

Renata Halmo

Sebepéče v ošetrovateľskej praxi



Poděkování

Tvorba této publikace je založena na dlouholetém získávání poznatků o teorii deficitu sebekpěče a jejím užití v praxi, což by se neobešlo bez nadšení jejích příznivců. Touto cestou bych chtěla poděkovat svým německým kolegům, kteří v letech 2003–2009 předávali mně a mým studentům své poznatky, a to panu Gerhardu Bekelovi, Soz. Wiss., prof. Olafu Scupinovi a prof. Karlu-Fridrichu Wesselovi, ošetrovatelskému personálu Kliniky Schwabing v Mnichově a kliniky v Neumünsteru v Německu.

Zvláštní poděkování patří i docentu Martinu Hemelíkovi, CSc., který doprovázel mé filozoficko-etické úvahy o zakotvení sebekpěče a dodával mi naději i v obdobích mé beznaděje a pochybností. To, že věřil v mé schopnosti a vážil si každého mého výtvaru, mě nesmírně motivovalo; bez jeho podpory by úvodní kapitoly této publikace nemohly vzniknout.

Děkuji také studentům, kteří v letech 2003–2009 na LF UP v Olomouci s teorií deficitu pracovali a svými postřehy upřesňovali aspekty práce s touto teorií v praxi.

Renata Halmo

Renata Halmo

Sebepéče v ošetrovateľskej praxi

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

PhDr. Renata Halmo, Ph.D.

SEBEPÉČE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Hlavní autorka:

PhDr. Renata Halmo, Ph.D. – *Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně*

Autorky kapitol:

Mgr. Slováková Kateřina, Mgr. Soušková Anna, Mgr. Vašendová Marie,
Mgr. Krumlová Romana, Mgr. Mrháčková Lenka, Mgr. Šturmová Adéla, Bc. Siková Eva,
Bc. Hadwigerová Ivana, Mgr. Reslerová Ludmila, Ph.D.

Recenzenti:

doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc., Mgr. Lenka Špirudová, Ph.D.,
PhDr. Marie Zvoníčková, doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

© Grada Publishing, a.s., 2014

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2014

Fotografie na obálce: Renata Halmo

Perokresby a fotografie z archivu autorek

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5756. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 232

Vydání první, Praha 2014

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-4811-5

TIRÁŽ ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

978-80-247-9654-3 (pro formát PDF)

978-80-247-9655-0 (pro formát ePUB)

Obsah

Úvod	7
1 Filozoficko-etické kořeny sebepěče	9
1.1 Základní pojmy a jejich historické kořeny	9
1.1.1 Osoba	9
1.1.2 Historicko-filozofický vývoj péče o sebe sama	10
1.1.3 Péče o duši	11
1.1.4 Starost o sebe sama	13
1.1.5 Sebepečce	15
1.2 Vztah pacient–zdravotník/sestra	17
1.2.1 Vývoj vztahu pacient–zdravotník/sestra	18
1.2.2 Paternalismus a autonomie	18
1.2.3 Podíl pacienta na péči	20
1.3 Teorie deficitu sebepěče a její etický rozměr	27
1.4 Srovnání ošetrovatelského přístupu k pacientovi podle NANDA taxonomie a teorie deficitu sebepěče se zaměřením na respekt k autonomii	34
1.4.1 Východiska	34
1.4.2 Teoretický základ pro ošetrovatelskou diagnostiku	35
1.4.3 Komunikace ve vztahu pacient–sestra	36
1.4.4 Pojetí deficitu sebepěče	36
1.4.5 Cíl ošetrovatelské péče a podpora pacienta	37
1.4.6 Noncompliance a odpovědnost	37
1.4.7 Shrnutí	40
2 Teorie deficitu sebepěče	42
2.1 Dorothea Elisabeth Oremová	42
2.2 Teorie deficitu sebepěče (TDSP)	43
2.2.1 Struktura teorie	43
2.2.2 Posouzení a diagnosticko–ošetrovatelský postup	58
2.2.3 Ošetrovatelská dokumentace podle konceptů sebepěče	59
2.3 Kazuistika pacienta s vysoce založenou ileostomií	60
2.3.1 Posouzení a diagnostika pacienta J. H., nar. 1960, podle konceptů sebepěče	61
2.3.2 Plán péče pacienta	66
2.3.3 Zhodnocení plánu péče pacienta	68
3 Využití konceptů sebepěče ve výzkumu a v ošetrovatelské praxi	71
3.1 Teorie deficitu sebepěče využitá v rámci bakalářských a diplomových prací	71
3.1.1 Metodika zpracování závěrečných prací	71
3.1.2 Přehled zpracovaných témat v rámci závěrečných prací	73
3.2 Sebepečce u pacientů s lymfedémem dolních končetin (Kateřina Slováková)	76

3.3	Sebepéče u pacientů s dnovou artritidou (Anna Soušková)	88
	Shrnutí výsledků ke stanoveným cílům	91
3.4	Sebepéče u pacientů s onemocněním asthma bronchiale (Marie Vašendová)	96
3.5	Dependentní péče u pacientů s Huntingtonovou nemocí (Romana Krumlová)	107
3.6	Sebepéče u pacientů s chronickou hepatitidou (Lenka Mrháková)	118
3.7	Sebepéče u pacientů s GvHD po alogenní transplantaci (Adéla Šturmová)	129
3.8	Sebepéče u pacientů s lymeskou boreliózou (Eva Siková)	146
3.9	Sebepéče u pacientek po operaci karcinomu prsu se zaměřením na využívání epitéz (Ivana Hadwigerová)	158
3.10	Sebepéče u ženy s fyziologickým těhotenstvím (Ludmila Reslerová, Renata Halmo)	169
3.11	Projekt zvyšování kompetencí sebepéče u pacientů s chronickým srdečním selháním (Renata Halmo)	173
4	Management implementace konceptu sebepéče do praxe	181
	Závěr	185
	Seznam zkratk	186
	Seznam použité literatury	188
	Přílohy	198
	Příloha 1: Role sestry a pacienta vycházející z metod pomoci v ošetrovatelské situaci	198
	Příloha 2: Ošetrovatelské systémy	199
	Příloha 3: Historická osa vývoje teorie deficitu sebepéče (TDSP)	200
	Příloha 4: Výpovědi k sebepéči	203
	Příloha 5: Základní dispozice a schopnosti	205
	Příloha 6: Deficit sebepéče – omezení činností sebepéče ve třech oblastech . .	206
	Příloha 7: Formulář Základní podmiňující faktory	207
	Příloha 8: Obecné požadavky sebepéče	208
	Příloha 9: Posouzení podle konceptů sebepéče	209
	Příloha 10: Formulář základních dispozic a schopností ZDaS	210
	Příloha 11: Komponenty/složky potenciálu	211
	Příloha 12: Potřeba péče a plán péče	212
	Příloha 13a: Deficity sebepéče u pacienta J. H.	213
	Příloha 13b: Situační potřeba sebepéče u pacienta J. H. (1)	215
	Příloha 13c: Situační potřeba sebepéče u pacienta J. H. (2)	216
	Příloha 14: Situační potřeba sebepéče u pacientů s onemocněním asthma bronchiale	217
	Rejstřík	223
	Souhrn	227
	Summary	229

Úvod

Ošetřovatelství je vnímáno jako dynamicky se rozvíjející obor s narůstající teoretickou základnou, ke které patří i využívání ošetřovatelských teorií v praxi, přičemž ošetřovatelská teorie je pro existenci a další rozvoj oboru pěstovaného na univerzitě, podle mého soudu, zcela nezbytná. Možná na tomto místě někoho napadne zeptat se proč? Vždyť do nedávné doby jsme se obešli bez nějakých modelů a teorií, tak proč je najednou potřebujeme?

Otázky, které si Dorothea Oremová se sestrami pokládala při tvorbě teorie již před více než 50 lety, vypadají zdánlivě jednoduše. Co dělají sestry? Proč dělají to, co dělají? Co je výsledkem této činnosti? Na tyto otázky se však obtížně odpovídá. Již tehdy, když byly sesterské činnosti analyzovány, bylo zjištěno, že sestry¹ nejsou schopny popsat svoji činnost, a že ji dokonce nebyli schopni vysvětlit a vykázat v účetnictví ani vedoucí pracovníci. Stejnou zkušenost má i mnoho vrchních sester, které musejí ve své každodenní praxi v současných ekonomických podmínkách obhajovat důležitost sesterské práce. Co je tedy „to“ (zvláštní, jedinečné), co dělá sestra? Proč potřebuje nemocný právě sestru? To všechno jsou otázky, na které poskytuje odpověď teorie ošetřovatelství a tím vymezuje oblast působení sestry.

K největším problémům patří představit si jednotlivé teorie či modely ošetřovatelství v reálné ošetřovatelské praxi. To byl hlavní důvod, proč byl napsán tento ucelený text o teorii deficitu sebepečce, o jedné z ošetřovatelských teorií (kterou Oremová také označuje jako obecnou teorii ošetřovatelství) a jejím využití v praxi.

