základě evidence-based metodologie, a tak pokročit dále v jeho teoretickém a konceptuálním porozumění“. Autorka vyšla z 534 kvalitativních studií a konceptuálních analýz, na základě devíti stanovených kritérií vybrala k vlastní práci 49 kvalitativních studií a 6 konceptuálních analýz. Výsledkem je srozumitelné

schéma, které dobře vystihuje základní charakteristiky ošetrovatelské péče.

Péče je dle Fingfeld-Connett interpersonální proces, který je charakterizován odborným ošetřováním, interpersonální citlivostí a důvěrnými vztahy. Na straně příjemce předchází procesu péče potřeba péče a otevřenost péči. Pokud se týká poskytovatelů, zde je podmínkou péče profesionální zralost a morální základ. Profesionální zralost zahrnuje odbornou způsobilost a schopnost se vyrovnávat s psychickými a fyzickými nároky profese. Morální základ spočívá v úsilí jednat v zájmu dobra ošetřovaného svědomitým a zodpovědným způsobem. Nezbytným předpokladem ošetrovatelské péče je i pracovní prostředí umožňující přiměřenou péči. Je potřeba, aby vedoucí pracovníci oceňovali péči jako něco navíc nad plněním jednoduchých úkolů a aby bylo také dost materiálních zdrojů a času. Výsledkem ošetrovatelské péče je, že pacienti zažívají zlepšenou tělesnou i duševní pohodu. Sestry hovoří o lepší duševní pohodě ve smyslu spokojenosti, duševní obrody a osobnostního růstu.

Čím víc se snažíme porozumět péči jako jednomu z důležitých základů ošetrovatelství, tím více se ukazuje, že zdaleka nejde jen o to, co sestra udělá, ale také jaká je. Jestliže si péče vyžaduje také interpersonální citlivost, profesionální zralost a morální základ, pak nemůžeme pominout sestru jako lidskou bytost a její postojové charakteristiky. Tak se ocitáme v oblasti etiky ctností. Pojem ctnosti naráží v našem současném světě na obdobné problémy jako pojem péče. Jde o složitý fenomén, vzpírající se jednoduché definici. Filosofický základ tomuto pojmu dal Aristotelés [16]. Ve své *Etice Nikomachově* nenabízí jednoduché definice. V úvodní kapitole říká: „Musíme se tedy... spokojiti s tím, že pravdu vyjádříme jen zhruba v obrysech... Vzdělanci přísluší hledati v každém oboru pouze tolik přesnosti, kolik povaha věci připouští“ (1094b 19–24). Pro naše účely je důležité, že „v oboru mravnosti jednání nebývá provedeno spravedlivě nebo uměřeně, má-li jen nějakou vlastnost, nýbrž teprve tehdy, je-li v nějakém stavu ten, kdo jedná, předně jedná-li vědomě, potom podle svobodného rozhodování, a to rozhodování zaměřeného na mravní jednání samo, a za třetí, jedná-li pevně a stále“ (1105a 28–34).

Základ ctnosti je tedy vědomé jednání, cílené k nějakému dobru, a ne náhodně nebo občas vykonávané. Dnešní pojetí ctnosti popsal výstižně australský filosof Stan van Hoof: „Ctnost je etická orientace self (já) směrem ke světu. Neprojevuje se pouze v chování ctnostných osob, ale je také stránkou jejich vnitřních životů. Zahrnuje naše emoce a motivace, stejně jako naše rozvažování a ostatní formy myšlení. Je to projev nebo orientace celku našeho vnitřního života, ať již emočního, nebo racionálního a našich intencionálních aktů. Rozumím ctnosti jako etické formě dynamické orientace směrem ke světu a k lidem, orientace, která vede k činům, které společnost popíše jako dobré nebo správné“ [17].

Ošetrovatelská péče se nám v těchto perspektivách jeví jako složitý fenomén, který se vzpírá jednoduchým definicím. Nezbyvá než přijmout dynamičnost tohoto konceptu a znovu a znovu promýšlet jeho různé stránky s vědomím, že vždy postihujeme jen část problematiky a že čas bude vždy otevírat nové a pro praxi užitečné pohledy.

Léčit nebo pečovat?

