

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Život a smrt z pohledu etických teorií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Josef Kasal

Vypracovala:
Bc. Alena Kubelková

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Život a smrt z pohledu etických teorií“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 26. 2. 2010

.....

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Josefu Kasalovi, který mne metodicky vedl při mé diplomové práci a poskytl mi cenné rady a připomínky k danému tématu.

Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mi byli velkou oporou.

OBSAH

Úvod	6
1. Etické přístupy k lidskému zdraví, nemoci a smrti	8
1. 1. Medicína a terapie v Antice	10
1. 2. Středověké vnímání lidského těla	12
1. 3. Současné vývojové směry etiky ve vztahu ke kvalitě života	14
2. O životě a lidské důstojnosti	19
2. 1. Paideia jako lidská ctnost	20
2. 2. Kvalita života a její význam v kontextu všedního dne	21
2. 3. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života	25
3. Rub života, líc smrti	27
3. 1. Význam ztroskotání	28
3. 2. Etika umírání a smrti	29
3. 3. Problematika eutanazie	34
4. Spokojenost pacientů jako součást hodnocení kvality léčebné péče	37
4. 1. Metodologická východiska	37
4. 2. Výsledky a diskuse	40
4. 3. Diskuse a hodnocení	55
Závěr	61
Resumé	62
Anotace	63
Seznam použité literatury	64
Přílohy	66

Úvod

Teoretická část diplomová práce na téma „ Život a smrt z pohledu etických teorií“ je zaměřena filosofickým a antropologickým myšlením v otázkách člověka jako bytosti, jeho lidského bytí a způsobu života.

Etický pohled vychází od antických filosofů a jejich teorií. Filosofické směry hédonismus, kynismus, utilitarismus vystihují spokojenost či nespokojenost lidí se svými životy či světem, v němž žijí, jejich slasti a blaženosti, morální hodnoty, správné či nesprávné jednání apod. Pojetí lidského těla ve společnosti a jeho historický vývoj. Pohled antické kultury a proměny těla v čase. Počátky a kořeny tradic přispívající do současného proudu medicíny a zdravotnictví.

Praktikování života jako poškozování a ničení jeho podmínek se stalo samozřejmostí dnešního světa. Společnost si neuvědomuje a nechce uvědomovat důsledky ekologické situace. Tyto problémy se pojí se zdravotními problémy. Přibývá nových a nepoznaných nemocí, které změni život člověka, jeho hodnoty a naplnění smyslu jeho lidské existence. Moderní společnost, ve které žijeme, podstatně ovlivňuje průběh a kvalitu života. Hodnotová orientace se vyvíjí pod tlakem reklamy, médií, podporování rozkoší apod. vyústující v jistou deformaci pohledu na společnost. Naši současnost charakterizují silné trendy vylučování druhých i sebe sama. Vytrácí se empatie, solidarita, tolerance a pochopení. Hledají se cesty ke sblížení a obohacování se navzájem. Společnost relativního blahobytu nečiní lidi šťastnějšími, ani spokojenějšími. Jejich životy jsou prázdné, vyhaslé, nenaplněné.

Závěrečná část práce je zaměřena konci životní dráhy člověka, tedy smrti. Nelze se jí vyhnout, stejně jednou přijde. Smrt se stává tématem, o kterém se nemluví. Lidé se smrti bojí. Útěk před faktem vlastní smrti je zoufale prázdný. Plánování, byť zcela skromné, se smrtí zhatí. Tedy smrt plánujeme vždycky, a tudíž nikdy nejsme s to své plány uskutečnit v plnosti. V této kapitole je zmíněna problematika eutanazie. Je milosrdná smrt vraždou? Musí člověk trpět bolestí až do posledního vydechnutí?

Cíle diplomové práce:

Přístup člověka k životu a smrti.

Pohled na život člověka, jeho hodnotová orientace, smyslu naplnění. Na straně druhé konec životní dráhy na tomto světě. Člověk rozvrhuje svůj život tváří v tvář vlastní smrti, čili ve své konečnosti.

Postmoderní medicína a její odcizení pacienta jako člověka.

Exploze nových technologií, moderní přístrojová technika a terapeutické metody jsou dokonalejší a přesnější. Prudký nárůst nových léčiv vede k pokroku v medicíně. Díky jí, lze dnes zachránit mnohé životy. Ale pacient jako člověk, je až v pozadí zájmu.

Postmoderní medicína a její elektronizace bude činit problémy s ochranou a uchováním dat.

Stále platí: Lékař, který se svým pacientem náležitě nekomunikuje, porušuje nejen etiku svého povolání, ale i zákon a s ním neblahé právní důsledky. Lékařská etika je formulována v Hippokratově přísaze. Nutnost zabývat se etikou v medicíně vychází z několika okolností. Podrobněji viz.práce.

Etické aspekty komunikace k člověku.

Komunikace mezi lidmi upevňuje vztahy. Člověk hledá pochopení, umění naslouchat, sociální oporu, solidaritu. Zvláště pak, je-li pacient vážně nemocen, v terminálním stádiu choroby či těsně pře smrtí. Porozumět potřebám pacienta, respektovat ho s úctou a respektem je nutností, zvláště pak u zdravotnických pracovníků. Tyto komunikační modely zvyšují efektivitu kvality péče.

Prožívání smysluplného života podporujícího zdraví.

Dobré zdraví rozšiřuje praktické možnosti objevování a uskutečňování příležitosti k naplňování životních hodnot.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Etické přístupy k lidskému zdraví, nemoci a smrti

Etika se stala aktuálním tématem současného morálně filosofického myšlení. Zamýšlí se nad zodpovědností člověka v době, kdy se zdá, že odpovědnost už byla vystřídána nejistotou a relativismem. Jak definovat ve světě přístupu k informacím, volného trhu, možných ekologických katastrof termíny jako je právo, vlastní zájem či občanská povinnost? Jaký postoj zaujmout k otázkám eutanazie nebo občanské neposlušnosti? Mnoho filosofů stále vychází z argumentů a názorů od velkých morálních myslitelů jako byli Sokrates, Aristoteles nebo Kant, až po současné postmoderní kritiky. Sokrates je podle Patočky původcem otázky po dobru, po vlastním bytí člověka. Objevil člověka jako lidskou bytost, zcela odlišnou od všeho ostatního. Bytost jako původně nehotovou, danou do ruky sobě samé, která pochopila svou podstatnou vůli, aby svému životu dala smysl. Náboženské etické soustavy při řešení problematiky smyslu lidského života, mravního ideálu a štěstí mají stanovená jasná východiska, která jsou založena v transcendentu. Ve filosofických etických soustavách je východisek více. (Semerádová, 2004, 16)

Ve 20. století se výrazně objevuje morální otázka lidského vztahu k životnímu prostředí. Prudká populační exploze a obrovský nárůst nových industriálních společností vede ke znečištění naší planety v dosud nevídaném měřítku. Řada forem života byla vyhubena, prostředí jiných bylo zničeno. Vlivem globálního oteplování a ozónové díry byla ohrožena celistvost samotné biosféry. Současná Evropa nadále vyznává automobilovou kulturu, přestože si už začíná uvědomovat, jak velké škody způsobují nákladní a osobní automobily na přírodě, a lidech žijících ve městech. Člověk je členem složité biosféry, jejíž stabilitu, zdraví a integritu je v našem zájmu zachovávat, ne ohrožovat. Sami sebe musíme chápat jako partnery této planety, a ne jako její vládce a vykořisťovatele. Dlouhou dobu jsme se, my lidé chovali, jako kdybychom stáli mimo své ekologické prostředí. Jenomže my nežijeme mimo, potřebujeme etiku, která nám dovolí, nebo nás přinutí, abychom se ztotožnili s celým přirozeným světem, jehož jsme pouhou součástí. Dnes, podle proslulé hypotézy Gaia, je naše hostitelská planeta sama jeden obrovský, samoregulační biologický organismus. Vůbec jí neběží o zachování lidstva. Pak je tedy v našem zájmu, abychom svého planetárního hostitele přesvědčili, aby si nás ponechal jako ekologicky svědomité hosty.

Pro lidskou bytost jako člověka je charakteristické, že musí být racionální, schopen užívat jazyk, stanovovat cíle, komunikovat s druhými, mít určité vědomí za sebe samého, schopen se rozhodovat a být zodpovědný. Otázkou je, jak je to s pacientem, který je dva roky v kómatu, nekomunikuje a životně důležité funkce ovládají přístroje. Můžeme mluvit ještě o lidské bytosti jako člověku? Celospolečenským problémem současnosti je eutanazie, argumenty pro a proti. Bude přípustná jen pro pacienty trpící smrtelně nevléčitelnou nemocí? Dočkají se milosrdné smrti? Většina lidí má úctu k životu a současně chtějí jakémukoli člověku pomoci a zbavit ho utrpení a bolesti. Odpovědi se těžce hledají. Někteří lékaři říkají, že jejich práce má životy zachraňovat, ne je brát. Jakmile bude jednou lidský život považován za zrušený, pak jsou civilizované morální hodnoty ohroženy. Zmíníme-li utilitaristy a jejich pohled na otázku eutanazie pak Mill tvrdí, že by jedinec měl mít možnost svobodně volit, co se svým životem udělá, jestli tím, nikdo jiný nebude trpět. Utilitaristé by velmi pečlivě zvažovali důsledky eutanazie pro pacienta, jeho příbuzné, přátele, lékařskou profesi a její reputaci na veřejnosti.

Etika je složitá, a zčásti se může odvozovat od lidské přirozenosti. Existuje široká škála různých přesvědčení, jak bychom se měli k sobě navzájem chovat. Hrozby života nejsou dány jen podlomením životního prostředí, krizovou koexistencí společnosti a přírody, ale i vnitřními formami ohrožení života. Jde o intelektuální a mravní otupělost, trivializaci myšlení a cítění. Výzvy k hodnotným vztahům mezi lidmi, k odpovědnosti za svůj život, za své zdraví a zdraví svých blízkých, k odpovědnosti za výkon své profese, k respektování důstojnosti člověka. Samozřejmě také veškeré politické, ekonomické a výchovné aktivity směřující ke každodennímu dění tak, aby v centru pozornosti nebyl jen konzum a živoření bez vyšších cílů.

Za projev úpadku individuální a společenské morálky lze také považovat rozmáhající se vulgárnost ve vyjadřování, neohleduplnost ve společenském styku a nerespektování základních pravidel slušnosti. Úcta i sebeúcta scházejí v běžném životě. Končí v neúctě ke zdraví a životu vlastnímu, cizímu, v neúctě k hodnotám přírodním i lidmi vytvořeným, ve vytváření nepohody lidského života v rodinách, ve školách, na pracovištích. Etické zásady, hodnoty a normy se jako nepředmětné výzvy nabízejí našemu porozumění a orientují nás do budoucnosti. Hejdánek uvádí, že budoucnost není prázdná, je strukturovaná a plná výzev.

Bezohledná honba za etickou, náboženskou a politickou jistotou v průběhu staletí zničila nespočet lidských životů a může zničit další. Postmodernismus možná zničil

etickou jistotu, avšak tato destrukce paradoxně může pomoci k mravnímu pokroku. Současní kosmologové rozvinuli myšlenku, že náš vesmír byl specificky sestaven tak, aby se v něm mohl vyvíjet lidský život. Je-li tomu tak, pak máme my lidé štěstí, že jsme přežili navzdory téměř nemožné univerzální nepřízni.

1.1. Medicína a terapie v Antice

Vznik řecké medicíny jako vědního oboru byl odvozen z již existujícího řeckého filosofického myšlení. Jejím ústředním poznatkem je pojetí univerza, jako učeněného, dynamického celku. Jeho existenci a prvky lze zkoumat postupem otázek a odpovědí. V Řecku toto pojetí znamenalo vstup nového fenoménu systému a systematického zkoumání, jež dodnes vytvářejí základ všech vědních oborů. Z jónského filosofického základu řeckého lékařství pochází nový objev existence lidské přirozenosti tzv. fýzis tou anthropou. Hippokrates tuto koncepci lidské přirozenosti popisuje ve svém spise „O ovzduších, vodách a místech“. Objasňuje všem, kdo chtějí studovat medicínu, jakým způsobem mají postupovat. Choroby se nechápou izolovaně jako problémy samy o sobě, ale v celostním pojetí tj. člověk v přirozeném prostředí a souvislostech.

Řecká filosofie je spjata s Platonovým rozlišováním mezi dvěma typy lékařů: Lékaři otroků a lékaři svobodných. Lékaři otroků se vyznačují tím, že nemoci chudých léčí dle svého uvážení. Lékaři svobodného stavu léčí a ošetřují choroby lidí svobodných vyšetřováním od prvních příznaků a podle znalosti přírody. Komunikují s nemocným samým i s jeho přáteli. Poučují nemocného a bez jeho souhlasu nepokračují v léčbě. Eticky rozhodující diferencí mezi dvěma typy lékařů Platon definuje jako zásadní rozdíl jejich přístupu k filosofii. Platonovo stanovisko, spatřující ideál vědeckého léčení v podstatném vzdělávání nemocných, i laické veřejnosti pochází z hippokratovy lékařské literatury.

Objevuje se nové pojetí lékařství, které se zakládá na znalostech zákonů řídících reakci organismu na účinky sil, jak v procesu přírody, tak fyzického života člověka. Významný je filosofický návrat k pečlivému a spolehlivému empirismu na podkladě pozorování. Řecká medicína se tak vždy jen relativně osamostatnila od řecké filosofie přírody, jež umožnila její vznik jako vědy. Vzniká hippokratova lékařská škola a dějiny lékařské vědy jako specifický vědní obor. W. Jager shrnuje: „*Věda o přírodě, jež se to naučila přede všemi jinými, byla medicína, protože úspěch zcela závisí na přesném pozorování detailů, a neúspěch je otázkou života lidské bytosti. Ne, co je člověk v sobě*

samém, nýbrž, co se vztahuje k tomu, co jí a pije a jak žije a jak to vše na něj působí“ (Payne, 2005, s.29). Hippokratovská medicína podstatným způsobem obohatila filosofii a inspirovala její vývoj. Aristoteles z ní převzal pravidlo, že zkušenost vyrůstá ze smyslového vnímání podpořeného pamětí. Podle něj medicína předvádí, jak člověk může zjistit správný způsob chování. Řecké lékařství také dokazuje, že správná praktická morálka, zdravá tělesná dieta, znamená uchovat střed mezi nadbytkem a nedostatkem. Platon i Aristoteles čerpali z hippokratovských lékařských poznatků a výsledného zobecnění těchto znalostí o správném léčení lidského těla.

V řecké tradici byla moc léčit a uzdravovat nemocné. Na její tradici navazuje naše medicína a k ní se hlásí i několik bohů olympského panteonu: Apollon, Artemida a Athéna. Bohové byli pokládáni za bytosti dokonalé a tedy jen ti dokonalí mohou vézt k dokonalosti. Celá starořecká kultura vznikla sjednocením názorů a tradic mnoha předchozích civilizací a jejich duchovního poslání. Bohové všech dob a národů se vyznačovali symboly, jimiž vyjadřovali hluboký obsah svého duchovního poslání. Naši předkové věřili, že fyzická i duchovní energie proudí ve spirálách, doplňuje se a také se vzájemně podmiňuje. Spirála tedy reprezentuje energii solární i lunární, mužskou i ženskou. Jejich sjednocením, dosahuje člověk dokonalosti a posvátnosti. Tak byl v minulosti definován smysl lidského života. Lékařská praxe byla jednou z mnoha prostředků, které měli lidem pomoci k cíli. Proto bylo tak úzké propojení mezi lékařskou praxí, duchovní cestou a smyslem života. Po Hippokratovi dnešní lékaři zdědili svůj profesní slib. Hippokrates a jeho žáci chápali nemoc jako událost, která se přihodila v celkovém kontextu života klienta. Své léčebné úsilí orientovali směrem k obnovení přirozeného stavu a obnově přirozených obranných sil nemocného v jeho přirozeném prostředí.

Po založení prvních univerzit ve 12.století se objevují v prostředí královských, biskupských nebo jiných velmožných dvorů první graduovaní lékaři. Těchto lékařů bylo ve srovnání s celkovým počtem obyvatelstva velmi málo. Existenčně by se mimo šlechtický dvůr vůbec neudrželi. V oblasti lidského zdraví a léčení chorob působila celá škála lidí, jejichž příprava k povolání by se dala přirovnat k řemeslnickému vyučení. Byli to vzdělanější chirurgové, mnohdy velmi dobří chiropraktici, různí negramotní šarlatáni, porodní báby, kořenářky, sběratelé různých kamenů s léčebnými účinky a podvodníci všeho druhu. V případě potřeby k této silné vrstvě léčitelů působících se hlásila většina venkova (Payne, 2005, 52-53). Postavení lékaře, jeho práva a povinnosti nebyly ve středověku pevně a jasně vymezeny. Měly řadu nejasností

nejenom v oblasti vlastní medicíny, ale i z oblasti lékařské etiky. Velmi tíživým a závažným etickým problémem graduovaných lékařů bylo jejich chování v případě výskytu epidemií: moru a lepry. Lékař, který byl i členem univerzity, se mohl stát i rozhodčím v těchto nemocích. Ve středověkých spisech o nemocech se daly dohledat příznaky prokazující dané onemocnění. Tyto příznaky musel lékař bezpečně poznat a zkoumat před komisí sestavenou z různých členů sboru lékařské fakulty. V závěru šetření musel lékař rozhodnout o dalším osudu nemocného podezřelého z infekční nemoci. Lékařovo rozhodnutí a jím vydané osvědčení měly absolutní platnost.

První lékaři novodobého typu vyrůstali v Salernu. Lékařské povolání získalo profesionální úroveň, na jehož závěru stojí univerzitně vzdělaný a zkušený lékař. Jeho vzdělanostním předpokladem je znalost přírodních věd a všech dostupných vědeckých teorií. Péče o nemocné nebyla již charitativním ošetřovatelstvím. Podložená studiem literatury v propojení s každodenní praktickou zkušeností se stávala váženým povoláním, za jehož výkon se vyžadovalo zaplacení. To byla naprostá změna ve vztahu k předchozím časům v církevních špitálech, kde se prakticovala klášterní medicína.

1.2. Středověké vnímání lidského těla

Historiografie po dlouhá léta žije v představě, že tělo je záležitostí přírody a ne kultury. Avšak i tělo má své dějiny a samo je jejich součástí. Pojetí těla, jeho postavení ve společnosti, jeho přítomnost ve světě představ i v realitě, v každodenním životě se v dějinách a jejich společnostech měnilo. Uvedme změnu jen od gymnastiky a sportu řecko-římské Antiky ke klášternímu asketismu, k rytířskému duchu středověku. Tedy tam, kde existuje změna v čase, existují dějiny. Dynamika středověké společnosti vzniká z různých napětí: z napětí mezi Bohem a člověkem, mezi mužem a ženou, mezi městem a venkovem, mezi bohatstvím a chudobou, mezi rozumem a vírou. Nejčastěji je uváděno napětí mezi tělem a duší, projevující se právě v samotném těle. Ve středověku se tělem na straně jedné pohrdá, je odsuzováno. Odříkání a zdrženlivost patří k ctnostem, naopak mlsnost a vilnost se řadí k nejhorším hříchům. Prvotní hřích, který v Genezi figuruje jako hřích pýchy a výzva člověka k Bohu, se mění v hřích sexuální. Na tuto změnu pojetí hříchu Adama a Evy nejvíc doplácí tělo. První muž a první žena jsou odsouzeni k manuální práci, bolesti a rození ve fyzickém utrpení. Nahotu svých těl musejí skrývat. Ve 13. století se pokazuje i na pozitivní stránky pozemského těla. Sv. Bonaventura oceňuje vzpřímený postoj, zdůrazňuje důležitost

sexuality, která v ráji přispívá k dokonalosti lidství. Akvinský považuje tělesnou rozkoš za dobro, které musí být řízeno rozumem k prospěchu vyšších radostí ducha.

