

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra systematické teologie

Marek Adamík

Etické dimenze současné lékařské péče

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Milan Mičo, Th.D.

Obor: Katolická teologie

OLOMOUC 2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jsem
přitom jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 22.4.2009

Děkuji Mgr. Milanu Mičo, Th.D. za odborné vedení práce a poskytnutí cenných rad a podnětů, především při volbě pramenů a uspořádání práce.

Obsah

1	VÝVOJ LÉKAŘSTVÍ.....	6
1.1	LÉKAŘSTVÍ VE STAROVĚKU	6
1.1.1	<i>Lékařství v Egyptě</i>	6
1.1.2	<i>Lékařství v Mezopotámii.....</i>	7
1.1.3	<i>Hippokrates a kójská škola.....</i>	9
1.1.4	<i>Alexandrijská škola</i>	11
1.1.5	<i>Galénos.....</i>	11
1.1.6	<i>Byzantská medicína</i>	12
1.2	LÉKAŘSTVÍ VE STŘEDOVĚKU	12
1.2.1	<i>Klášterní medicína ve středověku.....</i>	12
1.2.2	<i>Lékařství období scholastiky – Salernská lékařská škola.....</i>	14
1.3	LÉKAŘSTVÍ V MODERNÍ A POSTMODERNÍ DOBĚ	15
1.3.1	<i>Medicína doby renesanční.....</i>	15
1.3.2	<i>Medicína v době osvícenství.....</i>	16
1.3.3	<i>Medicína v letech 1848 – 1918.....</i>	16
1.3.4	<i>Medicína mezi dvěma světovými válkami</i>	17
2	LÉKAŘSKÁ ETIKA.....	19
2.1	LÉKAŘSKÁ ETIKA V MODERNÍ DOBĚ	19
2.1.1	<i>Historie moderní české lékařské etiky</i>	22
2.2	ZDROJE A PRINCIPY LÉKAŘSKÉ ETIKY	23
2.2.1	<i>Hippokratova přísaha a hippokratovská tradice.....</i>	24
2.2.2	<i>Judaismus</i>	26
2.2.3	<i>Křesťanství</i>	29
2.2.4	<i>Protestantizmus</i>	31
2.2.5	<i>Principy angloamerické oblasti.....</i>	32
2.3	ČLOVĚK JAKO OSOBA	34
2.4	HODNOTA ŽIVOTA	37
2.5	NEMOC A ZDRAVÍ V BIBLI.....	38

2.6	ZDRAVÍ.....	41
2.7	NEMOC	44
2.7.1	<i>Onemocnění a psychika.....</i>	46
2.8	PRAVDA O PRAVDĚ NA NEMOCNIČNÍM LŮŽKU	47
2.8.1	<i>Zapírání není řešením.....</i>	48
2.8.2	<i>Komu má být pravda sdělena</i>	49
2.8.3	<i>Kdy a kdo má pravdu sdělit</i>	49
3	LÉKAŘ, ZDRAVOTNÍ SESTRA, PACIENT	52
3.1	LÉKAŘ	52
3.2	ZDRAVOTNÍ SESTRA.....	53
3.3	PACIENT A JEHO PRÁVA	55
3.3.1	<i>Organizace na ochranu pacientů v ČR.....</i>	56
3.4	KOMUNIKACE LÉKAŘE A PACIENTA	57
3.4.1	<i>Vztah lékař – pacient.....</i>	57
3.4.1.1	<i>Vyšetření.....</i>	60
3.4.1.2	<i>Stanovení diagnózy a její sdělení.....</i>	60
3.4.1.3	<i>Léčba.....</i>	61
3.4.1.4	<i>Prevence.....</i>	61
3.4.1.5	<i>Vytrácení pacienta v medicíně</i>	62
3.4.2	<i>Vztah pacient – lékař.....</i>	62
3.4.2.1	<i>Volba lékaře.....</i>	63
3.4.3	<i>Ochrana osobních dat</i>	63
3.4.3.1	<i>Zákonná pravidla prolomení mlčenlivosti.....</i>	64
3.4.4	<i>Chorobopis</i>	65
3.4.5	<i>Informovaný souhlas</i>	65
4	REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ	69
4.1	VYJÁDŘENÍ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY	69
4.2	JINÉ REAKCE NA REFORMU ZDRAVOTNICTVÍ.....	71

SEZNAM ZKRATEK.....	77
POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA	78
PŘÍLOHY	81

Úvod

Zdraví, nemoc, lékařská péče, lékař a pacient jsou slova, která slyšíme snad každý den. Promlouvají k nám z televize, novin, internetu a jiných médií. Pro většinu z nás představují nedílnou součást života – dá se říci, že se s nimi rodíme, žijeme a nakonec i umíráme. Mnoho lidí s těmito pojmy „pracuje“, ale víme, co vůbec znamenají? Co všechno v sobě skrývají? Ve své práci se pokusím nahlédnout do „nitra“ těchto pojmů.

