

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2011–2014**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Dana Jírová**

**Etika ve zdravotnictví**

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce:  
Ing. Pavel Zdvorák

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES  
2011–2014

**BACHELOR THESIS / DIPLOMA THESIS**

**Dana Jírová**

**Medical Ethics**

Prague 2014

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Ing. Pavel Zdvořák

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 7.3.2014

*Dana Jírová*

## **Poděkování**

Chci poděkovat vedoucímu bakalářské práce Ing. Pavlu Zdvořákovi za pomoc při jejím zpracování.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku etiky ve zdravotnictví. V teoretické části se zabývá historií etiky v průběhu vývoje filozofie a aplikací ošetrovatelské péče na českém území. Součástí teoretické části je popis způsobů aplikace etických norem v moderní medicíně. Praktická část přináší rozbor spokojenosti pacientů po amputaci dolní končetiny s jejich prvním invalidním vozíkem a zjišťuje uplatňování etiky v lůžkovém zdravotnickém zařízení ze strany zdravotnického personálu.

## **Klíčová slova**

Etika, etický kodex, filozofie, lékařská etika, ošetrovatelství, pacient.

## **Annotation**

This Bachelor Thesis focuses to medical ethics problems. It is parted in two sections: theoretical treatise and practical part.

The theoretical treatise concerns with the history of ethics in time line philosophy progress. History of nursery care at our territory is included into this part as well as list of application ways of ethical standards in modern medicine.

The practical part gives analyzes of patient's after limb amputation contentment with their first wheel chair. It also finds out applying of ethics from medicine staff at hospitals.

## **Key words**

Ethical Codex, Ethics, Medical Ethics, Nursery, Patient, Philosophy

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1 HISTORIE ETIKY</b> .....	<b>10</b>
1.1 Etika v antice.....	10
1.2 Etika ve středověku.....	12
1.3 Období do začátku 20. stol.....	14
1.3 Etika 20. století.....	16
<b>2 ETIKA V MEDICÍNĚ</b> .....	<b>18</b>
2.1 Období do středověku.....	18
2.2 Od středověku do začátku 20.století.....	19
2.3 První republika a období nacistické okupace.....	24
2.4 Socialismus.....	27
2.5 Etika v moderní medicíně.....	28
2.6 Nástroje etiky v medicíně a etické kodexy.....	30
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
<b>3 CÍLE PRŮZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ</b> .....	<b>33</b>
<b>4 METODOLOGIE</b> .....	<b>35</b>
4.1 Kvalitativní šetření.....	35
4.1.1 Výběr respondentů a vytyčení rozhovoru.....	35
4.2 Kvantitativní průzkum.....	36
4.2.1 Sestavení dotazníku a výběr skupiny respondentů.....	37
<b>5 VYHODNOCENÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>39</b>
5.1 Analýza kvalitativní části výzkumu.....	39
5.2 Analýza kvantitativní části výzkumu.....	41
5.3 Diskuze a závěry praktické části.....	46
<b>6 ZÁVĚR</b> .....	<b>48</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>49</b>
<b>8 SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>51</b>
<b>8 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK</b> .....	<b>52</b>
<b>8 SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>53</b>

## ÚVOD

Etiku považujeme za běžnou součást našeho života ve všech jeho sférách. Stejně tak se i zdravotnictví dotýká každého z nás. Všichni jsme konfrontováni s etikou i zdravotnictvím. Průsečíkem těchto dvou oborů se stala etika zdravotnická.

Vojenská nemocnice ve Střešovicích prosazuje motto: „*Bonum aegroti suprema lex.*“ – „Dobro pacienta je nejvyšší zákon.“ Těžko nalezneme odpověď na otázku, zda je tato myšlenka skutečně v našem zdravotnictví prosazována, ale můžeme se pokusit osvětlit si alespoň nepatrnou část problematiky.

Problematika etiky ve zdravotnictví byla, je a bude aktuální. Těžiště problematiky etiky v současné medicíně spočívá v určitém odlidštění lékařské péče. Vlivem vědeckotechnické revoluce dochází k výraznému zastoupení techniky v péči o pacienta. Pacient se stává výrobní jednotkou, na kterou se sbírají body pojišťoven. Lékaři neléčí člověka, pouze jeho fyzickou schránku. Ale pro uzdravení pacienta je důležitý pozitivní přístup lékaře, víra v uzdravení, důvěra v lékaře. A zde je místo pro etiku. Protože teprve soucitný, vstřícný a osobní přístup k pacientovi umožňuje plně využít možností současné medicíny.

Téma práce bylo vybráno proto, že problematika ošetrovatelské a následné péče o amputované pacienty je autorce důvěrně známá. Kromě přímé záchrany pacientova života je nutné zabezpečit psychickou a sociální stabilitu nemocného a vyřešit technické problémy související se ztrátou končetiny. Technické problémy s vozíkem nebo složitým domácím zázemím totiž velmi silně ovlivňují běžný život invalidního pacienta, a ač se to nemusí nezasvěcenému zdát, jejich přítomnost může narušit integritu pacientovy psychiky.

Abychom docílili pacientovy spokojenosti a klidu, je nezbytně nutné dokonalé zabezpečení všech dostupných služeb, které budou pacientovi po amputaci dolní končetiny k dispozici. V případě této bakalářské práce se bude jednat o možnost výběru pacientova prvního invalidního vozíku a o to, zda je daný vozík pro pacienta vhodný. Ke správné volbě dospěje pacient tak, že mu budou předložena všechna dostupná fakta, bude náležitě informován o možnostech a bude si moci vybrat podle svých individuálních potřeb.



Teoretická část práce pohlíží na etiku jako součást filosofie a prochází historický vývoj této vědy. Na to navazuje popis historických událostí a s nimi spjatého vývoje lékařské a ošetrovatelské péče na našem a evropském území.

V současné době dochází k tomu, že na chování veškerého zdravotnického personálu jsou vypsány metodiky, v léčbě jsou většinou používány moderní přístroje i léky, mnoho léků a pomůcek platí nemocným zdravotní pojišťovny (nebo to alespoň deklarují), a přesto nejsou pacienti zcela spokojeni. Aktuální etickou problematikou ve zdravotnictví se zabývají profesní a pacientské etické kodexy i akreditační procesy, které dozorují aplikaci etických postojů v praxi a jsou zde alespoň namátkově vyjmenovány.

Hlavním cílem praktické části této práce je zjištění, zda jsou pacienti v době, kdy dostávají svůj první invalidní vozík, informováni smysluplně. První část na základě rozhovorů popíše, které zdravotnické profese pomohly pacientům překonat krizové období po amputaci dolní končetiny. Další část práce se bude snažit určit, jestli mohou pacienti výběr prvního vozíku ovlivňovat podle svých potřeb a jestli dostávají vhodný invalidní vozík.

Metodologie práce byla stanovena jako smíšený kvalitativně–kvantitativní průzkum. Je zřejmé, že nejvhodnější by bylo kvalitativní šetření, ale Aby bylo průkazné, bylo by nutné použít takové množství respondentů, které není možné vzhledem k rozsahu práce pořídit. Bylo provedeno a zanalyzováno pět rozhovorů s pacienty po amputaci. V další části průzkumu byl vypracován dotazník, který zjišťoval spokojenost pacientů s vozíkem a to, jak byli pacienti o svých možnostech informováni.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 HISTORIE ETIKY

### 1.1 Etika v antice

Slovo „etika“ má původ v řeckém „ethos“. V češtině znamená „mrav, obyčej, zvyk“.<sup>1</sup> Etika je jednou z větví filosofických věd. Její historické prameny lze nacházet na prvopočátku lidské historie. Lidé se zamýšleli, co je dobro a co zlo a „co je“ a „co by mělo být“.

Historie evropské filosofie jako vědy sahá k antickému Řecku, kde byla vyučována ve školách. Podle rozdělení historického spadá největší rozkvět Řecka do období klasického (510–338 př. n. l.), kdy se kromě malířství, architektury, hudby, matematiky atd. rozvíjí i filosofie. Jednotliví výrazní myslitelé zakládají své filosofické školy. První školu založil zřejmě Pythagoras (570–510 př. n. l.). Přestože neexistují z té doby žádné psané důkazy, je Pythagorovi přičítána řada zásadních objevů, např. vyčíslení Pythagorovy věty, objevení vztahu mezi délkou strun a stupnicí tónů a zavedení slova filosofie (filein – milovat, sofos – moudrý).

Filosofické školy se dělily podle hlavních myšlenek jejich zakladatelů. Základními dvěma směry jsou eudaimonické<sup>2</sup> a hédonistické<sup>3</sup> školy.

Myšlenky prvních filosofů nelze přesně prezentovat, protože je až později zaznamenali jejich žáci. První zmínka o hledání šťastně prožitého života vyšla zřejmě od Aristipposa z Kyrene (435–355 př. n. l.). Díky jeho myšlenkám vzniká v tzv. kyrenské škole hédonismus. Tuto myšlenku ovšem kritizují později vzniklé myšlenkové směry.

Školu cynickou zakládá Antisthénés (440–366 př. n. l.). Její hlavní myšlenkou je moudrost a z toho vycházející lidská skromnost. Kdo nic nežádá, je nejsvobodnější.<sup>4</sup>

Epikurejskou školu založil Epikuros (341–270 př. n. l.). Jeho učení vyzdvihovalo osobní štěstí, blaženost spočívající ve vyloučení všech bolestí a strastí. Na rozdíl od hédonismu ale blaženost spočívala v umírněnosti. Poprvé zde hovoříme o etickém hédonismu, kdy lidé slast vyhledávají, je pro ně nejvyšším dobrem, ale jedná se o slast prostou.

---

<sup>1</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 7

<sup>2</sup> Eudaimonické školy vycházely z toho, že cílem lidského snažení je tzv. eudaimonie, tj. osobní štěstí, blaženost.

<sup>3</sup> Hédonistické školy připouštěly jako jedinou možnost prožití kvalitního života slast, hédoné.

<sup>4</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 23

Stoická škola byla založena Zenonem z Kytie (340–265 př. n. l.). Stoik je podle jeho učení člověkem svobodným za všech okolností, moudrost spočívá v zachování souladu člověka s přírodou a se sebou samým. Stoická etika považuje za blaženost ctnost.

Škola Sokratova byla založena jedním z největších filosofů. Sókrates (469–399 př. n. l.) používal maieutickou metodu, kdy se pomocí vhodně volených otázek snažil dovést žáka k řešení problému. Dobrým znamená být schopným k dílu a dobrým být znamená přispívat k dosažení blaženosti. Ačkoli jeho učení je eudaimonicky laděné, slasti by měl člověk dosahovat ne materiálními, ale duchovními hodnotami.<sup>5</sup> Účelné uplatňování lidských sil a schopností vyvolává pocity štěstí. *„Podstatou Sókratova učení bylo rovnítko mezi pravdou a dobrem. Vyzdvihoval člověka jako myslící, vnitřně svobodnou bytost, jejíž veškeré jednání je určováno rozhodnutím rozumu. Za nejvyšší ctnost považoval moudrost. Zastával názor, že absolutní skutečné poznání je vyhrazeno pouze bohu a člověk ví pouze jedno: «Že nic neví». Vybízal k analýze vlastního jednání a k neustálému hledání pravdy.“*<sup>6</sup> V r. 399 př. Kr. byl souzen za hlásání protistátních a protidemokratických myšlenek, a protože nežádal o osvobození, byl odsouzen k smrti.

Svého učitele ani na smrtelné posteli neopustil jeho žák Platon (427–346 př. n. l.) a poté se rozhoduje, že musí zachovat učitelovy myšlenky a píše „Obranu“. Spis, v němž zaznamenal Sokratovu obhajobu a vede s ním fiktivní dialog. Dále pokračuje ve filosofické práci, zakládá školu Akademie a píše spisy Ústava a Zákony. Rozděluje všechno kolem nás na svět idejí a svět smyslů a jeho Podobenství o jeskyni z knihy Ústava se stává známým pro mnoho generací. *„Platon sám ztělesňoval svůj ideál, byl pravým filosofem. Nejprve se zabýval otázkami etiky vznesenými stoupenci Protágorovými a Sokratovými a poté zkoumal cestu k vědění samotnému. Svým přesvědčením, že rozum, a nikoli pozorování, je skutečnou cestou k vědění, položil základy racionalismu sedmnáctého století.“*<sup>7</sup>

Platónovým žákem byl Aritstoteles (384–322 př. n. l.), myslitel, jenž si vypracoval vlastní metodu práce. Nejprve zřejmě zastával Platónovy myšlenky, ale postupně, díky systematickému studiu biologie, vypracoval vlastní tezi. Věřil, že schopnost poznávat je získaná a k poznání se dostaneme pomocí smyslové zkušenosti. Definoval mnoho oborů: fyziku, logiku, metafyziku, poetiku, politiku, biologii a etiku. Jeho myšlení ovlivnilo empiristy.

---

<sup>5</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 24

<sup>6</sup> VACÍNOVÁ, 2009, s. 21

<sup>7</sup> BUCKINGHAM, 2013, s. 55

*„Etické úvahy jsou obohaceny motivem, jenž se posléze stal tradičním problémem i většiny dalších etik. Aristoteles pokládá za nutné vymezit jednání dobrovolná a nedobrovolná, což, jak podotýká, je prospěšné i zákonodárcům pro stanovení odměn a trestů. Jen dobrovolná jednání podléhají chvále či haně, nedobrovolným se dostává odpuštění nebo také soustrastí.“<sup>8</sup>*

Období helénismu (338–30 př. n. l.) je ovlivněno neklidem, válkami. Kultura východní a řecká prolínají. Lidé hledají stabilitu. Etika se stává v řeckých filosofických školách součástí vyučování a měla by zajistit tzv. ataraxii nebo též apatheiu. Jedná se o stav duševního klidu vedoucí až k lhostejnosti, která je cílevědomě pěstována.<sup>9</sup> *„Všechny etiky mají svou teoretickou část, opřenu o gnoseologii a fyziku, mají svá pravidla, vyjadřovaná lapidárními výroky, a mají své mravní typy, jejichž živého zpodobení se zmocnilo zejména umění.“<sup>10</sup>*

## **1.2 Etika ve středověku**

Etika nejenom středověká, ale i novověká, je v Evropě postavena na křesťanské víře. Uplatňováním zákonů Desatera<sup>11</sup> byla vymezena základní etická společenská pravidla. Jak uvádí Goldmann s Cichou: *„Křesťanská etika je také eudaimonistická, neboť ona také hledá blaženost a štěstí, ale očekává její naplnění až po smrti, na onom světě, pokud si ji na tomto světě člověk ctnostným životem v duchu křesťanské etiky zaslouží.“<sup>12</sup>*

Autoritou nejvyšší v křesťanské etice je Bůh a zásady chování jsou jmenovány v Desateru Božích přikázání.

---

<sup>8</sup> SEMRÁDOVÁ, 2009, s. 33-34

<sup>9</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 35

<sup>10</sup> Tamtéž, s. 35

<sup>11</sup> Desatero-v křesťanské víře se jedná o deset přikázání, které předal Bůh Mojžíšovi na hoře Sinaj a jsou vyjmenována ve Starém Zákonu.

<sup>12</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 32

Desatero Božích přikázání v novodobém znění:

1. V jednoho Boha věřití budeš.
2. Nevezmeš jména Božího nadarmo.
3. Pomni, abys jeden den sváteční světil.
4. Cti otce svého i matku svou, abys dlouho živ byl a dobře se ti vedlo.
5. Nezabiješ.
6. Nesesmilníš.
7. Nepokradeš.
8. Nepromluvíš křivého svědectví.
9. Nepožádáš manželky bližního svého.
10. Nepožádáš statku bližního svého.

Naplňování těchto pravidel v praxi bylo podmíněno silou vlivu křesťanské církve na společnost.

Za všechny středověké filosofy bych jmenovala dva, a to Augustina Aurelia, sv. Augustina (354–430 n. l.) a Tomáše Akvinského (1225–1274 n. l.). Dílo obou jmenovaných mělo pro evropské vnímání etiky velký význam.

Jak píše Buckingham a kol. *„Augustin říká, že i když ve světě existuje zlo, přispívá k celkovému dobru, které je tak větší, než by mohlo být bez zla...“*.<sup>13</sup> Další nosnou Aureliovou myšlenkou je, že svobodná vůle dává člověku možnost rozhodnout se dobře nebo špatně, což je důkazem, že Bůh není původcem zla.<sup>14</sup>

Tomáš Akvinský *„...rozlíšíje přirozenou mravnost, k níž vede člověka pud po pravdě a dobru, a kterou líčí podle Aristotelovy Etiky Nikomachovy, přijímaje z antické filosofie i čtyři platonské základní ctnosti. Tyto ctnosti jsou nabytými vlastnostmi a vedou k přirozené blaženosti. Nad nimi jsou však ctnosti vyšší, teologické, Bohem člověku vnuknuté, které vedou k nadpřirozené blaženosti – víra, naděje a láska. Vedle toho má však rozdělení na ctnosti občanské, očistné a vedoucí k dokonalosti... Nejvyšší blaženost a vlastně i nejvyšší ctnost spočívá v nazírání božské podstaty, která je dobrem překračujícím síly tvorů a může být konečné bytosti poskytnuta jen absolutní bytostí.“*<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> BUCKINGHAM, 2013, s. 73

<sup>14</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 32

<sup>15</sup> SEMRÁDOVÁ, 2009, s. 45

V téže době vznikaly v Evropě první univerzity (v Bologni roku 1088, dále Salamance, Paříži, Oxfordu, Cambridgi a v roce 1348 v Praze). Na tzv. artistických fakultách (nynějších filosofických) byla vyučována i etika.<sup>16</sup>

## 1.2 Období do začátku 20. století

*„Hlavním cílem renesance byla emancipace člověka a jeho poznání.“<sup>17</sup>*

Renesance (přibližně konec 14. století až 17. století) bývá někdy označována jako kulturní znovuzrození. Jedná se o historicky dlouhé období, v němž se samozřejmě přístup k etice, morálce a člověku postupně měnil. Z pohledu etiky je zpočátku důležitý návrat k antickým myšlenkám a humanismu. Ochabla doba takřka slepého idealizování křesťanské víry a do popředí zájmu se opět dostává člověk, jehož tvorba může být z části svobodná a nebude podléhat totalitnímu vlivu církve. Rodí se protestantismus, reprezentovaný např. Martinem Lutherem, Janem Husem a J. A. Komenským. Komenský (1592–1670) prosazuje dodržování morálních zásad ve všech oblastech života, doporučuje střídmost a kázeň.