Na straně druhé středověké křesťanství tělo glorifikuje. Ježíš jako vtělený Bůh přemohl smrt. Kristovo zmrtvýchvstání zakládá křesťanské dogma o vzkříšení těla. Lidem bude na onom světě navraceno tělo. Jedněm, aby trpěli v pekle a druhým, aby se po zásluze těšili oslavenému tělu v ráji. Tělo středověkého křesťanství neustále prožívá napětí, pohyb mezi dvěma protiklady, mezi odmítnutím a exaltací, pokořením a uctíváním. Kristovým tělem a krví je eucharistie, jádro křesťanského kultu. Ráj vyvolává u středověkých teologů napětí, otázky jejichž odpovědi se různí. Vráť se těla k prvotní nevinné nahotě, nebo si z toho, že prošla dějinami, uchovají stud a budou oděna bíle, ale v šatu, který bude skrývat poslední stopy hanby? Tělo v našem pozemském světě bylo pro středověké křesťanstvo také metaforou užívanou pro společnost, symbolem soudružnosti nebo střetu, řádu či chaosu. Zasahovalo hlavně do organického a harmonického života.

Foucault ve svých dílech „Dějiny šílenství“, „Dějiny sexuality“ se zamýšlí nad způsobem, jakým je tělo vrženo do světa politiky. Píše, že tělo je v bezprostředním zajetí vztahů moci: ty je obkličují, ukáznějí, týrají, odsuzují k práci, nutí projevovat se. Foucault se též zamýšlí nad postavením těla uvnitř tzv. bio-moci. Jde o moc, jejíž nejvyšší funkcí není zabíjet, ale ze všech stran život obkličít. Před svou smrtí vydává nečekané pokračování svých „Dějin sexuality“ v knihách „Užívání slasti“ a „Péči o sebe“, kde je jedna kapitola věnována tělu. Studuje v ní různá pojetí těla od dob antického lékařství. Nabývá dojmu, že sexuální etika, která se připisuje křesťanství, existovala již v době vrcholící řeckořímské kultury. Foucault hovoří o kontinuitě mezi antickou a prvotním křesťanstvím. Zdůrazňuje, že tělesná, v jeho případě sexuální etika státního náboženství se od etiky řeckořímské lišila, obsahovala nové prvky.

Ze středověku pocházejí mnohé prvky naší mentality, našeho chování i naše přístupy k tělu. K hlavním obrátům došlo v 19. století vzkříšením sportu a ve 20. století v oblasti sexuality. Ve středověku zaujímá pevnou pozici křesťanství a to s jeho mučivou otázkou těla, střídavě glorifikovaného a potlačovaného, uctívaného a zavrhaného. Právě v této středověké době se utváří stát a moderní město a také zábavné podniky, pro něž bude tělo přesnou metaforou a jejichž instituce budou tělo formovat. Středověk nebyl nehybným obdobím přechodu. Došlo v něm k rozhodujícímu technickému pokroku, který byl začátkem moderního zemědělství. S revolucemi v řemeslné výrobě se přibližují začátky průmyslu. Po kulturní stránce dochází

ve středověku k rozkvětu měst. Ta se strukturují, stávají se z nich střediska výroby. Vznikají střediska politická, neboť obyvatelé tvoří určité těleso. Obrozuje se divadlo, hrají se pašijové hry, předvádí se ukřižování a Kristovo zmrtvýchvstání, masakrování těl Antikristem apod. Tělo je dějištěm jednoho z hlavních napětí, z nichž se rodí dynamika Západu. Ne jenom Západ přisoudil tělu tak významné postavení. Již zmíněné antické Řecko, které pěstovalo tělo a jeho krásu praktikovanou středověkými rytíři na turnajích či venkovany v rustikálních hrách. Velký historik gest středověkého Západu Schmitt píše, že od 5. století všechno, co se ve středověké Evropě týkalo ideologií či institucí, se točilo kolem otázky těla. Z ideologie křesťanství se stalo státní náboženství, které tělo potlačuje. Ztělesněním Boha v Ježiši Kristu, se lidské tělo stává „chrámem Svatého Ducha“.

1.3. Současné vývojové směry etiky ve vztahu ke kvalitě života

Stejně jako mnoho jiných obecně užívaných slov má i termín etika různé významy. Nejfrekventovanější její užití odkazuje na kodex či soubor principů, podle nichž lidé žijí. V tomto smyslu můžeme např. v lékařské etice mluvit o kodexu, jenž určuje pravidla chování lékařů k sobě navzájem i jejich chování k pacientům. Jindy se jedná o pravidla, jimiž se řídí chování křesťanů, např. principy obsažené v Desateru božích přikázání.

Filosofové míní tímto slovem teoretickou vědu a předmětem jejich zkoumání jsou morální teorie někdy nazývané jako etické. Tyto teorie se zabývají otázkami typu: Jak se má člověk chovat? Co je lidským dobrem? Etika vychází z každodenního života. Každý, kdo se zamýšlí a je znepokojen určitými situacemi ve své každodennosti, je v tomto smyslu etickým filosofem. Člověk je přesvědčen, že nikdo nemá právo vzít jinému život, nebo povinnost občana bránit vlast proti nepříteli. Ale co má tento člověk dělat, je-li v jeho zemi válka? Odmítne-li bojovat za svou zemi, zpronevěruje se svému přesvědčení, že je to jeho povinnost. Rozhodne-li se bojovat, pak je pravděpodobné, že vezme jinému život. Co tedy udělat za těchto okolností, jak se rozhodnout? To jsou myšlenky a úvahy, z nichž jsou vytvořeny etické teorie. Úvahy filosofa jsou obvykle systematictější a v obecné rovině. Jedinec je řeší rozhodnutím, jak se v dané situaci zachová.

Podle historické klasifikace dělíme etické teorie na klasické a na tzv. moderní či novověké. Klasické teorie všeobecně předpokládají, že víme-li, co je dobro, budeme

jednat tak, abychom tohoto dobra dosáhli. Platón se domnívá, že je nutné, aby byli lidé vychováni dvěma různými způsoby. Na jedné straně musejí rozvíjet ctnostné návyky v chování, na straně druhé musejí rozvíjet duševní schopnosti za pomoci matematiky a filosofie. Tyto druhy výchovy jsou nezbytné. Někteří lidé nemusejí mít dost intelektuálních schopností, aby nabyli poznání. Nebudou s to pochopit, co je dobro, stejně jako nejsou s to pochopit matematiku. Avšak pokud napodobují ty, kteří znají dobro a jednají ctnostně, budou-li těmito lidmi vedeni, také oni budou takto jednat. (Popkin, 2005, 19). Starořeční filosofové jako Herakleitos, Platón či stoikové odvozovali své etické názory od určitých metafyzických stanovisek, které zastávali. Stoikové se domnívali, že veškeré chování je determinováno přírodními zákony. To je vedlo k dohadům, zda se člověk může chovat svobodně, protože nemůže-li, pak nikdo nemůže být morálně odpovědný za to, co činí. Obecně řečeno, takové spekulace jsou nevědecké, neshromažďují fakta, z kterých by vyvodili závěry. Jde spíše o dedukce. Aristoteles tuto tradici opustil a snažil se o vědecký přístup k etickým problémům. Prozkoumal chování a mluvu různých lidí v každodenních situacích. Tedy jak si vedou lidé, když považují svůj život za „dobrý“ a jiní za „špatný“. Též si povšimnul, že dobré životy lidí jsou charakterizovány rysem štěstí nebo-li blažeností. Ve svém etickém spise „Etika Nikomachova“ se pokouší analyzovat užití jistých morálních termínů, objevujících se v každodenním hovoru. Aristoteles v tomto spise uvádí vymezení slova „blaženost“ či štěstí jako činnosti duše ve shodě s dokonalou ctností.

Závěrem pro etiku vyplývající z tohoto učení je, že pro různé lidi existují různé správné způsoby života. To, co je dobré pro jednoho, nemusí být dobré pro jiného. Pouze zkouškou a pokusem lze dosáhnout správného způsobu života. Jsou-li lidé sužováni různými katastrofami, uchylují se k požitku jako k něčemu, co jim skýtá uspokojení a jistotu v hroutícím se světě. Je mnoho způsobů, jak se lidé staví k nepřízní osudu. Mohou jí podlehnout, bojovat s ní, utéci před ní, přijmout ji apod. Pro každý z těchto typů jednání existuje určitá etická teorie, která jej ospravedlňuje. Hédonismus je možno považovat za způsob jak před ním utéci. Utilitarismus za způsob, jak s ním bojovat. Všechny etické teorie vznikají z důvodu lidské nespokojenosti se svým osobním životem, nebo se světem, v němž žijí. Spokojený člověk sám se sebou, se svým údělem a se situací, v níž se nachází svět, nemá potřebu nic měnit. Co by pak bylo cílem veškerého snažení? Pokud je však nespokojen, snaží se zlepšit své podmínky, v nichž se nachází. Z výše uvedeného, může s nimi bojovat, nebo před nimi

utéct. Podobně teorie o tom, jak by se lidé měli chovat, filosofové nerozvíjejí, pokud nejsou nespokojeni tím, jak se lidé ve skutečnosti chovají (Popkin, 2005, 33-34).

Kynismus můžeme považovat za pravidlo chování pro ty, jejichž životy přestávají být snesitelnými vlivem okolního hroutícího se světa. Tento směr tvrdil, že veškeré plody civilizace jsou bezcenné tj. vláda, soukromý majetek, manželství, náboženství, přepych a všechny falešné smyslové požitky. Chce-li člověk najít záchranu, musí ji hledat v odmítnutí společnosti, v návratu k prostému životu. Kynikové byli přesvědčeni, že svět je zlý a je třeba se zbavit účasti na něm. Má-li člověk ve světě najít spásu, musí ji nalézt v sobě samém. Odmítáním světských statků a přehlížením vnějších věcí je možné oprostít se od strachu a obav. Je zajímavé, jak získalo slovo „kynik“, užívané v podobě „cynik“, svůj dnešní význam. Odmítnutí vnějších statků zahrnuje odmítnutí ostatních lidí. Z toho vyplývá naprostá lhostejnost a nedostatek citu k druhým. Na první pohled je zřejmé, že kynismus je v zásadě teorií antisociální. Poskytuje lidem návod, jak najít cestu k individuální záchraně. Neposkytuje návod, jak se mají chovat lidé jako společenské bytosti.

Utilitarismus jako morální teorie je ještě dnes uznávaná mnoha americkými filozofy. Původní forma této teorie byla v současných verzích modifikována. Též Humova morální teorie bývá považována jako určitá forma utilitarismu. Nejznámějšími filozofy tohoto učení byli Bentham a Mill. Utilitaristé se snaží stanovit objektivní zásadu, zda je dané jednání správné či špatné. Stanovují princip užitečnosti, tedy jednání je správné podle toho, jak dalece se snaží přinést štěstí co nejvíce lidem. Bentham i Mill interpretují tento princip jako formu hédonismu, neboť štěstí vychutnává slast. Tedy jednání je správné, přináší-li co největší množství slastí co největšímu počtu lidí, jinak je špatné. Správnost či nesprávnost určitého jednání určují jeho důsledky, ne motivy, které k tomuto jednání vedly. Mnohdy lidé jednájí s těmi nejlepšími úmysly, ale jejich jednání má přesto hrozné následky. Hitler mohl jednat na základě přání povznést svou zemi tím, že zlikviduje Židy. Jeho jednání však vedlo k mučení, utrpení, genocidě a nakonec i ke zhroucení Německa. Utilitaristé by jeho chování odsoudili, neboť následkem jeho jednání převažovalo utrpení nad požitkem. To je důvod proč bylo jeho jednání špatné.

Člověk může být morálně dobrý, jedná vždy s dobrými úmysly, tj. chce mluvit pravdu apod. Avšak hodnotu jednání je třeba oddělit od hodnoty toho, kdo jedná. Jak je výše uvedeno, morálně dobrý člověk, přesto dělá něco, co má nežádoucí účinek. Utilitarismus bývá považován za politickou filozofii, která prosazuje demokratickou

vládu jako politickou instituci. Utilitaristé se zaměřují demokraticky, snaží se bojovat za občanská práva, za rovnoprávnost žen, za to, aby se vláda řídila zákony. To jsou důvody ztotožnění jejich učení s věcí demokracie. Praktické problémy často vedou k teoretickým otázkám. Teoretická řešení musejí být ověřena na všech problémech s nimiž se lidé v každodennosti setkávají. Téměř ve všech oblastech lidského života vznikají praktické problémy a konflikty. Má společnost zakázat rozvod, nebo má být interrupce zlegalizovaná či má právo lékař rozhodnout, kdy může pacienta odpojit od přístrojů? Nespočet takových otázek vede k rozdělení společnosti, neboť někteří lidé důrazně podporují souhlasné odpovědi a jiní vyjadřují nesouhlasné. Odlišný etický problém je tématem diskusí o omezení násilí na televizní obrazovce. Cílem těch, kteří prosazují určitá omezení je ochrana lidského života. Zobrazování násilí jako běžné součásti života vede diváky k napodobování násilných a brutálních scén. Lidé však mohou namítat, že svoboda projevu zahrnuje i jejich právo na výběr televizních programů obsahující násilí. Svoboda diváka zahrnuje jeho právo sledovat, co chce. Opět jsou zde argumenty, zda sledováním násilí v televizi se stává z diváka násilník. I kdyby bylo prokázáno, že sledování násilí nemá žádné negativní důsledky, máme chtít, aby se lidé dívali na mučení a týrání k smrti, stahování z kůže apod.? Od dob starověkých Řeků až po dnešek jsou tyto problémy stále diskutovány nejen filozofy, ale i veřejností. Závěrem lze konstatovat, že teoretické i praktické problémy jsou vzájemně propojeny. Filozofové mohou přispět k tomu, aby se lidé navzájem pochopili a uměli vyjít jeden s druhým.

Lékařská etika má v medicíně dlouhou tradici s ohledem na moc lékaře. Od dob, kdy byla formulována Hippokratova přísaha se možnosti lékařských zásahů značně rozhojnily. Kromě tradičních etických problémů jako je interrupce, euthanasie přibylo mnoho dalších etických problémů. K diskutovaným problémům stále patří otázka ideální a dostupné medicíny. Ideální medicína reprezentuje takové lékařské postupy, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky. Dostupná medicína je medicínou běžné lékařské praxe, která akceptuje postupy „lege artis“. Haškovcová upozorňuje na propast mezi ideální a dostupnou terapií v návaznosti na bolest, utrpení a úmrtí pacientů. V lékařské praxi máme dvě základní situace tzv. urgentní, kde rozhoduje pouze lékař. Jedná se o situaci život zachraňující. Druhou situaci vyhodnocujeme jako dlouhodobé chronické nemoci. Lékař navrhuje, vysvětluje a nemocný se na rozhodování podílí svým názorem, protože se jedná o jeho život, jeho nemoc, kvalitu jeho života. Kodexy práv pacientů mají mravní charakter. Hlavním

požadavkem všech těchto kodexů je vnímání pacientů jako lidských bytostí s komplexem na jejich bolest, strach, předsudky apod. (Semrádová, 2005, s. 30-32)

Potřeba zabývat se etikou v medicíně vychází ze tří okolností:

1. Norimberský proces po 2. sv. válce ukázal na realitu zneužití ideologické moci nadlidským životem a zdravím, zneužití medicínských znalostí, důsledky eutanazie, experimentů.
2. Obrat k lidským právům, potažmo formulování práv pacientů, zdůrazňování práva na sebeurčení, spolurozhodování a odpovědnost za vlastní život, za zdraví i za vlastní smrt.
3. Pokrok v medicíně, obrovský nárůst technologie a tím i znásobení moci, kterou lékař reálně má nad zdravím i životem nemocného člověka.

Tento poslední bod má v zásadě dva následky:

- glorifikaci medicíny, obrovské reálné úspěchy, zvláště na poli akutní medicíny
- oživování, intenzivní péče, chirurgie, transplantace, dialýza, ale i farmakologie vytváří obraz všemocné medicíny v očích neodborné veřejnosti i pocit zodpovědnosti za uzdravení a život nemocných na straně lékaře

Záchranou nemocných, kteří by v dřívějších dobách na svou nemoc zemřeli v krátké době, dochází k nárůstu nemocných chronických. Medicína totiž v mnohých případech zachraňuje život, ale nemůže dát plné zdraví. Nemocní se svou nemocí přežívají a zůstávají více či méně závislí na další lékařské péči např. u dialyzovaných pacientů, diabetiků apod. Ukázalo se, že samotné prodloužení života nemusí být vždy vnímáno jako pozitivum. Objevuje se pojem kvalita života jakožto kritérium úspěšnosti léčby. S tím dochází k otázce, jaký život ještě stojí za to žít? Jaký život už má tzv. špatnou kvalitu, že ho nestojí za to žít a otázka toho, kdo o tom má a může rozhodnout.

Kvalitu lidského života mohou ovlivnit profesní kodexy, které vycházejí z obsahu povolání. Formulují etické principy, hodnoty a normy. Etiky nedokáží vysvětlit všechna profesní dilemata a vyvstávající otázky dané profesi. Jsou vždy pokusem o zmapování hlavních motivů profesní činnosti, spojených s etickým rozhodováním. Též naznačují jisté etické propasti. Soubory hodnot a norem jsou uspořádány podle významovosti a důležitosti, které mají při výkonu profese. Všechny profesní kodexy jsou tvořeny na podkladě výsledků poznání normativní etiky.

Hodnotami se v etice nazývají myšlenky a koncepty, které nabývají z hlediska lidské potřeby žádaný význam. K pozitivním hodnotám jsou řazeny: demokracie, participace, důstojnost, respekt k osobnosti, odpovědnost, vzdělanost, lidská slušnost. V současné době, která je vymežována krizí modernity, se proti specifickým hodnotám průmyslové moderny tj. racionalitě, řádu, důkladnosti, přesnosti a jiným se staví hodnoty postmoderny jako jsou imaginace, senzibilita, emocionalita, lidskost a další. (Semrádová, 2005, s.28 – 29)

2. O životě a lidské důstojnosti

Člověk se v průběhu svého dějinného vývoje povýšil a nadále vyvyšuje. Příroda mu dnes a denně ukazuje svoji moc a sílu, svou nespoutanost a nezávislost na někom jako je člověk. Právě ona příroda tady musela být první, aby se člověk měl kam narodit. Aby měl z čeho vzejít. Tedy základ, to podstatné a bytostné v nás, to od přírody přirozené v naší existenci. Abychom mohli existovat potřebujeme v první řadě dýchat. Když přestaneme dýchat, přestaneme žít a naše mrtvé tělo se vrací zpět do okolní přírody. Většinou v podobě popela, který se stává součástí půdy. Z ní pak vyrostou rostliny, které dodají potřebný kyslík a stravu a tak umožní živobytí nejenom lidem. Takže žijeme díky přírodě a z přírody i pocházíme. Umožňuje nám pociťovat naši smrtelnost a zároveň nezměrnost života na Zemi, která je naší kolébkou (Pešková, 2007, 99). Náš život, naše prožívání určujeme vytvořením jakého si rozvrhu. Patočka ukazuje, jak je tento denní rozvrh jen malou částí dalšího rozvrhu, který je založen v životním stylu. Ten zase v životním prostředí, které nás určitým způsobem zformovalo. Každý z nás má takový rozvrh zahrnující významné a bezvýznamné okamžiky. Z hlediska smyslu, jaký mají pro nás, nás staví na určitou linii, úroveň. Proto si lidé navzájem rozumí či nerozumí, poněvadž často žijí na docela jiných úrovních, mají jiné cíle, jiné rozvrhy. Žijí v témže světě, a přece tak různě a tak daleko od sebe. Komenského koncepcie lidské přirozenosti je zakládána na rozumnosti, svobodě rozhodování a svobodě svědomí, jež jsou nezbytné pro důstojnost a integritu lidské bytosti. Na obdobné koncepci je budovaná Všeobecná deklarace lidských práv, která představuje pro myšlení 20. století ve vztahu k univerzálnímu lidství privilegovaný směr. Tento koncept lidskosti se prodírá cestou kritiky. Opozice se opírá o jiná než euro-americká ideová východiska. Komenskému je absolutní ideou Bůh a jeho řád. Jeho

doba přichází s novým přesvědčením o povaze dějin, jež jsou šířením rozumového světla.