Ošetrovatelská profese a tedy i ošetrovatelská etika nutně zahrnuje obojí, léčbu a s ní spojené rozhodovací procesy i péči v jejích nejružnějších podobách. V praxi, u lůžka nemocného není snadné všem výše naznačeným mravním nárokům dostát.

Teoretická rozpracovávání mohou sestře pomoci se v její složité situaci vyznat, ale také přijmout obtížný fakt, že plně vyhovět všem, často i protichůdným požadavkům, prostě není možné. Je dobré mít vypracovaný ideál dobré sestry a je vhodné hledat cesty, jak se ideálu přiblížit. Již Aristotelés nabízí eudaimonii (blaženost, spokojenost) jako součást tohoto hledání. V jeho pojetí jde o hledání středu mezi nejružnějšími extrémy, a když se to člověku daří, výsledkem je dobrý životní pocit. Deborah Fingfeld-Connett také zjistila, že dobře vykonávaná péče může vést k duševní pohodě, ke spokojenosti a k pocitům duševní obrody a osobnostního růstu sester.

Teoretická rozpracovávání fenoménu ošetrovatelské péče přinášejí také apel na vedoucí pracovníky ve zdravotní péči. Bez podpory vedení, bez dostatku materiálních zdrojů a času není možné žádat kvalitní péči ani nelze očekávat, že práce bude sestry naplňovat a povede k jejich životní spokojenosti. Zodpovědnost manažerů zdravotnických zařízení není menší než zodpovědnost ostatních, možná svým způsobem je i větší. I oni by měli pracovat na svém ideálu vedoucího pracovníka a hledat cesty, jak se k němu přiblížit.

Konflikt zájmů

Autor prohlašuje, že si není vědom žádného konfliktu zájmu týkajícího se uvedeného příspěvku.

LITERATURA

- [1] Žalud Z. Velmi nám pomáhá, že naši mluvčí nerozumějí: sugestivní a manipulativní prvky v chování středověkého lékaře. *Kontakt*, 2012;(4):475–84.
- [2] Haškovcová H. Lékařská etika. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén; 2002.
- [3] Šimek J. Lékařská etika. Praha: Grada; 2015.
- [4] Kutnohorská J. Historie ošetrovatelství. Praha: Grada; 2010.
- [5] Tóthová V. Potřebuje sestra vysokoškolské vzdělání? *Kontakt* 2014;(3):179–80.
- [6] Jecker NS, Self DJ. Separating care and cure: an analysis of historical and contemporary images of nursing and medicine. *J Med Philos* 1991;16(3):285–306.
- [7] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7. vyd. Oxford Univ. Press. New York, Oxford; 2012.
- [8] Gilligan C. In a different voice. Psychological theory and women's development. Harvard University Press Cambridge. Massachusetts and London. England © 1982, 1993, 38. vyd.; 2003.
- [9] Kohlberg L. Moral Stages and Moralization: The Cognitive-Developmental Approach. In: Lickona T (ed.). *Moral Development and Behavior: Theory, Research and Social Issues*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1976.
- [10] Gilligan C. In a Different Voice: Women's Conceptions of Self and of Morality. In: Eisenstein H, Jardine A (eds). *The Future of Difference*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ; 1985.
- [11] Heidegger M. Bytí a čas. Praha: Oikymenh; 1996. Německý text: Heidegger M. Gesamtausgabe. I. Odd.: *Veröffentliche Schriften 1914–1970*, sv. 9: Wegmarken. Frankfurt am Main 1976.
- [12] Vanlaere L, Gastmans Ch. To be is to care: a philosophical-ethical analysis of care with a view from nursing. In: Leget C, Gastmans Ch, Verkerk M (eds). *Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*. Peeters, Leuven; 2011, s. 15–32.
- [13] Fisher B, Tronto JC. Toward a feminist theory of caring. In: Abel EK, Nelson MK (eds). *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. State Univ. of New York Press, Albany, NY; 1990.
- [14] Tronto JC. Democracy becomes care; Care becomes democracy. In: Leget C, Gastmans Ch, Verkerk M (eds). *Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*. Peeters, Leuven; 2011, s. 15–32.
- [15] Fingfeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs* 2008;17(2):196–204.
- [16] Aristotelés: *Etika Nikomachova*. Rezek, Praha (překlad A. Kříž); 2009.
- [17] van Hooft S. *Caring about Health*. Ashgate Studies in Applied Ethics. Ashgate Publ. Aldershot, Burlington; 2006.