Etickými problémy se zabývá také např. Michel de Montaigne (1533–1592), nabádá proti dychtění po slávě.<sup>18</sup>

Postupně ale dochází vlivem protireformace ke změnám myšlenkových směrů. Opět je prosazována slepá víra a poslušnost.

V tomto období můžeme rozlišovat např. etiku empiristickou a utilitaristickou. Etika empiristická vycházela ze zkušeností a „*zdůrazňovala determinovanost lidského jednání, a tím omezení dobrovolnosti a možnosti svobodného rozhodování jedince*“.<sup>19</sup> Etika utilitaristická posuzuje činy podle očekávaných následků a patří mezi nejrozšířenější formy etiky empiristické. Lze ji popsat jako kombinaci čtyř principů: následků, užitečnosti, hédonismu a sociálního principu.

Francis Bacon (1551–1626) podporuje odluku morálky od náboženství a sepětí zřetelů morálních se zřeteli politickými, ev. ekonomickými.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> VACÍNOVÁ, 2009, s. 110

<sup>17</sup> SEMRÁDOVÁ, 2009, s. 45

<sup>18</sup> BUCKINGHAM, 2013, s. 109

<sup>19</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 26

<sup>20</sup> SEMRÁDOVÁ, 2009, s. 52

Podle Johna Locka (1632–1704) „*lidé vytvářejí vzájemné vztahy a uplatňují vůči sobě vzájemně nároky, ale potřebují nějakou autoritu a nestranného arbitra, který by rozhodoval o jejich soupeřících zájmech*“.<sup>21</sup> Locke byl přesvědčen, že lidská mysl je při narození prázdná jako list papíru, tabula rasa, a člověk ji pomocí smyslových zkušeností během života popíše. Popsal společenskou smlouvu k ochraně práv a vlastnictví jednotlivců.

Thomas Hobbes (1588–1679) zastává názor, že „*lidská přirozenost se zdá sobecká a člověk jedná spíše na základě citu než na základě rozumu... Hobbesova morálka je prosazována na základě vzájemné dohody uzavřené za účelem omezení sobeckosti lidských emocí*“.<sup>22</sup> Hobbes věřil, že morálka je ovlivněna emocemi a lze ji uplatňovat pomocí společenské smlouvy. Společenskou smlouvu sepíše a podepíše skupina lidí, a tím může ztratit každý jednotlivec obavy, že nebudou jeho práva dodržována.

Jeana Jacquese Rousseaua (1712–1778) charakterizuje jeho slavná věta „*Člověk se narodil jako svobodný, ale všude je v okovech*“.<sup>23</sup> Rousseau se domníval, že společnost člověka kazí a že důležitá je společenská smlouva založená na obecné vůli všeho obyvatelstva.

Jeremy Bentham (1748–1832) je představitelem utilitaristické etiky a zajímal se o sociální podmínky. „*Vycházel z předpokladu, že společnost je souborem jednotlivců a to, co je správné pro společnost, závisí na zajištění blaha těchto jednotlivců*“.<sup>24</sup>

V Benthamových utilitaristických myšlenkách pokračoval a prohloubil je John Stuart Mill (1806–1873). Do centra pozornosti staví jednotlivce a jeho svobodu, která i kdyby pro něj byla zhoubná, je jeho vlastním přáním. Vystupoval za lidská práva, za volební práva žen a proti otroctví. Silně ovlivnil další filosofy zabývající se etikou (např. Karla Poppera, Bertranda Russella, Williama Jamese a Johna Rowlse).

Immanuel Kant (1724–1804) vidí podstatu etického chování pouze v uplatňování svobody a dobré vůle.<sup>25</sup> Pokud jednáme pod příslibem odměny nebo po příkazu nadřízené osoby, nejde z naší strany o etické chování, nýbrž vynucené. Jeho kategorický imperativ nabádá k takovému chování jedině, aby mohlo být

---

<sup>21</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 87

<sup>22</sup> THOMPSON, 2004, s. 86

<sup>23</sup> BUCKINGHAM, 2013, s. 154

<sup>24</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 94

<sup>25</sup> THOMPSON, 2004, s. 107

uplatněno jako morální zákon pro společnost.<sup>26</sup> Jedná se o dualistické pojetí etiky, kdy je člověk oddělen od hodnot.

Na závěr jmenujme ještě dva etické směry, a to etiku pragmatickou a situační.

Etika pragmatická „považuje za mravné takové jednání, jehož výsledek je prakticky účelný, když zkušenost potvrdí, že jednání vedlo k dobrému, kladnému výsledku“.<sup>27</sup>

Etika situační, „tvrdí, že to, jak mám jednat, závisí na situaci, na postavení, v jakém se nacházím. Ovšem situace není nic jiného než souhrn faktů a ze samé znalosti faktů nelze vyvodit nějakou povinnost nebo etickou zásadu určující jednání“.<sup>28</sup>

### 1.3 Etika 20. století

Žáčková uvádí, že „Moderní etiku můžeme vymezit jako odvětví filosofie, které analyzuje jazyk morální teorie. Filosofická analýza je často považována za hledání nutných a dostatečných podmínek, které určují význam pojmů, ačkoli to není jediným posláním“. Dále dodává „Otázky, které tito (klasičtí, viz text) filosofové kladli, nebyly přesně formulovány. Následkem toho neměly jejich odpovědi proklamovanou platnost... Revoluce ve filosofii dvacátého století ovlivnila morální teorii“.<sup>29</sup>

Vyjmenovávat zásadní filosofy 20. století, jejichž činnost se dotýkala morálky, není v rozsahu této práce možné. Obecně lze říci, že se etika 20. století opírá o existencialismus a analyzuje morální teorii.<sup>30</sup>

„Moderní etické teorie mohou být klasifikovány takto:

1. subjektivistické nebo objektivistické,
2. naturalistické, nenaturalistické nebo emotivistické,
3. motivistické, deontologické nebo konsekvenční teorie.“<sup>31</sup>

Subjektivistické teorie jsou spjaty s psychikou určité osoby, která je jejich zastáncem. Oproti tomu objektivistické teorie by měly popisovat, zda je obecně něco dobré nebo špatné.<sup>32</sup>

---

<sup>26</sup> THOMPSON, 2004, s. 107

<sup>27</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 27

<sup>28</sup> Tamtéž, s. 30

<sup>29</sup> ŽÁČKOVÁ, 2004, s. 61

<sup>30</sup> POPKIN, STROLL, 2005, s. 67

<sup>31</sup> Tamtéž, s. 63



Naturalistická teorie „tvrdí, že *morální soudy jsou pravdivé nebo nepravdivé, a současně tvrdí, že jsou také redukovatelné na pojmy některých věd (obyčejně psychologie.*“<sup>33</sup>

Nenaturalistická teorie je přesným opakem a zastává názor, že „*morální soudy jsou pravdivé nebo nepravdivé avšak nejsou redukovatelné na soudy žádné vědy.*“<sup>34</sup>

Obsah emotivistických teorií je dán samotným názvem, s tím, že *morální soudy nejsou pravdivé ani nepravdivé, ale jsou vyjádřením subjektivních pocitů, tedy emocí.*<sup>35</sup>

Motivistická teorie „tvrdí, že *správnost nebo špatnost jednání závisí na motivech, z nichž jednání vychází. Příkladem takové teorie je Kantova etika.*“<sup>36</sup>

Deontologické teorie vyjadřují názor, že „*správnost nebo špatnost jednání nezávisí ani na motivech, z nichž jednání vychází, ani na důsledcích, které má – ale výlučně na tom, jakého druhu ono jednání je.*“<sup>37</sup> Bývají také označovány jako etiky povinnosti.

Poslední výše jmenovanou je teorie konsekvenci, podle níž „*správnost či špatnost jednání závisí na účinku, který dané jednání má.*“<sup>38</sup> Jejím příkladem by mohl být utilitarismus.

---

<sup>32</sup> POPKIN, STROLL, 2005, s. 71

<sup>33</sup> Tamtéž, s. 71

<sup>34</sup> Tamtéž, s. 71

<sup>35</sup> Tamtéž, s. 71

<sup>36</sup> Tamtéž, s. 72

<sup>37</sup> Tamtéž, s. 73

<sup>38</sup> Tamtéž, s. 72

## 2 ETIKA V MEDICÍNĚ

Bioetika je jedním z filosofických oborů, který zkoumá problematiku etických hodnot v morálních i normativních stránkách medicíny. Zastřešuje sledovaná témata jak vztah lékař – pacient, tak témata nemoci nebo biologických a farmaceutických výzkumů, dále pak téma eutanázie či klonování.

Lékařská etika se zabývá etickými problémy v lékařství a zdravotnická etika se týká zdravotnictví a zdravotnických systémů a zahrnuje i ošetrovatelskou etiku.

Tak jako ve filosofii samotné, jsou i pro etiku v medicíně důležitá historická fakta. Těžko se ošetrovatelskému personálu hledají vhodné etické postupy při práci s pacienty, když je počet akutních pacientů na jednoho zdravotníka několik stovek a za zády všem zuří válečná vřava. Tato situace ovšem paradoxně přináší i něco pozitivního. Lékaři a vědci jsou pod vahou přílivu nových pacientů nuceni inovovat stávající lékařské postupy a války a epidemie tak přináší ve vědě (a nejenom lékařské) pokrok.

### 2.1 Období do středověku

Etické postoje uplatňované vůči pacientům se proměňovaly současně se společenskými, politickými a náboženskými změnami.

Již v prehistorickém období lze na našem území podle archeologických vykopávek vysledovat určité snahy o nejenom léčení pacientů, ale také o jejich dlouhodobé ošetřování. Na kosterních pozůstatcích jsou zřejmé vyléčené zlomeniny dlouhých kostí i tříštivá zlomenina lebky.<sup>39</sup> Tehdy se nemocným dávala voda, potrava a utišující léky ve formě bylin, šamani léčili pomocí rituálů, masáží, bylin. V neolitických vykopávkách byly např. nalezeny pozůstatky zahrádky určené k pěstování konopí.

Další důkaz péče o nemocné a jakési prevenci je již psaný, a to v Kristiánově legendě, kde autor popisuje parní lázeň na kožní potíže a omytí.<sup>40</sup> Z dob markomanských válek (166–180 n. l.) byl na jižní Moravě nalezen pozůstatek lázní v lazaretu císaře Marka Aurelia.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 14.

<sup>40</sup> Kristiánova legenda vznikla před rokem 994 a je jedním z nejdůležitějších zdrojů informací o raném českém státě. Autorem byl zřejmě jeden z mnichů Břevnovského kláštera.

<sup>41</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 18.

## 2.2 Od středověku do začátku 20. století

V období rozvoje klášterní medicíny, kdy byli řeholníci schopni sami léčit a získané znalosti se snažili i šířit, měla velký vliv řehole Benedikta z Nursie (přibližně 529 n. l.). Benediktinský klášter byl stavebně rozčleněn na dům pro lékaře, knihovnu, školu, lázně a lůžkovou část pro pacienty, tzv. informatorium.

Na českém území jsou nesmazatelně zapsány sv. Anežka Česká, sv. Zdislava z Lemberka a její sestra Eufémie jako představitelky vrcholné klášterní péče o nemocné a potřebné.<sup>42</sup> Rozhodnutím koncilu v r. 1130 byla řeholníkům lékařská činnost zakázána a zdravotní péče se na našem území dostala do úpadku.

Za předchůdce nemocnic se dají označit tzv. lazarety. Členové řádu sv. Lazara budovali v době křížáckých válek lazarety, aby zde mohli pečovat o nemocné a raněné. Zřejmě i proto se v nemocnicích zachovala snaha udržovat kázeň a morálku.

Začátkem 13. století a v průběhu století 14. dochází k prudkému nárůstu obyvatelstva (v polovině 11. stol. 680 000 a 2 800 000 obyvatel kolem roku 1400), ale i k častému výskytu epidemických šíření chorob a hladomoru. Prevence infekčních chorob byla takřka nulová. Pálila se obydlí infikovaných, vykuřovaly místnosti. Léčba spočívala v izolaci nemocných a z té doby jsou známá první leprosária (místa určená k léčbě nemocných leprou), např. okolo 1290 v Praze, 1293 v Brně, v Olomouci v r. 1305.<sup>43</sup> Sociální péče o nemocné spočívala na jedincích a velmi výjimečně na církevní dobročinnosti.

Od 12. století se vyskytují špitály. Vznikaly z útulků pro pocestné (hospitale – hospes – host, hostitel)<sup>44</sup>. Bývaly zřizovány u sídel biskupů a kapitul, později je zřizovala také města. Vznik špitálů na českém území není zcela jasný, ale v polovině 12. století již prokazatelně existoval špitál týnský v oblasti Ungeltu. Špitály vznikaly např. v johanitských komendách (po r. 1170) nebo Anežka Česká založila roku 1233 ženský klášter sester klarisek se špitálem. Personálem špitálů byli nejprve muži i ženy, ale nařízením statut z r. 1292 převzali péči výhradně muži.<sup>45</sup> O nemocné se v civilních špitálech starají často i lidé, kteří mají činit pokání.

---

<sup>42</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 21.

<sup>43</sup> Tamtéž. s. 26

<sup>44</sup> Tamtéž. s. 27

<sup>45</sup> Tamtéž. s. 29

První lékaři nebyli vzděláni univerzitně, ale byli to absolventi lékařských škol provozovaných pod školami sedmera umění (např. v Montpellier). Vznikem univerzit, jejichž součástí studium medicíny bylo, se značně zvýšil vliv lékařů na zdravotní povědomí společnosti. Kromě učených lékařů a zkušených mastičkářů a bylinkářů se objevovali i prodavači zázračných preparátů, kteří bohatli na důvěřivosti většinou venkovanů.<sup>46</sup> Současně s lékařsky vzdělanými lidmi se objevovali i první oficiální lékárny, jejichž existence je v Čechách doložena z přelomu 13. a 14. stol.<sup>47</sup>

V průběhu 14. a 15. století byl populační vývoj ovlivněn v Evropě válkami, hladomory a epidemiemi infekčních chorob. Došlo k poklesu počtu obyvatelstva. V 15. století bylo v Čechách 270 špitálů, které ale ošetřovaly převážně lidi potřebné, ale ne nemocné. Epidemie nebyly řešeny komplexně, jednotlivé městské rady vydávaly příkazy k uzavření měst, k omezení pohybu osob uvnitř města, k izolaci nemocných v obydlích nebo v ojedinělých případech ve špitálech<sup>48</sup> „...graduovaní lékaři nacházeli uplatnění v nejvyšších společenských kruzích jako královští, respektive dvorští lékaři, lékaři arcibiskupských kapitul...Podle autentického svědectví Albíka z Uničova ani služba v nejvyšších kruzích nevyklučovala současnou péči o chudé pacienty. Přesto z dobových pramenů zaznívají výtky na konto lékařů, kteří ze ziskovosti nechtějí chudé nemocné navštěvovat“.<sup>49</sup>

Vlivem husitské revoluce pražská lékařská fakulta od poloviny 15. do počátku 17. století nefungovala.

Počátkem 16. století dochází opět k nárůstu obyvatel, což je poprvé doloženo oficiálně berními rejstříky.<sup>50</sup> Nastává posun i v organizaci zdravotních opatření ve městech v době epidemií, protože byly sepisovány městské zdravotní řády.<sup>51</sup> O zdravotní stav měst začíná mít zájem i panovník a r. 1571 vzniká první funkce protomedika království, jehož posláním bylo srovnatelné s nynějším hlavním hygienikem.<sup>52</sup> Města si začínají platit městského lékaře, úřední chirurgy a porodní bábu. Ve městech léčili obyvatelstvo lazebníci a barbíři, někdy také kati. Na venkově ovšem stále přetrvávala víra v magické rituály, léčilo se pomocí bylin. Někde léčil farář, někde hrobník, jinde zase porodní bába.

<sup>46</sup> Doloženo hrou Mastičkář z pol. 14. stol. SVOBODNÝ, HLAVÁČOVÁ, Praha, s. 31

<sup>47</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČOVÁ, 2004, s. 31

<sup>48</sup> Tamtéž, s. 44

<sup>49</sup> Tamtéž, s. 49

<sup>50</sup> Tamtéž, s. 37

<sup>51</sup> Tamtéž, s. 45

<sup>52</sup> Tamtéž, s. 45

Na situaci v českých zemích 17. století měla zásadní vliv třicetiletá válka (1618–1648). V důsledku hladomoru a tří epidemií moru došlo zřejmě až ke třiceti-procentnímu úbytku populace. Roku 1680 byl vydán infekční řád, kde byla stanovena organizace lékařské péče v epidemických oblastech.<sup>53</sup> Na lékařské fakultě měli být přezkušováni i lékárníci, lazebníci, chirurgové, oční lékaři, řezači kýl a kamenů a porodní báby. Fušeři, kteří nebyli na fakultě aprobováni, nesměli své řemeslo vykonávat.<sup>54</sup> Chování lékařů k pacientům dokládá Bohuslav Balbín, u jehož lůžka se scházeli věhlasní lékaři a před pacientem se hádali o určení diagnózy. Balbín jejich chování ve svém spise odsuzuje, vyzdvihuje nutnost oboustranné lásky a důvěry a čtenáře nabádá ke správné životosprávě.