Dvacáté století zaznamenalo pád racionalistického a humanistického universalismu. Vlastnosti doposud prohlašované za obecně lidské jsou demaskovány jako rysy lidí zvláštních skupin, privilegovaných mocensky, ekonomicky a kulturně. Současná liberální veřejnost stojí spíše na ideálu sociálního života jakožto soužití v různosti, bez společného jmenovatele, bez sjednocující identity, čili bez základu. Náš svět je na straně jedné unifikovaný, hledí si univerzální použitelnosti. Na straně druhé klade důraz na odhalenou diverzitu. Tato dualita přináší mnohé problémy, z prostředí se ztrácí nárok na všeobecně lidskou reprezentativnost. Současnost rozostřuje obrazy jedinců z různých sociokulturních kruhů jako potenciálně schopných se stát integrální součástí jakéhokoli lidského společenství. Na druhé straně pohled na tyto „jiné“ jako na nesvéprávné nezletilce, primitivy, nelidská morální monstra je v době milénia neudržitelný.

2.1. Paidea jako lidská ctnost

Paidea je původně řecké pojetí vzdělávání k občanským a lidským ctnostem. Je to pojetí lidství, kde není určující fakt biologického zrození jedince, nýbrž povaha jeho jednání na základě osvojení určitých zásad. V řeckém civilizačním prostředí se lze stát reálným člověkem tj. svobodným občanem tehdy, je-li naše jednání skutečností občanských ctností. Lidská „ctnost“ pochází již z Antiky. Označuje to nejlepší, čeho je člověk schopen. Dobré bytí člověka jak osobně, tak společensky. Ctny jsou čtyři základní ctnosti: rozumnost, statečnost, zbožnost, spravedlnost. Mezi představitelé antické ctnosti patří Sokrates, Platón, Aristoteles. Sokrates tvrdil, že každý se má zamýšlet sám nad sebou a zdokonalovat se ve smyslu dobra. Jeho výrok : „*Vím, že nic nevím*“ vypovídá, že on neví právě to, jak žít ve smyslu dokonalého dobra. Ostatním je obvyčejně vše jasné a samozřejmé, snad právě proto ani nevědí, že nic nevědí, naopak se domnívají, že všemu rozumí. Sokrates ve své analýze mravních pojmů říká, že ctnost je pravé poznání, kdo ctnost pozná, jedná ctnostně.

Platón se zabýval světem idejí. Jako nejvyšší ideu zvolil ideu dobra. Je věčná, lze se k ní přiblížit filosofickým rozumem. Ti, kdo ji poznají mají vládnout a moudře spravovat společenský život. Platón reformuje a transponuje do ústředního místa ctnosti moudrosti jako filosofického nahlížení zdroje ontologické spravedlnosti v podobě

odpovídajícího životního pohybu. To se odráží v Platónových Zákonech a Ústavě. V jeho Zákonech je ctnost pojata jako myšlenka, že duše je nejstarší ze všeho, co má podíl ve zrození. Je i nesmrtelná a vládne všem tělům. Tento základ lze určit jako zdroj lidského zákonodárství a jemu přirozené spravedlnosti. Platónův výčet ctností vystihuje jeho Ústava, kde je ctnost zbožnosti nahrazena moudrostí.

Aristoteles podstatu ctnosti vidí v rozumném životě a dobrém jednání. Jako nejvyšší dobro zvolil lidskou blaženost. Fenoménu blaženosti artikuluje bytostné sepětí fenoménu přirozeného určení všeho, co je, tedy věcí krásných a božských. Slast je u Aristotela nutně dobrem, přestože některé rozkoše jsou špatné. A proto se všichni lidé domnívají, že život blažený je životem slastným. Slast dovršuje a zdokonaluje činnost a tedy i život, k němuž všichni směřují. Z Aristotelovy úvahy plyne, že každému je nejmilejší ta činnost, která se shoduje s jeho vlastním stavem. Z toho vyplývá, že paidea jako věda o výchově ke ctnostem, je svou podstatou zároveň výchovou k volbě člověku přiměřených slastí, jež vedou k dosahování blaha a vlastního smyslu lidského pobytu na světě. Tedy jinak řečeno, správně ke ctnosti vychovaným a v ní vzdělaným, člověkem volená slast je odpovídající cestou k dosažení blaženosti, tedy i cíle a účelu lidského jednání a konání.

Fenomén přirozeného světa jako pohybu a řádu lidského života uskutečňujícího a ztělesňujícího lidské a občanské ctnosti vychází z fenoménu ontologické tělesnosti. Z něj vždy vyrůstá fenomén spolubytí lidských bytostí. Patočka definuje fenomén lidství jako otevřenost, která označuje možnost člověka, aby se mu jsoucno ukázalo samo od sebe tj. bez zprostředkování něčím jiným. Jsoucno se může ukazovat, je to bytostná zvláštnost člověka tj. ukázat se, že je a jak je. Člověk není tedy ani místo, kde se jsoucno tvoří, aby se mohlo zjevit v originále. Ani lidský „duch“ není věc, v níž se odrážejí jevy jako účinky vnějšího světa. Poskytují jsoucnu příležitost ukázat se jako takové, jaké jsou. Neboť jenom v jeho bytí tu je přítomno porozumění tomu, co znamená být. Tedy možnost, kterou věci samy od sebe nemají, přijít k svému bytí, tj. ukázat se (Payne, 2005, s.152 – 158).

2.2. Kvalita života a její význam v kontextu všedního dne

Pojem kvalita života je historicky a sociokulturně podmíněn. Poprvé byl zmíněn již ve 20. letech a to v souvislosti úlohy státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Řešil se zejména vliv státních dotací na kvalitu života chudších

lidí. V poválečné době se tento pojem objevil v politickém kontextu v USA. V 60. letech americký prezident Johnson ve svém projevu prohlásil za hlavní cíl domácí politiky zlepšování kvality života Američanů. Mínil tím, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřebovaného zboží, nýbrž dobrý život lidí za určitých podmínek. Tedy stav či společnost hojnosti. V 70. letech termínu kvalita života se začalo užívat pro výzkumné účely a to v souvislosti se sociologickým trendem zaměřeným na monitorování života lidí v dopadu různých společenských změn. Na život lidí se nahlíželo v celkovém sociálním kontextu. V USA proběhlo první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, jehož cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly jak lidé sami hodnotí svůj život. Toto šetření bylo doplněno i objektivními ukazateli jako je ovzduší, kriminalita, úroveň bydlení apod. Výsledky odhalily, že zlepšení socioekonomické úrovně života jsou důležité jenom do určité míry a to pokud uspokojení základních potřeb nedosáhne určité minimální hranice. Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života. Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů přispívající k dobrému, smysluplnému životu a k pocitu lidskému štěstí. V literatuře neexistuje ani jedna definice, která by byla v průběhu třiceti let všeobecně akceptována. Často se setkáváme s pojmy jako „sociální pohoda“, „sociální blahobyť“ apod.

Obecně je kvalita života chápána ve dvou dimenzích. První jako subjektivní, která se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Druhá, objektivní dimenze znamená zajištění sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statutu a fyzického zdraví. Skutečná kvalita života je určena osobním významem jednotlivých oblastí a dimenzí, jejich naplňováním v reálném životě jedince (Payne, 2005, s. 205 – 207). Doba, v níž byl pojem kvalita života artikulován, je charakterizována hojností a nadbytkem. Otázkou již není, jak rozšířit blahobyť většímu počtu lidí, ale otázkou se stává smysl tohoto počínání. Koncept měl reprezentovat obrat k hodnotám a změnit image amerického způsobu života. Objevuje se ve společnosti, která již nemá problémy s materiálním uspokojením života. Konzumní způsob života člověka nenaplnuje v plném slova smyslu. Člověku je zajištěn materiálně, ale nedostává se mu sociálních a citových aspektů lidského života. Otázka je tedy po lidství lidského života v antropologické či filosofické rovině. Pro mnoho lidí existuje představa pyramidy potřeb a o kulturních potřebách jsou ochotni uvažovat, až když jsou nasyceni.

Od 60. let dochází k obratu k postmaterialistickým hodnotám, jimiž jsou rozvoj osobnosti, komunikace, participace, mír apod. Obnovuje se význam hledání toho, co činí společnost lidskou. Začíná se opět projevovat obrat k pospolitosti, kohezi, citlivosti vůči přírodě. Současná postmoderní realita je sociologicky popisována ze dvou stran. Na straně jedné dochází ke stále silnějšímu prosazování já a na straně druhé je zaznamenán obrat od přísné disciplíny a autority k novým formám sociální přirozenosti a srdečnosti. Je pozorován sklon k hédonistickému požitkářství, žít ještě pohodlněji, mít co nejkratší vzdálenost mezi touhou a požitkem. Rozšiřuje se instantní kultura preferující rychlou přípravu potravin nebo zakoupení hotových fast food potravin a současně se vyvíjí kult tzv. přírodních preparátů a produktů. Postmoderní mentalita je chápána jako hybrid mezi spiritualistickým „být“ a konzumním „mít“. Postmoderní způsob života pak nestojí na dlouhodobém životním plánu. Chybí-li jasný plán, který předurčuje sled dalších kroků, ztrácí se schopnost posoudit, zda se mi podařilo či nepodařilo být úspěšný při dosahování svých cílů. Mentalita dnešní mladé generace silně ovlivní, jakým způsobem bude vnímán pojem kvality života oproti dnešnímu pohledu., který je stále ještě modernistický díky setrvačnosti sociálních procesů. Kvalita života je především záležitostí hodnot, které částečně závisejí na osobní volbě. Ve značné míře však budou diktovány kulturou a společností (Payne, 2005, s.219 – 222).

Společnosti a kultury se liší ve čtyřech dimenzích: v mocenských distancích, individualismu, maskulinitě a potlačování nejistoty. Z toho vyplývá, že lidé v různých zemích a kulturách budou za kvalitní označovat něco jiného. Člověk i celé lidstvo může přežít jen tehdy, když žije pro něco. Pouhé přežití nemůže být nejvyšší hodnotou. Být lidskou bytostí znamená se zaměřit na něco, mít cíl něčeho. Není to člověk sám, je to něco mimo něj. Život je potenciálně smysluplný za jakýchkoliv okolností, dokonce i za těch nejbídnějších. Smysl nemá jen život aktivní, který člověku umožňuje vytvářet hodnoty. Také nemá smysl jen život požívačný, tedy život zaměřený na slast. Nejdůležitější je právě třetí cesta k nalezení smyslu v životě. V beznadějně situaci, tváří v tvář osudu, který člověk nemůže změnit, mu tato cesta může pomoci k překonání sama sebe. Utrpení v sobě skrývá možnost smyslu právě tam, kde nemůžeme změnit situaci. Můžeme ale změnit sami sebe. Můžeme vyzrát, dorůst, vyrůst nad sebe sama. Člověk má vždy možnost k utrpení zaujmout heroický postoj. Hodnota takového postoje je obdivuhodná a úctyhodná, jedná se o největší výkon lidského života. Má-li život vůbec nějaký smysl, pak musí mít i utrpení. Frankl uvádí, že člověku lze vzít vše

až na jedinou věc a tou je lidská svoboda. Svobodu rozhodnout se za jakýchkoliv okolností pro svůj vlastní postoj a pro vlastní cestu má každý člověk, který v zásadě usiluje o to, aby ve svém životě našel smysl, případně, aby tento smysl naplnil. Dnes je tato potřeba často frustrována. Člověk se dostává do tzv. existenciálního vakua. Toto vakuum prožívá jako pocity vnitřní prázdnoty. Podle psychoterapeutů se jedná o nový druh neurózy tzv. noogenní neuróza.

Smysl života nelze lékařsky naordinovat. Neexistuje ani žádná životní situace, která by byla skutečně nesmyslná. Zdánlivě negativní stránky lidské existence, zejména triáda, v níž se spojují utrpení, vina a smrt, mohou být přeměněny v něco pozitivního, ve výkon, pokud se k nim přistoupí se správným postojem a zaměřením (Frankl, 1995, s.211). Rozumí se samo sebou, že možnost smyslu v sobě skrývá pouze neodvratné a nezměnitelné utrpení. Otázku po smyslu života lze označit jako otázku čistě lidskou. Proto pochybnosti o smyslu života nemohou být u člověka samy o sobě nikdy výrazem něčeho chorobného. Jde o specifický výraz lidského bytí vůbec. Na rozdíl od zvířat je výhradně člověku jako takovému vyhrazeno prožívat svou existenci jako problematickou a s ní i celou problematičnost svého bytí. Období puberty je obdobím, kdy se otevírá psychosomatická stránka lidského bytí duchovně zrajícímu a bojujícímu mladému člověku. Tento pubescent se zabývá též otázkou po smyslu života. Učitel přírodovědy, který prohlásil před třídou během výuky, že život organismu a tedy také člověka není nic jiného než proces oxidace a spalování položil jeden ze studentů otázku: *„Ano, co však má potom celý život za smysl?“* (Frankl, 1995, s.44). Tento mladý člověk pochopil, že člověk existuje v jiném způsobu bytí než např. svíčka, která stojí na stole a hoří až do konce. Její bytí může být vysvětleno jako proces spalování.

Člověku jako takovému je však vlastní zásadně jiná forma bytí. Lidské bytí je ve své podstatě historické bytí. Je od samého počátku postaveno do historického prostoru, z jehož souřadnicového systému jej nelze vyjmout. Straus ukázal, že z životní skutečnosti člověka nelze odmyslit historicky časový faktor. Bytí označuje Straus jako bytí prezentní, čímž míní postoj k životu, který záleží na domněnce, že se člověk může zříci jakékoliv orientace. Normální ve smyslu průměrné i etické normy člověk smí být prezentně zaměřen pouze v jistých obdobích. Jde o období „svátků“ kdy se člověk oddává opojení. Jenom v opojení, v záměrně navozeném sebezapomenutí ulevuje si vědomě od příliš velkého tlaku své podstatné odpovědnosti. Scheler ve svém pojednání o občanova označil člověka jako typ, který nad prostředky uskutečňování hodnot

zapomíná na skutečný účel. Řadí sem lidé, kteří celý týden namáhavě pracují a v neděli tváří v tvář prázdnotě a pustotě svého života, která pak v nich propuká, se stávají depresivními. Otázky po smyslu života se rozvíjejí nikoli pouze v letech dospívání, ale děje se to také osudově např. nějakým otřesným zážitkem. A tak jako pochybnosti o smyslu života v období dospívání nejsou ničím chorobným, není ani duchovní utrpení bojujícího člověka o obsah života ničím patologickým.

Otázky o smyslu lidského života, o člověku a jeho dokonalém poznání světa jsou jádrem filosofického myšlení. Budou se objevovat tak dlouho, dokud bude člověk užívat rozumových schopností ke zkoumání svého života a prostředí, které obývá. Vědy poskytují stále více poznatků o světě, je tedy nezbytné uvažovat o nových interpretacích dosud přijímaných obrazů. Pohled člověka se soustřeďuje na jeho životní role a konání. Umožní mu posoudit, jaký mají význam. Prostřednictvím zkoumání a hodnocení je člověk schopen stanovit své ideály a cíle. Snadněji pochopí, proč je přijímá či proč by je přijmout měl. Jak tvrdí Patočka dokud není mravní otázky a jejího uvědomění, není mravního života. Život je pohybem po cestě, ze které často padáme do příkopu nebo velmi často bloudíme. Bloudění k životu patří jako odvrácená tvář Měsíce. V životním pohybu je důležitý vklad. Člověk ho dostal od svých předků. Na cestě směřuje k nějakému cíli, konci, účelu a smyslu našeho života.

2.3. Prostor, zdraví, jeho determinanty a kvalita života

Prostředí, zdraví a kvality jsou kategorie vzájemně spjaté a neoddělitelné. V důsledku prudce akcelerujícího působení soudobých vývojových procesů, expanzí vědy a techniky, dochází k podstatným změnám v povaze determinant lidského zdraví a tím i jejich vztahu ke kvalitě života. Mění se dosavadní pohledy a názory na determinanty zdraví. Genetická výbava lidstva, různých populačních skupin i každého jedince je výsledkem dlouhodobých adaptací a mutací vyúsťujících v určitý obraz jejich psychosomatických dispozic. Dnešní znalosti o genetickém kódování různých podnětů na různých etážích orgánů, tkání a buněčných struktur potvrzují, že genetické dispozice se kromě tradičně chápaných vrozených vad uplatňují při vzniku řady multifaktoriálně podmíněných patologických stavů jako jsou nádorová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, alergické projevy až po degenerativní a psychopatické poruchy. Posuny v prostorové a časové dimenzi působnosti různých faktorů, stresorů se promítají do geneticky generovaného dispozičního místa a vnáší do něj nová rizika. Díky

poznání genomu a jeho možného pozitivního ovlivnění přinášejí i nové šance. Genetika jako determinanta zdraví tak s sebou nese velmi závažné problémy se specifickými projevy ve vztahu k různým individuálním subjektům i populacím se všemi důsledky odbornými, etickými, ale i sociálními a ekonomickými.

Nové postoje zaujímáme i k prostředí jako další determinantě zdraví. Komplex faktorů a procesů fyzikálního, chemického, biologického či sociálního charakteru, které se v různé podobě, kombinaci, intenzitě, míře expozice projevují v dynamice svých vztahů s organismem člověka na jeho lidském zdraví. Vznikají nové situace, na které není člověk adaptačně připraven. Není vždy schopen vhodně reagovat na proměny přírodního a sociálního prostředí, na nové impulzy a stresory. Jde o škodliviny dlouhodobě setrvávající v prostředí např. toxické kovy, dioxiny apod. V novém světle se nachází i pozice samotné zdravotní péče jako determinanty zdraví. Rozvoj nových poznatků, metod a technologií, jejich uplatnění v praxi i v teorii, v oblasti diagnostiky, terapie a prevence umožňují daleko účinněji a cíleněji pronikat do jednotlivých fází i elementů etiopatogenetických pochodů. Validita medicíny jako determinanta zdraví je tudíž ve vztahu k různým fyziologicko-patologickým stavům diferencovaná. Vůči některým z nich může být její vliv bezprostřední, doslova rozhoduje o dalším vývoji nebo zachování života. Role medicíny se mění i ve sféře edukační ve vztahu k jiným subjektům, institucím a resortům, které se svými aktivitami podílejí na utváření zdravotního stavu lidí. Primární péče, tedy předcházení nemocem, je spjata s kvalitou života, zejména s chováním každého občana a s jeho zájmy a postoji ke zdraví (Payne, 2005, s.234-237).