První kapitola pojednává o vývoji medicíny. Podíváme se na primitivní metody léčení ve starověkých civilizacích, kde se již objevily první etické problémy. Středověk vnesl do medicíny nové pohledy a názory na člověka. Křesťanství doplnilo a překonalo antický přístup k člověku. Lékaři a ošetrovatelský personál přistupovali ke svým pacientům na základě hlášené lásky k bližnímu, kterou požaduje Ježíš Kristus. Po dlouhou dobu pečovala o nemocné pouze církev. V moderní a postmoderní době přebírají péči o nemocné instituce, které zakládá stát. Tato doba přinesla s postupujícími možnostmi lékařského „umění“ mnoho nových etických problémů.

Ve druhé kapitole se stručně seznámíme s historií moderní světové a české lékařské etiky. Odkryjeme její zdroje a principy. Nás křesťany může těšit, že odborníci hledají mnohá řešení problémů v bohaté tradici křesťanského léčení a etiky. Kapitola dále pojednává o člověku jako osobě, jeho hodnotě, lidském zdraví a nemoci.

Třetí kapitola představuje osobu a úlohu lékaře, zdravotní sestry a pacienta. V dnešní době jsou na všechny tři kladeny nemalé nároky a požadavky: vzdělání, citlivý přístup, finanční zátěž atd. Každý subjekt vnáší do zdravotnického systému svůj určitý podíl, bez něhož by tento systém zkrachoval.

Čtvrtá kapitola poukazuje na aktuální problém týkající se návrhu reformy zdravotnictví v České republice. Budou uvedeny některé výtky vůči onomu reformnímu zákonu, který vyvolal ve společnosti mnoho negativních ohlasů.

Je vidět, že na fenomén „lékařství“ můžeme nahlížet z mnoha úhlů pohledů: přes jeho historii, zdroje a principy až po současnost, kdy je velmi markantní propojení medicíny a politické sféry.

1 VÝVOJ LÉKAŘSTVÍ

Ve všech kulturách i ve všech historických epochách existovali a existují specialisté na léčení nemocí. Získané poznatky se předávali z generace na generaci.¹ Možnosti moderní medicíny a lékařství tedy nejsou výdobytkem moderních civilizací, ale jsou tvořeny dlouhodobým historickým vývojem, jehož nepatrný zlomek se zde pokusím nastínit.

1.1 LÉKAŘSTVÍ VE STAROVĚKU

Různé formy medicíny lze najít už i v pravěku. Ale k „vědeckějšímu“ rozvoji medicíny dochází až ve vyspělých starověkých kulturách, jako byl „faraónský“ Egypt, Mezopotámie a Řecko. V tomto období lékaři objevují nové léčebné postupy a formulují etické principy, které jsou aktuální i v naší moderní době.

1.1.1 Lékařství v Egyptě

Staroegyptské lékařství je epochální jev. Staří Řekové si egyptského lékařství velmi vážili a studovali ho. V Egyptě můžeme nalézt první ucelený systém lékařství.

Hieroglyfy prozrazují, že staroegyptští lékaři znali všechny anatomické útvary na povrchu těla i různé vnitřní orgány.

Lékaři této doby se dají rozdělit do třech kategorií: 1. lékaři sevenu – podávají léky vnitřně nebo zevně. 2. kněží Sachmety – chirurgové a 3. seu – kouzelníci a exorcisté. Lékaři se u Egyptanů těšili značné úctě. Pověst o lékařském umění zdejších mediků překonává hranice Egypta a dokonce se zde léčí i cizinci. Velmi nás překvapuje existence žen – lékařek. Ale jejich počty byly nepočtené a pečovaly pouze o ženy. Zkušené starší ženy pracovaly

¹ Srov. Fialová, L., Kouba P., Špaček, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha: Galén, 2008, ISBN 978-80,7262-513-0, s.105

jako porodní báby.

Vznik nemoci byl spojován s vlivem nadpřirozených sil, zvláště bohů, zlých démonů, uhranutí apod. Bohy bylo nutno udobřovat modlitbami, magií a lidé si od nich museli uzdravení vyprošovat. Druhy nemocí zhruba odpovídají tomu, co známe u dnešní populace Egypta.