V 18. století již Evropu netrápil mor, ale hladomor, průjmová onemocnění, chřipka, neštovice a otravy námelem. Situace byla ovlivněna válkami o rakouské dědictví, zrušením nevolnictví v roce 1781 a napoleonskými válkami. Počet obyvatel v českých zemích byl po roce 1784 okolo 4 milionů.<sup>55</sup> V Čechách, na Moravě a ve Slezsku bylo v té době 500 špitálů.<sup>56</sup> Josef II. po načerpání informací ze zahraničí o tom, jak vypadají humanitární ústavy, odstartoval zavádění direktivních pravidel pro specializovaná lůžková zařízení. V době jeho vlády (1780–1790) se začaly objevovat nalezince, sirotčince, ústavy pro choromyslné a porodnice. Platící ženy v porodnici mohly porodit inkognito, ale neplatící ženy musely pomáhat s různými pracemi a kojit cizí děti. V Praze byl z aktivity jednotlivců založen ústav pro hluchoněmé a ústav pro slepce.

*„Vedle skutečných nemocnic milosrdných bratří pro muže a alžbětinek pro ženy nadále fungovala řada tradičních i nově založených špitálů, z nichž mnohé byly schopné poskytnout kvalifikovanou pomoc i nemocným.“*<sup>57</sup> Lékaři byli vyučováni na lékařské fakultě, kdy po povinném studiu filosofie následovalo studium medicíny. Celková doba studia byla pět let a byla zakončena inaugurační dizertací.<sup>58</sup> Součástí studoven v Karolíně bylo i studium bylin v Botanické zahradě.

V období vlády Marie Terezie (1740–1780) byl vydán Generální zdravotní řád, kdy byly shrnuty zásady zdravotní politiky státu.<sup>59</sup> Marie Terezie jako osvícená panovnice si byla vědoma vlivu zdravotní úrovně obyvatel na národní hospodářství

<sup>53</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 65

<sup>54</sup> Tamtéž, 2004, s. 74

<sup>55</sup> Tamtéž, s. 89

<sup>56</sup> Tamtéž, s. 105

<sup>57</sup> Tamtéž, s. 76

<sup>58</sup> Tamtéž, s. 83

<sup>59</sup> Tamtéž, s. 93. Byly zde vyjmenovány všechny kategorie zdravotníků – zemští, krajští a městští fyzikové, doktoři, lékařští praktikové, chirurgové, lékárníci, lazebníci, oční lékaři (okultisté), kýlořezci, kamenožezci a porodní báby.

a pojala zdravotnictví za nedílnou součást svých inovačních snah. Svě děti nechala například očkovat proti neštovicím, aby dala najevo bezpečnost vakcinace.

Z pohledu etiky můžeme již v této době hovořit o určitých pokusech přiblížení lékařské péče nemajetným obyvatelům. Jan Melič (1763–1837), pražský porodník, provozoval 13 let porodnici a ambulantní ústav pro nemajetné ženy a navrhl nemocenské pojištění a organizaci lidové zdravotní péče, které ale nebylo v té době uskutečněno.<sup>60</sup>

19. století bylo poznamenáno napoleonskými válkami a po zdravotní stránce se vyznačuje dvěma epidemiemi cholery a tyfu. Obě epidemie měly vysokou úmrtnost a jejich průběh byl v jednotlivých lokalitách závislý na tamějších hygienických podmínkách. Lékaři se snažili dosáhnout mezi chudinou osvěty v oblasti hygieny, bylo například doporučeno vápnem dezinfikovat studny. Obyvatelstvo se ale bálo, že se jedná o pokus o jeho vyvraždění. Ve 2. polovině 19. století vznikají nová průmyslová centra, dochází k přesunům obyvatelstva za prací. Vlivem hospodářské krize a prusko-rakouské války (1866) se porodnost v českých zemích snižuje. Na druhou stranu se ale od 70. let 19. století nevyskytla žádná rozsáhlá infekční epidemie, takže úmrtnost měla klesající charakter. Docházelo k budování kanalizace, antiseptickým opatřením, včasné izolaci nemocných a jediným velkým problémem tak zůstala plicní tuberkulóza.

Zrušení roboty a ostatních feudálních břemen 7. 9. 1848 mělo na etiku poskytované bezplatné péče o chudinu zásadní vliv. Vrchnost, která lékaře a ranhojiče vyplácela, přestala ze dne na den platit a zdravotníci se odmítali o většinou venkovany starat. Lékařská fakulta se snažila dohodnout pravidla fungování a organizace veřejné zdravotní péče, ale kvůli byrokratické nepružnosti trval celý přerod veřejného zdravotního systému až do roku 1867.<sup>61</sup>

Sociální postavení lékařů i ranhojičů bylo nelehké. Žili z malých platů a jako soukromníci se měli problém uživit.<sup>62</sup> V době národního obrození se mnozí lékaři podíleli na společenském a politickém životě, ale vztah veřejnosti ke zdravotníkům obecně zřejmě nebyl zcela nejlepší, jak dokazuje F. V. Hek „...což ho vedlo ke všeobecným úvahám, zda medicína je štěstím či neštěstím lidstva. Soudí, že více

---

<sup>60</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 96

<sup>61</sup> Tamtéž, s. 126

<sup>62</sup> Tamtéž, s. 103

*lidí zahubila, než vyléčila, a odhaduje, že sedm desetin pacientů umírá ne na nemoc, ale na nevhodné nebo nadměrné užívání léků“.*<sup>63</sup>

Postupně došlo ke zrovnoprávnění lékařů a ranlékařů a od roku 1872 byl zaveden jednotný titul MUDr.<sup>64</sup> Lékaři navštěvovali stále pacienty doma, vlastní ordinace si začali otevírat až na začátku 20. století.

Až do roku 1874 nebyl ošetrovatelský personál odborně vzděláván. Ošetrovatelskou atmosféru v Evropě ovlivnila svojí prací Florence Nightingalová (1820–1910), která vnesla do ošetrovatelství lidskost, vnímavost k pacientovým potřebám a smysluplnost pozorování pacientova stavu. Iniciativou Karolíny Světlé, která navázala spolupráci se Spolkem českých lékařů, byla založena Česká ošetrovatelská škola. Roku 1881 byla její činnost, zřejmě z národnostních důvodů, ukončena. Dále pak, již bez přerušení, vznikaly ošetrovatelské školy od roku 1908.<sup>65</sup>

Postupně byly zřizovány nemocnice ve velkých městech. Pro jejich budování bylo využito vyřazených, nepoužívaných většinou sakrálních budov. V nemocnicích byly provozovány různé úrovně ošetrovatelské péče podle majetnosti jednotlivců. Při prokázané nemajetnosti mohli být pacienti léčeni zdarma na lůžkách nejnižší kategorie.<sup>66</sup>

Od roku 1890 byla v Praze provozována záchranná služba. Přes skromné začátky se ve 20. letech 20. století dopracovala k 15 sanitním vozům a 7 lékařům. Její služby si pacienti hradili, bezplatná byla jen pro nemajetné.<sup>67</sup>

Přesto, že se v průběhu 18. a 19. století odehrálo mnoho pokrokových změn, jak na samotné lékařské fakultě (prodloužila se doba studia ze 4 na 5 let, došlo k diferenciaci oborových fakult, byla založena lékařská knihovna a čítárna, fakulta vydávala lékařský časopis), tak i v organizaci zdravotnictví, zdravotní stav obyvatelstva byla medicína stále ještě málo schopná ovlivnit.<sup>68</sup>

---

<sup>63</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 105

<sup>64</sup> Tamtéž, s. 131

<sup>65</sup> Tamtéž, s. 130

<sup>66</sup> Tamtéž, s. 107

<sup>67</sup> Tamtéž, s. 176

<sup>68</sup> Tamtéž, s. 118

## 2.3 První republika a období nacistické okupace

Na začátku 20. století se měnil vztah společnosti ke zdravotnickým profesím. Měli na to vliv jednak úspěšné léčebné metody a zvyšující se úroveň ošetrovatelské péče. Rozšiřovaly se stávající nemocnice, vznikaly nové a nezapomínalo se ani na postižené pacienty. Zvýšil se počet ústavů pro hluchoněmé a slepé a v roce 1913 založil prof. Jedlička proslulý ústav pro zmrzačené děti.<sup>69</sup> V Československu bylo budováno množství nemocnic a nemocničních areálů, rozšiřovala se ambulantní péče, která byla pro sociálně slabé bezplatná.

Světové války měly zásadní vliv na demografickou věkovou strukturu obyvatelstva. První světová válka výrazně zhoršila zdravotní stav obyvatelstva, takže ani přes moderní strukturu zdravotního systému nebyl zdravotní stav národa optimální.<sup>70</sup> V letech 1918–1920 proběhla pandemie španělské chřipky, v Československu byla ve třicátých letech 20. století jedna z největších novorozeneckých úmrtností v Evropě. Na vzestupu byl výskyt nádorových a kardiovaskulárních onemocnění a ve větší míře se začala objevovat cukrovka.<sup>71</sup>

Pro náš stát nebyl platný jednotný zdravotní systém. Lišil se mezi Čechy s Moravou a Slovenskem a Podkarpatskou Rusí. V roce 1918 převzalo správu zdravotnictví od ministerstva vnitra nově vzniklé ministerstvo zdravotnictví a tělesné výchovy. Bylo často reorganizováno, převládala činnost normativní a kontrolní.<sup>72</sup> Zdravotní péče byla financována systémem zdravotního a úrazového pojištění a na prevenci se nezanedbatelně podílely dobrovolné spolky zdravotní a sociální péče.

Zdravotní pojištění, které bylo možné uzavřít od roku 1887, zaručovalo pojištěncům po dobu nemoci až půl roku bezplatnou lékařskou péči a nemocenskou podporu. Od roku 1917 mohly pojišťovny pojištění rozšířit i na rodinné příslušníky pojištěnců, což bylo výhodné nejen pro ně samotné, ale i lékařům to zaručovalo trvalé příjmy.<sup>73</sup>

Obecní a obvodní lékaři přestali být placeni obcemi, začali dostávat pravidelný plat od státu a měli za povinnost léčit i chudé.<sup>74</sup>

První republika se vyznačovala aktivní sociální politikou. Pojištění se vztahovalo na všechny lidi pracující za mzdu a na jejich rodinné příslušníky. Děliho se mezi zaměstnance a zaměstnavatele a tvořilo 5–6 % mzdy. Vznikaly různé oborové

---

<sup>69</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 137

<sup>70</sup> Tamtéž, s. 158

<sup>71</sup> Tamtéž, s. 159

<sup>72</sup> Tamtéž, s. 162

<sup>73</sup> Tamtéž, s. 163

<sup>74</sup> Tamtéž, s. 163



pojišťovny a všechny řešily stejné problémy, a to vztahy s lékaři. Docházelo k prudkým střetům ohledně výšky honoráře lékařů, které často končily i stávkou. Roku 1936 došlo ke shodě, lékaři byli s výškou ročního příjmu spokojeni, ale náklady na pacienty byly kvůli tomu výrazně poníženy, tudíž etická stránka pojištění vůči pacientům byla poškozena. „Kritizovány byly rovněž vysoké provozní výlohy a zejména výdaje na stavbu honosných úřadoven (pojišťovny).“<sup>75</sup>

V roce 1918 vzniklo sociální lékařství, kdy měla být sledována úloha lékaře v systému zdravotního pojištění a nemocí z povolání, ale postupně bylo chápáno jako pomezí studium mezi medicínou a společenskými vědami. Začal být prosazován tzv. Grothjahnovský směr<sup>76</sup>. Ze sociálního lékařství se postupně vydělovaly směry jako eugenika a eubiotika.<sup>77</sup>

Výrazným pomocníkem zdravotního pojistného systému byly stále dobrovolnické spolky, kde kvalita poskytované péče byla na úrovni klinik a nemocnic. Tyto spolky byly financovány za členských příspěvků, darů, subvencovány veřejnými institucemi a výnosy vlastních podniků.<sup>78</sup> Ve 20. letech 20. století začala být věnována velká péče matce a dítěti.

V roce 1919 byl založen Československý červený kříž, pro nějž počátkem 30. let pracovalo 35 000 dobrovolných samaritánů.<sup>79</sup>

Ošetřovatelská škola byla provozována nepřetržitě dále a díky aktivitě dr. Alice Masarykové pro ni byla napsána i velmi kvalitní učebnice. Zkvalitnění ošetřovatelské péče mělo obrovský význam na kvalitu lékařské péče, ale sociální postavení ošetřovatelek nebylo dobré. Měly nízké platy a často musely spát s pacienty v pokojích.

Samostatným směrem se vydaly sociální sestry, které pracovaly v poradnách pro matky a děti, v poradnách pro tuberkulózní a venerologické pacienty. Jejich činnost byla hrazena pojišťovnamí.

Meziválečné období znamenalo v péči o pacienta v Československu výrazný krok kupředu, na němž se podíleli lékaři, sestry, ostatní zdravotničtí pracovníci, lékařský výrobní průmysl, farmacie, pojišťovnictví a nezanedbatelnou měrou dobrovolnické spolky.

---

<sup>75</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 165

<sup>76</sup> Grothjahnovský směr je pojmenován podle dr. A. Grothjana, který prosazoval v medicíně principy neohippokratismu a principy tzv. humánní mikroekonomie. (ve Svobodný, Hlaváčková, 2004, s. 168)

<sup>77</sup> Eugenika – věda zkoumající metody vedoucí k narození geneticky co nejdokonalejšího jedince; eubiotika – nauka o správné výživě.

<sup>78</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 167

<sup>79</sup> Tamtéž, s. 166

Období nacistické okupace (1939–1945) sice nepostihlo Československo tak jako země, kterými opakovaně prošla fronta, ale i tak byl poznamenán demografický vývoj obyvatelstva. Přes vysokou porodnost až do roku 1944 byla vysoká i úmrtnost na podvýživu, epidemie, zranění. Vzrostl počet sebevražd.

Lékařská komora se rozštěpila na Německou komoru pro Čechy a Moravu a Německou lékařskou komoru pro Sudety. „*V této souvislosti je nezbytné s politováním konstatovat, že vedoucí představitelé většiny českých profesních organizací, v čele s komorou pro Čechy, reprezentovanou mj. věhlasným profesorem chirurgie Arnoldem Jiráskem, přispěli s ujištěním o své naprosté loajalitě novému režimu již 16. března 1939. A co víc: Vyzvali k okamžitému zákazu výkonu lékařské praxe lékařům neárijského původu ve všech veřejných zdravotních orgánech a zařízeních zdravotního pojištění.*“<sup>80</sup>

Židé byli nejprve vyloučeni ze společenského života, v roce 1939 uzavřeny jejich zdravotnická zařízení, židovským lékařům zakázána praxe a posléze i zakázán vstup do státních zdravotnických zařízení. Transporty do vyhlazovacích táborů byly pomyslnou tečkou za nacistickými snahami o čistotu rasy vzhledem k jiným než árijským rasám.

Také na území Čech a Moravy byla organizována lékaři SS výchova rasově vysoce hodnotných jedinců nebo nucená eutanazie, doložená na našem území v ústavech choromyslných.<sup>81</sup>

Bez ohledu na výše uvedená fakta bylo mezi lékaři a zdravotníky velké množství statečných a obětavých lidí. Řada lékařů se nejen podílela na odbojové činnosti, ale neúnavně se starala i o své pacienty. Jmenujme prof. Josefa Charváta, významného endokrinologa, který bojoval za Československo za 1. světové války a v roce 1940 byl nacisty uvězněn za odbojovou činnost. Jeho citátem by se mohli lékaři a farmaceuti řídit i dnes: „*Léčba nesmí nemocnému způsobovat větší problémy, než pro které byla zavedena*“.

„*Postoj českých lékařů, ale také mediků a dalších zdravotnických pracovníků, k nacistickým okupantům byl podobně diferencovaný jako v ostatních vrstvách společnosti – od aktivního boje přes snahu nevyčínat až k přímé kolaboraci.*“<sup>82</sup>

Síly Wehrmachtu a SS zabraly velké ústavy pro své lazarety, například vojenskou nemocnici v Praze-Střešovicích, Masarykovy domovy v Krči a Sanatorium v Podolí.

---

<sup>80</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 200.

<sup>81</sup> Tamtéž. s. 199

<sup>82</sup> Tamtéž. s. 201

Uzavření vysokých škol se pochopitelně týkalo i lékařské fakulty s tím rozdílem, že některým vědeckým pracovníkům bylo povoleno pracovat v laboratořích německých kolegů, buď v německé části fakulty, nebo v obsazených laboratořích velkých nemocnic. I tyto aktivity se ale staly nacistům trnem v oku a českým vědcům byla vědecká činnost roku 1943 zcela zakázána.<sup>83</sup>

Vzdělávání ošetřovatelek pokračovalo a období války přispělo ke zvýšení celkové prestiže tohoto povolání. Lékaři, mnohdy přetížení, si začali uvědomovat nutnost přítomnosti vzdělaných ošetřovatelek.