Mezi další klíčové determinanty zdraví patří nový způsob života a životního stylu. Dnes má člověk větší povědomí o vlivu výživy na vznik zhoubných nádorů, kardiovaskulárních chorob, onemocnění trávicího traktu, civilizačních nemocí apod. Dostatečná pohybová aktivita vede jedince k dynamické stabilitě, fyzické a psychické harmonii, pozitivnímu vlivu na terapii a k prevenci mnoha patologií. Žádný z rizikových ani ochranných faktorů nepůsobí izolovaně, ale vždy ve vazbě na jiné elementy. Teprve až celistvý pohled na komplex spektra všech procesů ve vztahu organismu a prostředí, jehož výslednicí je určitý model životního stylu, se uplatňuje jako determinanta zdraví. Způsob života není jen determinantou působící na formování zdravotního stavu, je určitým médiem, jehož prostřednictvím se promítá komplex jiných faktorů a determinant do obrazu zdraví jednotlivce i populací. Je to projev jejich bytí, myšlení, cítění v jistém bio-sociálním prostředí. Současně je i výrazem vědomých

postojů a aktivit člověka vůči přírodě, jiným lidem i vůči sobě samému. Je to mnohotvárný fenomén, kdy člověk sám volí v určitých situacích možnosti a způsoby svého bytí a chování.

Všechny tyto výše uvedené tradiční i nové pohledy na determinanty zdraví, na jejich povahu, význam, na možnosti a způsoby jejich ovlivnění mají význam ve vztahu ke kvalitě života lidí zdravých, ale i nemocných a handicapovaných. Tyto vztahy vstupují do atmosféry nových šancí a rizik spjatých s rozmachem vědy, techniky a globalizačních procesů spolu s důsledky pro zdraví člověka ve všech jeho bio-psycho-sociálních rovinách.

3. Rub života, líc smrti

“...ve chvíli, kdy už podává své černé zrcadlo.“

J. SEIFERT

Smrt, zrovna tak jako zrození je neoddělitelnou součástí pobytu na této zemi. Většina kultur a společností vnímá smrt jako negativní okamžik. Existence člověka nenávratně končí, jeho organismus umírá a ukončuje tak jeho životní cestu. Smrt se nám jeví jako hrozba, máme z ní strach, jež je zakódovaný v naší instinktivní výbavě. Jak se s tímto strachem vypořádat, jak s ním žít bez přílišného utrpení, jak ho oddálit je různá podle toho v jakém sociokulturním prostředí žijeme. Nejde jenom o překonávání strachu ze smrti. Vědomí vlastní smrtelnosti a smrtelnosti druhých lidí, zvláště našich blízkých a silný citový náboj, který je s tímto vědomím spojen, to je obecně lidská skutečnost. Tuto skutečnost je možno ztvárnit a dát do různé podoby. Je pak jen na člověku jaký obraz zvolí, např. může vzniknout víra, že po smrti život pokračuje jinou formou, „nebeská brána“ se otevírá jen těm dobrým. Pro ty špatné je „peklo“. Pro jiného může být vědomí smrtelnosti inspirací, aby radikálně pojal lidskou odpovědnost za každý čin, za každou příležitost něco poznat, procítit, neboť žádný okamžik se nevrátí. Každá kultura, každá doba se potýká s tématem smrti jinak, hledá jeho smysl jinak, vždycky trpce a bolestně.

Nikdo z nás neví, kdy a jak zemře. Náhle, pozvolna, bezbolestně nebo s utrpením? Někteří lidé jsou už životem unaveni a přejí si zemřít. Jsou nevléčitelně nemocní psychicky či fyzicky. Pro jiné je život břemenem a končí život sebevraždou. V čem mají hledat smysl, chuť a naplnění života? Má pro ně život ještě nějakou cenu? Pro některé lidi je samozřejmou mravní povinností žít až do poslední chvíle. Říkají,

že člověk nemá právo život si vzít, který si sám nedal. Současná bilance slastí a strastí je silně záporná, ale žít se musí, dokud to jde. Jak se však zachovat při přijetí zprávy o nevyléčitelné nemoci, rakovině, neodvratném konci během několika měsíců? Skutečné drama, které změní celou životní dráhu člověka. Zbude mu jen naděje a krátký čas jeho života. Je velmi těžké posoudit, kdy už je nemoc beznadějná, kdy už nelze zlepšit zdravotní stav. Otázkou stále zůstává, kdy ještě prodlužovat lidský život a kdy prodlužovat už jen strastiplné umírání. Jde o problém eutanazie a to z lékařského, etického, sociologického, psychologického významu.

Všichni žijeme svůj jedinečný život, v němž každý den se může stát neopakovatelnou příležitostí nebo neznámou nástrahou. Snažíme se o pochopení životní cesty s nadějí, že najdeme nějaký podnět k tomu, jak se vyrovnat se svou minulostí a jak jít po svém světě tím časem, který nám zbývá. Chtějme od života tolik krásy, dobra a pravdy, aby to stálo za všechno utrpení, které v něm více či méně podstoupí každý z nás.

3.1. Význam ztroskotání

Člověk si svou budoucnost rozvrhuje, začne ji vyplňovat různými pohnutkami, city i racionálními úvahami, až jednou o cosi klopýtne. Tímto kamenem úrazu je ostrá čára napříč všem veškerým dalším rozvrhům, čára nakreslená přes naši cestu samotnou smrti. Smrt udělá převrat v tom, co ještě plánujeme udělat. Tato čára otřese naším plánováním vlastního života. Začne brát v úvahu otázky smyslu života tváří v tvář smrti, kladoucí na nás určité požadavky. Heidegger označil takto se proměňující život za autentický s tím, že jeho opak utvářený útekem před faktem vlastní smrti je zoufale prázdný. Proti tomuto filosofie definuje sebe samu tak, že jde o přípravu na smrt. Avšak od počátku jsme sváděni jít opačným směrem a na svou smrt zapomenout nebo ji odsunout do pozadí. Během života se nám smrt opakovaně připomíná. Je tomu např. při svátku Svatých, dušiček, návštěvou hřbitova. A lhůta se nám zkracuje, zbývá méně času na všechno. Zpočátku je každý z nás boháčem času, posléze chudne. S přibývajícím věkem je člověk pečlivější v zacházení s časem, starost je koneckonců tím, co člověku zbude ke konci jeho životního běhu.

Během života se úvahu o smrti snažíme zahnat. V případě vážné nemoci nebo ve stáří to již nejde. Svůj čas a konec musíme vzít vážně. Do smrti plánujeme vždycky, tudíž nikdy nejsme schopni své plány uskutečnit v plnosti. Vždy budeme životu něco

dlužít. Neznáme předem, kdy smrt přijde, může nás přepadnout kdykoliv. Zároveň se může naše smrt opozdit a kdybychom přesně k ní plánovali a zaměřili svůj rozvrh budoucnosti, hrozilo by, že v onom prodloužení budeme žít život bez naplnění a tedy v nudě. Nuda objevená Heideggerem má zvláštní filosofický význam. Vede přímo do pekel nebo k sebevraždě, s ní se prostě žít nedá. Život je moudřejší a svou budoucnost rozvrhuje i s rizikem, že se její realizace nepodaří. Kromě toho, život lidský si svůj smysl promítá do věčnosti, která ruší všechny časné záměry. Proto se ztroskotání nelze nikdy vyhnout. Každý z nás si jednou bude muset připustit prohrál jsem a se vším je konec. Vždyť ztroskotat musí každý z nás a kdo tvrdí že se mu vyhnulo, toho potká ztroskotání o to horší. Moudrost starších spočívá ve vyrovnání se se ztroskotáním. Je třeba naučit se čelit smrti tváří v tvář, až nás dostihne.

Současnost se smrti vyhýbá a doslova se jí bojí. Proti smrti se pak přítomnost brání svérázným náboženstvím. Moderní člověk potřebuje ke své spokojenosti naplnění všech plánů. Pokud se mu zhatí, pak jeho veškerý život nemá smysl. Společnost neohrožuje konzumní způsob života, nýbrž touha po mezilidském štěstí, porozumění či zamyšlení nad sebou samým. Lidé páchají zlo na sobě i na druhých, doufají, že ještě před blížící se smrtí stihnout dát svému životu ten pravý smysl, úžas a obdiv. Proměnit se v „nadčlověka“ překonáním pouhého člověka v nás. A tak nakonec jsme všichni vyznavači Nietzschova náboženství. Konci se nelze vyhnout, je třeba s ním po celý život počítat. Je třeba se vyzbrojovat pokorou, k pravdě o vlastním životě a ne servilností k druhým lidem. Thanatos, tedy bůh smrti, se nám zjevuje v souvislosti s každou vážnou chorobu a nikdo před ním neuteče.

3.2. Etika umírání a smrti

Smrt je jediná jistota, kterou člověk od svého zrození má. Dnešní situace je charakteristická vytěsněním smrti. Důsledkem toho je porušený mechanismus uvědomování si vlastní konečnosti právě tak, jako odpovědnost za život a smrt svou i ostatních. Co je pro naši generaci tabu, to bylo pro generaci našich prababiček zcela normální součástí života. Většina lidí umírala doma. Dnes je tomu naopak. Odbornost v nemocnici znamená hodně, ale není to všechno. I když se budeme sebevíc snažit nemocného doprovázet posledním úsekem života, nikdy mu nenahradíme člověka, který s ním krácel společně životem. Skutečně doprovázet znamená ujít kus cesty spolu, bok po boku, ve zdraví i nemoci. Na povolání se připravujeme mnohaletým studiem.

Na smrt bychom se měli připravit včas a velmi dobře. Není totiž žádný opravný termín jako u zkoušky. Všichni budeme umírat bez generálky, „naostro“. Komenský mluvil v této souvislosti dokonce o umění „Umění zemřítí je umění všech umění“ (Svatošová, 1995, 20).

Člověk musí sám získat zkušenost, aby si uvědomil, co vše těžce nemocný ztrácí, postavení, životní jistoty, soukromí, stud, životní rytmus, volnost pohybu, aktivity apod.. K tomu všemu přibude bolest, obavy, nepříjemná vyšetření a mnoho dalšího, převážně též ne příjemného. Proto reakce nemocného na novou situaci je mnohdy negativní, agresivní, úzkostná až depresivní. Pro těžce nemocného je nutností zajištění potřeb v bio-psycho-sociální rovině a zvláště vyzdvižení potřeb spirituálních. Jejich priorita se v průběhu nemoci mění. V závěrečné fázi života, tedy v terminálním stádiu, nabývají na důležitosti zejména potřeby duchovní. Tyto potřeby byly až donedávna velmi málo uspokojovány. Lidé, kteří nežijí z víry, se v průběhu vážné nemoci zabývají otázkami smyslu vlastního života.

Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a má až do konečné chvíle smysl. Vážná nemoc ho zpravidla vede k přehodnocení všech jeho dosavadních hodnot. Je-li tato příležitost dobře pochopena, pak může být nemoc tím nejpłodnějším a nejceňnějším úsekem života. Ještě není pozdě, jak říká Frankl: „*O smysluplnosti života rozhodují jeho vrcholné body a jediný okamžik může dát zpětně smysl celému životu*“ (Svatošová, 1995, s.38). Ta možnost zůstává i tehdy zůstane-li nemocný plně odkázán na ošetřování druhou osobou. Nemůže pracovat, jak byl zvyklý, ale může milovat, může obdivovat krásu přírody, umění. Jde o hodnoty vyššího řádu, na které možná dřív neměl čas. Ještě vyššího řádu jsou hodnoty postojové. Člověk může např. odpustit křivdy a dát to zřetelně najevo. A právě toto může být v jeho životě vrcholným bodem, který dá zpětně smysl celému předchozímu životu. Dle Svatošové život má smysl i v té nejtěžší situaci. Smysluplně utvářet ho lze jedině uskutečňováním hodnot v jednotlivých přítomných okamžicích. Mnohdy si lidé dost dobře neuvědomují, co je hodnota. Materialismus naši populaci poznamenal. Byli a stále ještě jsme jím obklopeni. Není tedy divu, že nemocný či nezaměstnaný člověk ztrácí smysl života a hrouť se. Měl by si včas uvědomit, že není robot a že není situace, která by mu znemožňovala naplňovat život hodnotami. Reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace či vážnou nemoc závisí na vnějších okolnostech, na dosavadních zkušenostech a také na osobnosti jedince.

Umírání je syndromem terminálního stavu. Jde o stav konečný, poslední. Znamená to, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt. Umírání je proces, na jehož začátku je diagnóza vážné, dlouhodobé a prognosticky nepříznivé nemoci. Po celé toto období je třeba nejen usilovat o dosažení remise, popř. alespoň zmírnění obtíží strádajícího. Nemocný musí bezpečně vědět, že kromě lékařské pomoci mu bude poskytnuta též pomoc psychologická a lidská. Nemocného je potřeba uchránit od tzv. „psychické a sociální smrti“. Každý vážně nemocný by měl mít alespoň jednoho člověka, se kterým bude podle potřeby otevřeně hovořit. Pojem pravda je na nemocničním lůžku obávaným tématem. V našich podmínkách se již léta diskutuje, zda říci pravdu či ne. V západních státech jsou pravdivé informace o zdravotním stavu samozřejmostí. Pokud je nemocný požaduje, lékař mu je vždy poskytne. Tato otázka se neřeší, zvažuje se čas kdy a ve které fázi onemocnění je nejvhodnější pacienta informovat. Kdo a kde mu má tuto zprávu sdělit a v jakých podmínkách. Každý člověk je neopakovatelnou bytostí s jedinečnými rysy a vlastnostmi. Proto i způsob, jakým se s ohrožujícím sdělením nemocný vyrovnává, je velice odlišný.

Kübler-Rossová na základě svých mnohaletých zkušeností s vážně nemocnými a umírajícími popsala jednotlivé fáze, kterými prochází pacient, ale i jeho nejbližší. Ti trpí spolu s ním a často se od nich očekává až nadlidský výkon. Ale i oni si musí odpočinout a nabrat síly. Proto je na místě, aby se do doprovázení nemocných zapojilo i okolí nemocného. K tomu slouží hospice, dobrovolní pečovatelé, domácí péče, ale i farnost apod..

Fáze psychických změn podle Kübler-Rossově

Fáze negace, šok, popírání

Tato fáze je často provázena bouřlivými emocemi, vztekem a pláčem. Člověk, který intuitivně vycítí blížící se konec je zasažený ve svém nejhlubším nitru. V jeho chování se často objevuje impulsivnost, nekontrolovatelnost, existuje i nebezpečí sebevraždy. Klient odmítá přijmout, co se děje. V této fázi je důležité navázat kontakt a získat důvěru.

Fáze agrese, hněv, vzpoura

Člověk se brání traumatizující skutečnosti popíráním, které je doprovázeno vyřčenými i nevyřčenými myšlenkami typu: "To přece není možné, já přece nemohu být tak vážně nemocen, je to všechno nesmysl... ". Člověk může jednat tak, jako by se nic nestalo, jako by to nebylo pravda, jako by to byl zlý sen. Klienti, kteří umírají mladí velmi intenzivně si uvědomují, že jim nebylo dopřáno prožít plný život.

Fáze smlouvání, vyjednávání

Hledání zázračných léků, léčitelů. Člověk je ochoten zaplatit cokoliv, činí velké sliby. Klient uzavírá dohodu s osudem nebo božstvem, že v klidu zemře, jen když se dožije nějaké významné události např. sňatku v rodině, narozením vnoučat, apod.. Zde je zapotřebí mít trpělivost s klientem.

Fáze deprese, smutek

Nemocný má smutek z utrpěné ztráty, má strach z účtování, strach o zajištění rodiny. Překoná-li tento stav, přejde do fáze přijetí. Je důležité pacienta vyslechnout, pomoci mu urovnat vztahy, hledat řešení.

Fáze smíření, souhlas

Pacient se vyrovnal se svým osudem, skončil boj, je čas loučení. Tuto fázi je nutno odlišit od rezignace, nebo-li „házení flinty do žita“. Rozdíl popisuje Kübler-Rossová takto: „Nemocní, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti. Jejich tvář odráží stav vnitřní důstojnosti. Klienti, kteří na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak jejich tvář je zahořklá, je vidět duševní trýzeň jako výraz marnosti, zbytečného úsilí. Tento výraz je snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli stádia přijetí pravdy“. V této fázi je na řadě mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku. Pozor u rodiny, někdy potřebuje pomoc víc než nemocný (Svatošová, 1995, 28 – 29).

Všechny fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak většinou přicházejí, nemusejí vždy zachovávat tento sled. Často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají, někdy i v jediném dni prolínají. Je nutné si opět uvědomit, že každý člověk je jiný. Kübler-Rossová uvádí, že většina lidí se bojí neznámého, bolesti, ztráty milovaných osob nebo nedokončení své umělecké práce či díla. Podle ní jsou všechny tyto věci pouhou špičkou ledovce. Většina toho, co člověk spojuje se smrtí,

je nevědomá. Jedinec si podvědomě nedokáže představit svou vlastní smrt jinak než jako něco, co jej chce potrestat. Pokud si uvědomí, že toto spojení je iracionální, že mít smrtelnou nemoc není trestem za špatnost, je tento proces ulehčen. Vždy zbude něco, co budeme životu dlužit. Heidegger zjistil, že v případě, že by člověk věděl, kdy smrt přijde, přestane plánovat. Hrozilo by, že v onom prodloužení, bude člověk žít bez naplnění, a tudíž v nudě. Ta vede do „pekel“ nebo k sebevraždě (Payne, 2005, 198).

Díky současným možnostem medikamentózní léčby, přístrojovému vybavení nemocnic a vysoké kvalitě ošetrovatelské péče lze dnes zachránit život dříve nezachránitelný. Cílem uvedených vymožeností je samozřejmě zlepšení kvality života a prodloužení života chronicky nemocných, ale často i prodloužení života a utrpení nemocných v terminálním stádiu a prodloužování vlastní smrti. Model umírání a smrti po staletí vytvářený a obecně přijímaný, kdy nemocný je doma, obklopen rodinnými příslušníky, dnes většinou neplatí. Většina lidí umírá v nemocnici, v neznámém prostředí, v osamění. Mluvíme o institucionalizaci smrti. Umírající člověk prožívá „úzkostné stavy“, které se stupňují hlavně v noci, kdy je nemocný sám a nemůže spát. Úzkost vyvolává zejména strach ze samoty, ze ztráty sebekontroly nejen nad vlastním tělem, ale i nad vlastní identitou v somatické i psychické oblasti, ze ztráty lidské důstojnosti.