Uplatnění konceptů sebepečce v praxi jsem se začala věnovat již v roce 2003, kdy jsme společně s panem Gerhardem Bekelem vypracovali projekt „*Implementace teorie deficitu sebepečce do výuky a praxe v České republice*“. Projekt byl zahájen letní školou na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, které se tehdy zúčastnilo 20 vyučujících, sester a studentů z celé České republiky i ze Slovenska. V rámci projektu následovala další přednášková činnost G. Bekela, prof. O. Scupina, prof. K. F. Wessela na LF UP v Olomouci s finanční podporou nadace SEA (The Sarah Elisabeth Allison Foundation, Inc.), gbconcept a Deutches Netzwerk SPDT (Selbstpflegedefizit Theorie). V rámci tohoto projektu se také realizovalo zřízení Centra sebepečce v NLRC (dnes součást knihovny Fakulty zdravotnických věd) na LF UP v Olomouci, které shromažďuje veškerou literaturu k sebepečce a je jediným svého druhu v České republice.

Následně jsem vypracovala strukturu předmětu s názvem „ošetřovatelské koncepty sebepečce“, který byl zařazen do studijního programu oboru všeobecná sestra na LF UP v Olomouci od roku 2007 a od roku 2013 na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Věřím, že úvodní kapitoly této publikace pomohou pochopit filozoficko-historické kořeny pojmu sebepečce, jeho důležitost a význam v procesu péče o pacienta. Následný text potom zprostředkuje čtenáři povědomí o tom, jak je možné pracovat s teorií deficitu sebepečce Oremové nejen v konkrétní ošetřovatelské praxi, ale i ve výzkumu.

Zvědavý a vytrvalý čtenář si také rozšíří znalosti o celé řadě témat ošetřovatelské praxe, která byla zpracována za pomoci sebepečce. Touto cestou děkuji kolegyním,

1 Pojem sestra je v celém dalším textu chápán jako synonymum pojmu „všeobecná sestra“.

které byly ochotné sepsat svoji závěrečnou práci do zkrácené podoby a poskytnout ji jako součást této publikace.

Je pravda, že D. Oremová ve svojí teorii používá specifickou terminologii (názvy konceptů), která může i vytrvalého čtenáře někdy odradit, ale prosím, neustále si připomínejte význam i zkratky jednotlivých konceptů, abyste v tomto ohledu nabyli jistoty. Jak říká dlouholetý spolupracovník paní Oremové pan Bekel: „*Teorie deficitu sebeképe neví komplikovaná, ale komplexní.*“ A dovoluji si tvrdit, že pokud vytrváte, zažijete radost z pochopení souvislostí v teorii deficitu sebeképe a odhalíte nové dimenze jejího užití.

Čtenářům, kteří se budou chtít seznámit s filozoficko-etickými kořeny sebeképe, bych doporučovala číst publikaci od začátku. Naopak čtenáři, kteří prahnou po poznání, jak s teorií deficitu sebeképe pracovat v praxi, doporučuji začít 2. kapitolou. Přeji vám hodně radosti z poznání, případně úspěchů při vaší práci s teorií deficitu sebeképe, a těším se na vaše připomínky a postřehy.

Renata Halmo

1 Filozoficko-etické kořeny sebepěče

1.1 Základní pojmy a jejich historické kořeny

Máme-li porozumět dílu Dorothey Oremové, musíme nejprve představit pojmy, s nimiž pracuje, a zasadit je do širšího historicko-filozofického a etického kontextu.

Ústředním pojmem teorie deficitu sebepěče je člověk (osoba), který jedná ve vztahu k sobě samému a prostřednictvím sebe sama, tedy ve vztahu k druhým. I ve zdravotnické praxi se jedná o vztah dvou autonomních osob, kterými jsou pacient a zdravotník, tedy osoba, která péči vyžaduje, a osoba, která je oprávněna péči poskytovat. Každý z nich vstupuje do tohoto vztahu s určitými představami o poskytované péči a s různými předpoklady, jak danou situaci řešit.

Pojmy, kterým se tedy nyní budeme věnovat, jsou osoba a jednání člověka, stejně jako péče o sebe sama. A protože v popisu teorie deficitu sebepěče chybí zakotvení těchto pojmů do filozoficko-etických souvislostí, pokusíme se je v úvodu nastínit.

1.1.1 Osoba

Osoba (persona) je základní pojem, který se užívá nejen ve filozofii, ale také v medicíně, ošetrovatelství, psychologii, sociologii, právu apod., protože pojetí osoby v těchto disciplínách je klíčové pro důležité koncepty prolínající do vztahu dvou osob, a tedy i procesů, které se mezi nimi realizují. Jedná se o koncept autonomie, lidských práv, spravedlnosti apod.

Latinské slovo persona pochází původně z etruštiny a znamenalo masku (rituální, divadelní, společenskou), což mělo vyjadřovat roli, kterou určitý člověk hrál. Pro osobu je ve filozofii užíván také pojem člověk.²

Descartes nahlíží člověka jako myslící jsoucnou (res cogitans) a jako jsoucnou tělesně existující a schopné vnímat okolní svět (res extensa). Přičítá mu také schopnost dobré mysli (univerzální moudrosti), jejímž cílem je to, aby byl člověk schopen rozpoznat, co je třeba v konkrétní životní situaci udělat, co je dobré. „Dobrá mysl jako univerzální moudrost je především praktickou moudrostí, schopností správné orientace člověka ve světě a vodítkem dobrého života.“³

Kant pojímá osobu jako subjekt, který disponuje vlastním jednáním.⁴ Respektování člověka jako jedinečné bytosti vyjádřil ve svém kategorickém imperativu: „Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.“⁵

Novověcí myslitelé vyjadřují osobou také to, že člověk se sám k sobě dostává pomocí druhých v osobním vztahu.⁶ Podle křesťanského personalizmu je člověk na jed-

2 SOKOL, J. *Filozofická antropologie. Člověk jako osoba*. Praha: Portál, 2002. s. 19. ISBN 80-7178-627-6.

3 ZIKA, R. *René Descartes, metafyzika lidského dobra*. Praha: FF UK, 2010. s. 13–14. ISBN 978-80-7308-307-6.

4 KANT, I. *Die Metaphysik der Sitten*. 9. vydání. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991. ISBN 3-518-27790-1.

5 KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. 2. vydání. Praha: Svoboda [1990] 1992. s. 91. ISBN neuvedeno.

6 SOKOL, J. *Filozofická antropologie. Člověk jako osoba*. Praha: Portál, 2002. s. 19. ISBN 80-7178-627-6.

né straně součástí přírody a na straně druhé samostatným celkem existujícím v sobě a sebou (in se, per se) směřujícím k životu nadpřirozenému.⁷ Osoba je ve filozofii tedy chápána jako jsoucnost, které existuje samo o sobě a prostřednictvím sebe.

Existencialistická filozofie nahlíží člověka jako lidskou existenci, která si je vědoma svých rozdílů a vyčlenění od ostatního světa sebepoznáním. Podle Heideggera „osoba není věc, substance ani předmět, ale vykonavatel intencionálních aktů, které jsou spolu spojeny jednotou svého smyslu“.⁸ Zavádí také pojem „pobyt“ (Dasein), který „rozumí sobě samému vždy ze své existence, z jisté možnosti sebe sama, jak sebou samým být“.⁹

Podle Oremové se lidé vyznačují určitými rozpoznatelnými znaky, „mají končetiny, plíce, srdce, funkční systémy, neurologický, endokrinní atd. Od ostatních živočichů se odlišují prostřednictvím svých schopností, jako je reflektovat sebe a své okolí, signalizovat, co zažili, tvořením idejí a slov a jejich využíváním při myšlení a komunikaci. Jedná se o entitu, která musí být jako celek akceptována“.¹⁰ Payne zmiňuje, že živého člověka od neživé věci je na první pohled poměrně snadné odlišit, ale při podrobnějším zkoumání pevné kritérium odlišení postrádá. Rozlišení pak nalézá ve spontaneitě a tvořivosti člověka.¹¹

V pojetí Oremové je pochopení člověka jako osoby dynamické, jde o pohled zosobnění, přesněji řečeno pohyb ve směru zrání a získávání lidských schopností individua. Tento proces stávání se člověkem zahrnuje komunikaci jedince s okolním světem, realizaci lidské touhy po poznání, hledání pravdy a angažovanost činit dobro pro sebe i druhé. „Proces personalizace není podmínkou jednotlivce, ale permanentním úkolem v procesu života v koexistenci s druhými lidmi.“¹² Pojetí osoby konceptem Oremové tedy koresponduje s nahlížením osoby ve smyslu personalizmu, který vyzvedává povahu lidské bytosti, jež se ve společenství s druhými lidmi vyvíjí a stává se jedinečnou. Toto pojetí osoby jako jedinečného jednatelství jedince je dobře patrné v celé teorii Oremové a zrcadlí se především v jejích jednotlivých konceptech, které umožňují sestře přistupovat k pacientovi tak, že respektují jeho jedinečnost a jeho rovnocennost jako subjektu v procesu péče.