Ošetřovatelské aktivity řádových sester se odehrávaly v kláštrech, kde se staraly o nemocné a zraněné. Jejich pomoc byla nedocenitelná obzvláště po válce, kdy velmi obětavě pečovaly o propuštěné vězně z koncentračních táborů.

## 2.4 Socialismus

Demografický vývoj na našem území byl setrvalý. Vlivem vysoké porodnosti v době války nedošlo k výraznému poklesu počtu obyvatel, změnila se ale věková struktura. V průběhu 50. let 20. století se rapidně snížila novorozenecká úmrtnost, k čemuž přispělo plošné očkování proti tuberkulóze a další preventivní opatření.

Prvotní snahy o navázání na prvorepublikové organizační výtopy ve zdravotním a sociálním systému byly rokem 1948 zpřetrhány. *„Právo občanů na ochranu zdraví bylo zakotveno v nové ústavě z 9. května 1948 (§ 29). V letech 1948–1950 přijal parlament několik zásadních zákonů, které se staly základem státem budovaného zdravotnictví (...o zestátnění nemocnic a léčebných a ošetřovatelských ústavů...).*<sup>84</sup> Tak jako všechna odvětví, bylo i zdravotnictví centralizováno. V roce 1950 byla ukončena činnost lékařským komorám a začalo je spravovat ROH (Revoluční odborové hnutí), ministerstvo, národní výbory nebo lékařské fakulty.

Lékařská fakulta, po válce již jen česká, se dostala pod vedení KSČ. Nově promováným lékařům nebyl až do roku 1966 udělován akademický titul doktor, ministr školství jmenoval profesory a docenty bez předchozí habilitace.<sup>85</sup>

Ošetřovatelky, nyní již zdravotní sestry, byly po sovětském vzoru vzdělávány ve středních zdravotnických školách, a silný tlak na jejich odborné vzdělávání dal vzniknout v roce 1960 Institutu pro další vzdělávání zdravotnického personálu. V roce 1973 zakládají sestry Československou společnost sester. Činnost řádových sester

---

<sup>83</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 214

<sup>84</sup> Tamtéž, s. 219

<sup>85</sup> Tamtéž, s. 222

byla postupně omezována a v roce 1961 již nesměla žádná ze sester pracovat v nemocnici.

Ještě v 60. letech deklarovala KSČ (Komunistická strana Československa) s velkým uspokojením zvyšování kvality péče o nemocné, ale v letech 70. již přiznávala řadu problémů, které podle komunistické ideologie souvisely s dědictvím kapitalismu.<sup>86</sup> Ne všechny kroky lze socialistickému zdravotnictví vyčítat a připomíná to již jednou citovaný prof. Charvát, který v roce 1980 prohlásil: „*V posledních asi dvaceti letech úroveň naší medicíny prudce stoupla, ať už šlo o obory teoretické nebo klinické*“.<sup>87</sup> Důležitá fakta jsou – razantní snížení novorozenecké úmrtnosti a takřka vymýcení dětské obrny.

## 2.5 Etika v moderní medicíně

Jak z předchozího textu vyplývá, etiku v medicíně ovlivňuje souhra mnoha faktorů: lékaři, sestry, ostatní zdravotnický personál, nezdravotnický personál, který je v péči o pacienta nedílnou součástí. Dále pak ekonomická a politická situace. Komunikace a celkové klima mezi lékařem a pacientem prošly změnou. Vlivem růstu vzdělanosti obyvatelstva se autoritativní přístup ze strany lékaře musel přetvořit na přístup partnerský, komunikace mezi oběma stranami prošla velkými změnami.

Sociální interakce je nadřazena pojmu komunikace a obsahuje sociální percepci, sociální komunikaci a sociální činnost. „*Komunikace jako druh sociální interakce znamená jednostranné sdělování nebo vzájemnou výměnu informací. Jejím prostředkem jsou nejen slova a gesta, ale chování vůbec, a tak je komunikace nejen již rozvinutou sociální interakcí, ale také jejím předpokladem*“.<sup>88</sup>

Etika byla až do 20. století součástí filosofie a samostatnou vědeckou disciplínou se na Univerzitě Karlově stala roku 1952. Lékařská etika se, díky prof. Heleně Haškovcové, vyčlenila jako samostatný vědní obor roku 1991.

Lékařská etika je mezioborovou vědou. „*V ideálním případě má mít lékařský etik hluboké znalosti obou (rozuměj filosofie a medicíny) těchto odlišných odvětví*“.<sup>89</sup> Prolíná se zde vědecký princip ověřitelnosti a filosofický princip zpochybnitelnosti. Lékařskou etiku můžeme rozdělit na deskriptivní (popisuje etickou problematiku podle

---

<sup>86</sup> SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 2004, s. 221

<sup>87</sup> Tamtéž, s. 230

<sup>88</sup> NAKONEČNÝ, 2000, s. 157

<sup>89</sup> VÁCHA, KÖNIGOVÁ, MAUER, 2012, s. 21

názorů různých filosofických směrů) a normativní (identifikuje subjektivní morální hodnoty).

V 70. letech 20. století byly definovány základní principy medicínské etiky:

- princip beneficence (činit dobré) – zdravotník je povinen jednat vždy v zájmu života a zdraví pacienta,
- princip non maleficence (nečinit zlé) – zdravotník nesmí svojí činností pacientovi uškodit,
- princip spravedlnosti – medicínská péče musí být věnována každému pacientovi bez ohledu na jeho rasu, politickou příslušnost, národnost, víru, věk a náboženskou příslušnost,
- princip autonomie – pacient musí být vždy informován o svém zdravotním stavu a musí s léčebnými a diagnostickými procedurami souhlasit.<sup>90</sup>

Tyto zásady jsou specifikovány v příslušných etických kodexech, jak bude popsáno v následující kapitole.

Ošetřovatelská etika se od lékařské v podstatě příliš neliší. Týká se vhodného chování sester, ošetřovatelek a dalšího nelékařského personálu.

*„Oproti lékařské etice se ošetřovatelská etika ještě nekonstituovala jako vědní disciplína...Sestra byla vnímána (a bohužel některými lékaři a zdravotníky stále ještě je vnímána) jako pouhá asistentka lékaře. Na odborném i společenském žebříčku jsme sestru ještě donedávna vnímali hluboko pod úrovní lékaře...“<sup>91</sup>*

Goldmann s Cichou vyjmenovávají sedm vlastností sester, bez kterých se dobrá péče o pacienta neobejde: znalosti a dovednosti, trpělivost, schopnost víry (nemusí jít jen o víru náboženskou), poctivost, skromnost, naděje, odvaha.<sup>92</sup>

Pokud sestra nebo jiný zdravotnický personál některou z uvedených vlastností postrádá, nemusí to znamenat, že svoji ošetřovatelskou roli plní špatně a porušuje tím etický přístup k pacientovi. Mezinárodní rada sester ICN určila čtyři základní sesterské

---

<sup>90</sup> GOLDMANN, CICHÁ, 2004, s. 43

<sup>91</sup> Tamtéž, s. 109

<sup>92</sup> Tamtéž, s. 108-109

zodpovědnosti: podporu zdraví, preventivní působení, obnovu zdraví a zmírňování utrpení. Dále jsou stanoveny zásadní principy ošetřovatelské činnosti v přístupu sestry k lidem, ke spolupracovníkům, k vlastní profesi a jejímu praktickému vykonávání.<sup>93</sup>

## 2.6 Nástroje etiky v medicíně a etické kodexy

Kodex je „sbírka zákonů, dokumentů, zákoník“.<sup>94</sup> Etické kodexy vymezují pravidla chování v organizacích. Přesně formulují etické principy a jejich uplatňování v daném odvětví. Existují etické profesní kodexy, které určují etiku v určitém oboru a etické kodexy firemní, věnující se etice konkrétní firmy. Kodexy upřesňují, eventuálně zpřísňují obecně platné zaměstnanecké povinnosti vymezené zákoníkem práce a dalšími předpisy a normami.

Hippokratova přísaha byla prvním profesním etickým kodexem a určovala mravní jednání lékařů. Hippokratova přísaha je stále aktuální, ale v průběhu historie se vnímání a aplikace některých jejích úseků proměnilo.

Etické kodexy jsou sepsány pro všechny účastníky terapeutického a preventivního medicínského procesu. Pro lékaře kodex České lékařské komory, Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory. Pro zdravotní sestry, pro nelékařský zdravotnický personál, pro prodejce zdravotnických potřeb i pracovníky ve farmaceutickém průmyslu jsou etické kodexy přesně definovány.

Etické kodexy jsou formulovány i pro hospitalizované děti. Dodržování etiky pro pacienty dozoruje Výbor pro lidská práva a biomedicínu Rady vlády ČR pro lidská práva, dále Výbor pro hospodářská, sociální a kulturní práva Rady vlády ČR pro lidská práva.

Bývalá přednostka Ústavu lékařské etiky v Brně, Marta Munzarová, uvádí, že lékaři by neměli přestat vnímat, že medicína vychází ze vztahu. Jde o vztah mezi člověkem, který trpí a druhým, který mu může pomoci.<sup>95</sup>

Etické přístupy ve zdravotnictví jsou stejně jako v jiných oborech dozorovány nadřízenými institucemi. Řeší se etické aspekty farmaceutických, genetických

---

<sup>93</sup> International Council of Nurses, 2012.

<sup>94</sup> LINHART, 2007, s.196

<sup>95</sup> MUNZAROVÁ, 2005, s. 114

a klinických výzkumů, etické aspekty eutanazie i interrupcí. Přístup zdravotnických pracovníků během běžných vyšetření a ošetření je stanoven jak výše uvedenými kodexy, tak například akreditačními řízeními, jejichž jedním z mnoha bodů je i etika a její uplatňování v praxi.

Na Ministerstvu zdravotnictví ČR působí Centrální etická komise, která poprvé roku 1992 zveřejnila etický kodex Práva pacienta. Od jeho textu se odvíjí i ostatní profesní etické kodexy.

Není to samozřejmě jediný organizační a kontrolní mechanismus. Etika v nemocnicích a zdravotnických zařízeních je součástí kvality péče a bezpečnosti pacientů, což vyzdvihuje SAK, Spojená akreditační komise, o. p. s., která vznikla roku 1998. Na základě akreditační metodiky probíhá akreditační řízení. Auditóři komise sledují, zda nemocnice přijala metodické pokyny za vlastní. Pro vykreslení jsou zde uvedeny body metodiky, které se bezprostředně týkají etického přístupu k pacientům v nemocnici:

- a. Seznámení pacienta s jeho právy.
- b. Všichni pacienti jsou seznámeni se svými právy a povinnostmi jazykem, kterému rozumějí.
- c. Při poskytování péče jsou respektovány spirituální potřeby pacientů.
- d. Při poskytování péče jsou respektovány důstojnost a soukromí pacientů.
- e. Nemocnice podporuje právo pacienty a jeho blízkých podílet se na poskytování zdravotní péče.
- f. Veškeré úkony se provádějí se souhlasem pacienty.
- g. Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytované péči.
- h. Omezovat volný pohyb pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a jeho okolí a s ohledem na právní řád ČR.
- i. V nemocnici je zaveden účinný systém edukace pacientů a jejich blízkých.
- j. Při edukaci pacientů zaměstnanci nemocnice vzájemně spolupracují.

- k. V nemocnici je v souladu s platnou legislativou zaveden postup přijímání a řešení stížností pacientů a jejich blízkých.<sup>96</sup>

Obdobná metodika je platná i pro ambulantní zařízení. Bohužel zatím není akreditační řízení povinné a menší zařízení nejsou schopna ho zaplatit, takže se do něj přihlašují jen některá zdravotnická zařízení. Do konce roku 2013 získalo akreditaci maximálně 120 zdravotnických zařízení z celé ČR.

Součástí vedení nemocnic a poliklinik jsou i etické komise, které dohlíží na zachování etických zásad v léčebné péči a výzkumu v rámci zařízení, spolupracují při sjednocování národních norem s mezinárodními a dozorují jejich uplatňování v praxi.

Pro dohled nad farmaceutickými reprezentanty vznikla Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). Podporuje kultivaci českého zdravotnictví v oblasti etiky, a jak název napovídá, věnuje se vzdělávání farmaceutických reprezentantů. Začátkem roku 2014 došlo k první certifikaci farmaceutických reprezentantů.

V závěru teoretické části této práce lze říci, že etika ve zdravotnictví se vyvíjela stejně, jako všechny ostatní obory lidského vědění. Naštěstí pro nás se neustále prohlubuje a její zachovávání se stává součástí pracovních norem zaměstnanců ve zdravotnictví. V praktické části bakalářské práce bude uskutečněn průzkum spokojenosti pacientů po provedené amputaci dolní končetiny. Výzkum se týká etického chování personálu zdravotnického zařízení a spokojenosti pacientů s jejich prvním invalidním vozíkem.

---

<sup>96</sup> MARX, VLČEK, 2013, s. 2



## PRAKTICKÁ ČÁST

### 3 CÍLE PRŮZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZY

Praktická část bakalářské práce si dala za cíl prověřit etické chování zdravotnického personálu k pacientům po amputaci dolní končetiny.

Jedná se o problematiku autorce důvěrně známou. Vstupuje do ní celá řada profesí, které se k pacientům chovají s různou dávkou profesionality, empatie a citlivosti. Tento stav výrazně vystupuje do popředí v situaci, kdy do té doby relativně zdravý člověk přijde, díky nemoci nebo úrazu, o dolní končetinu a je zcela nebo částečně odkázán na invalidní vozík. Medicínská záležitost, je, přísně vzato, pouze amputace končetiny a zamezení zdravotních komplikací.

Ve svém zaměstnání, prodejně zdravotnických potřeb, přišla autorka do kontaktu s čerstvě amputovanými pacienty a uvědomila si, že jednání s nimi není na takové úrovni, aby odcházeli z nemocnice s pocitem klidu. Ač je nemocnice akreditovaná, na všechny práce jsou vypracovány metodiky, lidský, tedy etický přístup, se poněkud ztrácí.

Prvním sledovaným okruhem bude, jak samotní pacienti po amputaci dolní končetiny vnímají přístup zdravotnického personálu ke své osobě. Pacienti se nacházejí v kritickém okamžiku života. Usedají na invalidní vozík a vnímání okolního světa mají zkreslené bolestí a nemohoucností. V tuto chvíli jsou nesmírně citliví, proto přístup všech zdravotnických i nezdravotnických pracovníků musí být mimořádně ohleduplný.

Druhý sledovaný okruh se týká úrovně informovanosti pacientů o možnostech, jak lze řešit praktické stránky života po amputaci. Je třeba vyřešit invalidní důchod, ev. dlouhodobou pracovní neschopnost, dovybavení bytu, odstranění bariér atd.

Ve třetím a posledním okruhu této práce se zjišťuje, zda si pacient po amputaci dolní končetiny může vybrat svůj první vozík sám a na kolik je se svým vozíkem spokojen.

Pro praktickou část práce byla zvolena metoda smíšeného výzkumu. První část, tedy kvalitativní výzkum, tvoří polostrukturovaný rozhovor, druhou část kvantitativní dotazník.

Kvalitativní část výzkumu byla zaměřena na šetření:

- ❖ Jak vnímají pacienti etický přístup zdravotnického personálu ve své situaci?

Pro kvantitativní část výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy:

1. Pacient nemá možnost volby svého prvního invalidního vozíku v době, kdy ještě není do nové situace zcela zasvěcen. Proto nemá vozík, který by pro něj byl optimálně vhodný.
2. V průběhu vstupu do invalidity nejsou pacienti dostatečně informováni o faktech, které jim mohou v této situaci pomoci.

## 4 METODOLOGIE

Termín metodologie je řeckého původu (methodus = cesta za něčím) a označuje učení o teorii metody. Předmětem metodologie jsou obecné teoretické problémy postupů a prostředků vědeckého poznání a zákonitostí vědeckého poznání jako tvůrčího procesu. Abychom dostáli této teorii, je třeba si vybrat správnou výzkumnou metodu, která by měla být objektivní a odpovídat zkoumanému problému.

Pro účely této práce byl vybrán smíšený průzkum.

### 4.1 Kvalitativní šetření

Kvalitativní výzkum nám může dát odpovědi na otázky, jež jsou nesnadno kvantifikovatelné. Jsou to například otázky postojů, názorů a pocitů respondentů.

Základní metodou kvalitativního šetření je rozhovor. Rozeznáváme tři typy rozhovorů: nestrukturovaný rozhovor (neformální rozhovor, kde jsou otázky tvořeny na základě spontánního vyprávění respondenta), polostrukturovaný rozhovor je částečně řízený, má předem daný okruh volných otázek, které jsou doplňovány a usměrňovány podle odpovědí respondenta, strukturovaný rozhovor je vlastně varianta dotazníku s osobním přístupem tazatele, otázky jsou pevně dané a řazené, tazatel může otázky lépe vysvětlit.

#### 4.1.1 Výběr respondentů a vytyčení rozhovoru

Respondenti pro kvalitativní část výzkumu byli získáni mezi kandidáty na kvantitativní výzkum, kdy pět z nich souhlasilo s výzkumem. Tito respondenti byli vyřazeni z dotazníkového šetření. Všechny zúčastněné znala autorka osobně, ale povrchně. Jednomu z nich vozík vydávala autorčina firma, na ostatní čtyři dal jmenovaný kontakt. Jednalo se o pacienty operované v Praze v Nemocnici Na Homolce, ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a Fakultní nemocnici Hradec Králové. Záměrně byli vybráni pacienti, kteří byli po amputaci maximálně dva roky a dobu po zákroku si ještě pamatovali. Při výběru respondentů byl zohledněn jejich zdravotní a psychický stav.