Odpověď na otázku co potřebuje a chce umírající člověk není příliš složitá. Je to hlavně dokonalá paliativní péče, respektování vlastních přání a vlastní důstojnosti. Hmotné zabezpečení, smysluplné využití zbývajících času, své stabilní prostředí, přijetí vlastního života i vlastního konce. Nejdůležitější potřebou je blízkost a doprovod sympatizujícího člověka a smíření se sebou samým, se svou rodinou, se světem, popřípadě s Bohem. Protichůdnou otázkou je otázka, co terminálně nemocný nechce. Nechce být překládán a odsouván ze zařízení do zařízení, nechce být vyloučen z rozhodování, nechce časté střídání ošetrovatelského personálu. Současně nechce být obtěžován přemírou péče, nechce být nucen do jídla a pití, nechce komunikovat s jinými pacienty. Pomoc umírajícímu musí mít profesionální charakter, přístup k nemocnému musí být emočně vřelý. V terminálním stádiu komunikace vážně. Umírající potřebuje pomoc a blízkost druhého člověka. Velmi se doporučuje osobní kontakt, pohlazení, držení za ruku. Nenechávat pacienta na velkém pokoji, nedávat najevo, že už je naše péče zbytečná. Chovat se až do konce jeho života empaticky a s úctou.

Kdo chce pečovat o umírající, musí znát sám sebe, měl by být vyrovnaný a zaujmout postoj k vlastní smrti. Důležitá je opravdovost, zúčastněnost a pochopení.

Komunikace s nemocným klade vysoké nároky na emoce a psychiku ošetrovatelského personálu. Psychologickou pomoc je nutné poskytnout umírajícímu, ale psychickou podporu potřebují i blízcí a příbuzní umírajících stejně jako ošetřující personál. Každý člověk má určité představy o správném, pietním, uctivém zacházení s mrtvým tělem svým i svých blízkých. Historické kořeny úcty k mrtvému tělu jsou mnohem starší než křesťanství. Odpovídají určité antropologické konstantě, tedy jsou neodlučitelnou charakteristikou lidství. Kulturně srovnávacím a psychologickým rozbohem se lze přiblížit smyslu, který má úcta k mrtvému tělu, úcta k rodinné tradici i k tradici jiných společností. Souvisí s úctou k živému tělu a s respektem k osobnosti druhého člověka (Říčan, 1990, 415 -420). Kübler-Rossová charakterizuje umírání a smrt jako narození do jiné existence. Tvrdí, že při zániku lidského těla se děje vlastně totéž, jako když motýl vylétá ze své kukly. Motýl je duše, která opouští hmotné tělo.

3.3. Problematika eutanazie

Autorem termínu eutanazie je filosof F. Bacon. Používal jej pro bezbolestnou, šťastnou a snadnou smrt. Dodnes zůstává téma „dobré smrti“ stále aktuální. V židovské kultuře byla věnována všestranná péče umírajícím, naopak lékaři a společnost byli vyzýváni, aby těmto lidem pomohli nést jejich úděl. Řeční lékaři si velmi cenili zdraví a kultu tělesné zdatnosti. V Antice byly v tomto směru určité odlišnosti. Mnozí významní učenci např. Platon nebo Seneca se stavěli za možnost dobrovolného odchodu ze života.

V Hippokratově přísaze je však eutanazie zakázaná. Tato přísaha se stala nejvlivnějším kodexem pro následující generace lékařů různých kultur křesťanství či Islámu. Rovněž podle Koránu je Bůh tvůrcem života. Tedy nikdo nemá právo spáchat sebevraždu nebo v sebevraždě jinému pomáhat. Pojem eutanazie původně znamenal všestrannou pomoc umírajícímu člověku, zaměřenou na mírnění tělesných bolestí a duševních úzkostí. Dnes je takto eufemisticky označováno úmyslné urychlení smrti na přání pacienta nebo jeho rodiny. Při eutanazii člověk způsobuje smrt sobě nebo jinému člověku. Jde tedy o úmyslné zabití nevinné lidské bytosti.

Člověk nemusí akceptovat každou léčbu, která je technicky možná. Eutanazii je nutno odlišovat od rozhodnutí vzdát se "agresivní léčby", tedy postupů, které již neodpovídají reálné situaci pacienta. Člověk však má povinnost chránit své zdraví a život, které dostal jako dar. Měl by přijmout každou dostupnou léčbu, která reálně

slibuje zlepšení zdraví. Není ale povinen přijmout léčebné postupy, které jsou v daném případě obtížné, bolestivé nebo přinášejí utrpení a působí nemocnému psychickou újmu. Není např. absolutní povinností pacienta s rakovinou podstoupit chemoterapii. V některých případech však tato léčba bude tak účinná, že odmítnutí by se rovnalo sebevraždě. V žádném případě nesmí být základní péče o nemocného nikdy přerušena. Výživa nesmí být nikdy odepřena ani v případech, kdy se spolu s hydratací musí provádět sondou.

Eutanazie není jen otázkou právní, ale spíše etickou. Zvláště v souvislosti s výkonem lékařského povolání se hovoří o tzv. bioetice. Italský lékař E. Ferri kdysi prezentoval názor, že „*Každý je pánem svého života, jež může i zničit. Může-li toto právo uplatnit sám, jestliže zákon sebevraždu netrestá, proč by je nemohl provést i prostřednictvím jiného?*“ (Omicidio-suicidio, Řóma 1922, s. 47-51). Nemoc a utrpení nezbavuje člověka jeho důstojnosti. Nemohou o ni přijít tím, že sami nejsou schopni ovlivnit vše, co se jim přihodí, protože jsou slabí či trpí. Legalizace zabíjení znehodnocuje cenu životů dlouhodobě nemocných, lidí narozených s těžkým handicapem. Eutanazie je v přímém protikladu s náplní lékařství. Úmyslné ukončování životů by vedlo k nedůvěře v lékaře a ve zdravotnictví vůbec. Je potřebné rozlišovat pojmy aktivní a pasivní eutanazie (Říčan, 1990, 418). Pasivní eutanazie spočívá v tom, že přestaneme bránit přirozenému procesu umírání. Přichází v úvahu jen, když už je zřejmé, že pacient je v konečném stádiu nevléčitelné nemoci. Aktivní eutanazie čili akt ukončení života na žádost nevléčitelně nemocného, který trpí a jehož nevléčitelná nemoc vede nevyhnutelně k smrti. Je považována za neetickou z hlediska lékaře i z hlediska nemocného. Nikdo není povinen takové žádosti vyhovět. Riziko zneužití je veliké. Tato eutanazie není legalizovaná nikde. Jsou země, které dnes za určitých okolností připouštějí pasivní eutanazii. V mnoha státech, kde platí stejné zákony jako u nás, se v odborných kruzích argumentuje tím, že ulehčení smrti je hodnota, která má být v jakési rovnováze s hodnotou nejistého prodloužení života. Otázkou pak stále zůstává hodnota života a hodnota svobody člověka, neboť každá generace ji pro sebe musí sama objevovat, obhajovat a vytvářet. Nejde o něco, co by platilo tak jako např. zákon gravitace.

Eutanazie představuje zásadní morální dilema pro lékaře a pacienty, podobně jako legalizace potratů (Robinson, 2002, 159). Je projevem generační války. Legalizace eutanazie je další fází této antropologicko mravní revoluce. Tímto tvrzením je překvapen pouze ten, kdo nevidí souvislost mezi potratem a eutanazií. Avšak

legalizací eutanazie dnešní generace splácí svůj dluh generacím předchozím. Znovu se poukazuje na krajní případy mimořádného lidského utrpení, při kterém nejdenní člověk pochybuje o smyslu života vůbec. Kamery odkrývají obrázky smrtelně trpících, uvádějí se rozhovory zoufale upoutaných lidí na lůžku. Tito lidé jsou zneužití pro dosažení cíle, tedy povolení ukončení života za asistence jiné osoby v jakémkoli jeho okamžiku. Fyzickou bolest lze dnes dobře tlumit tisíci prostředky nebo bazální stimulací. Psychické utrpení může být často horší než fyzické. V současné době nahrazuje eutanazii paliativní medicína. Člověk má právo nebýt manipulován k postoji, že eutanazie je řešením jeho obtíží. Je znepokojující, že informace o paliativní medicíně a hospicové péči jsou ve stínu debat o eutanazii jak u nás, tak v zahraničí. Pomyšlení na smrt nepatří do úvah moderního člověka. Jednoduše ji vyloučil z kontextu života. Avšak stále existují nevléčitelné nemoci a jejich trpké závěry. Paliativní medicína život klientovi neprodlouží, ale dokáže zlepšit jeho kvalitu zejména tím, že ho zbaví bolesti. Hospicová péče a paliativní medicína se snaží vytvořit důstojný prostor, v němž by umírání a smrt nemusely být obestřeny strachem a utrpením. Jejimi základními pilíři jsou tedy přístupy k pacientovi tak, aby klient netrpěl bolestí, aby nezůstal sám a aby byla respektována důstojnost a úcta k člověka až do jeho konce života. Důsledně vycházejí z individuálních potřeb a přání nemocného. Kladou důraz na nenahraditelnost rodiny a nejbližších přátelských vztahů. Právě v očích nejbližších vnímá člověk na konci svého života svou jedinečnost. Ale také naopak, skrze zkušenost s umíráním a smrtí našich blízkých se formují naše životy a náš přístup k posledním chvílím každého z nás.

Česká republika patří v úrovni umírání mezi vyspělé země. Je zapotřebí podporovat centra výzkumu, výuky a dalšího vzdělávání v oborech lékařství, zaměřených na paliativní péči. Jde i o podporu interdisciplinárního přístupu, pro spolupráci všech lékařských oborů spolu s psychology, sociálními pracovníky apod.. Je potřeba zabezpečit lepší koordinaci a vytvořit systémové a legislativní zázemí. Když se blíží život ke konci, nabízejí se jen dvě možnosti. Upadnout do beznaděje nebo prožít zbývající čas co nejplněji. Hospicová péče pracuje s nadějí a vírou. Vždyť každý lidský život má svoji důstojnost až do samého konce. Člověk má mít možnost společně s rodinou a přáteli naplnit vzájemné vztahy tak, aby každý mohl vzpomenout na prožitý čas s vděčností a s vědomím, že život měl smysl.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4. Spokojenost pacientů jako součást hodnocení kvality léčebné péče

4.1. Metodologická východiska

Pro získání informací a potřebných údajů bylo použito anonymního dotazníkového šetření. Dotazníky byly určeny pacientům ve věkové kategorii 18 až 62 a více let. Výzkumné šetření probíhalo u hospitalizovaných pacientů v lůžkové části nemocnice Chrudim na odděleních chirurgie, traumatologie, interny a neurologie. Z celkového množství 100 dotazníků bylo 10 vyřazeno pro neúplnost a chybějící data. Vyhodnoceno bylo tedy 90 dotazníků.

Cíleně je zkoumána spokojenost pacientů s dimenzí kvality péče. Jsou to konkrétně určené oblasti péče o pacienta.

Byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Zjištění kvality poskytovaných služeb u vybraných pacientů a možnosti využití nadstandardních služeb na oddělení.

Cíl 2: Zjištění úrovně čistoty a pořádku na pokoji a na oddělení.

Cíl 3: Zjištění humánního přístupu a etické chování zdravotníků k pacientům.

Cíl 4: Zjištění informovanosti o právech pacientů.

Okresní nemocnice Chrudim a její lůžkové ošetrovací jednotky mají pokoje hotelového typu. Téměř na všech stanicích jsou pokoje po dvou lůžkách spolu s toaletou a WC. Chirurgické oddělení této nemocnice má dva nadstandardní pokoje. Hospitalizace v těchto pokojích je částečně hrazena pacientem. Tyto pokoje jsou stále více žádány zvláště pacienty přicházející na výkony z oboru plastické chirurgie. Jsou jednolůžkové a jejich komfort je dán vybaveností pokoje.

Pacient není většinou dostatečně kvalifikován k posouzení odborné stránky péče, ale jako takovou, ji spolu s kvalitou, posuzuje neustále. Hodnotí přístup a chování zdravotnického personálu, podávání informací o vyšetření a léčbě, čistotu prostředí, úroveň gastronomických služeb a podobně.

Cíle vycházejí ze spokojenosti pacientů k nabízeným službám ve zdravotnickém zařízení nemocnice Chrudim. Významně jsou zaměřeny na etické a komunikační přístupy zdravotnického a ošetrovatelského personálu k pacientům.

Hypotézy:

H1: Spokojenost klientů bude přímo úměrná úctě a respektu zdravotnického personálu při ošetrování a léčbě.

H2: Ke spokojenosti klientů bude výrazně přispívat pravidelná a pravdivá informovanost o jejich zdravotním stavu.

H3: Časné ranní buzení bude klienty spojováno s nižší mírou komfortu a spokojeností s pobytem ve zdravotnickém zařízení.

H4: Pocit spokojenosti a bezpečí bude výrazně podpořen úrovní gastronomických služeb, pořádkem a čistotou na oddělení.

H5: Informovanost klientů o jejich právech bude zvyšovat úroveň komunikace pacientů se zdravotnickým personálem.

Popis metod a charakteristika položek

1. všeobecný dotazník
2. dotazník binárních kontrastů

1. Všeobecný dotazník

Všeobecná část dotazníku je identifikačního charakteru, v otázkách 1 až 5 je uvedeno pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, student, pracující, důchodce.

2. Dotazník binárních kontrastů

Speciální část je zaměřena na stanovené cíle, které mají zhodnotit spokojenost pacientů s tzv. hotelovými službami a etickým chováním zdravotníků.

Jde o kvantitativní šetření pomocí binárních kontrastů. Dotazník je konstruován tak, že každá hypotéza má dvě dvojice kontrastních výroků. Pacient se rozhoduje mezi dvěma protikladnými výroky na pětibodové škále dle svého pocitu. Výroky vlevo jsou hodnoceny kladně a výroky vpravo jsou hodnoceny záporně. Pacient zaškrtně vždy jen jednu hodnotu. Přičemž hodnoty 1 a 5 jsou hodnoty mezní, pacient plně souhlasí s výrokem vlevo nebo vpravo, rozhoduje se tedy pro zcela kladné či záporné hodnocení.

Hodnota 2 vyjadřuje souhlas s mírnými výhradami k výrokům vlevo.

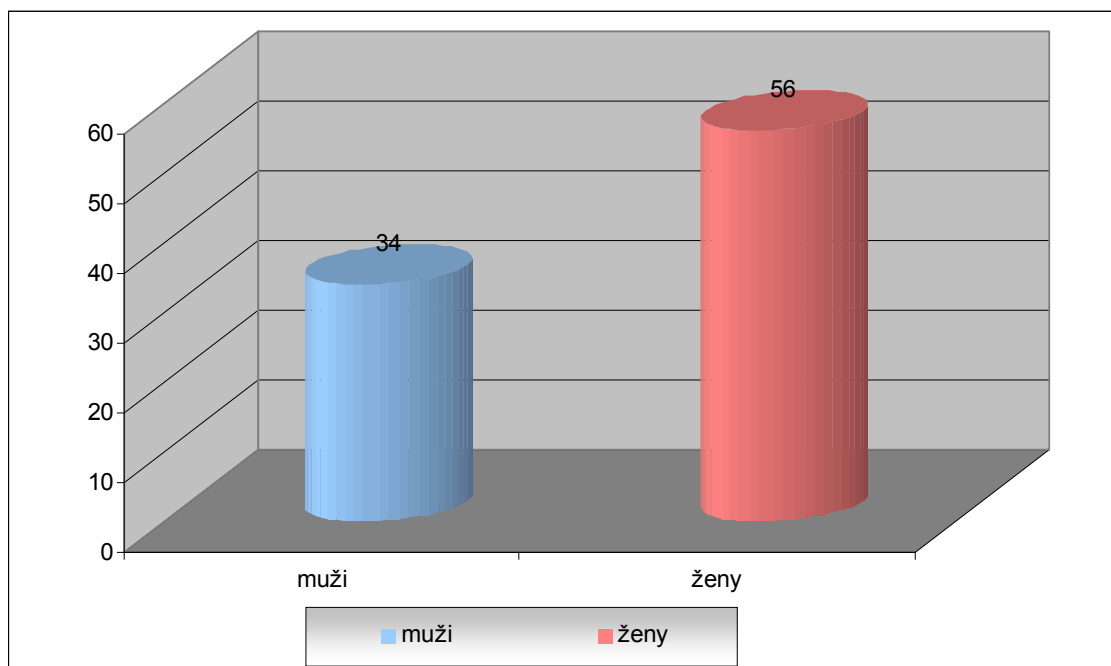
Hodnotu 3 použijí pacienti, kteří se nemohou rozhodnout ani pro jednu z variant.

Hodnota 4 vyjadřuje nesouhlas s mírnými výhradami s výrokem vpravo.

4.2. Výsledky a diskuse

Graf 1

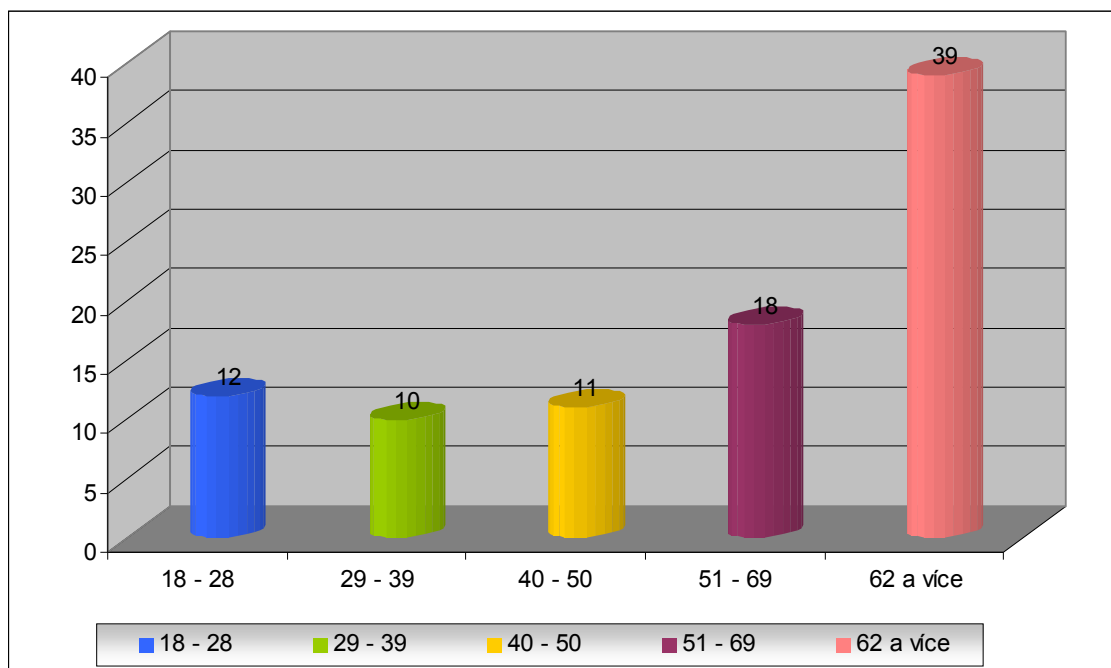
Pohlaví respondentů



Graf znázorňuje počet respondentů dle pohlaví. Šetření se zúčastnilo 90 respondentů, z toho bylo 34 mužů a 56 žen.