1.1.2 Historicko-filozofický vývoj péče o sebe sama

Vývoj a kultivace péče o sebe sama souvisí se samým počátkem lidstva a tím, jak člověk postupně věnoval péči o sebe sama a o druhé neustále větší pozornost. Názor, že člověk se má věnovat sobě samému, pečovat o sebe sama, je v antické kultuře velmi významný a mnoha filozofy a myslitelé zmiňovaný. Již v názorech stoiků nacházíme potřebu spoléhání se na sebe sama, důvěru v sebe sama, soběstačnost a nezávislost na zevních vlivech, jak uvádí již Epiktétos.¹³ Zmiňovanému tématu péče o sebe sama se věnuje velmi obšírně i Seneca. Za nedocenitelné dobro považuje duševní klid a na-

7 JAROSZEWSKI, T. M. *Osobnost a společnost: Problémy osobnosti v soudobé filozofické antropologii*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1975. s. 59.

8 HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Praha: Oikymen, 1996. s. 66. ISBN 80-86-005-12-7.

9 Tamtéž.

10 OREM, D. E. *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, 1997. s. 104, 109. ISBN 3-86126-548-6.

11 PAYNE, J. a kol. *Zdraví – hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton, 2002. s. 6. ISBN 80-7254-293-1.

12 OREM, D. E. *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, 1997. s. 110. ISBN 3-86126-548-6.

13 EPIKTÉTOS. *Rozprawy*. Praha: Nakladatelství Československá akademie věd, 1957, s. 10–11.

prostou svobodu v přetváření sebe sama, kde významnou roli hraje rozum jako základ nejvyššího dobra. Jde mu o to, stát se svým pánem, dokonale ovládat sebe sama, k čemuž nabádá ve svých spisech Luciliovi.¹⁴

Některé filozofy udivuje, že v péči o sebe chtějí lidé dosahovat toho, co se jim jeví jako dobré. Většinou chtějí vést především zdařilý život, ale je s podivem, že se při tom nestarají o orgán života, kterým je duše, nevzdělávají ji. Například kdo usiluje o dokonalost v hodu diskem, trénuje své svaly a souhru pohybu, kdo chce být silný a mrštný, udržuje svaly v aktivitě. Proto je potřeba pečovat o zdraví své duše, tedy vzdělávat ji.¹⁵ Foucault, který se tématu péče o sebe věnoval ve svých *Dějinách sexuality*, uvádí, že kolem tématu péče o sebe se rozvinula výrazná aktivita, která v sobě zahrnovala práci na sobě samém i prostřednictvím styku s druhými.¹⁶

V historickém vývoji lidstva bývá péče o sebe sama tradičně spojována s lékařským myšlením. Filozofie a lékařství totiž pracují s některými společnými pojmy, jako např. pathos, který představuje narušení rovnováhy těla i duše. Na základě společných pojmů byli již stoikové schopni vypracovat schéma choroby a na základě toho i možné formy léčby.¹⁷ Například v *Listech Luciliovi* najdeme mnoho příkladů, které se zabývají péčí o zdraví. „*Tělu neprospívá a výživy mu nepřidá pokrm, který z něj hned po požití odchází. Uzdravování nemocného nic nebrzdí tak jako častá záměna léků. Nezacelí se rána, k jejímuž zhojení pokusně střídáš léčiva. Nezmohtní rostlina, kterou často přesazuješ.*“¹⁸

1.1.3 Péče o duši

Péči o sebe sama je ve starém Řecku věnována velká pozornost a je úzce spojována s jednáním člověka a jeho volbou mezi poznáním pravdy a dosahováním dobra. V tomto ohledu sehrává významnou roli i péče o duši, proto jí bude v dalším textu věnována krátká pozornost. Myšlenka oddělení duše od těla a nutnost péče o ni je vyjádřena v dialogu *Faidón*, kdy Sokrates v rozhovoru s přáteli obhájí myšlenku o nesmrtnosti duše a snahu o její kultivaci logickým myšlením, které směřuje k pravdě.¹⁹

V Platonově *Ústavě* se účastníci diskuze shodují na tom, že obec i duše sestává ze tří základních složek, které tvoří celek. U obce jsou těmito základními složkami jednotlivé stavy, a to stav vládců, stav strážců a stav výrobců. Tři základní složky jsou uváděny i u struktury duše. Je to její nejvyšší, rozumová složka, dále tzv. vznětlivá složka a žádostivost. Jak v obci, tak v lidské duši se uskutečňuje spravedlnost tím, že každá složka plní svůj vlastní úkol a že nižší složky se podřizují té vyšší a mají jí pomáhat. Pokud jde o duši, účastníci výše zmíněné diskuze se shodují na tom, že člověk, který se chce stát spravedlivým, musí pečovat o duši.²⁰

14 SENECA, L. A. *Výbor z listů Luciliovi*. Antická knihovna, Svazek 4. Překlad Bohumil Ryba. Praha: Svoboda, 1969. List 74–75, s. 116, 126.

15 FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality 3, Péče o sebe*. Praha: Herrmann a synové, 2003. s. 61. ISBN 80-239-1186-4.

16 Tamtéž, s. 70–72.

17 Tamtéž, s. 74.

18 SENECA, L. A. *Výbor z listů Luciliovi*. Antická knihovna, Svazek 4. Překlad Bohumil Ryba. Praha: Svoboda, 1969. s. 8–9.

19 PLATON. *Faidón*. Překlad František Novotný. 6. vydání. Praha: Oikymen, 2005. 90 s. ISBN 80-7298-158-7.

20 PLATON. *Ústava*. Překlad František Novotný. 4. vydání. Praha: Oikymen, 2005. 423 s. ISBN 80-7298-142-0.

Patočka čerpá z myšlenek Platona a v návaznosti na něj uvádí tři hlediska péče o duši. Jedná se o celkový rozvrh jsoucna, nové uspořádání státního života a péči o duši jako sebepoznání a ovládnutím sebe sama.²¹

V souvislosti s péčí o duši se otevírá také otázka svobody a jednání. Aristoteles vidí tento problém svobody ve skutečném jednání člověka, který sobě samému nějakým způsobem rozumí, nachází se v situaci, kterou reflektuje a svobodně přetváří. Jedná se tedy o autonomní činnost, protože se člověk řídí principy, které si musí sám vytvářet.²² Spojujícím prvkem tohoto procesu u mnoha myslitelů je přesvědčení, že lidské jednání sleduje dobro.²³

Také renesanční myslitelé přijímali antickou koncepci péče o duši, která zastává názor, že lidé se mohou vyvíjet a být věrni svému přirozenému talentu a vrozenému charakteru, vyjádřeně ve výpovědích poznej sám sebe, uctívej sám sebe, tj. důvěřuj svojí přirozené síle. Podle Descarta správným způsobem bytí člověka ve světě je intuitivně-deduktivní postup. Intuice souvisí s poznáním jevu nebo situace a dedukce je logickým vyvozováním závěrů. Člověk tak jedná na základě své rozumové přirozenosti, tedy postupu, kterému není nutné se učit, je potřeba jej nechat jen rozvinout.²⁴

Zvýšený zájem o jedince nacházíme i v Rousseauově pojetí sebe sama, které je pozměněné a chápané jako užívající si života navzdory korupci, která vládne ve společnosti.²⁵ Toto opětovné přiklonění k sobě samému bylo podle Hladkého bezesporu reakcí na proměnu evropské kultury již během novověku a osvícenství, která s sebou přinesla oslabení starosti o sebe sama. Zájem se totiž soustředil na vnější svět, a to touhu vlastnit materiální statky, ovládat přírodu apod.²⁶

Lidé do 19. století měli pocit, že mohou nějakým způsobem ovládat svoje osudy a společenské záležitosti. Podle Patočky žijeme nyní v pocitu právě opačném, „že nás něco unáší do neznáma, je rozporné, brání nám zaujmout jednoznačný postoj, odcizuje nás od životní formy, ve které žijeme“.²⁷ A to, že nemůžeme opustit tuto „potápějící se loď“, je podle něj „odsouhlasením světového pádu“. Roli vůdce ze současné krize má podle Patočky sehrát Platonova péče o duši, „která představuje výzvu k proměně sebe sama směrem k pravdě překračující konkrétní danost našeho každodenního života a podněcuje tak člověka k uvědomělému a aktivnímu jednání, což v sobě skrývá samu identitu evropského dědictví“.²⁸ Podle Hladkého Patočka chápe duši především jako pohyb. Duše se buď pevně formuje ve vztahu k pravdě a shodě samé se sebou, nebo se odcizuje sama sobě a upadá do oblasti zdání. To představuje dvě zcela odlišné mož-

21 PATOČKA, J. *Péče o duši: soubor statí a přednášek o postavení člověka ve světě a v dějinách*. Díl 2. Praha: Oikoymenh, 1999. s. 129, 224. ISBN 80-86005-91-7.