Rozhovory byly prováděny ve třech případech u subjektů doma, ve dvou případech v kavárně nemocnice Na Homolce, kde byli respondenti na kontrole.

Při rozhovoru se všichni dotazovaní cítili dobře a nemuseli se bát, že bude jejich hodnocení poslouchat nezasvěcený člověk. Jako příprava bylo vytvořeno šest otázek polostrukturovaného rozhovoru. Snahou bylo vytvořit kostru otázek tak, aby nenaváděly dotazované k odpovědím.

V této práci byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s šesti předem určenými otázkami. Výstupem kvalitativního výzkumu je analytický popis situace.

Soupis všech otázek:

1. Jak se k Vám choval ošetřující lékař? Zajímá se, s kým bydlíte? Měl na Vás čas?
2. Jak se k Vám chovaly zdravotní sestry na lůžkovém oddělení?
3. Jak se k Vám chovaly rehabilitační pracovníci v nemocnici?
4. Jak se k Vám chovala sociální pracovníci v nemocnici? Zajímá se, jak máte zařízený byt?
5. Jak se k Vám choval výdejce zdravotních pomůcek, konkrétně invalidního vozíku?
6. Kdo ze jmenovaných Vám nejvíce pomohl vyrovnat se se situací, do které jste se po amputaci dostal?

## 4.2 Kvantitativní průzkum

Kvantitativní průzkum je empirická metoda používající deduktivní přístup, jejímž teoretickým pozadím je pozitivismus. Pozitivismus je metodologické stanovisko, případně způsob myšlení, který se chce vyhnout spekulaci a vycházet jen ze zkušeností, které věda popisuje, veškeré pravdivé a hodnotné poznání skutečnosti může být dosaženo pouze pomocí empirických metod (*„empirie=zkušenost, data jsou získána o procesech a skutečnostech v reálném světě“<sup>97</sup>* )

Kvantitativní výzkum může nalézt řešení pro takové problémy, které je možno popsat v termínech vztahů mezi pozorovatelnými proměnnými. Má relativně nízkou validitu (*„platnost, relevance mezi cílem výzkumu a jeho výsledkem“<sup>98</sup>* ) avšak poměrně vysokou reliabilitu (*„spolehlivost, požadavek na formální přesnost nějakého měřicího nástroje použitého v empirickém sociálním výzkumu“<sup>99</sup>* ). Vyžaduje vysokou míru

---

<sup>97</sup> JANDOUREK, 2001, s. 72

<sup>98</sup> JANDOUREK, 2001, s. 268

<sup>99</sup> JANDOUREK, 2001, s. 203

standardizace a výsledky jsou zpracovány nástroji statistické analýzy. Výsledkem metody kvantitativního průzkumu je ověření hypotéz.

Jako výzkumná technika byl použit dotazník. Výhodou dotazníku je, že umožňuje poměrně snadno získat informace od relativně velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase a s poměrně malým nákladem a zaručuje respondentům vysokou míru anonymity. Nevýhodou však je, že vyžaduje ochotu dotazovaného se nad otázkami důkladně zamyslet a pravdivě je zodpovědět a také poměrně nízká návratnost při dotazníkovém šetření.

#### **4.2.1 Sestavení dotazníku a výběr skupiny respondentů**

Správné sestavení dotazníku je jedním ze stěžejních předpokladů pro úspěšné dokončení výzkumného úkolu.

Při sestavení dotazníku pro účel této práce byly otázky rozděleny do tří tematických okruhů:

- První část obsahuje 6 identifikačních otázek, které pomohou charakterizovat skupinu respondentů.
- Druhá část je zaměřena na proces získávání invalidního vozíku, do té bylo včleněno 9 otázek.
- Třetí část mapuje okruh informovanosti pacienta a obsahuje 8 otázek.

Důležitou součástí dotazníku je ujištění o zachování anonymity respondentů. Celé znění dotazníku viz Příloha B v Seznamu příloh.

Aby dotazníkové šetření splňovalo všechna pravidla pro úspěšný průběh výzkumu, je nutné správně určit výběrový vzorek respondentů. Proces výběru vzorku má tři základní kroky: specifikace cílové skupiny, určení techniky výběru vzorku a stanovení velikosti vzorku.

Vzhledem k účelu mé práci byla cílová skupina jasně určena – skupina zdravotně postižených osob odkázaných na invalidní vozík. Při výběru skupiny respondentů byla použita „metodu sněhové koule“. Autorka využila svých osobních kontaktů s pacienty po amputaci dolní končetiny. Požádala je o spolupráci, oni oslovili

své kolegy z rehabilitačních zařízení, kteří souhlasili s vyplněním dotazníku. Nakonec bylo získáno 63 respondentů, kterým byl rozeslán dotazník. Respondenti byli voleni tak, abychom si byli jisti, že budou rozumět otázkám (proto byl maximální věk 80 let) a aby byli schopni jej vyplnit (neměli výrazné pohybové omezení horních končetin). Část lidí neměla přístup nebo znalost komunikace po internetu, takže jim byl dotazník zaslán poštou s odpovědní obálkou a známkou.

Vrátilo se 52 vyplněných dotazníků, což činí návratnost 83 %. Se šestnácti klienty byl dotazník vyplněn osobně, což sloužilo k ujištění o srozumitelnosti otázek.

## 5 VYHODNOCENÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

### 5.1 Analýza kvalitativní části výzkumu

Kvalitativní část práce proběhla pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Na začátku rozhovoru byl zopakován důvod rozhovoru, pořízen písemný souhlas se samotným rozhovorem a s jeho nahráváním na diktafon. Atmosféra všech rozhovorů byla velmi přátelská. Tři dotazovaní (R1, R2 a R5) měli tendenci odpovídat obsírně, proto bylo nutné je navádět zpět k tématu. Tyto části rozhovoru nejsou v písemném přepisu zaznamenány. U dvou dotazovaných (R3 a R4) bylo zřejmé, že svoji situaci ještě nezpracovali a hovoří s lehkým přemáháním. Přepis rozhovorů viz Příloha A.

#### Rozhovor číslo 1

Jedná se o muže, 66 let, původně dělnické profese. Je hovorný, spíše optimista, extrovert. Svoji invaliditu vnímá jako životní úděl, se kterým se musí poprat. Žil a žije sám.

#### Rozhovor číslo 2

Muž, 55 let, vzdělaný, sportovec, ekonomicky dostatečně zabezpečen. K operatérovi se dostal ze známosti a v nemocnici se podle toho k němu tak chovali. Vypadá, že je s invaliditou smířený.

#### Rozhovor číslo 3

Žena, 51 let. Manžel ji po amputaci opustil, zůstala se dvěma dětmi (17 a 15 let). Působila zasmušile, se situací se určitě ještě nevyrovnala. Pracuje jako daňová poradkyně a působila velmi unaveně.

#### Rozhovor číslo 4

Muž, 74 let. Přesto, že se snažil vyjadřovat optimisticky, působil velmi smutně. Při hovoru dělal mezi větami velké pauzy, ale netrpěl žádnou zjevnou poruchou nebo demencí. Přemýšlel, jak formulovat odpovědi. Byl výrazně fixován na svoji ženu.

## Rozhovor číslo 5

Žena, 71 let. Neuvěřitelně dobře naladěná dáma. O své amputaci hovořila jako o menším problému. Byla umírněně nalíčená, moderně oblečená a celkově kolem sebe šířila příjemnou atmosféru.

Z odpovědí byla provedena obsahová analýza a stanovena škála spokojenosti pacientů takto: naprosto spokojen „2“, částečně spokojen „1“, nespokojen „0“.

Tabulka 1: Analýza kvalitativního šetření

	R1	R2	R3	R4	R5	Součet
Lékaři	1	2	0	1	2	6
Sestry	1	2	0	2	2	7
Rehabilitační pracovníce	2	2	2	1	2	9
Sociální pracovníce	2	2	0	2	2	8
Výdejce pomůcek	2	2	0	2	2	8
Pro pacienta nejpříznivější profese	reh.prac.	všichni	reh. prac	neví	sestry	

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z tabulky je patrné, že pacienti byli nejvíce spokojeni s přístupem rehabilitačních pracovníků. Z možných deseti bodů dostali bodů 9, tj. 90% spokojenost. Jako nejpříznivější je pacienti označili také při odpovědi na poslední otázku. Na druhém místě se umístili sociální pracovníci a výdejci zdravotnických pomůcek, kteří dostali bodů 8, tj. 80% spokojenost. Na místě posledním se se 6 body, tedy 60% spokojenosti umístili lékaři.

K výsledku této části výzkumu je nutné dodat, že dva respondenti nebyli zcela objektivní, a sice v rozhovoru 2 a rozhovoru 5. Oba byli ošetřováni na oddělení, kam se dostali z protekce a bylo s nimi nadstandardně zacházeno.



## 5.2 Analýza kvantitativní části výzkumu

Předpokládáme-li, že je ve větších aglomeracích dostupnost sociální péče a služeb lepší, je nutné zmínit, odkud jednotliví klienti pocházejí.

Tabulka 2: Bydliště respondentů

Město/obec o počtu obyvatel	nad 100 tis.	100–10 tis.	10–3 tis.	1–3 tis.	do 1 tis.
Počet respondentů	Praha 16	Benešov 3 Beroun 1 Hr. Králové 4 Kolín 2 Kutná Hora 2 Prachatice 1	Vimperk 1 Kašp. Hory 1	JČ kraj 4 SČ kraj 5 Pha záp. 1	JČ kraj 2 SČ kraj 3 Pha vých. 4 Pha záp. 2
Celkem	16	13	2	10	11
Celkem v %	31 %	25 %	4 %	19 %	21 %

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Většina respondentů pocházela z měst. Ve městech velkých, nad 10 tisíc obyvatel, bydlelo 56 % respondentů. Z města o velikosti 3–10 tisíc obyvatel pocházely pouhé 4 % respondentů. 40 % respondentů byly z menších až malých obcí do 3 tisíc obyvatel.

Otázky se symbolickou kódovou hodnotou sloužily také k věkovému vymezení skupiny respondentů. Jednalo se o 20 žen a 32 mužů ve věku 30–80 let, kdy nejvyšší zastoupení měli lidé mezi 60–70 lety.

Tabulka 3: Věk a pohlaví respondentů

Věk	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80
Muž	1	2	12	15	2
Žena	0	1	3	22	5

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Největší zastoupení měli ženy a muži ve věku 60–70 let, celkem to bylo 71 %. Nejnižší zastoupení se týká mužů i žen mezi 30–40 lety věku, a to 8 %.

Můžeme-li říci, že vzdělání pacientů má vliv na jejich vztah k vlastnímu zdraví, je důležité uvést i nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Tabulka 4: Vzdělání respondentů

Vzdělání	základní	středoškolské bez maturity	středoškolské s maturitou	vysokoškolské
Počet respondentů	4	23	19	6

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Nejvíce bylo respondentů bez maturity, a to 44 %. Středoškoláků s maturitou se zúčastnilo 37 % a nejméně početní byli respondenti se vzděláním základním, pouhých 8 %.

Sociální zázemí respondentů bylo různorodé, proto otázky směřovaly i k tomuto tématu. Zjišťován byl způsob bydlení a ekonomické zázemí.

Tabulka 5: Způsob bydlení respondentů

Způsob bydlení	Počet respondentů před zákrokem	Počet respondentů po zákroku
V podnájmu nebo na ubytovně	2	2
V bytě s rodiči	2	2
S partnerem nebo rodinou ve vlastním nebo pronajatém bytě	20	22
Sám ve vlastním nebo pronajatém bytě	7	4
Sám ve vlastním domě	4	1
S rodinou ve vlastním domě	17	14
V sociálním bytě nebo DD nebo LDN	0	7

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Největší počet respondentů bydlel před zákrokem i po něm v bytě nebo domě se svým partnerem nebo rodinou (po zákroku 69 %). Oproti tomu do sociálního bytu nebo Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) se po zákroku dostalo 13 % respondentů.

K vlastní ekonomické situaci se největší podíl respondentů vyjádřil, že má peníze na nezbytně nutné záležitosti (54 %), na základní potřeby se nedostává 12 % respondentů. Oproti tomu 29 % respondentů nedostatkem netrpí a občas si může dovolit i nadstandartní zážitky a zbylých 6 % se řadí mezi bohaté a nemusí se ve výdajích omezovat.

Tabulka 6: Ekonomická situace respondentů

Ekonomická situace	Nemusí se omezovat	Přiměřená	Dostačující	Nedostačující
Počet respondentů	3	15	28	6

Zdroj: Vlastní výzkum

Zhodnocení kvantitativní praktické části spočívá ve vyhodnocení dotazníků. Otázky byly podle dvou hypotéz rozděleny na dva celky, a sice na odpovědi k první a druhé hypotéze.

Ke zjišťování **první hypotézy** bylo přiřazeno celkem devět otázek. Ty byly roztrženy na pět otázek týkajících se individuální vhodnosti vozíku a čtyři otázky, které mapují, jestli měl respondent možnost vybrat si vozík sám. Ke každé odpovědi, která dávala respondentům šanci uplatnění vlastní volby, byl přiřazen kód 1. Toto kódování dopomohlo k tomu, že je možné po doplnění odpovědí všech respondentů do souhrnné tabulky určit, jestli pacienti dostávají vozíky vhodné a jestli mají možnost podílet se na jejich výběru. Souhrnná tabulka je uvedena v kapitole Příloh.

Tabulka 7: Vyjádření spokojenosti pacientů s prvním invalidním vozíkem

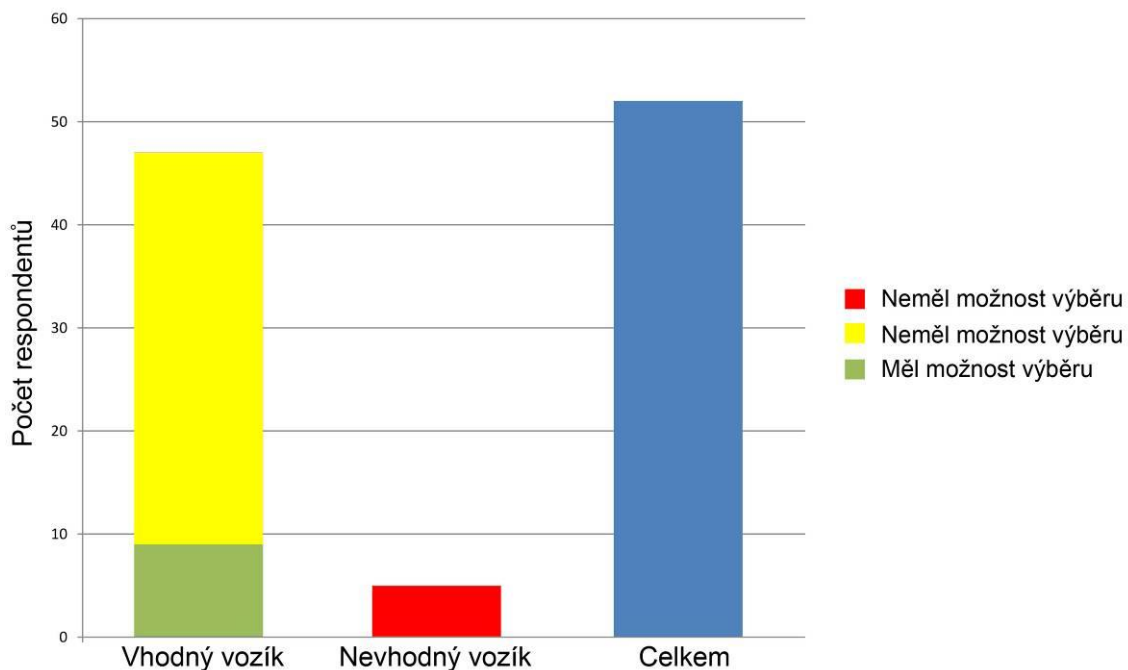
	Vhodný vozík	Nevhodný vozík	Celkem
Měl možnost výběru	9	0	52
Neměl možnost výběru	38	0	
	0	5	

Zdroj: Vlastní výzkum

Provedením analýzy dat bylo zjištěno, že pouhých 9 respondentů (17 %) mělo možnost vybrat si vozík osobně. Tito respondenti byli s vozíkem spokojeni. Dalších 38 respondentů (73 %) nedostalo možnost ovlivnit výběr svého prvního invalidního vozíku, ale následně lze říci, že bylo s vozíkem spokojeno. Zbýlých 5 respondentů (10 %) nemělo možnost si vozík vybrat a bylo s ním nespokojeno. Souhrnná tabulka je v kapitole Příloh.

Přiložený graf zřetelně přiblíží závislost možnosti výběru vozíku pacientem a jeho vhodnost pro konkrétního pacienta.

Graf 1: Vyjádření spokojenosti pacientů s prvním invalidním vozíkem



**Druhé hypotézy** se týkalo celkem 8 otázek, z nichž 2 měly pouze rozřazovací funkci a neměly pro účely výzkumu žádnou informační hodnotu. Zbýlých šest otázek obsahovalo několik možných odpovědí a respondenti mohli zaškrtnout i všechny nabízené odpovědi. Každá odpověď, která odpovídala vhodnému etickému postoji zdravotnického personálu, byla vyčíslena hodnotou 52 (počet respondentů v ideálním případě). Tento ideální stav byl konfrontován se stavem skutečným. Ke každé odpovědi bylo přiřazeno množství skutečně označených odpovědí. Souhrnná tabulka je součástí kapitoly Seznam příloh této bakalářské práce. Na konci analýzy byl tedy stav ideální porovnán se skutečností, což znázorňuje následující tabulka.