Egyptští lékaři vyráběli léky z rostlin, živočichů a minerálů. Rostlinných léků je uváděno na 200, dodnes se nepodařilo plně určit, o jaké druhy rostlin jde. Rostlinné směsi většinou obsahují tak účinné substance, že si jich ceníme dodnes. Léky byly podávány v tuku, mléce, vodě, vínu nebo pivu a v případě hořké chuti s medem či datlemi. Lékaři také používali oční léky, které se kapaly supím perem. Známé byly i některé fyzioterapeutické postupy, např. blahodárné působení ledové vody, léčebný spánek a zábaly ke snížení horečky.

Na mumiích se nám dochovala řada příkladů protetiky: náhrady nosu, penisu, nebo částí amputovaných údů. Je znám případ asi padesátileté ženy, která měla dřevěný palec.

Zvláště královští otcové svým synům vštěpovali zásady správného chování vůči nemocným. Lidé postižení deformacemi (např. hrbáči nebo trpaslíci) nebyli vystaveni posměchu ani nebyli vylučováni z okruhu zdravých lidí, ale mělo se jim pomáhat.

Medicínské způsoby egyptských lékařů pronikli do lékařství starého Řecka, koptského a arabského léčitelství.²

1.1.2 Lékařství v Mezopotámii

V Mezopotámii se léčilo podobně jako v Egyptě – používaly se léky z rostlin, živočichů a minerálů. Příklad rostlinných léků: tymián, locika, kasie, ječmen, léky ze stromů datlovníku, fíkovníku, vrby, hrušně, jedle a cedru.

Výtažky se získávaly z rozemletých sušených kořenů, listů, květů, kůry,

² Srov. Strouhal, E., Říhová, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2005, ISBN 80-246-1021-3, s. 15-25

pryskyřice. Léky se podávaly v podobě prášků nebo rozpuštěné ve vodě, mléku, oleji, pivu a vínu.

Příklad léků získávaných z živočichů: mléko, krev, exkrementy, hadí kůže, rohovina želvího krunýře aj.

Příklad minerálů používaných k výrobě léků: sůl kamenná, dusičnan draselný, vápenec, síra, ledek, arzén aj.

Léky se užívaly vnitřně nebo zevně. Jistě mnohé překvapí, že k léčbě se používala také gymnastika a fyzikální terapie, hlavně vodoléčba.

Známe tři kategorie léčitelů či lékařů:

1. asú – nekneží, kteří léčí přirozenými prostředky (léčebnými nápoji, projímadly, čípky, vodou apod.).
2. ášípu – kněží-kouzelníci, zaříkávači, vyháněči zlých duchů, léčící převážně magickými praktikami.
3. bárú – kněží-věštci, kteří prorokovali nemocným zda se uzdraví. Věštili pomocí jater zabitého zvířete nebo podle nebeských znamení. Pro výuku svých nástupců sestavovali modely různých typů jater. Vykládali sny a studovali degenerované plody lidí i zvířat.

Lékaři nosívali těsně padnoucí oděv, hladce oholené tváře, vak s léky, džbán na obětní nápoj a kadidelnici. Noví lékaři se vyučovali u otců – lékařů nebo v lékařských školách v některých městech.

Anatomické znalosti čerpali lékaři z pitvy zabitých ovcí, jejichž játra se používala pro věštění.

Hygienická úroveň se u prostých lidí mnoho nelišila od poměrů v Egyptě. V palácích vládců a aristokracie byly nalezeny odtoky odpadních vod a splachovací záchody.

Nemoc byla považována jako trest za hřích nebo porušení tabu, seslaný některým z rozhněvaných bohů, zlým démonem, bloudícím duchem zemřelého

nebo zlým kouzlem.³

1.1.3 Hippokrates a kójská škola

Obrovským přínosem tohoto období je vytvoření vědecké lékařské teorie. Hippokrates a jeho stoupenci i následovníci poprvé v dějinách lidstva začali rozvíjet medicínu jako vědu i jako umění zároveň. Ze svých teorií odvrhli pověry a magii. Věnovali se systematickému pozorování nemocí a jejich příčin, pozorovali „celého“ člověka a vypracovali etický kodex pro budoucí lékaře. Hippokratův přínos pro rozvoj lékařské vědy nemůžeme dodnes plně docenit

Hippokratovská medicína se řídí filozofickým principem harmonie a rovnováhy. Rovnováha a její udržení po celý lidský život byla snaha hippokratiků, jak zachovat člověku zdraví. Tuto teorii nevymysleli samotní hippokratici. Řekové považovali vznik nemocí jako projev nerovnováhy mezi čtyřmi tělesnými šťávami: krev, žluč, černá žluč a hlen. K dosažení rovnováhy mezi těmito tekutinami musel člověk vést přiměřený způsob života, jíst vhodnou stravu atd. Další způsob byl farmakologický⁴. Hippokratici také vyzorovali, že významnou úlohu ve zdravotním stavu člověka sehrávalo klima.