Graf 2

Věk respondentů



Šetření se zúčastnilo 90 respondentů různých věkových kategorií. Graf ukazuje věkové kategorie:

Věk 18–28 let/ 12 respondentů

Věk 29–39 let/ 10 respondentů

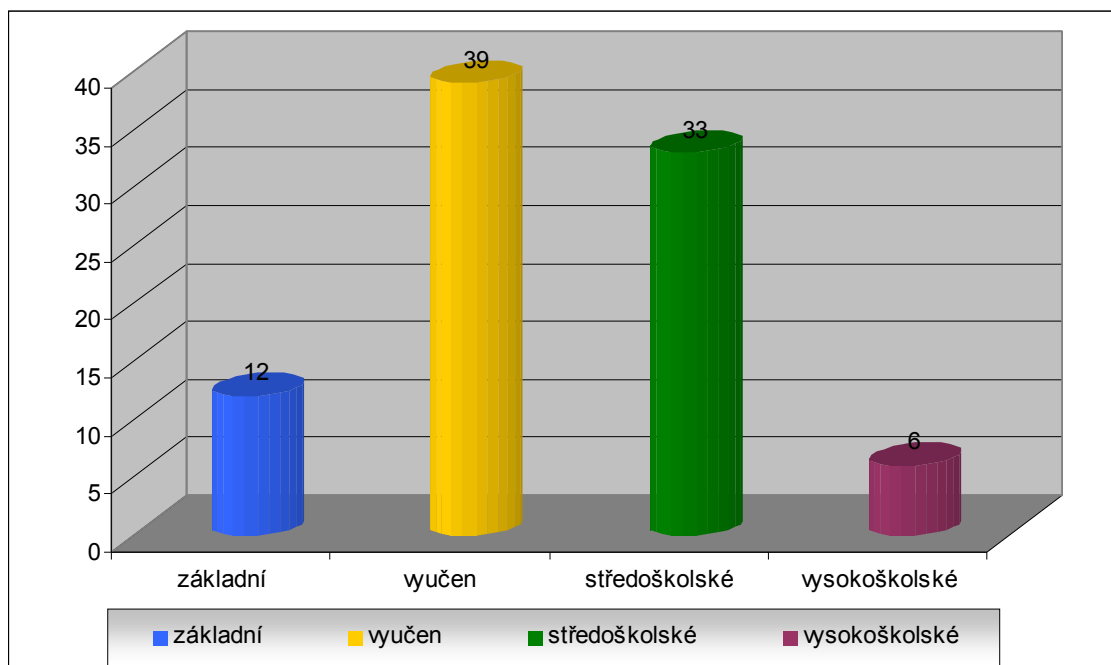
Věk 40–50 let/ 11 respondentů

Věk 51–61 let/ 18 respondentů

Věk 62 a více let / 39 respondentů

Graf 3

Vzdělání respondentů



Graf ukazuje počet respondentů dle dosaženého nejvyššího vzdělání.

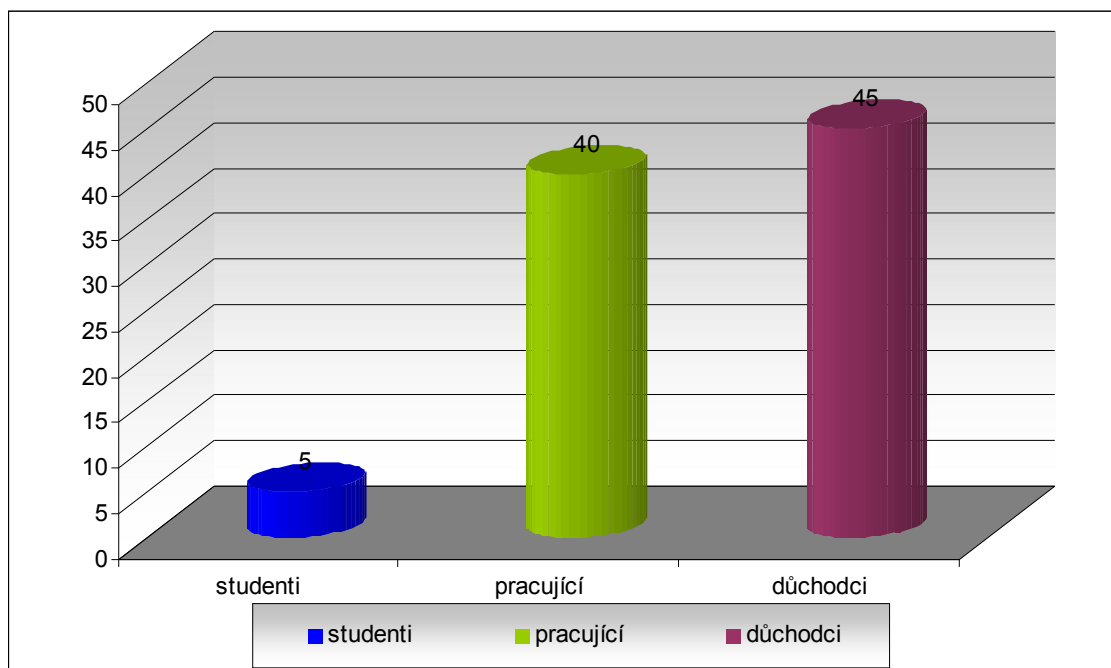
Šířením se prokázalo, že základní vzdělání mělo 12 respondentů,

vyučeno bylo 39 respondentů, středoškolského vzdělání dosahovalo 33 respondentů a

s vysokoškolským vzděláním bylo 6 respondentů.

Graf 4

Zaměstnanost respondentů



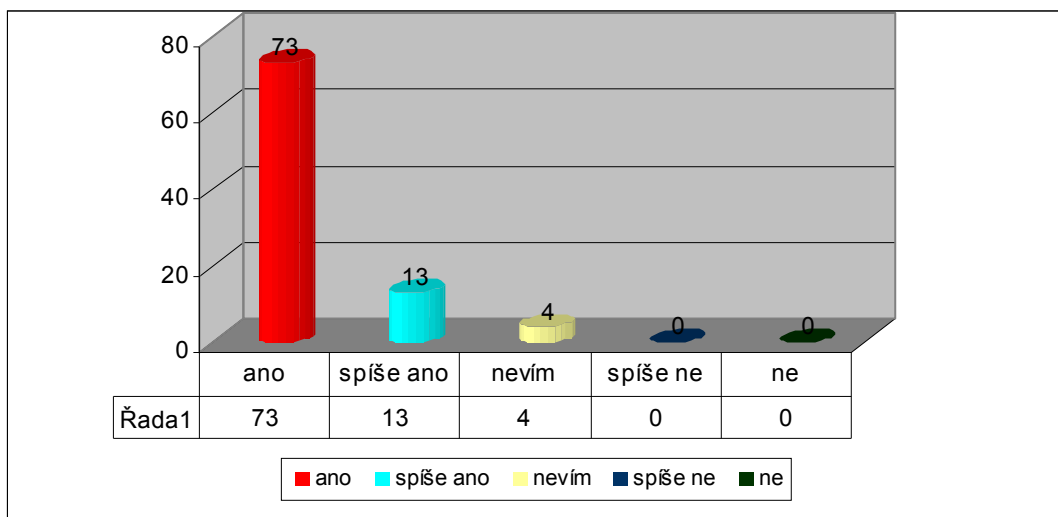
Graf ukazuje počet respondentů dle zaměstnanosti.

Studentů bylo 5, pracujících 40 a důchodců bylo 45.

Graf 5

1A/ Na mé problémy a obtíže sestry vždy reagují vstřícně a mají zájem pomoci

Mám pocit, že sestry mé problémy a obtíže nezajímají a staví se k nim spíše chladně



Výrok je zaměřen na chování a jednání zdravotnického personálu při ošetřování a léčbě klientů. 73 respondentů bylo spokojených s chováním a jednáním zdravotnického personálu, hodnotili ano, spíše ano spokojených bylo 13 respondentů a nemohli se rozhodnout 4 respondenti. Nespokojený nebyl žádný respondent.

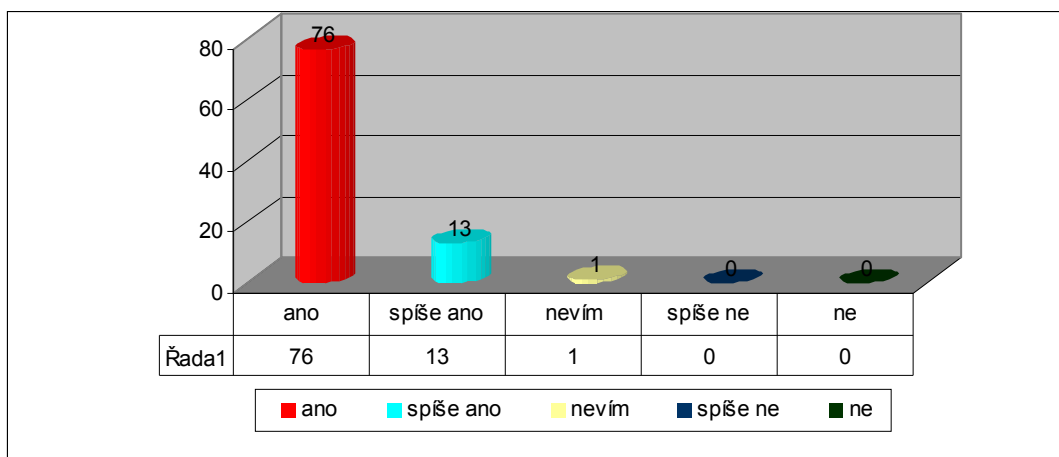
Tabulka ukazuje přehled uvedených hodnot. Kladně tedy ano hodnotilo 73 respondentů, spíše ano 13 respondentů, 4 respondenti se nemohli rozhodnout .

Nespokojený s chováním zdravotníků nebyl žádný respondent, tedy hodnoty jsou nulové.

Graf 6

1B/ *Sestry mě odborně ošetřují s ohleduplným a důstojným přístupem, jsou příjemné a laskavé*

Sestry mě ošetřují nešetrně, jsou nepříjemné a odměřené



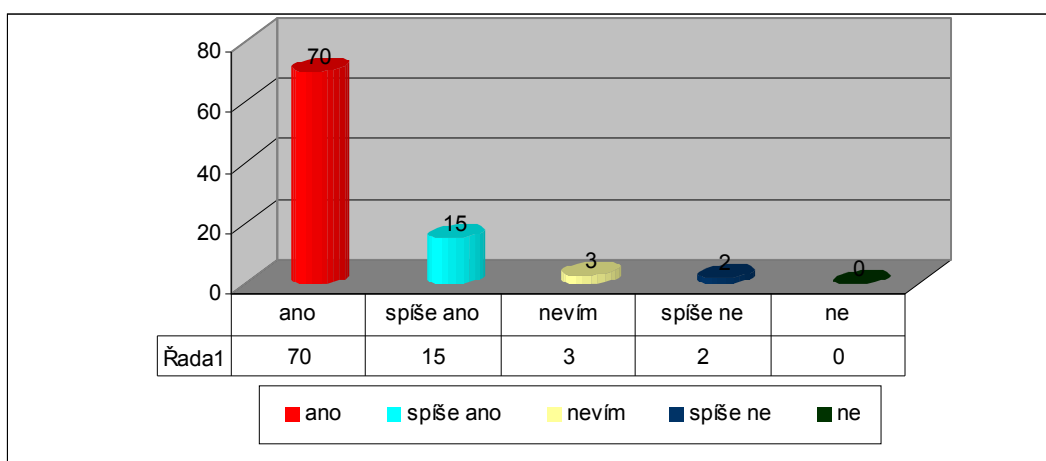
Výrok je zaměřen na spokojenost pacientů s přístupem a odborností zdravotnického personálu při ošetřování a léčbě. 76 respondentů bylo spokojených s přístupem zdravotníků při jejich ošetřování, 13 respondentů spíše spokojených a 1 respondent se nemohl rozhodnout. Záporně nehodnotil žádný respondent.

Tabulka ukazuje přehled uvedených hodnot. Kladně tj. ano hodnotilo 76 respondentů, spíše ano 13 respondentů tedy ošetření dotázaných bylo na odborné úrovni a s ohleduplným přístupem. 1 respondent se nemohl rozhodnout. Nespokojený nebyl žádný respondent, hodnoty jsou nulové.

Graf 7

2A/ Lékař mě podrobně seznámil s mým zdravotním stavem, vyšetřením a možnými riziky

Lékař mě nesdělil žádné informace o mém zdravotním stavu ani o vyšetření a léčbě



Výrok je zaměřen na úroveň lékařského vyjádření o zdravotním stavu pacienta, jeho vyšetřením a možnými riziky.

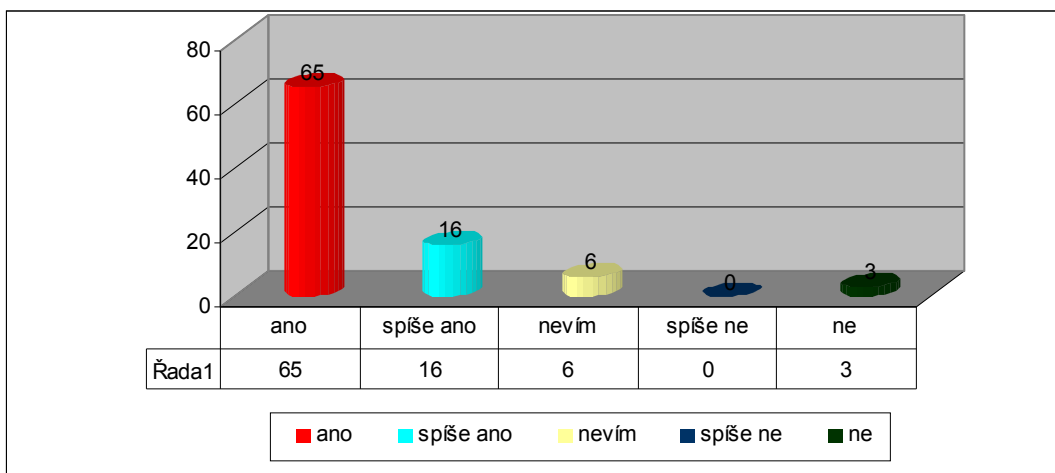
Graf znázorňuje 70 respondentů, kteří kladně hodnotili lékaře a jeho seznámení s jejich zdravotním stavem, 15 respondentů souhlasilo spíše ano se sdělením lékaře o jejich zdravotním stavu a 3 respondenti se nemohli rozhodnout pro žádnou z variant. Spíše ne 2 respondenti nesouhlasili se sdělováním informací lékařem o jejich zdravotním stavu.

Tabulka ukazuje přehled uvedených hodnot. Kladně tj. ano hodnotilo 70 respondentů, spíše ano hodnotilo 15 respondentů, 3 respondenti se nemohli rozhodnout. 2 respondenti hodnotili spíše ne, tedy nebyli spokojeni s úrovní lékařského vyjádření o jejich zdravotním stavu.

Graf 8

2B/ *Lékař mě poučil o nutnosti užívání léků a možných vedlejších účincích.*

Lékař mi naordinoval léky, ale nesdělil, proč je mám užívat a jaké jsou jejich vedlejší účinky



Výrok je zaměřen na odbornou úroveň lékaře a jeho sdělení o užívání léků pacientovi, případně sdělení o vedlejších účincích léků.

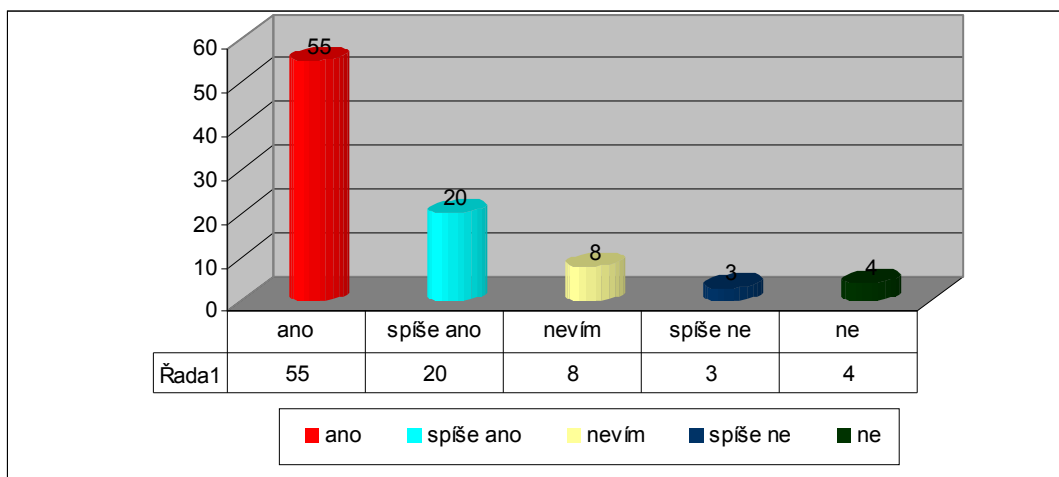
65 respondentů hodnotilo ano spokojených se sdělením lékaře o nutnosti užívat léky, spíše ano hodnotilo 16 respondentů a nemohlo se rozhodnout 6 respondentů. 3 respondenti hodnotili ne, tedy nespokojenost se sdělením ordinací.

Tabulka ukazuje přehled uvedených hodnot. 65 respondentů hodnotilo ano, 16 respondentů hodnotilo spíše ano tj. kladné hodnocení. Nevím hodnotilo 6 respondentů. 3 respondenti nebyli spokojeni se sdělením lékaře o užívání léků .

Graf 9

3A/ Časné ranní vstávání mi nedělá problém a myslím, že je pro léčbu důležité

Časné ranní vstávání mi nevyhovuje a myslím, že je pro průběh léčby zbytečné



Výrok vyjadřuje ochotu klientů časně ráno vstávat.

Graf znázorňuje 55 respondentů hodnotilo ano, kterým nevadilo brzké ranní vstávání, 20 respondentů spíše ano souhlasilo a 8 respondentů se nemohlo rozhodnout.

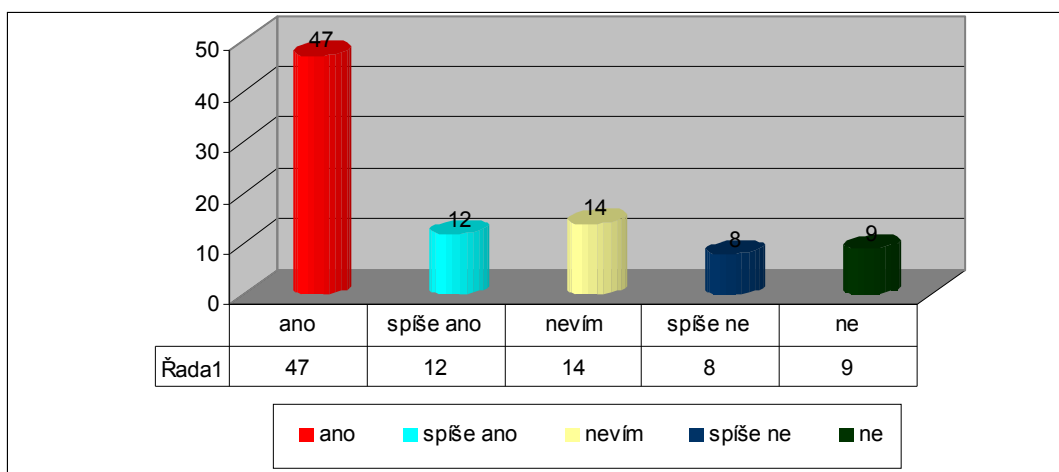
Ranní vstávání vadilo 3 respondentům, hodnotili spíše ne a ne vyjádřili 4 respondenti.

Tabulka ukazuje přehled uvedených hodnot. Kladně tj. ano hodnotilo 55 respondentů, spíše ano hodnotilo 20 respondentů, kterým nevadilo brzy ráno vstávat. Nemohlo se rozhodnout 8 respondentů. 3 respondenti hodnotili spíše ne a pro ne se vyjádřili 4 respondenti, tedy časné ranní vstávání jim nevyhovovalo..