Tabulka 8: Stav informovanosti pacientů

	Ideální stav	Skutečnost
Bodové kódování odpovědí	816	486
Procentuální vyjádření	100 %	64 %

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Předpokládáme-li, že ideální stav informovanosti pacientů je tvořen 100 % informací, ve skutečnosti dospěl výzkum ke 486 odpovědím, kdy byli pacienti vhodně informováni, což tvoří 64 % z ideálního stavu.

### 5.3 Diskuze a závěry praktické části

Praktická část bakalářské práce byla podepřena smíšeným sociologickým výzkumem. Ten byl zvolen proto, že stav etického přístupu k pacientům lze jen těžko zjistit pouhým kvantitativním šetřením. Nejvhodnější a nejvýstižnější by byl rozsáhlý kvalitativní výzkum, který je ovšem mimo možnosti bakalářské práce.

Kvalitativní část byla postavena na rozhovoru s pěti respondenty, kteří byli maximálně dva roky po amputaci dolní končetiny. Ošetřování byli ve třech různých nemocnicích v Praze a Hradci Králové. Všem byly položeny stejné otázky.

Jak plyne z analýzy rozhovorů, respondenti byli nejspokojenější s přístupem rehabilitačních pracovníků. Z rozhovorů dále vyplývá, že některé z nich plnily svoji práci až nad rámec běžných povinností. Celkový systém rehabilitační péče o čerstvě amputované pacienty se zdá propracovaný a přístup rehabilitačních pracovníků splňoval všechny požadavky na vhodné etické chování zdravotnických zaměstnanců.

Druzí v pořadí, tedy také velmi dobře hodnocení, byli výdejci zdravotnických potřeb a sociální pracovníci. I v jejich přístupu k pacientům se neobjevily výrazné prohřešky. Obě zmíněné skupiny se k respondentům chovaly většinou s úctou a snažily se jim pomoci.

Horší hodnocení získaly zdravotní sestry. Nelze jim ale vytýkat zásadní odbornostní prohřešky. Společně se rozhovory nesla nespokojenost s tím, jak měly málo času se pacientům věnovat.

Lékaři získali umístění poslední. Opět se nejednalo o výhrady k léčbě samotné, ta byla ve všech případech výborná. Problematické bylo chování. Odtahitý, chladný a nezúčastněný přístup byl tím, co se respondentům nelíbilo. Na druhou stranu byli s lékaři dva respondenti spokojeni bez výhrady. Je ale nutno konstatovat, že v obou případech se jednalo o pacienty protekční.

Uvedené výhrady „na řeči neměli čas“, „moc se se mnou nebavil“, „byla taková odměřená“, „vždycky jen tak proběhlí“ jsou v kontrastu s vyjádřeními: „doktoři byli skvělí“, „přišla za mnou i po službě“, „chodily si se mnou povídat“.

Celkově lze konstatovat, že pacienti vnímají zdravotnický personál spíše pozitivně. Po stránce zdravotní nedošlo v žádném z uvedených případů k pochybení. Nespokojenost se týkala převážně komunikace a tzv. lidského přístupu.

Kvalitativní šetření bylo založeno na analýze dotazníků. Respondenti pocházeli jak z velkoměsta, tak z menších obcí, zastoupeni byli muži i ženy, nejčastěji ve věku 60–70 let. Vzdělání respondentů bylo převážně středoškolské s maturitou a ekonomická situace poloviny z nich nepříznivá. Uváděli, že mají peníze jen na nezbytně nutné potřeby. Další čtvrtina respondentů měla sociální zázemí uspokojivé, netrpěli zásadním nedostatkem.

Jeden okruh otázek zjišťoval odpověď na hypotézu: „Pacient nemá možnost volby svého prvního invalidního vozíku v době, kdy ještě není do nové situace zcela zasvěcen. Proto nemá vozík, který by pro něj byl optimálně vhodný.“

Analýza dotazníků spočívala k přiřazení kódů k odpovědím, které splňovaly vhodný etický přístup, a respondenti byli s vozíkem spokojeni. Po zpracování dotazníku bylo zjištěno, že ačkoliv 38 % respondentů nemělo možnost výběr svého prvního invalidního vozíku ovlivnit, byli s ním spokojeni. 17 % respondentů si vozík vybralo samo a 10 % respondentů si vozík nevybralo a nebylo s ním spokojeno.

Hypotéza tedy nebyla potvrzena, protože i přes nemožnost uplatnění vlastního výběru byli respondenti s vozíkem většinově spokojeni.

Druhý okruh otázek dotazníku byl zaměřen na hypotézu: „V průběhu vstupu do invalidity nejsou pacienti dostatečně informováni o faktech, která jim mohou v této situaci pomoci.“

Pro zodpovězení této hypotézy bylo vyčleněno 8 otázek, z nichž u každé bylo i několik možných odpovědí. Odpovědi, které podpořily správnou informovanost respondentů, byly okódovány. Jejich součet byl porovnán se sumou, ke které bychom došli v ideálním případě naprosté informovanosti respondentů. Tímto způsobem byla skutečná informovanost respondentů kvantifikována na 64 %. Jedná se sice o nadpoloviční většinu, ale z pohledu etického je to výsledek neuspokojivý. V době informačního boomu by mělo být samozřejmostí informovat pacienty co možná nejobsažněji, protože i to vede k jejich rychlejšímu uzdravování, návratu zpět do společnosti a schopnosti samostatného, nezávislého života.

Hypotéza byla potvrzena, pacienti nejsou o faktech, která jim mohou pomoci, dostatečně informováni.

## ZÁVĚR

Etika ve zdravotnictví se týká všech profesí, se kterými pacienti přicházejí do kontaktu. Lékaři léčí, sestry a ostatní zdravotnický personál ošetřují, nezdravotnický personál obsluhuje a zajišťuje vedlejší služby. Společné je pro všechny to, že mohou svým přístupem ovlivnit pacientovo prožívání vlastní nemoci, následnou rekonvalescenci a návrat do běžného života. Souhra všech jednotek v léčebném systému má vliv na pacientovu psychiku.

Problematiku aplikace etických principů v praxi jsem vnímala velmi intenzivně v době, kdy jsem vydávala pacientům po amputaci dolní končetiny invalidní vozíky. Všichni byli vystrašení jak aktuální stavem, tak pomyšlením na nastávající etapu života. K lepšímu zvládnutí těchto kritických momentů vedlo, kromě samotného příznivého vývoje uzdravování, také dokonalé informování pacientů o řešení praktických stránek života.

Teoretická část bakalářské práce proto sledovala nejprve historický vývoj etiky. Následující část o vývoji medicíny v českých zemích poukázala na to, v jakých souvislostech se ošetrovatelská péče pohybuje. Ošetrovatelské strategie a uplatňování etických principů podléhaly vždy aktuálnímu politickému, ekonomickému, enviromentálnímu a morálnímu klimatu daného období.

V aktuálních základních etických principech zdravotnictví je kromě jiného jmenován princip autonomie, který zahrnuje správnou informovanost pacienta a jeho souhlas s léčbou a s ní souvisejícími procedurami. Proto bylo téma praktické části práce zaměřeno na vnímání zdravotnického personálu pacienty, na vhodnou informovanost pacientů a na možnost ovlivnit výběr prvního invalidního vozíku samotným pacientem.

Hodnocení respondentů nebylo negativní. Respondenti jen vytýkali zdravotníkům nedostatek času. Zajímavé je srovnání, že v roce 1993 byl počet pacientů na jednoho lékaře 333. Do roku 2012 se tento počet snížil o 22 %, na 261 obyvatel na jednoho lékaře. Logicky by mělo času na pacienta být více, ale není. Většina nemocnic se účastní anket spokojenosti pacientů, probíhá soutěž Nejusměvavější nemocnice a řada dalších výzkumů, které by kromě informačních východisek měly mít i vliv motivační.



## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta, 2004, 126 s. ISBN 80-244-0907-0.

VACÍNOVÁ, Tereza. *Dějiny vzdělávání od antiky po Komenského*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009. ISBN 978-80-86723-74-7.

BUCKINGHAM, Will. *Kniha filozofie*. Vyd. 1. Praha: Knižní klub, 2013, 352 s. ISBN 978-80-242-3912-5.

SEMRÁDOVÁ, Ilona. *Etika*. Vyd. 4., upr. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009, 101 s. ISBN 978-807-0415-757.

ANZENBACHER, Arno. *Úvod do filozofie*. Vyd. 3., V Portálu 2. Praha: Portál, 2010, 377 s. ISBN 978-80-7367-727-5.

NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.

THOMPSON, Mel. *Přehled etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál s.r.o., 2004, 168 s. ISBN 80-7178-806-6.

ŽÁČKOVÁ, Dana. ŽÁČKOVÁ. *Etika v dějinách filozofie*. Vyd. 1. Praha, 2004, 73 s. ISBN 80-867-2306-2.

POPKIN, Richard Henry a Avrum STROLL. *Filozofie pro každého*. Vyd. 2. Překlad Karel Berka, Jan Pištěk, Ivana Štekrová. Praha: Portál., 2005, 407 s. ISBN 80-237-3942-5.

SVOBODNÝ, Petr a Ludmila HLAVÁČKOVÁ. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-725-4424-1.

VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha, 2012, 302 s., [8] s. obr. příl. ISBN 978-807-3677-800.

LINHART, Jiří. *Slovník cizích slov pro nové století: základní měnové jednotky, abecední seznam chemických prvků, jazykovědné pojmy, 30 000 hesel*. Litvínov, c2007, 412 s. ISBN 80-738-2005-6.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

MARX, David, VLČEK, František. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: SAK, o.p.s. a TIGIS, spol. s .r.o., 2013, 172 s. ISBN 978-80-87323-04-05.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8535-0.

KAMIŠ, Karel. *Řečová a jazyková komunikace spisovné češtiny*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2012. ISBN 978-80-7452-023-5.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 184 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

LIM, Arthur Siew Ming. *An introduction to medical ethics: patient's interest first* [online]. 2nd ed. Singapore: World Scientific, ©2008 [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10255601>.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

International Council of Nurses, *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN. 2012. ISBN 978-92-95094-95-6. Dostupné z: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)

## **SEZNAM ZKRATEK**

- AIFP – Asociace inovativního farmaceutického průmyslu
- ICN – International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
- SAK – Spojená akreditační komise

## SEZNAM GRAFŮ a TABULEK

### Seznam grafů

Graf 1: Vyjádření spokojenosti pacientů s prvním invalidním vozíkem .....	44
---	----

### Seznam tabulek

Tabulka 1: Analýza kvalitativního šetření .....	40
Tabulka 2: Bydliště respondentů.....	41
Tabulka 3: Věk a pohlaví respondentů.....	41
Tabulka 4: Vzdělání respondentů .....	42
Tabulka 5: Způsob bydlení respondentů.....	42
Tabulka 6: Ekonomická situace respondentů.....	43
Tabulka 7: Vyjádření spokojenosti pacientů s prvním vozíkem .....	43
Tabulka 8: Stav informovanosti pacientů .....	45

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A – Soupis otázek a přepisy rozhovorů pro kvalitativní část výzkumu</b>	<b>I</b>
<b>Příloha B – Celé znění dotazníku pro kvantitativní část šetření</b>	<b>VI</b>
<b>Příloha C – Část dotazníku s vyplněnými otázkami 1–6</b>	<b>XI</b>
<b>Příloha D – Část dotazníku s vyplněnými otázkami na vhodnost vozíku</b>	<b>XIV</b>
<b>Příloha E - Část dotazníku s vyplněnými otázkami na výběr vozíku</b>	<b>XIX</b>
<b>Příloha F - Část dotazníku s vepsanou sumarizací otázek na informovanost</b>	<b>XXIII</b>

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Soupis otázek a přepisy rozhovorů pro kvalitativní část výzkumu

1. Jak se k Vám choval ošetřující lékař? Zajímal se, s kým bydlíte? Měl na Vás čas?
2. Jak se k Vám chovaly zdravotní sestry na lůžkovém oddělení?
3. Jak se k Vám chovaly rehabilitační pracovníce v nemocnici?
4. Jak se k Vám chovala sociální pracovníce v nemocnici? Zajímala se, jak máte zařízený byt?
5. Jak se k Vám choval výdejce zdravotních pomůcek, konkrétně invalidního vozíku?
6. Kdo ze jmenovaných Vám nejvíce pomohl vyrovnat se se situací, do které jste se po amputaci dostal?

### Rozhovor č. 1

Pacient Jaroslav, 66 let, bývalý závozník, v důchodu, bydlí sám v podnájmu, 0,5 roku po vysoké amputaci ve stehnu.

1. „No, on se se mnou moc nebavil. Předepsal mi nějaký léky a injekce na bolest a řekl, že dostanu vozík. Na bydlení se ptal a řekl, že za mnou přijde sociální pracovníce.
2. „Sestřičky byly hodný, ale měly toho moc. Na nějaký řeči neměly čas, ale o pořádek se staraly, to jo. Staniční je pérovala. Nejlepší z nich byla ta, co tam uklízela. Vždycky za mnou přišla a hezky jsme si popovídali. Ale to asi nebyla sestra, vidíte? “
3. „Rehabky se u mě střídaly dvě. Ta mladá byla trochu protivná a taková rychlá. A mluvila potichu a když jsem neslyšel, tak se durdila. No a ta druhá byla jako moje teta, organizátorka, ale milá a hodná. Obě mě nutily, abych se hýbal a bolela mě z toho zdravá noha i ten pahýl. Ale nečekal jsem, že začnu chodit po schodech. To se jim docela povedlo.“
4. „Paní sociální řekla, že můžu žádat o invalidní důchod a když jsem nevěděl jak, tak přinesla papíry a já je podepsal. O bytu jsme moc nemluvili, ale na byt se ptali na Slapech, na rehabilitaci. A pak mi předepsali takovej ten nástavec na záchod a madla. Synovec mi to přidělal a pak mi do koupelny přines takový sedátko na vanu. Ale to asi koupil sám, ten je moc hodnej. A málem bych zapomněl. Já nevstanu

z postel, víte, mám ještě nemocný záda z těch krabic. Tak mi paní sociální zařídila takovou vysokou postel, je na elektriku a vstává skoro za mě. “

5. „Doktor mi napsal ten vozík a pan prodavač řek, že to pro mě není, že bych se moh převážít. Vidíte, že mi nohu vzali skoro celou. Je to blbý, dlouho trvalo, než jsem našel to správný těžiště. Jo, ten vozík, tak ten mi pak doktor předepsal jinej. Ten kluk mi přivez vozík se závažím a ten stojí moc dobře. Můj děda přišel ve fabrice o ruku a asi to měl jednodušší než já. Noha mi chybí a teď se ještě bojím, abych nepřišel i o druhou, ta taky není zdravá.“

6. „Tak to vím přesně. Rehabky. To, že mě naučili chodit, a ten vozík, tak to mi vážně pomohlo.“

---

## **Rozhovor č. 2**

Petr, 55 let, bývalý konstruktér, nyní v invalidním důchodu, ženatý, bydlí s rodinou v rodinném domku, 1,5 roku po vysoké amputaci ve stehnu.

1. „Já jsem měl štěstí, že jsem se dostal na Homolku. Doktoři byli skvělí. Operoval mě zástupce primáře a dal si záležet, protože za dva dny jsem skoro chodil. No, to je asi silný slovo, ale stavěl jsem se. Paní doktorka rehabilitační se za mnou dokonce zastavila a ptala se, co potřebuju předepsat. Manželka to všechno zjistila a teď máme doma skoro všechno tak, jak potřebuju. Jenom do patra se nedostanu.“

2. „Sestry jsou tam docela milé, nejlepší byly na JIPu. Nechápu, jak můžou mít pořád dobrou náladu. Pak na oddělení byly taky fajn, ale moc se nebavily. Vlastně některý ano. Sestra vždycky přišla a řekla, co se bude dít. To se mi líbilo a asi mě to uklidňovalo.“

3. „Paní doktorka rehabilitační jí za mnou poslala, říkal jsem jí anděl. Byla trpělivá, já bych to dělat nemohl. Naučila mě sedat a vysedat do vozíku a pérovala mě při chození. Pátej den jsem skoro celej probřečel, proč bych to neřekl, už je to za mnou. A ona za mnou přišla i po službě a povídala si se mnou.“

4. „Sociální pracovnice za mnou přišla, myslím, jednou. Dala mi podepsat papíry na invalidní důchod a já nechtěl, aby chodila znova. Víte, nejsem sociální případ. Manželka se o mě postará a taky dcery. Moc doma nejsou, ale když bylo nejhůř, tak se snažily.“

5. „Byl jsem docela překvapenej, když vidím, jak funguje hospodářství, tak jak funguje tohle. Přijel takovej mladík, na všechno se vyptal a za tři dny dovezl vozík. Já jsem vždycky sportoval a se ženou jsme chodili na výlety, tak jsem chtěl mít takový SUV mezi vozíkama. Museli jsme připlatit, ale stálo to za to. Podívejte, ten zvládne dojet skoro všude a do auta ho naložím i sám.“

6. „Tak to tedy říct nemůžu. Já sám nad tím přemýšlel a myslím, že kdyby tam všichni nebyli takový, jaký jsou, tak už tu nejsem. Doktoři mě odperovali, rehabky rozcvičily. A Vy se neptáte rehabilitační ústav. Kladruby bych mohl jen doporučit.“

---

### **Rozhovor č. 3**

Jiřina, 51 let, daňová poradkyně, pracuje, v invalidním důchodu, rozvedená, bydlí s dětmi ve vlastním bytě, 2 roky po amputaci pod kolenem.