22 Tamtéž, s. 331, 340, 341.

23 HLADKÝ, V. *Změnit sám sebe, duchovní cvičení Pierra Hadota, péče o sebe Michaela Foucaulta, péče o duši Jana Patočky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010. s. 146. ISBN 978-80-87378-28-1.

24 ZIKA, R. *René Descartes, metafyzika lidského dobra*. Praha: FF UK 2010. s. 29. ISBN 978-80-7308-307-6.

25 O'HAGAN, T. (ed.) *Jean-Jacques Rousseau and the Sources of the Self*. Aldershot: Avebury, 1997. s. 38–39. ISBN 1 85972 552 X.

26 HLADKÝ, V. *Změnit sám sebe, duchovní cvičení Pierra Hadota, péče o sebe Michaela Foucaulta, péče o duši Jana Patočky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010. s. 147. ISBN 978-80-87378-28-1.

27 PATOČKA, J. *Péče o duši: soubor statí a přednášek o postavení člověka ve světě a v dějinách*. Díl 2. Praha: Oikoymenh, 1999. s. 153. ISBN 80-86005-91-7.

28 Tamtéž.

nosti lidské existence, které nalézáme již ve vyjádřeních Heideggerových jako autentické a neautentické bytí.²⁹

Starost o duši se podle Patočky děje každodenním vnímáním okolních věcí a zacházením s nimi a také každodenním kontaktem s lidmi. Patočka v tomto ohledu hovoří o neurčité bezprostřednosti. Na druhé straně duše, která se o sebe stará a která se táže, pečuje o své bytí a provádí reflexi, to znamená, „že se *pohybuje od neurčité bezprostřednosti k vymezující reflexi*“.³⁰

Tuto tzv. vymezující reflexi, jako vnitřní jednání, může člověk realizovat jen díky tomu, že se nachází v nějaké situaci, do níž se dostal, kterou se snaží posoudit. Určitou roli v tomto ohledu hraje zkušenost jedince a znalosti doby, v níž daný jedinec situaci posuzuje. Jedinci tedy situaci nějak vnímají, jsou schopni ji přizpůsobit svým záměrům a podle toho se nacházejí v příznivé nebo nepříznivé situaci.³¹ Patočka uvádí, že pokud se dostaneme do situace, v níž máme pocit, že se nám křivdí, vnímáme ji negativně jako zlo, zvláště pokud se nemůžeme účelně bránit. Tato skutečnost s sebou přináší pojem tzv. „*prostředně dobro*“, které je možné považovat za normu lidského jednání a nese prvky spravedlnosti.³²

1.1.4 Starost o sebe sama

Pojem starost o sebe sama (Selbstsorge) v sobě nezahrnuje jen sebe (já), ale i jeho existenci a budoucnost ve společnosti, odkazuje nejen na individuum ve své konečnosti, ale i rozmanitost v této ohraničenosti, a tím i na logiku jeho konce. Každý člověk je tělesně existující a jako takový konečný, to znamená, že musí zemřít, což předpokládá stárnutí, a s tím související možnost stát se nemocným a závislým na péči druhého. S konečností člověka také souvisí možnost osoby uzpůsobit si vlastní život a starost o sebe sama, což je jedním ze způsobů jeho uskutečňování a také odpovědí na jeho konečnost. Z toho vyplývá, že starost o sebe sama (Selbstsorge) jako zvláštní forma „pobytu“ (Dasein) určuje úroveň sebepéče (Selbstpflege), není s ní zcela identická (dalo by se říct, že první pojem je širší a zahrnuje v sobě i sebepéči). Oba pojmy by tedy neměly být používány jako synonyma. Sebestpéče je zaměřena na podporu vlastního zdraví a pocitu pohody, a tvoří tedy jen jakousi výseč starosti o sebe sama.³³ Se zmiňovanými pojmy souvisí jednání člověka jako projev péče o sebe sama, a tím tedy i sebepéče, protože teprve jednáním (vůči sobě samému i vůči ostatním lidem) člověk odhaluje své záměry, hodnotový systém, pochopení situace a vyjevuje tím také svůj životní plán.

Pokud jsem hovořila o péči o sebe sama jako o zvláštní formě existence a vyjevování rozvrhu, měla jsem na mysli filozofická východiska těchto pojmů v pojetí Heideggera a Riceaura, kterým se budeme věnovat. Dovolím si tak ponechat vyjádření ostatních filozofů k uvedenému tématu stranou.

29 HLADKÝ, V. *Změnit sám sebe, duchovní cvičení Pierra Hadota, péče o sebe Michaela Foucaulta, péče o duši Jana Patočky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010. s. 152, 158. ISBN 978-80-87378-28-1.

30 PATOČKA, J. *Péče o duši: soubor statí a přednášek o postavení člověka ve světě a v dějinách*. Díl 2. Praha: Oikymen, 1999. s. 231. ISBN 80-86005-91-7.

31 Tamtéž, s. 149.

32 Tamtéž, s. 248.

33 WESSEL, K. F., SCUPIN, O., DIESNER, T. *Selbstsorge*. Bielefeld: Kleine Verlag, 2007. s. 15. ISBN 978-3-89370-428-6.

Heidegger charakterizuje „pobyt“ (Dasein) jako jsoucno, kterému na jeho bytí záleží. *„Pobyt je vždy tím, čím bytí může, a tak, jak je v jeho možnostech. Přičemž možnost znamená, že něco ještě není skutečné a také není nutné, charakterizuje to, co je možné. Pobyt je sobě samému vydané bytí možností, možnost veskrze vržená. Pobyt je možnost být svoboden pro své nejvlastnější moci být.“*³⁴ Heidegger proto samu povahu pobytu charakterizuje jako „starost“ či „péči“, která je původně starostí o toto bytí samo.

Základní elementy pobytu (tzv. existenciály) jsou u Heideggera vrženost, moci být a upadlost, které se sjednocují ve starosti (Sorge). Heidegger zjevně preferuje autenticitu, ale ví, že k tomu je potřeba odhodlanosti bytí v autentickém modu. Člověk ve svém životě často volí mezi autentickým a neautentickým bytím (ono se) a úzkost je voláním člověka zpět k jeho autenticitě.³⁵

Tato otázka je úzce spjata s problematikou vůle. To, co jedinec v dané situaci chce, většinou koresponduje s jeho rozvrhem, s tím, jak svoji situaci vnímá, jak jí rozumí. Přičemž rozvrhem je myšleno praktické určení toho, co bude, což souvisí s životním plánem daného jedince. Samotné zrození volby je podle Ricoeura vyjádřeno trojím vztahem, a to k rozvrhu (chci to), k sobě samému (určuji se takto) a k motivu (rozhoduji se tak, protože). Důležitou roli v procesu vůle a rozhodování sehrává podle Ricouera také váhání, které je volbou, jež se hledá. Na jedné straně nazývá váhání nerozhodností nebo ztrátou sebe sama, na druhé straně je váhání vůlí, která je v rozpacích a orientuje se. Váhat znamená postavit se neurčitému „ono se“. Zvolit znamená skončit rozpravu, také to znamená „*rázně přetnout gordický uzel váhání*“.³⁶ Na rozdíl od ono se bere konkrétní jedinec čin na sebe, přijímá ho, což souvisí s odpovědností (o které bude pojednáváno níže). Podle Ricouera vztah s druhým může být stejně tak naším aktivním spolubytím, jako naší sebeztrátou v anonymním ono se.³⁷ Ve zdravotnické praxi ve vztahu k druhému zdravotník také nějak jedná a očekává se od něj, že bude jednat zodpovědně s ohledem na prospěch druhého i s ohledem na jeho rozvrh. To, jak vyjadřuje Heidegger a Ricoeur, setkávání se se sebou samým ve svých rozvrzích, v rozvrhu sebe sama pro sebe sama, je možné chápat jako základ sebepéče (jako lidského jednání) v pojetí Oremové. Péče o sebe sama jako projev lidského jednání, a tedy i pobytu vstupuje do vztahů mezi jedinci ve společnosti a také ve zdravotnické praxi.

Z uvedeného vyplývá, že starost o sebe sama a její dílčí součást sebepéče má své kořeny spojené s existencí lidstva a promítá se do filozofických úvah již od samých počátků tázání po povaze a původu duše a péče o ni. Péče o duši se zaměřovala na její vzdělávání, kultivaci logického myšlení, a tím i cestu k pravdě. Již v té době se péče o sebe, díky různým školám, které se tímto tématem zabývaly, jevila jako intenzifikace sociálních vztahů. Výzvy k péči o sebe sama tak vznikly na principu sokratovsko-platonské tradice péče o duši a položily základ dalšího nahlížení člověka ve společenském kontextu.