Graf 10

3B/ Doba ranního buzení mě posiluje k lepší aktivitě

Doba ranního buzení mě ruší a znepříjemňuje pobyt v léčebném zařízení



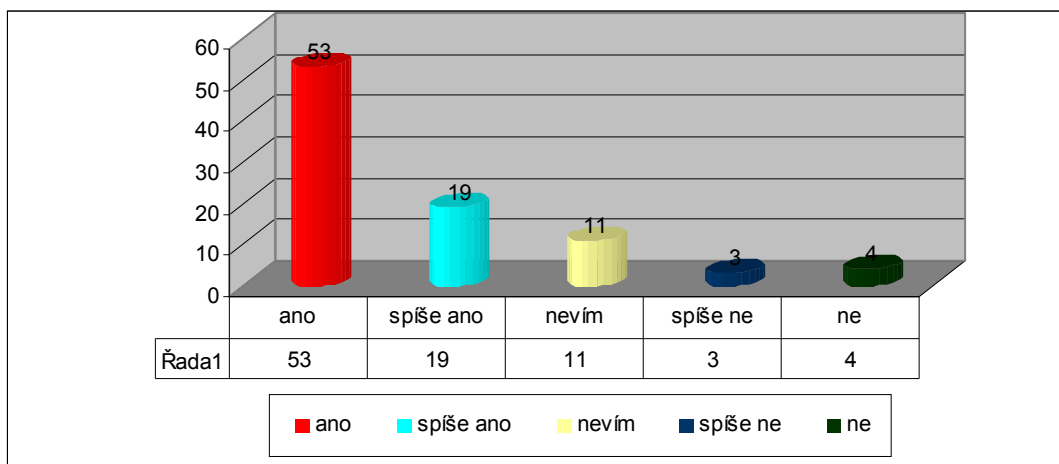
Výrok je zaměřen na dobu ranního buzení, která má posilovat k lepší aktivitě pacientů. 47 respondentů hodnotilo ano, 12 respondentů hodnotilo spíše ano souhlasilo s dobou ranního buzení a 14 respondentů se nemohlo rozhodnout. 8 respondentů hodnotilo spíše ne a 9 respondentů hodnotilo ne.

Tabulka ukazuje přehled uvedených hodnot. Ano hodnotilo 47 respondentů, 12 respondentů hodnotilo spíše ano, tzn., že doba ranního buzení jim nevadila. Nemohlo se rozhodnout 14 respondentů. Záporně tedy spíše ne hodnotilo 8 respondentů a ne hodnotilo 9 respondentů, kterým doba ranního buzení znepříjemňovala pobyt v nemocnici.

Graf 11

4A/ *Jídlo je chutné, vhodně upravené a porce dostačující*

Jídlo mě nechutná, je studené a porce je malá



Výrok je zaměřen na spokojenost pacientů s úrovní gastronomických služeb.

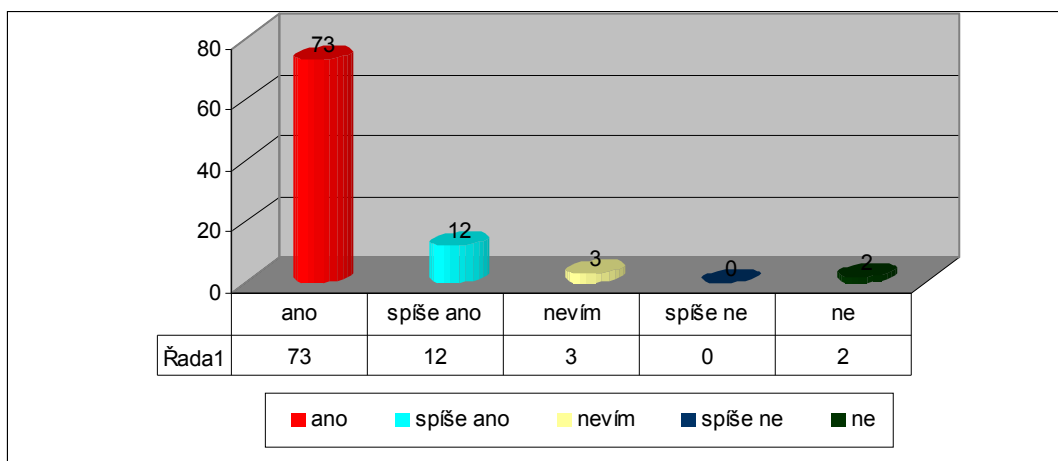
53 dotázaných hodnotilo ano, bylo spokojených s úrovní stravování, spíše ano hodnotilo 19 respondentů a 11 respondentů se nemohlo rozhodnout. Spíše ne hodnotili 3 respondenti a ne hodnotili 4 respondenti.

Tabulka ukazuje přehled uvedených hodnot. 53 respondentů hodnotilo ano, 19 respondentů hodnotilo spíše ano, tedy hodnotili pozitivní spokojenost s úrovní stravování. 11 respondentů se nemohlo rozhodnout, spíše ne hodnotili 3 respondenti a ne hodnotili 4 respondenti.

Graf 12

4B/ Na oddělení mě těší pořádek a čistota toalet a sprch

Na oddělení mě znepokojuje nepořádek, nečistota toalet a sprch



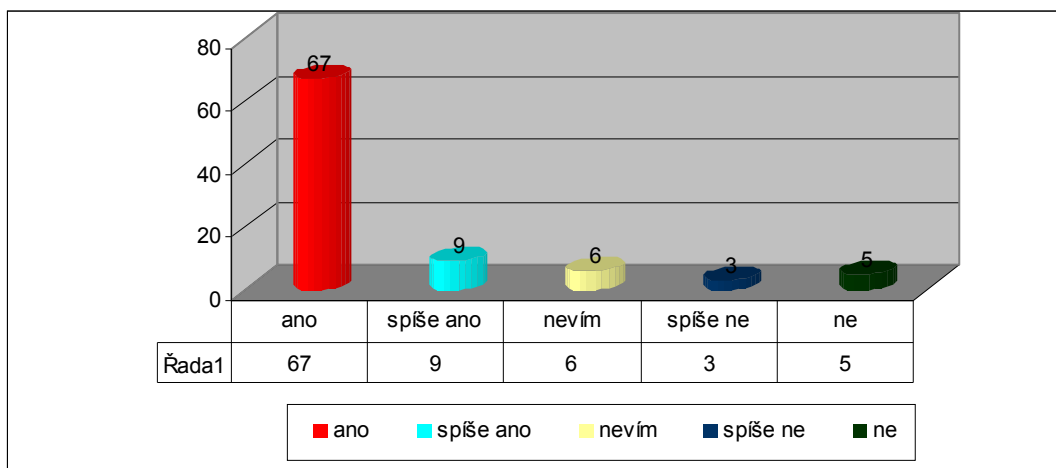
Výrok je zaměřen na úroveň čistoty a pořádku na ošetrovací jednotce.

73 respondentů hodnotilo ano, bylo spokojených s úrovní čistoty, 12 respondentů hodnotilo spíše ano a 3 respondenti se nemohli rozhodnout. Ne hodnotili 2 respondenti. Tabulka ukazuje přehled uvedených hodnot. Pozitivně hodnotilo 73 respondentů tj. ano a spíše ano 12 respondentů. 3 respondenti se nemohli rozhodnout. Ne tj. záporně hodnotili 2 respondenti, tedy byli nespokojeni s pořádkem a čistotou na oddělení.

Graf 13

5A/ Před stanovením léčebného režimu jsem poučen(a) o právech a povinnostech

Před stanovením léčby nejsem poučena o právech a povinnostech



Výrok je zaměřen na seznámení s právy a povinnostmi pacientů na oddělení.

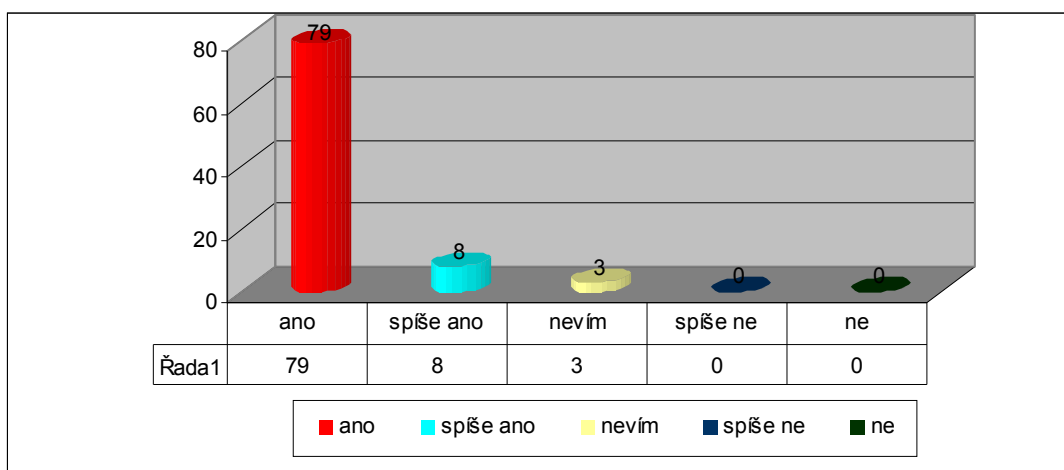
Graf ukazuje 67 respondentů hodnotilo ano, bylo poučených o právech a povinnostech, spíše ano hodnotilo 9 respondentů a nevím hodnotilo 6 respondentů. Spíše ne hodnotili 3 respondenti, ne hodnotilo 5 respondentů, tzn., že nebyli poučeni o právech a povinnostech klientů na oddělení.

Tabulka znázorňuje přehled uvedených hodnot. Kladně tj. ano hodnotilo 67 respondentů, spíše ano hodnotilo 9 respondentů. Nevím hodnotilo 6 respondentů. Záporně tj. spíše ne hodnotili 3 respondenti a ne hodnotilo 5 respondentů.

Graf 14

5B/ *Nikdy jsem neuvažoval o odmítnutí léčby*

V odmítnutí léčby mi bránily obavy z negativní reakce ošetřujícího lékaře



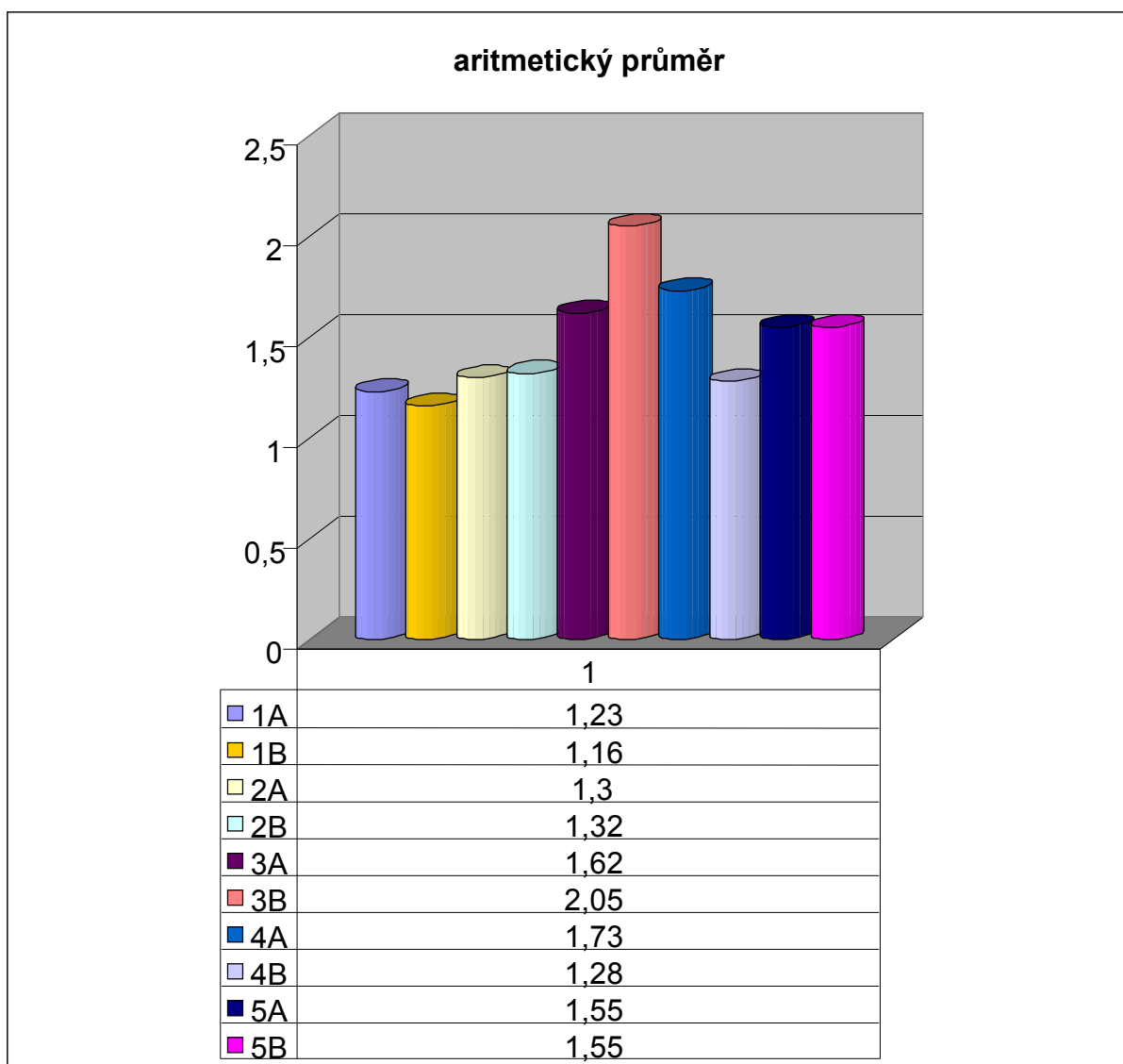
Výrok je zaměřen na možnost odmítnutí léčby pacientem.

Graf ukazuje 79 respondentů hodnotilo ano a 8 respondentů spíše ano tj. léčbu neodmítli. 3 respondenti se nemohli rozhodnout, zda by léčbu odmítli.

Tabulka znázorňuje přehled uvedených hodnot. Kladně tj. ano hodnotilo 79 respondentů a spíše ano 8 respondentů léčbu neodmítlo, nevím hodnotili 3 respondenti. Záporně nehodnotil žádný respondent tedy hodnoty jsou nulové a léčbu neodmítl žádný respondent.

Graf 15

Přehled nabízených služeb dle hodnot aritmetického průměru.



Graf znázorňuje průměrné hodnoty dotazovaných s nabízenými službami ve všech oblastech.

Tabulka ukazuje přehled uvedených výsledků dle aritmetického průměru. Všechny výroky dosahovaly kladných hodnot tedy dotazovaní byli s úrovní hotelových služeb spokojeni.

4.3. Diskuse a hodnocení

Dle demografických ukazatelů jsou ženy častěji hospitalizováni než muži. Šetření ukázalo, že z celkového počtu 90 pacientů bylo 34 mužů a 56 žen (graf 1). Tedy počet žen převládal. Ačkoli ženy žijí v průměru o 5–7 let déle než muži, jejich nemocnost se zdá být vyšší než nemocnost mužů. V případě vyjádření spokojenosti lze říci, že ženy častěji inklinují k větší kritičnosti a menší spokojenosti s dosažitelnou péčí.

Věk klientů nejprůkazněji determinuje jejich spokojenost. Starší pacienti vyjadřují vyšší míru spokojenosti v různých oblastech péče. Vyšší věk a s ním spojené nemoci jsou v naší civilizaci považovány za značný handicap, protože zde převládá fenomén mládí, výkonnosti a soběstačnosti. Starší klienti jsou si toho vědomi a obávají se ztráty obliby a pozitivního přijímání okolím. Mají obavy ze sociální izolace. Nechtějí být na obtíž ani odmítáni. Jejich náročnost a požadavky s přibývajícím věkem klesají a narůstá pocit vděčnosti. Šetření ukázalo jednotlivé věkové kategorie, z nichž největší skupinu tvořili starší pacienti. Tato skupina klientů byla ve věku nad 62 let v počtu 39 respondentů (graf 2).

Šetření dle vzdělání ukázalo počet klientů, kteří hodnotili péči dle dosaženého nejvyššího stupně vzdělání. Největší skupinu v počtu 39 respondentů tvořili pacienti vyučení a 33 respondentů bylo se středoškolským vzděláním (graf 3).

Výsledky šetření dle pracovní aktivity ukázali počet pacientů studujících, zaměstnaných a důchodců (graf 4).

Speciální dotazník binárních kontrastů měl zjistit jaká je spokojenost pacientů se službami a etickým přístupem zdravotníků. Výroky v dotazníku byly zaměřeny na dimenzi kvality péče a spokojenost s hotelovými službami. Pacienti hodnotili jednání a chování sester, ostatních zdravotníků, i lékařů při jednotlivých úkonech či vyšetřeních. Šetřením se potvrdilo, že 86 dotázaných pacientů bylo spokojeno s kvalitou péče, které se jim dostalo po dobu hospitalizace (graf 5). S chováním zdravotních sester a ostatního ošetrovatelského personálu byli klienti nad míru spokojeni. Vlídlost, vstřícnost a empatie zdravotníků při ošetřování pacientů byla hodnocena kladně, tedy škálou 1 a 2 (graf 6). Klient zvláště pak starší pacient potřebuje občas i pohlázení. Míra spokojenosti pacientů potom ovlivňuje další jejich chování. Lze tedy říci, že spokojenost pacienta je vyjádřena odbornými kompetencemi lékaře a sester, jejich chováním a vhodným způsobem komunikace, též laskavým přístupem. Hypotéza 1, že spokojenost klientů

je přímo úměrná úctě a respektu zdravotnického personálu při ošetřování a léčbě, se potvrdila.

Mezi hotelové služby patří i možnost hospitalizace v nadstandardním pokoji. Některým pacientům vyhovuje soukromí a klid na pokoji. Vybavení tohoto pokoje připomíná domácí prostředí. Možnost hospitalizace v nadstandardním pokoji zvyšuje komfort pacientů. V poslední době jsou tyto pokoje více klienty žádány. Bohužel v chrudimské nemocnici jsou tyto pokoje pouze na chirurgickém a gynekologickém oddělení a to v počtu 4 pokojů. Tedy tyto pokoje jsou klienty rezervovány a tudíž nemůže být vyhověno všem klientům.

Časné ranní vstávání je klienty všeobecně vnímáno jako nepříjemné a nevyhovující. Šetření však ukázalo, že 75 klientům ranní vstávání nedělá problém (graf 9). Klienti ho spojují s léčebným režimem a dodržováním domácího řádu. Záporně tj. škálou 4 a 5 hodnotilo časné ranní vstávání 7 klientů (graf 9). Tito klienti tvořili mladší generaci ve věku 18 až 25 let. Rádi si pospí a nemají chuť brzy ráno vstávat. Tedy ani doba ranního buzení jim nevyhovovala. Záporně se vyjádřilo 17 klientů (graf 10). Těmto klientům brzké ranní vstávání snižuje pocit komfortu a celkovou spokojenost s hospitalizací (graf 10). Hypotéza 3, že časné ranní vstávání je klienty spojováno s nižší mírou komfortu se nepotvrdila.