1. „Mě operovala paní doktorka. Já jsem dlouho nechtěla, ale pak to vypadalo, že bych mohla přijít i o celou nohu, tak jsem povolila. I tak to manžel nevydržel. Ale chodí za náma, a když něco potřebuju, tak mi pomůže. No a paní doktorku si už moc nepamatuju. Byla taková trochu odměřená, říkala, že nemá moc času a hodně věcí řešily sestry. Nakonec se v propouštěcí zprávě spletla a napsala, že mám vysokou amputaci. Víc si pamatuju rehabilitační lékařku. Ta byla také odměřená, ale díky ní a vlastně díky rehabilitačním mám doma spoustu věcí, které mi pomáhají.“

2. „Sestřičky byly jak která. Všechny se bály staniční, a když tam byla, tak fungovaly výborně. Ale když tam nebyla, tak jsem se párkrát i nedozvonila a mísu mi musela dát paní uklízečka. Nejlepší byla Ukrajinka. Sice jsem jí úplně nerozuměla a ona to s vlídností nepřeháněla, ale na ni jsem se dozvonila vždycky.“

3. „O nich už jsem vlastně mluvila, nebo ne? Víte už je to dlouho. Cvičit se mnou chodily určitě každý den a... no jo, vlastně a jedna dělala jenom schody. Nikdy bych nevěřila, že za dva týdny po operaci vylezu do patra. Byla trpělivá a bezvadně uměla vysvětlit, co mám dělat, abych neupadla.“

4. „Sociální pracovnice mi vyřizovala důchod, ale moc se nebavila. Na nic se neptala. To mi víc pomohla kamarádka. Zjistila na pojišťovně, na co všechno mám nárok, a pak mi s tím pomohla.“

5. „S vozíkem byl problém. Ten první, co mi přivezli, byl už jednou použitý a mám takový dojem, že byl i špinavý. Tenkrát manžel ztropil scénu až jsem se styděla.“



Pak jsme čekali na jiný a ten se poved. Musela jsem kvůli tomu zůstat nemocnici o několik dní dýl, než přišel. Manžel musel připlatit, ale mám takový lehoučkový, kde se nemusí nafukovat kola. Až mám výčitky svědomí, že teď, co jsem se naučila na protéze, ho už nepoužívám.“

6. „Tak to tedy nevím... když se ptáte, myslím, že asi ta rehabilitace. Doktorka mě odoperovala a už jsem ji moc nezajímala, ale to cvičení mě postavilo na nohy – to zní až komicky v mojí situaci.“

---

#### **Rozhovor č. 4**

Oleg, 74 let, bývalý svářeč, v invalidním důchodu, ženatý, bydlí s manželkou ve vlastním domku, 1 rok po amputaci pod kolenem.

1. „Já jsem ani nevěděl, kdo je můj doktor. Chodil za námi každou chvíli někdo jinej a já už špatně vidím, tak sem nepřečet ty jména, co nosej na pláštích. Byli asi slušní, ale vždycky jen tak proběhli. Jenom, když se mi ta noha, teda pahýl, podebral, tak u mě byli víc. Čouhali ze mě takový ty hadičky a oni se asi báli, abych neumřel.“

2. „Se sestrama jsem si rozuměl. Byli tam takový mladý holčičky, jako moje vnučka, a ty byly ještě nejistý. Třeba s tou jehlou do žíly měly problémy. To pak musela přijít taková starší, kurážná a ta jim to ukazovala. To víte, ta moje kůže už není, co bejvala za mlada, a těžko se propichuje.“

3. „My jsme jim říkali sokolky. Za mnou chodila taková malá, pěkně stavěná, co měla sílu jako chlap. Cvičili jsme, ale bolelo to a ona si nedala říct. No a pak jsem měl ten zánět. Asi jsme to přehnali. Tam, co byla ta pístěl, to bolí doteď.“

4. „To nevím, která paní byla. Přišla za mnou jedna, dala podepsat papíry na důchod. To byla asi ona, ne? A pak ještě zjišťovala, jak to máme doma třeba s jídlem. Tak nám sem začali vozit obědy. Manželka je ráda, že si odpočine.“

5. „První vozík, co mi dávali, se mi špatně řídil. Nedošáh jsem na kola. Tak mi přivezli s nižšíma područkama a to je už dobrý. Jen máme problém s dofukováním kol. To jedno je pořád podhuštěný a ani já, ani žena nemáme dost síly na nafouknutí. Teď naposledy, co tu byl ten od servisu, tak sliboval bezdušový. Já nevím, kdybych měl ještě sílu, tak bych si vozík vyrobil sám. Fortelnej, abych moh sám třeba na zahradu. Takhle mi musí pomáhat žena a já ji pořád něčím votravuju.“

6. „Mně nejvíc pomáhá žena. Snad ji nepřežiju, to bych pak nevěděl, co si počít. Když jsem byl na tom špatně, tak mi i televizi do pokoje dala, abych myslel na něco jinýho... A pak taky naše paní doktorka. Víte, že na ty nový pneumatiky je potřeba papír pro pojišťovnu, a ona mi ho vypsala a do té pojišťovny ho i poslala? Neplatil jsem nic. Takže z doktorů asi naše paní doktorka.“

---

## **Rozhovor č. 5**

Jana, 71 let, bývalá učitelka, v důchodu, vdova, bydlí u syna v rodinném domku, 1 rok po amputaci pod kolenem.

1. „Mě operovali v Hradci. Já tam tehdy bydlela a musím říct, že nemocnice je to krásná. Oddělení bylo nové a doktoři se všichni chovali jako za první republiky. Takže nebýt té nohy, tak se mi tam i líbilo. Ptali se mě, jak bydlím a právě pak se se synem domluvili, že by bylo lepší, abych byla tady. Tak na starý kolena je ze mě Pražák. Pan doktor, ten, co mě operoval, se možná každý den zastavil, aby se podíval, jak se mi noha hojí.“

2. „Sestřičky byly skoro jako doktoři. Byly šikovné a vstřícné. Pracuje tam moje neteř, musím říct, že jsem na ni pyšná. Já jsem hodně plakala a ony si se mnou chodily povídat.“

3. „Rehabilitační sestřičky mě učily chodit a pracovat s vozíkem. To už si moc nepamatuju, protože potom jsem byla v Kladrubech a nevím vlastně, kde mě co naučily... Ale určitě bylo všechno v pořádku, protože si nepamatuju nic nepříjemné.“

4. „Právě s tou paní sociální mluvil syn a dostal od ní všechny doklady na důchod. A také mu poradila to, s tím vozíkem. Vidíte, jaký mám? Je lehoučký, takže když jde snacha s kočárkem, můžu jet aspoň kousek s nimi. Minulý týden jsem na něm uvařila i svíčkovou, už se tolik nebojím.“

5. „Toho jsem asi neviděla, syn mi vozík přivezl a všechno vyřizoval. Tak to vás asi zklamalo, ale nevím.“

6. „Moc bych vám chtěla odpovědět, že syn a snacha, jsou trpěliví. A z personálu nemocnice... po psychické stránce asi sestřičky. To, že tam byla naše Tereza a i všechny ostatní se ke mně chovaly hezky. Ale doktory si prosím vás napište na druhé místo, to by mi bylo hanba se o nich nezmínit.“

---

## Příloha B – Celé znění dotazníku pro kvantitativní část šetření

### Dotazník pro pacienta

Dobrý den, dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník má za úkol zjistit, s jakými problémy se potýkají lidé po amputaci, kteří jsou odkázáni na používání invalidního vozíku. Dotazník bude zpracováván jen pro účely mé bakalářské práce a zachovává plnou anonymitu dotazovaných osob. Prosím o pravdivé zodpovězení všech otázek. V případě více možných odpovědí, zatrhněte prosím všechny, které odpovídají vaší situaci.

---

1. Jste (označte křížkem, prosím)

<input type="checkbox"/> muž
<input type="checkbox"/> žena

2. Uveďte prosím rok Vašeho narození

3. Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

<input type="checkbox"/> ZŠ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SŠ bez maturity	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SŠ s maturitou	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VŠ	<input type="checkbox"/>

4. Před chirurgickým zákrokem jste bydlel

<input type="checkbox"/>	v podnájmu nebo na ubytovně.
<input type="checkbox"/>	v bytě s rodiči.
<input type="checkbox"/>	s partnerem/partnerkou nebo rodinou ve vlastním nebo pronajatém bytě.
<input type="checkbox"/>	sám ve vlastním nebo pronajatém bytě.
<input type="checkbox"/>	sám ve vlastním domě.
<input type="checkbox"/>	s rodinou ve vlastním domě.
<input type="checkbox"/>	v sociálním bytě nebo DD nebo LDN.

5. Nyní žijete

- v podnájmu nebo na ubytovně.
- v bytě s rodiči.
- s partnerem/partnerkou nebo rodinou ve vlastním nebo pronajatém bytě.
- sám ve vlastním nebo pronajatém bytě.
- sám ve vlastním domě.
- s rodinou ve vlastním domě.
- v sociálním bytě nebo DD nebo LDN.

6. Jak byste ohodnotil svoji finanční situaci?

- Velmi dobrá – nemusím se omezovat.
- Přiměřená – můžu si občas dovolit i nadstandartní požitky.
- Dostačující – nakupuji jen to, co nezbytně potřebuji.
- Nedostačující – nedostává se mi peněz na základní potřeby (nájem, jídlo, léky, zdr. potřeby).

**U otázek 7–15 zaškrtněte prosím pouze JEDNU správnou odpověď.**

7. Jste spokojen se svým invalidním vozíkem?

- ANO
- NE

8. Dostal jste vozík nový?

- ANO
- NE

9. Pokud jste dostal starší vozík, v jakém byl technickém stavu?

- Dobrém
- Špatném
- Nedokážu určit

10. Při výběru invalidního vozíku

- rozhodoval lékař bez konzultace s Vámi.
- rozhodoval lékař po konzultaci s Vámi.
- chtěl jste rozhodnout sám, ale lékař vaše rozhodnutí neakceptoval.
- rozhodl jste sám a lékař vaše rozhodnutí akceptoval.

11. Při výběru invalidního vozíku jste byl dotazován na vaše míry a váhy nebo měřen?

<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	NE

12. Vejde se Vám vozík pohodlně do automobilu?

<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	Nepřepravuji jej automobilem.

13. Konzultoval s Vámi někdo rozměry vozíku ve složeném stavu při výběru?

<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	NE

14. Dá se použít Váš vozík samostatně, bez doprovodu druhé osoby?

	ano	ne	nevyžívám
v domácnosti			
ve městě			
v přírodě			

15. Ptal se Vás někdo, jestli budete vozík používat jen doma nebo i venku?

<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	NE

**U otázek 16–23 zaškrtněte prosím všechny odpovědi, které se shodují s Vaší situací.**

16. Doporučil Vám lékař (Váš ošetřující nebo rehabilitační) jiné zdravotní pomůcky?

<input type="checkbox"/>	Rehabilitační.
<input type="checkbox"/>	Rehabilitační a pro lepší sebeobslužnost.
<input type="checkbox"/>	Nedoporučil.

17. Poskytl Vám lékař informace o možnostech následné péče?

- Lázeňské.
- Rehabilitace ústavní.
- Rehabilitace domácí.
- Rehabilitace s docházením.
- Nedoporučil.

18. Dal Vám lékař při předepisování zdravotních pomůcek na výběr mezi pomůckami plně hrazenými pojišťovnou a pomůckami s různě vysokým doplatkem?

- ANO
- NE

19. Informoval Vás lékař nebo někdo jiný o skutečnosti, že invalidní vozík zůstává v době, kdy ho používáte, majetkem zdravotní pojišťovny?

- ANO
- NE

20. Navštívil Vás během hospitalizace sociální pracovník?

- ANO
- NE

21. Pokud ANO, poskytl Vám informace

- o bezdoplatkových zdravotních pomůckách?
- o možnosti příspěvku na úpravu Vašeho stávajícího bytu?
- o státní finanční pomoci vztahující se k Vaší situaci?
- o možnosti asistenční služby v místě Vašeho bydliště?
- jiné – doplňte: .....

22. Navštívil Vás během hospitalizace rehabilitační pracovník?

- ANO
- NE

23. Pokud Vás navštívil rehabilitační pracovník

- |                          |                                    |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | cvičil s vámi.                     |
| <input type="checkbox"/> | učil Vás používat invalidní vozík. |
| <input type="checkbox"/> | úkony k lepší sebeobsluze.         |
| <input type="checkbox"/> | pohyb na schodech.                 |

Děkuji Vám za zodpovězení otázek!

## Příloha C – Část dotazníku s vyplněnými otázkami 1–6

Dotazník pro pacienta		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
1.	<table border="1"> <tr> <td>muž</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>žena</td> <td>20</td> </tr> </table>	muž	32	žena	20	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
muž	32																									
žena	20																									
2.	Rok narození 1...	43	47	48	49	51	52	52	54	55	55	55	56	57	57	61	61	61	63	65	65					
3.	Vzdělání																									
	ZŠ												x													
	SŠ bez maturity					x	x			x	x	x					x		x							
	SŠ s maturitou	x		x	x			x	x					x		x		x		x	x					
	VŠ		x												x											
4.	Před chirurgickým zákrokem bydlel																									
	<b>2</b> v podnájmu nebo na ubytovně.												x													
	<b>2</b> v bytě s rodiči.		x																							
	<b>20</b> s partnerem nebo rodinou ve vlast.nebo pronaj. bytě.	x		x	x			x						x	x	x		x			x					
	<b>7</b> sám ve vlastním nebo pronajatém bytě.					x	x						x													
	<b>4</b> sám ve vlastním domě.																									
	<b>17</b> s rodinou ve vlastním domě.								x	x	x	x									x					
	<b>0</b> v sociálním bytě nebo DD nebo LDN.																									
5.	Nyní žije																									
	<b>2</b> v podnájmu nebo na ubytovně.												x													
	<b>2</b> v bytě s rodiči.		x																							
	<b>22</b> s partnerem nebo rodinou ve vlast.nebo pronaj. bytě.	x		x	x									x	x				x		x					
	<b>4</b> sám ve vlastním nebo pronajatém bytě.					x								x												
	<b>1</b> sám ve vlastním domě.																									
	<b>14</b> s rodinou ve vlastním domě.								x	x	x										x					
	<b>7</b> v sociálním bytě nebo DD nebo LDN.						x					x														
6.	Ohodnocení vlastní finanční situace																									
	<b>3</b> Velmi dobrá - nemusím se omezovat.		x																							
	<b>15</b> Přiměřená-můžu si občas dovolit i nadstand. požitky.	x		x		x			x	x	x			x							x					
	<b>28</b> Dostačující - nakupuji jen to, co nezbytně potřebuji.				x								x													
	<b>6</b> Nedostačující - nedostává se mi peněz na zák. potřeby (nájem, jídlo, léky, zdr. potřeby).																									