V dnešní době je starost o sebe sama ideologií, která upevňuje požadavek vlastní odpovědnosti. Jedinec jako občan je mnohdy osamocen, protože ten druhý a třetí ve vztahu k němu selhává. Ustupuje i podíl státu na odpovědnosti a solidaritě, takže

34 HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Praha: Oikymenh, 1996. s. 209. ISBN 80-86-005-12-7.

35 HEIDEGGER, M. in ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 51. ISBN 80-247-0440-4.

36 RICOEUR, P. *Filozofie vůle I, Fenomenologie svobody*. Přeložil Jakub Čapek. Praha: Oikymenh, 2001. s. 150–153, 178. ISBN 80-7298-033-5.

37 Tamtéž, s. 68.

člověk zůstává jako opuštěný subjekt, kterému je jeho osamocenost v mnoha případech prezentována jako autonomie.³⁸

Podle odhadu některých sociologů bude role pacientů neustále posilována a ti budou výhledově přebírat více odpovědnosti. V některých zemích jsou dokonce už nyní označováni jako „třetí síla“ ve zdravotnickém systému.³⁹ V této situaci se jeví participace, kompetence a řízení péče jako klíčová kvalifikace pacienta pro optimální nárokování a využívání služeb zdravotního systému. Jak je vidět, tak se již nyní pacienti podílejí na financování poskytované péče, musí také často volit mezi nabídkami léčebných postupů. Zvláště důležitou roli hraje spoluúčast pacientů u chronicky nemocných a stoupající význam ambulantní péče.

Tuto tendenci dokládá i studie autorů (Pratt, Fry a Kirscht), která se zaměřuje na sebekpěči a předpokládá, že přibližně 75 % (nebo i více) zdravotní péče je prováděno bez profesionálního zásahu, mnohdy z nedostatku dostupnosti profesionálních služeb. Je jasné, že je nutné optimální vyvážení mezi sebekpěčí a profesionální péčí, což vzbuzuje i veřejný zájem o sebekpěči. V současné době počítá primární zdravotní péče s aktivní účastí jedince na péči o své vlastní zdraví, čemuž nahrává i technologický rozvoj společnosti a počítačová gramotnost lidí.⁴⁰

Tyto skutečnosti vedly k velkému zájmu o uvedené téma sebekpěče, o kterém se v USA rozsáhle diskutovalo. Než zmíněné diskuze představíme, uvedeme pár výpovědí k sebekpěči.

1.1.5 Sebekpěče

Podíváme-li se na pojem sebekpěče z jazykového hlediska, můžeme jej rozložit na sebe (self, Selbst) a péči (care, Pflege). K pojmu sebe v českém vyjádření nalézáme ekvivalent já (latinsky ego). Sebe pak nacházíme spíše ve spojení, která tento pojem dále specifikují (sebeurčení, sebevědomí, vnímání sebe sama, sebeláska, sebereflexe apod.). Já (self, Selbst) popisuje základní vlastnosti osoby, jež chápe jako bytí, které disponuje vědomím, je schopné jednání a odpovědnosti za vlastní činy. Zmiňovaný pojem odkazuje nepřímo i k těm ostatním. Proto by měla být i sebekpěče pojímána také jako starost o druhé, protože já může být odlišeno jen ve vztahu k ostatním.⁴¹

Self je také centrálním pojmem Rogersovské teorie. *„Je to organizovaný, konzistentní pojmový gestalt, který je složený z vjemů charakteristik „já“ nebo „mě“ a z vjemů vztahů „já“ nebo „mě“ vůči druhým lidem a vůči různým aspektům života, spolu s hodnotami, jež jsou s těmito vjemy spojené.“*⁴²

38 WESSEL, K. F., SCUPIN, O., DIESNER, T. *Selbstsorge*. Bielefeld: Kleine Verlag, 2007. s. 13. ISBN 978-3-89370-428-6.

39 BEKEL, G., PANFIL, E. M., SCUPIN, O. *Selbsorge – praktische Erkenntnisse für die klinische Praxis aus der Perspektive der Pflegewissenschaft. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2005, č. 99, s. 623–627. ISSN 1865-9217.

40 LEVIN, L. S., KATZ, A. H., HOLST, E. *Self-care lay initiatives in health*. 2nd ed. New York: Neale Watson Academic Publications, Inc. 1977. s. 15–20. ISBN 0-88202-111-7.

41 WESSEL, K. F., SCUPIN, O., DIESNER, T. *Selbstsorge*. Bielefeld: Kleine Verlag, 2007. s. 13. ISBN 978-3-89370-428-6.

42 ROGERS, C. R. *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál, 1998. s. 34. ISBN 80-7178-233-5.

Oremová vníma sebepéču jako „*vědomé chování, čili jednání člověka (jako lidskou regulatorní funkci), které jedinci iniciují a provádějí ve vlastním zájmu pro zachování života a pocitu pohody, stejně jako svého zdraví*“.^{43, 44}

Sebepéče jako lidské jednání

Popis lidského jednání je velmi komplexní záležitostí, protože vlastní akt jednání určitého člověka je závislý na mnoha různých komponentech. Jedná se kromě aspektů filozofických také o aspekty psychologické, neurofyzilogické a sociální. Tyto aspekty se prolínají do pojetí sebepéče, proto je krátce uvedeme jako doklad povědomí jejich existence. Zástupci různých teorií vysvětlují lidské jednání z různých zorných úhlů. Zastánci behaviorizmu zkoumají a vysvětlují lidské jednání jako reakci na zevní podněty. Zastánci kognitivizmu se staví proti tomuto jednoduchému vysvětlení lidského jednání. Připisují člověku schopnost úsudku a racionálního myšlení. Lidé jednají vědomě a předvídatě (anticipačně), stanovují si cíle a plánují činnosti, aby těchto cílů dosáhli. Jde o „úmyslné jednání“, s čímž je úzce spojena i otázka odpovědnosti. Vedle psychologických vysvětlení lidského jednání se také sociologie zabývá jednáním, které se vztahuje na druhé a vede ke tvoření společensko-politických vztahů.⁴⁵

Nyní již avizované diskuze k sebepéči v USA. Podle Wrighta jsou pro sebepéči rozhodující dva předpoklady. Prvním z nich je sebepéče jako esenciální vyjádření individuální svobody, jedná se o jeden aspekt existence. Druhým předpokladem je, že sebepéče musí vyjadřovat nevynucené vlastní rozhodnutí, jestliže to má být péče opravdu osobně iniciovaná a svobodně prováděná.⁴⁶ Zdravotníci potom provádějí asistenci ve dvou dimenzích sebepéče. Jednak při jednání v sebepéči, která je zaměřena na podporu zdraví, jednak v oblasti kompetence sebepéče jako procesu sebeurčení, rozhodování s respektem k volbě jednání. To zahrnuje podporu jedincových hodnot a konceptu zdraví. Pro veškeré jednání v rámci zdraví, které se nestalo automatickým, je nutná vědomá volba podložená svobodným a adekvátním rozhodnutím.⁴⁷

John Fry identifikoval čtyři role sebepéče. Jedná se o podporu zdraví, prevenci nemocí, sebediagnostiku a sebededikaci (sebeléčba) a pacientovu účast v profesionální péči. Sebepéče může být také chápána jako proces rozhodování, který zahrnuje sebezpozorování, vnímání a označení symptomů, rozhodnutí, jak závažné je onemocnění, a posouzení léčebné volby. Protože je sebepéče spojena s odpovědností, uvádí Levin v souvislosti se sebepéčí několik úrovní odpovědnosti, přičemž první označuje jako osobní využití profesionálních zdrojů. Posouzení vlastní kompetence jedince k sebediagnóze a sebeléčbě přispívá k jeho rozhodnutí vyhledat profesionální asistenci pro daný problém. To by mohla být přirozeně záležitost tržního předpokladu. Druhá úroveň odpovědnosti a kontroly

43 OREM, D. E. *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, 1997. s. 112. ISBN 3-86126-548-6.

44 OREM, D. E. *Nursing Concepts of Practise*. 6. vydání. USA: A Harcourt Health Sciences Company, 2001. s. 43. ISBN 0-323-00864-X.

45 BEKEL, G. Die Selbstpflegedefizit – Theorie von Dorothea E. Orem. In Holoch, E., Gehrke, U., Knigge-Demal, B., Zoller, E. *Kinderkrankenpflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 1999. ISBN 3-456-83179-X.

46 WRIGHT, R. A. *Human Values in Health Care*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. University of Toledo: McGraw-Hill Book Company, 1987. s. 236. ISBN 0-07-072076-2.