Hotelové služby představují spokojenost klientů s úrovní gastronomických služeb, čistotou a hygienou na pokoji a oddělení. Strava pro klienty musí být vždy vhodně upravená a teplá. Šetřením se zjistilo, že 72 klientů bylo spokojených s úrovní podávání stravy. Úprava servírování a porce jídla byla klienty hodnocena kladně, tedy škálou 1 a 2 (graf 11). Skladba stravy zahrnuje všechny diety, které jsou definovány platným dietním systémem. Jde např. o pooperační stravu, s omezením tuků, s omezením bílkovin, šetřící, diabetickou a speciální diety, které jsou nutné pro jednotlivá speciální vyšetření.a další. Příslušnou dietu ordinuje ošetřující lékař. Dieta je strava upravená tak, že některé složky potravy jsou omezeny nebo dočasně vyloučeny z této stravy. Diety jsou porcovány přímo ve stravovacím provozu za přísných hygienických podmínek pod dohledem dietní sestry. Jejím úkolem je sledování odpovídající kvality, množství a složení jednotlivých porcí. Distribuce stravy je zajištěna tabletovým systémem a v termoboxech. Tím se udržuje teplota stravy než se dostane k pacientovi. Jídlo nechutnalo 7 klientům, jejich hodnocení bylo ve škále 4 a 5 (graf 11). Tito pacienti z důvodu svého onemocnění byli na dietě, tedy měli stravu např. méně solenou nebo s omezením tuků, či nekořeněnou.

Úroveň pořádku a čistoty na oddělení těšilo 85 pacientů (graf 12). Klient je spokojenější, pokud jsou dodržovány základní hygienické předpisy. Jde mu o jeho zdraví a má i jisté obavy, aby jeho léčba nebyla komplikovaná možnou infekcí a tím jeho pobyt prodloužen. Sleduje pořádek, hygienu a dezinfekci všech prostor na oddělení. Vysoká úroveň čistoty mu zajišťuje pocit spokojenosti a zbavuje ho strachu z možnosti infekce. Šetření ukázalo, že 2 klienti byli nespokojeni s pořádkem a čistotou na oddělení (graf 12). Hypotéza 4, že pocit spokojenosti a bezpečí je výrazně podpořen úrovní gastronomických služeb, pořádkem a čistotou na oddělení se potvrdila.

Lékař musí pečlivě zvažovat jakým stylem má sdělit závažné informace pacientovi. Snahou lékařů je ochránit psychiku nemocných před nepříznivým dopadem těchto informací. S nimi je nutné zacházet citlivě a zákonně. Pro pravdivé sdělení informací o zdravotním stavu klienta sdělované lékařem se pozitivně vyjádřilo 85 pacientů (graf 7). Klient chce být seznámen se svým zdravotním stavem a výsledky vyšetření dle objektivní skutečnosti (graf 7). Pacient, který neví co ho čeká, není mu sdělena jeho diagnóza žije v trvalé nejistotě. To se pak odráží v jeho negativním psychickém stavu. Nespokojení se sdělením informací o zdravotním stavu byli 2 klienti (graf 7). Hypotéza 2, že pravidelná informovanost o zdravotním stavu přispívá ke spokojenosti klienta se potvrdila.

Znalost práv pacientů předchází nedorozumění. Práva pacientů jsou etickým kodexem, tzn. že jejich závaznost je zvláště mravní povahy, nikoliv právní. Etický kodex Práv pacientů byl u nás vyhlášen v roce 1992. Vznikl v návaznosti na Listinu základních práv a svobod. Tedy to, co je v Právech pacientů „jen mravním nárokem“, je více či méně dáno zákonem a jako povinnost pro každého lékaře. Výklad jednotlivých práv pacientů je obtížný. Každá daná situace klienta je jiná a vyžaduje individuální přístup i postup. Mnohé situace jsou nepřehledné a někdy může být příčinou selhání i „lidský faktor“. Vždyť i lékař je jen člověk. Chyby, kterých se lékař či jiný zdravotník dopustí jsou odborného nebo etického charakteru.. Práva pacientů a domácí řád jsou umístěny na pokojích každého oddělení. 76 pacientů bylo seznámeno s těmito právy (graf 13). Zdravotní sestry práva klientovi sdělí při jeho příjmu. Tím se zvyšuje úroveň komunikace mezi klienty a zdravotníky. V případě, že pacient něčemu nerozumí, je mu to zodpovězeno sestrou či lékařem. Aby se předešlo případným problémům ze strany pacienta i ze strany lékaře musí pacient každé vyšetření či operační výkon potvrdit svým podpisem. Jde o tzv. informovaný souhlas s výkonem či vyšetřením. Pacient je informován sestrou nebo lékařem o plánovaném

výkonu či vyšetření tak, aby věděl, co se mu bude dělat a taktéž má klient možnost vše si přečíst v tomto formuláři. S právy nebylo seznámeno 8 klientů (graf 13).

Pacient má právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích takového rozhodnutí. Šetřením bylo zjištěno, že 87 pacientů léčbu neodmítlo (graf 14). Klienti jsou v nemocnici hospitalizováni za účelem léčby či vyšetření a jejich prioritní potřebou je uzdravení. Dotázaní klienti neuvažovali o odmítnutí léčby, protože každý byl buď nemocný či byl vyšetřován z důvodu nemoci a jejich zájmem bylo zlepšení nebo vyléčení jejich zdravotního stavu (graf 14). Hypotéza 5, že informovanost pacientů o jejich právech zvyšuje úroveň komunikace klientů se zdravotníky se potvrdila.

Vyhodnocení dle aritmetického průměru ukázalo pozitivní spokojenost klientů s nabízenými službami (graf 15). Z vyhodnocení vyplývá, že klient se přikláněl více ke kladnému hodnocení tedy volil ve škále 1 a 2. Výsledné hodnocení je pak pozitivní, což je ve všech výrocích (graf 15). Pro záporné hodnocení tj. ve škále 3 až 5 se rozhodlo jen několik klientů a po vyhodnocení aritmetickým průměrem se hodnoty dostaly na škálu kladného hodnocení.

Závěr

Po roce 89 došlo k postupné transformaci zdravotnictví, spojené s radikálními změnami. Je to proces, kterému se nevyhnula spousta chyb, váhání, ale i nasměrování správným směrem. Nové trendy vedly ke změnám ve vztazích mezi zdravotnickým personálem a pacienty. V péči o zdraví se stali rovnocennými partnery. Ze strany zdravotníků došlo ke zlepšení služeb nabízených pacientům. Mnozí pamatují doby kdy lékař rozhodoval o léčebném postupu bez souhlasu pacienta. Ten pak souhlasil se vším co mu bylo předloženo bez možnosti vysvětlení nebo jiné volby. Závislost nemocného na lékaři byla úplná a moc lékaře obrovská. Pacient neznal svoje práva a tak neměl možnost se něčeho dožadovat. V případě diagnostického vyšetření, či terapeutického výkonu, nemohl změnit zdravotnické zařízení ani lékaře. Smířil se s tím, co mu bylo systémem dostupné. Informace o zdravotním stavu pacienta mohl lékař sdělovat komukoliv, kdo se představil jako člen rodiny, ačkoli jím nemusel být. Komunikace byla převážně jednostranná, chyběla zpětná vazba. Změnou politického režimu došlo ke změnám v oblasti ošetrovatelské péče a v oblasti poskytovaných služeb.

Empirické šetření bylo provedeno v okresní nemocnici v Chrudimi. V tomto zdravotnickém zařízení jsem pracovala před rokem 1989 a mohu tak posoudit změny, které v oblasti péče o pacienty nastaly. Z výsledků šetření vyplynula objektivní spokojenost pacientů s nabídkou služeb, kterých se jim v rámci možností tohoto zařízení dostalo. Stále častěji využívají kvalitnější služby např. možnost hospitalizace v nadstandardních pokojích. Pobyt v těchto pokojích zvyšuje jejich komfort. Chrudimská nemocnice se chystá tyto služby rozšiřovat, aby tak uspokojila větší množství pacientů. Úklid na pokojích a odděleních je prováděný prostředky, které jsou příjemnější a přesto splňují dezinfekční normy. Nezapáchají a neznepříjemňují pobyt pacientů v nemocničním zařízení.

Také komunikace ve vztahu mezi zdravotníkem a pacientem je důležitým prvkem. K navázání efektivní komunikace je nutné vzbuzení důvěry a naslouchání pacientovi. Sestry komunikují s empatií tak, aby jim pacient mohl sdělit svoje problémy, tedy vše co ho trápí, čím strádá, co ho bolí apod. Vztah mezi personálem a pacienty je vřelejší a důvěrnější než tomu bylo za bývalého režimu. Sestry a ostatní zdravotníci se systematicky podílejí na vyhledávání a stanovení problémů, plánují intervence a realizují činnosti, které vedou k vyřešení konkrétního problému.

Zajišťují tak saturaci potřeb každého pacienta. Sledovaný soubor pacientů odpovídal na různé výroky v oblasti etického chování zdravotníků a nabízených služeb v uvedeném zařízení. Pacienti chválí sestry, především ty, které k nim přistupují vlídně a to nejen při ošetřování. Zvláště pak starší a chronicky nemocní vypovídali o změnách v chování sester ve srovnání s obdobím před revolucí. Přestože výsledné hodnocení vyšlo pozitivní, vyskytli se i jedinci, kteří chování některých zdravotníků kritizovali. Uvádějí, že některé sestry jsou nepříjemné a nezdvořilé. Ačkoli by je hodnotili negativně, nakonec konstatují, že celkově jsou se zdravotnickým personálem spokojeni. Toto nekonformní chování jednotlivců je negativním prvkem i v ošetrovatelském týmu. Práce ve skupinové péči vyžaduje vzájemnou komunikaci a spolupráci. Jejím cílem je dosažení vysoké kvality péče o pacienta. Při konfliktu je narušena pracovní aktivita a interpersonální vztahy. To se pak negativně projevuje v péči o pacienta.

Jako další nadstandardní službu oceňují imobilní klienti distribuci tisku. Noviny nebo časopisy si mohou koupit na oddělení nebo přímo na pokoji. Nemocnice v Chrudimi nově otevřela denní kavárnu, která slouží pro pacienty, personál i pro veřejnost. Příjemné prostředí kavárny nabízí velký výběr nápojů, čerstvých moučníků a další potravinový sortiment dle aktuální nabídky.

Resumé

V práci je reflektováno filosofické myšlení a etický rozměr lidského bytí. Lidská důstojnost spolu s cíly a hodnotami. Doba a společnost, v níž byl pojem kvalita života artikulován, jsou charakterizovány hojností až nadbytkem. Otázkou již není, jak rozšířit blahobyť, ale otázkou je smysl tohoto počínání. Obrat k hodnotám a změna „amerického“ způsobu života. Tedy otázka po lidství lidského života v antropologické či filosofické podstatě.

Současnost si smrt nepřipouští, nepřipravuje se na ni. Část společnosti se přiklání k náboženství, ve kterém hledá víru v nekonečný posmrtný život. Konci se nelze vyhnout, je třeba s ním po celý život počítat.

Anotace

V průběhu lidské existence a kultury, jako specificky lidském vnímání reality, si člověk vytváří vztah k životu a smrti jako dvěma pólům svého ontogenetického bytí. Tento vztah nachází odraz v etických přístupech a formulovaných etických teoriích.

Ty dnešní zcela jedinečným způsobem reflektují podstatu bytí lidského jedince a dávají mu další, do této doby neznámé, konotace. Jednou z nich je přístup ke kvalitě života a zdraví a s tím související přístupy k důstojnému odchodu ze života.

Klíčová slova

Člověk, zdraví, hodnoty, etické teorie, kvalita života, kvalita léčebné péče, smrt

Annotation

During their existence, humankind have developed their attitude to life and death as to the two poles of their ontogenetic existence. This attitude is reflected in ethic theories.

The contemporary ones reflect the substance of the human being and give other, still unknown connotations to it, such as the quality of life and dignified passing.

Keywords

Man, health, values, ethic theories, quality of life, quality of treatment and medical care, death

Seznam použité literatury

1. ATKINSONOVÁ, R. L. a kol. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, 862 s. ISBN 80-85605-35-X.
2. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. 1.vyd. Brno: Cesta, 2006, 240 s. ISBN 80-7295-085-1.
3. FRANKL, V.E. *Vůle ke smyslu*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006, 214 s. ISBN 80-7295-084-3.
4. GOLF, J., TRUONG, N. *Tělo ve středověké kultuře*. 1. vyd. Vyšehrad. 2006, 224 s. ISBN 80-7021-826-6.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Galén,2007, 244 s. ISBN 80-7262-471-3.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-310-4
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002, 220 s. ISBN 80-7626-132-7.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Aleny Kutilové. 1996. ISBN 80-902163-0-7.
9. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-069
10. IRVIN, D.,YALOM. *Existenciální psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 520 s. ISBN 80-7367-147-6.
11. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-32.
12. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
13. KAPR, J. & KOUKOLA, B. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Slon, 1998, 75 s. ISBN 80-85850-49-4.
14. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academie, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
15. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*.Praha: Portál, 2006. 147s. ISBN 80-7367-181-6.

16. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 1997, 383 s. ISBN 80- 7367-122-0.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006, 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
21. KÜBLER-ROSS, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov, 1993. ISBN 80-85878-12-7.
22. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Grada, 2007, 164 s. ISBN 80-247-2069-2.
23. MIKŠÍK, O. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 257s. ISBN 80-246-0240-7.
24. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada-Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
25. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšířené vyd. Praha: Academia, 2002, 438 s. ISBN 80-200-0625-7.
26. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000, 335 s. ISBN 80- 200-0763-6.
27. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254- 657-0.
28. PEŠKOVÁ, D. *Dary J. Peškové*. Praha: Eurolex Bohemia, 2007. ISBN 978-80-7379-007-3.
29. POPKIN, R. H. *Filozofie pro každého*. 2. vyd. Praha: Professional Publishing, 1993, ISBN 80-237-3942-5.
30. PREKOP, J. *Empatie. Vcítění v každodenním životě*. Praha: Grada, 2004, 132 s. ISBN 80-247-0672-5.
31. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999, 112 s. ISBN 80-7021-302-7.
32. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama. 1990. 440 s. ISBN 80-7038-078-0.

33. SEMRÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeámus, 2004. ISBN 80-7041-510-X.
34. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vyd. Praha: Ecce homo. 1995. ISBN 80-902049-0-2.
35. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
36. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
37. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 262 s. ISBN 80-247-0253-3.
38. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 340 s. ISBN 80-247-0723-3.

Přílohy

Příloha 1. Dotazník všeobecných údajů

Příloha 2. Dotazník binárních kontrastů

Příloha 3. Etický kodex zdravotnických pracovníků

Příloha 4. Etický kodex sester

Příloha 5. Práva pacientů

Příloha 1 Dotazník všeobecných údajů

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou Mgr. studia v oboru Sociální pedagogiky univerzity T. Bati ve Zlíně. Tématem mé DP je „Život a smrt z pohledu etických teorií“. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní. Čestně prohlašuji, že informace získané z tohoto dotazníku budou použity pouze pro zpracování mé diplomové práce. Dotazník má část obecnou a speciální, prosím o jejich vyplnění.

Předem děkuji.

Bc. Alena Kubelková

Oddělení:

Obecná část

1. Pohlaví: Žena Muž

2. Věk: 18 – 28 29 – 39
 40 – 50 51 – 61 62 – a více

3. Vaše dosažené nejvyšší vzdělání:

- Základní
- Vyučen
- Středoškolské
- Vysokoškolské

4. Pracujete jako:

- Podnikatel
- Zaměstnanec

5. Jste pracující?

Jste důchodce?

Příloha 2 Dotazník binárních kontrastů

VYPLNĚNÍ DOTAZNIKU:							
Mezi dvěma protipólními výroky se na pětibodové škále rozhodněte podle pocitu.							
Zaškrtněte vždy jen jednu hodnotu.							
1 a 5 jsou hodnoty mezní, tzn. že plně souhlasím s výrokem vpravo nebo vlevo.							
2 s mírnými výhradami souhlasím s výrokem vlevo.							
3 nemůžu se plně rozhodnout pro jednu z variant.							
4 s mírnými výhradami souhlasím s výrokem vpravo.							
	Kladné hodnocení:	1	2	3	4	5	Záporné hodnocení:
1a	Na mé problémy a obtíže sestry vždy reagují vstřícně a mají zájem pomoci.						Mám pocit, že sestry mé problémy a obtíže nezajímají a stavi se k nim spíše chladně.
1b	Sestry mě odborně ošetřují s ohleduplným a důstojným přístupem, jsou příjemné a laskavé.						Sestry mě ošetřují nešetrně, jsou nepříjemné a odměřené.
2a	Lékař mě podrobně seznámil s mým zdravotním stavem, vyšetřením a možnými riziky.						Lékař mě nesdělil žádné informace o mém zdravotním stavu ani o vyšetření a léčbě.
2b	Lékař mě poučil o nutnosti užívání léku a možných vedlejších účincích.						Lékař mi naordinoval léky, ale nesdělil, proč je mám užívat a jaké jsou jejich
3a	Časné ranní vstávání mi nedělá problém a myslím, že je pro léčbu důležité.						Časné ranní vstávání mi nevyhovuje a myslím, že je pro průběh léčby zbytečné.
3b	Doba ranního buzení mě posiluje k lepší aktivitě.						Doba ranního buzení mě ruší a znepříjemňuje pobyt v léčebném zařízení
4a	Jídlo mě chutná, je vhodné upravené a porce dostačující.						Jídlo mě nechutná a porce je malá.
4b	Na oddělení mě těší pořádek a čistota toalet a sprch.						Na oddělení mě znepokojuje nepořádek, nečistota toalet a sprch.
5a	Před stanovením léčebného režimu jsem poučen(a) o právech a povinnostech.						Před stanovením léčby nejsem poučen(a) o právech a povinnostech.
5b	Nikdy jsem neuvažoval(a) o odmítnutí léčby.						V odmítnutí léčby mi bránily obavy z negativní reakce ošetřujícího lékaře.

Příloha 3 Etický kodex zdravotnických pracovníků

ETICKÝ KODEX PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Etická pravidla zdravotní péče

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

- Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčejy a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

- Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
- Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
- Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.
- Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

- Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

- Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

- Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.
- Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
- Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Příloha 4 Etický kodex sester

Etický kodex sester

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.
- Sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.
- Sestra při poskytování péče respektuje životní hodnoty a obyčeje jednotlivce i jeho právo na sebeurčení.
- Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetrování a za následné chování.
- Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.
- Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.
- Sestra spolupracuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.
- Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.
- Sestra na sebe klade při výkonu povolání vždy nejvyšší požadavky.
- Sestra má pro výkon své profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti a využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí a způsobilosti.
- Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.
- Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek v ošetrovatelství.
- Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotnictví chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.
- Sestra se se spoluobčany a ostatními zdravotníky zodpovědně podílí na iniciativním uspokojování bio-psycho-sociálně-ekologických potřeb veřejnosti.
- Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.
- Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti, v níž žije a pracuje.

Příloha 5 Etický kodex práv pacientů

Etický kodex práv pacientů

Zdroj: MZČR, 1.1.2007

Plné znění Etického kodexu práv pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskretně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré správy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

* * *

Tato práva pacientů byla prohlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR za platná dne 25. února 1992.

Výklad jednotlivých bodů etického kodexu naleznete v knize prof. PhDr. RNDr. Heleny Haškovcové, CSc.: Práva pacientů, komentované vydání. Vydalo nakl. Aleny Krtilové, Havířov-Město, 1996.