## Dotazník pro pacienta

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
1.	muž 32		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	žena 20		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
2.	Rok narození 1...		65	66	67	68	69	71	71	71	71	72	73	75	49	54	54	57	58	63	63	63
3.	Vzdělání		ZŠ 4		SS bez maturity 23		SS s maturitou 19		VŠ 6		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
4.	Před chirurgickým zákrokem bydlel		2 v podnájmu nebo na ubytovně.		2 v bytě s rodiči.		20 s partnerem nebo rodinou ve vlast. nebo pronaj. bytě.		7 sám ve vlastním nebo pronajatém bytě.		4 sám ve vlastním domě.		17 s rodinou ve vlastním domě.		0 v sociálním bytě nebo DD nebo LDN.		x	x	x	x		
			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
5.	Nyní žije		2 v podnájmu nebo na ubytovně.		2 v bytě s rodiči.		22 s partnerem nebo rodinou ve vlast. nebo pronaj. bytě.		4 sám ve vlastním nebo pronajatém bytě.		1 sám ve vlastním domě.		14 s rodinou ve vlastním domě.		7 v sociálním bytě nebo DD nebo LDN.		x	x	x	x		
			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
6.	Ohodnocení vlastní finanční situace		3 Velmi dobrá - nemusím se omezovat.		15 Přiměřená-můžu si občas dovolit i nadstand. požitky.		28 Dostačující - nakupuji jen to, co nezbytně potřebuji.		6 Nedostačující - nedostává se mi peněz na zák. potřeby (nájem, jídlo, léky, zdr. potřeby).		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

## Dotazník pro pacienta

		41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1.	muž												
	žena	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2.	Rok narození 1...	64	64	65	66	66	67	68	72	73	74	74	78
3.	Vzdělání												
	ZŠ						x						
	SŠ bez maturity	x		x		x		x	x		x		
	SŠ s maturitou		x		x					x		x	
	VŠ												x
4.	Před chirurgickým zákrokem bydlel												
	2 v podnájmu nebo na ubytovně.												
	2 v bytě s rodiči.												
	20 s partnerem nebo rodinou ve vlast.nebo pronaj. bytě.	x	x		x	x	x			x			
	7 sám ve vlastním nebo pronajatém bytě.			x							x		
	4 sám ve vlastním domě.							x					
	17 s rodinou ve vlastním domě.	x	x		x					x	x	x	x
	0 v sociálním bytě nebo DD nebo LDN.												
5.	Nyní žije												
	2 v podnájmu nebo na ubytovně.												
	2 v bytě s rodiči.												
	22 s partnerem nebo rodinou ve vlast.nebo pronaj. bytě.	x	x		x	x	x			x			
	4 sám ve vlastním nebo pronajatém bytě.			x									
	1 sám ve vlastním domě.												
	14 s rodinou ve vlastním domě.										x	x	x
	7 v sociálním bytě nebo DD nebo LDN.								x				
6.	Ohodnocení vlastní finanční situace												
	3 Velmi dobrá - nemusím se omezovat.												
	15 Přiměřená-můžu si občas dovolit i nadstand. požitky.	x			x	x							
	28 Dostačující - nakupuji jen to, co nezbytně potřebuji.												
	6 Nedostačující - nedostává se mi peněz na zák. potřeby (nájem, jídlo, léky, zdr. potřeby).						x	x			x		

**Příloha D – Část dotazníku s vyplněnými otázkami na vhodnost vozíku, otázky 7, 8, 9, 12 a 14**

**U otázek 7–15 zaškrtněte prosím pouze JEDNU správnou odpověď.**

						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>7.</b>	Jste spokojen se svým invalidním vozíkem?															
					<i>vhodnost</i>											
	<input type="checkbox"/> <b>36</b> ANO				kód 1	1		1	1			1		1	1	
	<input type="checkbox"/> <b>16</b> NE				kód 0											
<b>8.</b>	Dostal jste vozík nový?				<i>vhodnost</i>											
	<input type="checkbox"/> <b>38</b> ANO				kód 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<input type="checkbox"/> <b>14</b> NE				kód 0											
<b>9.</b>	Pokud jste dostal starší vozík, v jakém byl technickém stavu?				<i>vhodnost</i>											
	<input type="checkbox"/> <b>7</b> Dobrém				kód 1											
	<input type="checkbox"/> <b>5</b> Špatném				kód 0											
	<input type="checkbox"/> <b>2</b> Nedokážu určit				kód 1											
<b>12.</b>	Vejde se Vám vozík pohodlně do automobilu?				<i>vhodnost</i>											
	<input type="checkbox"/> <b>41</b> ANO				kód 1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<input type="checkbox"/> <b>2</b> NE				kód 0		0									
	<input type="checkbox"/> <b>9</b> Nepřepravuji jej automobilem.				kód 1											
<b>14.</b>	Dá se použít Váš vozík samostatně, bez doprovodu druhé osoby?				<i>vhodnost</i>											
		ANO	kód 1	NE	kód 0	Nevyužiji										
	v domácnosti	50		0		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	ve městě	38		6		8	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
	v přírodě	12		21		19	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0

**U otázek 7–15 zaškrtněte prosím pouze JEDNU správnou odpověď.**

7. Jste spokojen se svým invalidním vozíkem?

*vhodnost*

36 ANO

kód 1

16 NE

kód 0

8. Dostal jste vozík nový?

*vhodnost*

38 ANO

kód 1

14 NE

kód 0

9. Pokud jste dostal starší vozík, v jakém byl technickém stavu?

*vhodnost*

7 Dobrém

kód 1

5 Špatném

kód 0

2 Nedokážu určit

kód 1

12. Vejde se Vám vozík pohodlně do automobilu?

*vhodnost*

41 ANO

kód 1

2 NE

kód 0

9 Nepřepravuji jej automobilem.

kód 1

14. Dá se použít Váš vozík samostatně, bez doprovodu druhé osoby?

*vhodnost*

	ANO kód 1	NE kód 0	Nevyužiji kód 1
v domácnosti	50	0	2
ve městě	38	6	8
v přírodě	12	21	19

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
7. ANO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7. NE											
8. ANO	1		1	1	1			1	1		1
8. NE											
9. Dobrém						1	1				
9. Špatném											
9. Nedokážu určit											
12. ANO	1			1	1		1	1	1	1	1
12. NE											
12. Nepřepravuji jej automobilem.		1	1			1					
14. v domácnosti	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14. ve městě	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14. v přírodě	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1

**U otázek 7–15 zaškrtněte prosím pouze JEDNU správnou odpověď.**

7. Jste spokojen se svým invalidním vozíkem?

*vhodnost*

36 ANO

kód 1

16 NE

kód 0

8. Dostal jste vozík nový?

*vhodnost*

38 ANO

kód 1

14 NE

kód 0

9. Pokud jste dostal starší vozík, v jakém byl technickém stavu?

*vhodnost*

7 Dobrém

kód 1

5 Špatném

kód 0

2 Nedokážu určit

kód 1

12. Vejde se Vám vozík pohodlně do automobilu?

*vhodnost*

41 ANO

kód 1

2 NE

kód 0

9 Nepřepravuji jej automobilem.

kód 1

14. Dá se použít Váš vozík samostatně, bez doprovodu druhé osoby?

*vhodnost*

	ANO kód 1	NE kód 0	Nevyužiji kód 1									
v domácnosti	50	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ve městě	38	6	8	1	1	1	1	1	1	1	1	0
v přírodě	12	21	19	0	0	1	1	1	0	0	0	0

	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
7. ANO	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
7. NE											
8. ANO		1		1	1	1	1	1	1	1	1
8. NE											
9. Dobrém			1								
9. Špatném											
9. Nedokážu určit											
12. ANO		1	1	1	1		1	1	1	1	1
12. NE											
12. Nepřepravuji jej automobilem.	1					1					
14. v domácnosti	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14. ve městě	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
14. v přírodě	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0

**U otázek 7–15 zaškrtněte prosím pouze JEDNU správnou odpověď.**

7. Jste spokojen se svým invalidním vozíkem?

*vhodnost*

- 36** ANO kód 1
- 16** NE kód 0

8. Dostal jste vozík nový?

*vhodnost*

- 38** ANO kód 1
- 14** NE kód 0

9. Pokud jste dostal starší vozík, v jakém byl technickém stavu?

*vhodnost*

- 7** Dobrém kód 1
- 5** Špatném kód 0
- 2** Nedokážu určit kód 1

12. Vejde se Vám vozík pohodlně do automobilu?

*vhodnost*

- 41** ANO kód 1
- 2** NE kód 0
- 9** Nepřepravuji jej automobilem. kód 1

14. Dá se použít Váš vozík samostatně, bez doprovodu druhé osoby?

*vhodnost*

	ANO kód 1	NE kód 0	Nevyužiji kód 1
v domácnosti	50	0	2
ve městě	38	6	8
v přírodě	12	21	19

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
7. ANO											
7. NE											
8. ANO											
8. NE											
9. Dobrém											
9. Špatném											
9. Nedokážu určit											
12. ANO											
12. NE											
12. Nepřepravuji jej automobilem.											
14. v domácnosti											
14. ve městě											
14. v přírodě											

**U otázek 7–15 zaškrtněte prosím pouze JEDNU správnou odpověď.**

				45	46	47	48	49	50	51	52
<b>7.</b>	Jste spokojen se svým invalidním vozíkem?										
				<i>vhodnost</i>							
	<b>36</b>	ANO	kód 1	1	1		1	1	1	1	1
	<b>16</b>	NE	kód 0								
<b>8.</b>	Dostal jste vozík nový?										
				<i>vhodnost</i>							
	<b>38</b>	ANO	kód 1	1	1		1			1	1
	<b>14</b>	NE	kód 0								
<b>9.</b>	Pokud jste dostal starší vozík, v jakém byl technickém stavu?										
				<i>vhodnost</i>							
	<b>7</b>	Dobrém	kód 1					1	1		
	<b>5</b>	Špatném	kód 0								
	<b>2</b>	Nedokážu určit	kód 1			1					1
<b>12.</b>	Vejde se Vám vozík pohodlně do automobilu?										
				<i>vhodnost</i>							
	<b>41</b>	ANO	kód 1		1	1	1	1		1	
	<b>2</b>	NE	kód 0								
	<b>9</b>	Nepřepravuji jej automobilem.	kód 1	1					1		1
<b>14.</b>	Dá se použít Váš vozík samostatně, bez doprovodu druhé osoby?										
				<i>vhodnost</i>							
		ANO	kód 1								
		NE	kód 0								
		Nevyužiji	kód 1								
	v domácnosti	50	0	2	1	1	1	1	1	1	1
	ve městě	38	6	8	0	1	1	1	1	1	1
	v přírodě	12	21	19	0	1	0	1	0	1	0

### Vysvětlivky:

**Červená barva** označuje přidělený kód k dané odpovědi.

**Zeleně** jsou popsány zaměření otázek.

**Příloha E – Část dotazníku s vyplněnými otázkami na výběr vozíku,  
doplněna sumarizace odpovědí na otázky zaměřené na vhodnost i výběr  
vozíku (suma doplněna k jednotlivým pacientům)**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>10.</b>	Při výběru invalidního vozíku															
		<i>výběr</i>														
	<input type="checkbox"/> <b>43</b> rozhodoval lékař bez konzultace s Vámi. <b>kód 0</b>		0	0		0	0		0			0	0	0	0	
	<input type="checkbox"/> <b>2</b> rozhodoval lékař po konzultaci s Vámi. <b>kód 1</b>									1						
	<input type="checkbox"/> <b>0</b> chtěl jste rozhodnout sám, ale lékař vaše rozhodnutí neakceptoval. <b>kód 0</b>															
	<input type="checkbox"/> <b>7</b> rozhodl jste sám a lékař vaše rozhodnutí akceptoval. <b>kód 1</b>	1			1			1			1					1
<b>11.</b>	Při výběru invalidního vozíku jste byl dotazován na vaše míry a váhy nebo měřen?															
		<i>výběr</i>														
	<input type="checkbox"/> <b>52</b> ANO <b>kód 1</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<input type="checkbox"/> <b>0</b> NE <b>kód 0</b>															
<b>13.</b>	Konzultoval s Vámi někdo rozměry vozíku ve složeném stavu při výběru?															
		<i>výběr</i>														
	<input type="checkbox"/> <b>2</b> ANO <b>kód 1</b>	1														
	<input type="checkbox"/> <b>50</b> NE <b>kód 0</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>15.</b>	Ptal se Vás někdo, jestli budete vozík používat jen doma nebo i venku?															
		<i>výběr</i>														
	<input type="checkbox"/> <b>0</b> ANO <b>kód 1</b>															
	<input type="checkbox"/> <b>52</b> NE <b>kód 0</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZHODNOCENÍ VHODNOSTI VOZÍKU		6	2	6	6	3	4	6	4	5	5	4	6	5	5	6
MOŽNOST VÝBĚRU VOZÍKU		2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2



		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
<b>10.</b>	Při výběru invalidního vozíku															
	<b>43</b> rozhodoval lékař bez konzultace s Vámi. <b>kód 0</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>2</b> rozhodoval lékař po konzultaci s Vámi. <b>kód 1</b>															
	<b>0</b> chtěl jste rozhodnout sám, ale lékař vaše rozhodnutí neakceptoval. <b>kód 0</b>															
	<b>7</b> rozhodl jste sám a lékař vaše rozhodnutí akceptoval. <b>kód 1</b>															
<b>11.</b>	Při výběru invalidního vozíku jste byl dotazován na vaše míry a váhy nebo měřen?															
	<b>52</b> ANO <b>kód 1</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>0</b> NE <b>kód 0</b>															
<b>13.</b>	Konzultoval s Vámi někdo rozměry vozíku ve složeném stavu při výběru?															
	<b>2</b> ANO <b>kód 1</b>															
	<b>50</b> NE <b>kód 0</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>15.</b>	Ptal se Vás někdo, jestli budete vozík používat jen doma nebo i venku?															
	<b>0</b> ANO <b>kód 1</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>52</b> NE <b>kód 0</b>															
	ZHODNOCENÍ VHODNOSTI VOZÍKU	5	6	6	6	6	3	6	4	4	6	6	6	5	5	5
	MOŽNOST VÝBĚRU VOZÍKU	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

		31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
<b>10.</b>	Při výběru invalidního vozíku													
		<i>výběr</i>												
	<b>43</b> rozhodoval lékař bez konzultace s Vámi. <b>kód 0</b>	0	0	0		0		0	0	0		0	0	0
	<b>2</b> rozhodoval lékař po konzultaci s Vámi. <b>kód 1</b>				1									
	<b>0</b> chtěl jste rozhodnout sám, ale lékař vaše rozhodnutí neakceptoval. <b>kód 0</b>													
	<b>7</b> rozhodl jste sám a lékař vaše rozhodnutí akceptoval. <b>kód 1</b>						1				1			
<b>11.</b>	Při výběru invalidního vozíku jste byl dotazován na vaše míry a váhy nebo měřen?													
		<i>výběr</i>												
	<b>52</b> ANO <b>kód 1</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>0</b> NE <b>kód 0</b>													
<b>13.</b>	Konzultoval s Vámi někdo rozměry vozíku ve složeném stavu při výběru?													
		<i>výběr</i>												
	<b>2</b> ANO <b>kód 1</b>						1							
	<b>50</b> NE <b>kód 0</b>	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
<b>15.</b>	Ptal se Vás někdo, jestli budete vozík používat jen doma nebo i venku?													
		<i>výběr</i>												
	<b>0</b> ANO <b>kód 1</b>	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
	<b>52</b> NE <b>kód 0</b>													
<b>ZHODNOCENÍ VHODNOSTI VOZÍKU</b>		<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>MOŽNOST VÝBĚRU VOZÍKU</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

			44	45	46	47	48	49	50	51	52
<b>10.</b>	Při výběru invalidního vozíku										
	<b>43</b>	rozhodoval lékař bez konzultace s Vámi. <b>kód 0</b>									
	<b>2</b>	rozhodoval lékař po konzultaci s Vámi. <b>kód 1</b>									
	<b>0</b>	chtěl jste rozhodnout sám, ale lékař vaše rozhodnutí neakceptoval. <b>kód 0</b>									
	<b>7</b>	rozhodl jste sám a lékař vaše rozhodnutí akceptoval. <b>kód 1</b>									
<b>11.</b>	Při výběru invalidního vozíku jste byl dotazován na vaše míry a váhy nebo měřen?										
	<b>52</b>	ANO <b>kód 1</b>									
	<b>0</b>	NE <b>kód 0</b>									
<b>13.</b>	Konzultoval s Vámi někdo rozměry vozíku ve složeném stavu při výběru?										
	<b>2</b>	ANO <b>kód 1</b>									
	<b>50</b>	NE <b>kód 0</b>									
<b>15.</b>	Ptal se Vás někdo, jestli budete vozík používat jen doma nebo i venku?										
	<b>0</b>	ANO <b>kód 1</b>									
	<b>52</b>	NE <b>kód 0</b>									
<b>ZHODNOCENÍ VHODNOSTI VOZÍKU</b>			<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>MOŽNOST VÝBĚRU VOZÍKU</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## Příloha F – Část dotazníku s vepsanou sumarizací odpovědí na otázky zaměřené na informovanost respondentů

		Reál	Ideál
16.	Doporučil Vám lékař (Váš ošetřující nebo rehabilitační) jiné zdravotní pomůcky?		
	<b>50</b> Rehabilitační.	50	52
	<b>47</b> Rehabilitační a pro lepší sebeobslužnost.		52
	<b>2</b> Nedoporučil.	0	0
17.	Poskytl Vám lékař informace o možnostech následné péče?		
	<b>2</b> Lázeňské.	2	52
	<b>49</b> Rehabilitace ústavní.	49	52
	<b>44</b> Rehabilitace domácí.	44	52
	<b>16</b> Rehabilitace s docházením.	16	52
	<b>1</b> Nedoporučil.		
18.	Dal Vám lékař při předepisování zdravotních pomůcek na výběr mezi pomůckami plně hrazenými pojišťovnou a pomůckami s různě vysokým doplatkem?		
	<b>22</b> ANO	22	52
	<b>30</b> NE	0	0
19.	Informoval Vás lékař nebo někdo jiný o skutečnosti, že invalidní vozík zůstává v době, kdy ho používáte, majetkem zdravotní pojišťovny?		
	<b>19</b> ANO	19	52
	<b>0</b> NE	0	0
20.	Navštívil Vás během hospitalizace sociální pracovník?		
	<b>48</b> ANO		
	<b>4</b> NE		
	<i>UPŘESŇUJÍCÍ</i>		
21.	Pokud ANO, poskytl Vám informace		
	<b>23</b> o bezdoplatkových zdravotních pomůckách?	23	48
	<b>2</b> o možnosti příspěvku na úpravu Vašeho stávajícího bytu?	2	48
	<b>47</b> o státní finanční pomoci vztahující se k Vaší situaci?	47	48
	<b>3</b> o možnosti asistenční služby v místě Vašeho bydliště?	3	48
	<b>6</b> jiné – doplňte: ... <b>zajistili informace o obstarání speciální postele</b> .....	6	0
22.	Navštívil Vás během hospitalizace rehabilitační pracovník?		
	<b>52</b> ANO		
	<b>0</b> NE		
	<i>UPŘESŇUJÍCÍ</i>		
23.	Pokud Vás navštívil rehabilitační pracovník		
	<b>52</b> cvičil s vámi	52	52
	<b>52</b> učil Vás používat invalidní vozík.	52	52
	<b>49</b> úkony k lepší sebeobsluze	49	52
	<b>50</b> pohyb na schodech.	50	52
	Sumarizace	486	816

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Dana Jírová**

**Obor: Vzdělávání dospělých**

**Forma studia: Kombinovaná**

**Název práce: Etika ve zdravotnictví**

**Rok: 2014**

**Počet stran textu bez příloh: 41**

**Celkový počet stran příloh: 23**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 18**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1**

**Počet internetových zdrojů: 1**

**Vedoucí práce: Ing. Pavel Zdvořák**