47 Tamtéž, s. 237.

se vyskytuje v kontextu interakce mezi pacientem a zdravotníkem. A konečně se jedná o úroveň veřejného zájmu, činění rozhodnutí a politické jednání ve zdravotních záležitostech (více v kapitole odpovědnosti). Je jasné, že sebekpéče by neměla být vnímána pouze v zájmu péče o sebe sama, protože zdravotní problémy jsou multifaktoriální povahy.⁴⁸

V současné době je toto multifaktoriální pojetí sebekpéče mnohdy redukováno pouze na úkony, které pacient provádí v rámci automatických činností v péči o sebe sama, jako například příjem léků. Podobnou redukci představuje i pojetí sebekpéče v NANDA-I taxonomii, která se vyjadřuje k sebekpěči jen v oblasti pohybové aktivity, příjmu stravy a vyprazdňování.

Oremová chápe sebekpěči jako jednu z lidských funkcí, při níž jde o požadavek osvojení si a použití vědomostí pro provedení externích a interních postupů jednání v sebekpěči. Mezi externě orientované jednání Oremová řadí aktivity zaměřené na vyhledávání vědomostí, podpory a využití rezerv, interpersonální jednání a jednání zaměřené na kontrolu externích faktorů. K interně orientovanému jednání pak náleží kontrola jednání vlastní osoby (myšlení, pocity, orientace) a regulace vnitřních faktorů. Pochopení sebekpéče jako jednání ovlivněné vnitřními a zevními faktory pomáhá poskytovatelům péče popsat systém sebekpéče jedince a odhalit, který systém podpory pro něj bude nejlepší.⁴⁹ Z pohledu pomáhajících profesí se jedná o určitý druh jednání, který se odehrává ve společnosti a je v sociologii označován jako „sociální jednání“, jehož základním rysem je zaměřenost na druhé lidi a pochopení smyslu a významu jejich jednání.⁵⁰ Domnívám se, že je možné k tomuto aspektu přiřadit ještě záměr jednání s ohledem konat dobro pro sebe, případně druhé, a respektovat při tom názory druhého v interakci, jeho hodnoty a autonomní volbu.

Dalo by se tedy shrnout, že starost o sebe sama v sobě zahrnuje koncepci jedince týkající se jeho existence a budoucnosti ve společnosti a s tím spojený náhled na vlastní zdraví a pocit pohody, který ovlivňuje jeho jednání v rámci sebekpéče. Sebekpéče je tak chápána jako pojem, který v sobě zahrnuje nejen filozoficko-etický, ale také společenský rozměr, a to ve způsobu přístupu profesionálního pečovatele k nemocnému s respektem k jeho autonomii a s ohledem na podíl státu v této interakci.

1.2 Vztah pacient–zdravotník/sestra

V této kapitole se budu zabývat vztahem pacient–zdravotník se zaměřením na vztah pacient–sestra. I tady bude pozornost věnována následujícím pojmům: sebekpěči jako projevu jednání člověka, péči o druhé, odpovědnosti a autonomii, které se promítají do vztahu jednoho člověka k druhému. Vývoj zmiňovaného vztahu představím v historicko-společenských souvislostech se zaměřením na paternalismus, na respekt k autonomii a upozorním na určitá úskalí, která tento vztah ovlivňují. Ve vzájemné interakci dvou jedinců v procesu péče je nesmírně důležité respektovat autonomní rozhodnutí jedince, zvláště pak tehdy, pokud je jedinec zjevně schopen činit adekvátní rozhodnutí

48 LEVIN, L. S., KATZ, A. H., HOLST, E. *Self-care lay initiatives in health*. 2nd ed. New York: Neale Watson Academic Publications, Inc. 1977. s. 11–12. ISBN 0-88202-111-7.

49 OREM, D. E. *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, 1997. s. 247. ISBN 3-86126-548-6.

50 KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. s. 30. ISBN 978-80-244-2315-9.

v péči o své zdraví. Pokusím se odhalit, zda je respekt k autonomii obsažen v pojetí sebepéče Oremové, a nastínit etický rozměr její teorie.

1.2.1 Vývoj vztahu pacient–zdravotník/sestra

Ve vývoji lidstva prošel uvedený vztah celou řadou proměn, a to od úplné závislosti pacienta na zdravotnících až po jeho nezávislost a respektování autonomní volby. V poslední době, při přehnaném respektu autonomie pacienta, může dojít až k jeho osamocení při rozhodování, čímž je pacientovi tato osamocenost jako autonomie vnucována. Již od dob starého Řecka byl vztah pacient–lékař ovlivňován lékařskými poznatky té doby, technickými možnostmi, náhledem na zdraví jedince, společenskými a individuálními hodnotami a také deontologickými kodexy té doby. Máme na mysli např. Hippokratovu přísahu, která nese prvky paternalistického přístupu k nemocnému.

Prvky paternalizmu nacházíme také u zakladatelky ošetrovateľství F. Nightingaleové, která sice doporučovala, aby pacient pečoval sám o sebe, jak jen to bude možné, přesto ho považovala převážně za pasivního příjemce ošetrovateľských intervencí.⁵¹ Postavila tak pacienta se svými potřebami, zajišťovanými sestrou, spíše do pasivní role, a tím nepřímou vyjádřila paternalistický vztah účastníků této interakce. Je jasné, že v polovině 19. století, kdy F. Nightingaleová svoji koncepci vytvářela, teprve docházelo k rozvoji vědy, techniky i lékařství a lidé věnovali jen málo pozornosti podpoře vlastního zdraví. Haškovcová dokonce mluví o přelomu 19. a 20. století jako o období dehumanizace medicíny.⁵² Pro uvedené období je charakteristický paternalistický přístup k pacientovi a biomedicínský model péče, obojí u nás přetrvává až do období 80. let 20. století. S těmito projevy se ovšem můžeme setkat ještě dnes a zůstává otevřenou otázkou, jestli jsou akceptovány samotným pacientem a pomáhají mu uspokojivě řešit jeho situaci, či nikoliv. V konkrétních případech procesu péče se často setkáváme s rozporem mezi tím, co chce pacient, a tím, co se zdravotnický profesionál domnívá, že by bylo pro pacienta prospěšné. V tom případě do vztahu nesoucímu znaky paternalizmu vstupují do konfliktu dva principy: princip beneficence a princip respektu k autonomii.

1.2.2 Paternalizmus a autonomie

Na tomto místě si dovolueme učinit odbočení k hlavním zmiňovaným pojmům, kterých jsme se dotkli při vymežování vztahu pacienta a zdravotníka, tedy k paternalizmu a autonomii.

Paternalizmus je definován Beauchampem a Childressem jako „*záměrné potlačení známých preferencí osoby nebo jednání jiných osob, kde osoba, která potlačuje, ospravedlňuje své jednání tím, že prospívá poškozené osobě, jejíž preference nebo jednání jsou potlačovány*“.⁵³

51 NIGHTINGALE, F. *Kniha o ošetrování nemocných*, Praha: Ottovo nakladatelství [1874], 1946, s. 62. Uvedeno také v ŽIAKOVÁ, K., JAROŠOVÁ, D., ČÁP, J. *Ošetrovateľství: Konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 47, 48, 53. ISBN 80-7368-068-8.

52 HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. s. 21. ISBN 80-7262-132-7.

53 BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001. s. 178. ISBN 13 978-0-19-514332-4.

Paternalismus, založený na rodičovské analogii (pater znamená otec), podle Childresse předpokládá vyhovět potřebám druhých lidí, dokonce i proti přání této osoby. První podmínkou paternalismu je altruistická beneficence, která je zaměřená na prospěch druhé osoby. Druhou podmínkou je odmítnutí akceptovat přání osoby, její volby a jednání za určitých podmínek. Jako příklad paternalistického jednání může být v tomto ohledu uvedeno legální donucování. Donucování je pouze jedna forma nesouhlasu s jedincovými přáními, volbami a jednáním, a i když představuje závažnou morální otázku, je neadekvátní definovat paternalismus jako „donucovací beneficenci“. Důvodem nesouhlasu s přáními druhého může být také to, že tato přání, volby a jednání jedince narušují určitý morální princip ve vztahu k druhému, jako je nonmaleficence nebo justice.⁵⁴

Childress rozlišuje paternalismus ve smyslu pozitivním a negativním a paternalismus mírný a tvrdý. Pozitivní paternalismus zahrnuje podporování dobra, zatímco negativní paternalismus zahrnuje prevenci, eliminaci zla. Oba by mohly spadat pod povinnost beneficence, ale je důležité je rozlišovat, protože za stejných podmínek je podle něj jednodušší ospravedlnit pozitivní paternalismus.

Jestliže jsou zohledňovány hodnoty pacienta užívané v posouzení ublížení a prospěchu, jedná se o mírný paternalismus. Oproti tomu tvrdý paternalismus vnucuje hodnoty, které jsou pacientovi cizí, i přesto, že mohou být běžně akceptovány společností nebo tzv. „rozumným člověkem“. Za stejných podmínek je jednodušší ospravedlnit mírný paternalismus, kdy je možné apelovat na hodnoty, které při rozhodování vycházejí přímo od dané osoby.⁵⁵

Beauchamp a Childress se domnívají, že intervence silného paternalismu, tedy ignorování plné autonomie nebo dobrovolných rozhodnutí osoby, jsou ospravedlnitelné v těchto situacích:

- U pacienta bylo stanoveno riziko, které by ho mohlo poškodit.
- Paternalistické intervence vedly k prevenci poškození.
- Plánovaný prospěch pomocí paternalistického jednání převážil rizika pro pacienta.
- Bylo možné akceptovat nejmenší restriktivní alternativy autonomie.⁵⁶

Odborníci na bioetiku počítají s paternalistickým přístupem ještě v dnešní době a snaží se jeho výhody zapracovat do současného přístupu k pacientovi v určité situaci. Někteří jiní odborníci hovoří spíše „o zániku paternalismu a zpožděném nástupu autonomie“. Podle Haškovcové existují důvody pro zánik paternalismu. Patří k nim to, že si lidé po druhé světové válce začali více uvědomovat důležitost lidských práv a autonomie jedince jako práva každého člověka na sebeurčení, a to i ve specifické situaci, tedy v nemoci. Dalším důvodem je rozvoj a technizace medicíny, zvláště její diagnostické složky, což s sebou přináší tvorbu nových zdravotnických systémů a podíl více lékařů i ostatních zdravotníků na péči o nemocného. To také vede k rozvoji tzv. „vítězné medicíny“, jejíž výsledek se začal projevovat již koncem 60. let 20. století v nárůstu velkého počtu chronicky nemocných osob. Tito lidé potřebují nejen trvalé sledování odborníky, ale také informace, které jim umožní „žít se svojí

54 CHILDRESS, J. F. *Who should decide?* New York: Oxford University Press, 1982. s. 12–14.

55 Tamtéž, s. 18.

56 SCHERMER, M. *The Different Faces of Autonomy*. Amsterdam: Ridderprint B. V. Ridderkerk, 2001. s. 36, 37. ISBN 90-71433-63-3.

nemocí“. Proto se nejen lékaři, ale i jiní odborníci začali zajímat o to, jak chronicky nemocný svoji nemoc prožívá a jak ji integruje do běžného denního života. Velkou skupinu nemocných tvořili pacienti s onkologickým onemocněním, které přecházelo do chronicity. Význačným přínosem v prozkoumání této oblasti byla práce Kübler-Rossové, která vedla rozhovory s takto nemocnými pacienty, a zobecněním získaných poznatků bylo podle Haškovcové doloženo, že *pia fraus* je ve vztahu zdravotník–pacient neudržitelná.⁵⁷ Souhlasím s Haškovcovou, že další důležitý faktor přispívající k oslabení pozic paternalizmu je možné spatřovat v rozvoji počítačové gramotnosti jedinců a internetových zdrojích.

1.2.3 Podíl pacienta na péči

Tento nový náhled na aktivní podíl pacienta v péči o vlastní zdraví je v současné době rozvíjen v USA jako model chronického onemocnění, který spočívá v úctě k autonomii nemocného. Optimální péče je dosažena tehdy, když je zdravotnický personál připraven na interakci s informovaným a aktivním pacientem. Pacienti s chronickým onemocněním dělají den co den rozhodnutí (i několik desítek let) v rámci sebeřízení. Tato realita zavádí nové paradigma v modelu chronického onemocnění, a to partnerský vztah s pacientem, v němž zdravotník a pacient provádějí rozhodnutí o zdravotní péči společně (sdílené rozhodování). Současně uvedený model zahrnuje výukový program sebeřízení, který zvyšuje dovednosti pacienta pro řešení problémů, a tedy zlepšení jeho života. Tímto způsobem se může přispět ke snížení terapeutických nákladů např. u nemocných s artritidou nebo astmatem. Vzniká tak nový náhled na pacienta, kdy osoby s chronickým onemocněním jsou svými hlavními ošetrovateli. Toto paradigma předpokládá, „že zatímco zdravotničtí profesionálové jsou odborníci na nemoc, pacienti jsou odborníci na vlastní život s nemocí“.⁵⁸ Na tomto místě si dovoluji krátké pojednání k pojmu odborník.

K pojmu odborník nalezneme vyjádření už u Aristotela, který uvádí: „Každý člověk usuzuje správně o tom, co ví, a je dobrým soudcem v takových věcech. O jednotlivých věcech tedy správně usuzuje odborník v té věci, všeobecně však člověk všestranně vzdělaný.“⁵⁹ Je tedy možné říci, že pacient, zvláště chronicky nemocný, je odborníkem na sebe sama, neboť kdo jiný by mohl disponovat hlubšími znalostmi a zkušenostmi se svým vlastním bytím než on sám. Na druhé straně jeho „odborné závěry“ nelze generalizovat, neboť vyplývají vždy z individuální zkušenosti, ale i tak je lze zprostředkovávat stejně postiženým jedincům jako podněty pro řešení určitých problémů souvisejících s daným onemocněním.

Je pravdou, že pokud hovoříme o odborníkovi (neboli expertovi), máme nejčastěji na mysli člověka, který disponuje značnými teoretickými znalostmi získanými profesní přípravou a praktickými dovednostmi v určitém oboru. Uvedený termín se většinou používá pro označení profesionálů, jako jsou lékaři, účetní, učitelé, vědci apod. Exper-

57 HAŠKOVCOVÁ, H. Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu In *Zdravotnické noviny* [online]. 2007, 4. ISSN 1214-7664. [cit. 2007-04-05] Dostupné z: www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/od-mediciny-mlceni-k-informovanemu-souhlasu-300318

58 BODENHEIMER, T. et al. Patient Self-management of Chronic Disease. In *JAMA*, 2002, roč. 288, č. 19, s. 2469-2475. ISSN 0098-7484. Nebo (online). [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/288/19/2469>

59 ARISTOTELES. *Etika Nikomachova*. Překlad Július Špaňár. Bratislava: Pravda, 1979, 1095a, s. 21.

tem mohou být ale také označováni jedinci, kteří získali svoji odbornost předáváním zkušeností a praktickou činností v určité speciální oblasti a nemusejí nutně vykazovat profesní nebo akademickou kvalifikaci, např. v umění (hudbě, malbě apod.), ve sportu (běhu, šachu, kung-fu apod.), v gastronomii, ve vinařství atd. V tomto smyslu může být expertem označován například i pasák koz s dvacetiletou zkušeností.^{60,61} Podobné vyjádření nalézáme například u Křivohlavého, a to v tom smyslu, že člověk je „*expertem v otázkách smyslu a řízení vlastního života*“⁶², a to především pokud disponuje moudrostí. Moudrost přitom vnímá jako silnou stránku člověka, do níž zahrnuje „*zvědavost, otevřenou mysl (neboli kritické myšlení), lásku k učení, tvořivost a perspektivní myšlení*“.⁶³ Pravděpodobně má na mysli to, co mnozí filozofové označují pojmem zdravý rozum neboli schopnost počínat si správně. Každopádně pokud člověk vykonává dlouhodobě nějakou činnost, zdokonaluje ji, získává nové poznatky a využívá ji ku prospěchu svému, případně i druhých, může se stát v této oblasti odborníkem. Uvažujeme-li o námi sledovaném vztahu pacienta a zdravotníka, bylo by tedy více než žádoucí tyto jedincovy přednosti, pokud jimi disponuje, využít v procesu péče. Můžeme tak pacientovi pomoci, aby se stal odborníkem na svůj život s nemocí tím, že mu pomůžeme zvýšit jeho kompetence sebekpěče, čímž také podpoříme jeho nezávislost na okolí při zvládnání vlastní nemoci.

Významným principem, který je v tomto ohledu respektován, je princip autonomie. Být autonomní znamená řídit se vlastními pravidly (autos – samo, nomos – pravidlo, vláda, zákon). Původně se tento výraz vztahoval k samosprávě nezávislých městských států a až později byl rozšířen na jedince ve významu sebevláda, svobodná vůle, což deklarovali již stoikové (viz předchozí kapitola). Základem autonomie je svoboda (nezávislost na ovládajících vlivech) a schopnost jednání (schopnost záměrné činnosti). Schopnost k autonomní volbě je posuzována kompetencí způsobilosti, tj. schopností vykonat úkol. K tomu je zapotřebí vyjádřit preference v dané situaci, vyjádřit porozumění svojí situaci, stejně jako poskytnutým informacím a schopnost odůvodnit rozhodnutí.⁶⁴ Kompetenci pacienta k jednání a rozhodování mohou podle Payna ovlivnit faktory, jako je onemocnění, kulturní orientace, vůle, funkčnost CNS apod. Je ovšem nutné předpokládat kompetenci pacienta k jednání, pokud nemáme důkaz o opaků.⁶⁵ Podle Wrighta je pro uplatnění principu autonomie důležitá kapacita uvažování a jednání, dále pak adekvátní informace, alternativy jednání a absence donucovacích faktorů.⁶⁶ Princip respektu k autonomii spočívá v uznání práva člověka na to mít vlastní názor, dělat rozumná rozhodnutí, jednat na základě osobních hodnot a přesvědčení. „*Porušit autonomii člověka znamená zacházet s ním jako s prostředkem, tj. v souladu*

60 Expert [online]. [cit. 2012-03-02]. Dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/Expert>

61 ERICSSON, A. K. *Expert Performance and Deliberate Practice*, 2000. [online]. [cit. 2012-03-02]. Dostupné z: <http://www.psy.fsu.edu/faculty/ericsson/ericsson.exp.perf.html>

62 KŘIVOHLAVÝ, J. *O moudrosti s Jaro Křivohlavým*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. s. 38, 47. ISBN 978-80-7195-319-7.

63 Tamtéž.

64 BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001. s. 58, 73. ISBN 13 978-0-19-514332-4.

65 PAYNE, J. a kol. *Zdraví – hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton, 2002. s. 121–127. ISBN 80-7254-293-1.

66 WRIGHT, R. A. *Human Values in Health Care*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. University of Toledo: McGraw-Hill Book Company, 1987. s. 236. ISBN 0-07-072076-2.

s cili jiných, bez ohledu na cíle tohoto člověka.“⁶⁷ Tady si dovolím připomenout krátký odkaz na Kanta, uvedený v první kapitole, kdy osoba je nahlížena jako subjekt, jemuž lze přičítat jeho jednání.⁶⁸ Uvádí také základní zákon čistého praktického rozumu, který je čistý o sobě, a tedy zákonodárný: „Jednej tak, aby maxima tvé vůle mohla vždy zároveň platit jako princip všeobecného zákonodárství.“⁶⁹ Z toho Kant vyvozuje důsledek, kterým je to, že čistý rozum je sám pro sebe praktický, a dává člověku obecný zákon, jenž nazývá **mravním zákonem**. Rozum je tak prohlašován zákonem pro všechny rozumné bytosti, pokud vůbec mají vůli, tj. mohutnost určovat svou kauzalitu pomocí představy pravidel, a tedy pokud jsou schopné jednání podle zásad, následovně i podle apriorních praktických principů.⁷⁰ Kategorický imperativ neboli zákon je takové pravidlo jednání, které vyplývá ze sebe sama a má obecnou platnost. Imperativy přikazují buď hypoteticky, nebo kategoricky. V hypotetických imperativěch je jednání vázáno na něco, čeho chceme dosáhnout, na nějaký cíl, účel. U kategorického imperativu je jednání svobodné, tj. nevázané na jiný účel než na sebe sama.⁷¹ V Kohlbergově teorii morálního vývoje nacházíme Kantův imperativ vyjádřený v rámci postkonvencionální úrovně jako 6. stupeň univerzálních etických principů, které by měly být respektovány.⁷²

Schopnost posouzení autonomie je jedním ze znaků profesionálů, ale je jasné, že ne všichni zdravotníci používají stejný postup pro posouzení autonomní činnosti pacienta a stejný rozsah autonomního jednání. Povolání sestry je registrované, ošetřené profesními a technickými standardy a etickými normami, což je důležitý aspekt profesní autonomie. Profesní autonomie umožňuje sestrám značnou kontrolu profesionální praxe zahrnující podstatný prostor pro uplatnění jejich úsudku. Koncept profesní autonomie se vztahuje k sestrám jako profesionálům i jako jednotlivcům a dává základ pro vztahovou autonomii. Pochopit autonomii jako „relational“ (vztahovou) by mohlo sestrám pomoci porozumět rozdílu mezi jejich vlastní kapacitou pro autonomní jednání a kapacitou pacientů, o které pečují. Vztahová povaha autonomie připomíná zdravotníkům, že jejich vlastní schopnosti k autonomnímu jednání (vzdělání, dovednosti, sebedůvěra apod.) pramení z určitých zkušeností a vztahů, které nemohou být uplatněny identicky u všech pacientů. Tento typ autonomie je zakořeněn v touze lépe pochopit relativní nedostatek autonomie utiskovaných skupin, v péči je chápána jako podpora sociálního stavu jedince pro autonomní jednání v péči o sebe sama.⁷³

„Splnění respektu k autonomii pacientů vyžaduje, abychom jim pomohli v překonání jejich závislosti na druhých. V medicínském kontextu se setkáváme s mnoha problémy autonomie, většinou pro pacientův závislý stav a autoritativní pozici lékaře. Princip autonomie v sobě zahrnuje právo volit, a ne závaznou povinnost volit. Lékaři a sestry

67 BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001. s. 64. ISBN 13 978-0-19-514332-4.

68 KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. 2. vydání. Praha: Ottovo nakladatelství [1990] 1992. s. 91.

69 KANT, I. *Kritika praktického rozumu*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1996. s. 50–52. ISBN 80-205-0507-5.

70 Tamtéž, s. 55.

71 PAYNE, J. a kol. *Zdraví – hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton, 2002. s. 59–60. ISBN 80-7254-293-1.

72 STANGL, W. *Kohlbergs teorie der Moralentwicklung*. [online]. [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/MORALISCHEENTWICKLUNG/KohlbergTabelle.shtml>

73 MACDONALD, Ch. Nurse autonomy as relational. *Nursing Ethics*, 2002, roč. 9, č. 2, s. 195, 196, 201. ISSN 0969-7330.

by se měli ptát svých pacientů, zda si přejí dostat informace a činit rozhodnutí.⁷⁴ Tento názor se promítá do dnešní složité situace ve zdravotnické praxi, která je mnohdy nepřehledná a ne vždy ošetřená informovaným souhlasem. V současné době se často setkáváme se snahami respektovat pacientovu autonomii, ale mnohdy dochází také k jejímu porušování tím, že pacient není dostatečně informován o zamýšlených postupech, o změnách nebo úpravě léčby apod. Např. pacientka na hematologickém oddělení, které byl naordinován a podán nový lék, se podivila a prosila sestru, aby ověřila důvod a nutnost podání tohoto léku u lékaře, který jej naordinoval. Večer se pacientka od jiné sestry dozvěděla, že lék již nedostane, protože jej jednou odmítla. Podobný je případ pacienta, léčeného v jedné fakultní nemocnici na Moravě, který navštívil pražského specialistu, aby s ním konzultoval postup léčby a získal nová doporučení. Poté si vyslechl od původního lékaře výpověď: „Pokud máte dojem, že je naše péče nedostatečná a někde jinde se vám dostane lepší péče, tak se klidně můžete léčit jinde.“ Oba případy poukazují na to, že zdravotníci nepřistupovali k pacientovi bez hodnocení tak, jak doporučují platné dokumenty (viz níže). Z uvedených případů je zřejmé, že pacienti využili svoji autonomii a chtěli spolurozhodovat o léčbě, ale místo dialogu a argumentace, které navozují shodu, důvěru a respekt k autonomii pacienta, se zdravotníci uchýlili k postupům, jež nekorespondují s principem respektu k autonomii. Navíc se v těchto případech jedná o neefektivní interakční systém mezi pacientem a zdravotníkem.

Nyní krátké odbočení k těm dokumentům, v nichž je zakotven princip respektu k autonomii. Jedná se o zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V *Úmluvě o lidských právech a biomedicíně* se ve II. kapitole hovoří především o souhlase dotčené osoby se zákroky.⁷⁵ V univerzální deklaraci lidských práv v článku I je uvedeno: „Všechny lidské bytosti se rodí svobodné a sobě rovné, pokud jde o důstojnost a práva. Jsou obdařeny rozumem a svědomím a měly by jednat jedna k druhé v duchu bratrství.“⁷⁶ V dokumentu *Deklarace práv pacientů* se ve třetím bodě uvádí, že pacient má právo přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byl adekvátním způsobem informován o svém zdravotním stavu, medicínských poznatcích, navrhované léčbě, možných rizicích, výhodách každého postupu a jejich alternativách, včetně důsledků neléčení.⁷⁷ Pacienti mají právo na takovou kvalitu péče, která se vyznačuje jak vysokou technickou úrovní, tak i humánním vztahem mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče.⁷⁸

Pokud se zaměříme na vztah pacient a sestra, je vhodné připomenout důležité dokumenty i v této oblasti. Česká asociace sester (ČAS) vydala *Kodex profesionálního chování zdravotnických pracovníků registrovaných v ČAS*, kde se uvádí, že zdravotnický pracovník má hájit zájmy klientů a uspokojovat jejich potřeby.⁷⁹ *Etický kodex sester*,

74 BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001. s. 60. ISBN 13 978-0-19-514332-4.

75 *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*, 2001.

76 MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 82. ISBN 80-247-1024-2.

77 *Práva pacientů* [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/840

78 KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 137. ISBN 978-80-247-2069-2.

79 *Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků*. Česká asociace sester, 2002. [online]. [cit. 2012-03-13]. Dostupné z: www.cnaa.cz/kodex-profesionalniho-chovani