Na svých cestách Hippokrates odpozoroval a potvrdil si, že v určitých krajinách se vyskytují různé nemoci a v jiných se vůbec (nebo minimálně) neobjevují. Dále si všiml souvislosti vzniku nemocí s kvalitou vodních zdrojů, s čistotou ovzduší, s nadmořskou výškou, se slunečním svitem atd. Významná pro zdraví byla i konstituce člověka.

Pokud by chtěl lékař pacienta skutečně kvalitně vyléčit, považoval Hippokrates za nutné stanovení správné diagnózy. Aby se lékaři dopracovali

³ Srov. Strouhal, E., Říhová, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. s. 26-31

⁴ Pomocí léků

ke správnému stanovení diagnózy, museli pečlivě pozorovat člověka a brát v potaz tzv. anamnézu⁵.

Lékař musel zkoumat nemocného člověka všemi smysly a bral v úvahu různé vlivy, které mohly porušit pacientovu rovnováhu. Můžeme říct, že se diagnostický proces hippokratů vyznačoval vysokou empirickou kvalitou, celý systém byl velmi ucelený, logický, založený na bedlivém pozorování a připravoval cestu pro medicínu jakožto skutečnou vědu, nikoli pouhé řemeslo. Nikdo před Hippokratem neprovozoval tak pečlivý sběr údajů, jejich třídění a vyvozování závěrů pouze z rozpoznatelných příznaků.

Významnou roli hrála v navrhované léčbě nemocí tzv. „diatá“, známá ve své latinizované podobě jako „diaeta“. Neznamenalo to pouze doporučenou stravu, ale celkový způsob života. Samozřejmě, že se podávali i léky, projímadla, emetika⁶, lékaři předepisovali kloktadla, obklady, koupele, víno, bylinné čaje, odvary, pouštění žilou, psychická podpora, doporučovala se laskavá a klidná atmosféra během prováděného zákroku. Tyto prostředky měly pomoci nemocnému opět dosáhnout ztracené rovnováhy tělesných šťáv.

V této době se také formuje chirurgie a můžeme konstatovat, že v některých případech byly zásahy do lidského těla úspěšné. „Chirurgové“ se snažili zachránit život vojákům, kteří se vraceli z bitev. Lékaři dovedli dlahovat zlomeniny, odstraňovat kostní úlomky při otevřených zlomeninách, uměli odstraňovat ledvinové a močové kameny. Je překvapující úspěšnost i ve velmi náročných operacích, jako byla trepanace⁷ lebky nebo otevření lebeční dutiny. Významnou součástí lékařovy praxe byla i traumatologie. Hippokrates a jeho žáci kladli velký důraz na neustálé pěstování a rozvíjení manuální zručnosti lékaře, a to obou jeho rukou.

Nelze přejít oblast, kterou se Hippokrates zapsal do podvědomí každého

⁵ anamnéza – soubor údajů o zdravotním stavu pacienta před vlastní chorobou, o jeho životě, jakož i o rodinném prostředí, o chorobách předků, sourozenců apod.

⁶ emetika – léky vyvolávající zvracení

⁷ trepanace – vytvoření otvoru do kosti lebky, aby se získal prostor pro přístup k postiženému ložisku

studenta medicíny i obyčejného laika: oblasti hippokratovské etiky. Všichni studenti medicíny v Evropě se setkali s etickými zásadami tzv. Hippokratovy přísahy, ačkoliv dnes se má za to, že vznikla až po jeho smrti. Hippokrates mohl být autorem alespoň některé její části. Roli, kterou tento text hrál ve výkonu lékařského povolání po celá tisíciletí, nelze dostatečně docenit. Jeho etické krédo nebylo nikdy překonáno.⁸

1.1.4 Alexandrijská škola

Období mezi Hippokratem a Galénem je velmi dlouhé (asi šest set let), v něm vystupovala řada různých lékařských škol. Asi nejznámější byla v helénské době alexandrijská škola, reprezentovaná jmény Hérofilos a Erasistratos (žili ve 3 před Kristem). Oba se věnovali anatomii a jako první pitvali lidské tělo.⁹

1.1.5 Galénos

Ve všech směrech navazoval na Hippokrata a jeho tradici. Do anatomie vnesl mnoho nového i mnoho správných, daleko později potvrzených názorů. V anatomii byly medicínské znalosti velmi kusé. Galénos si však uvědomil těsné sepětí mezi mechanizmy, jimiž funguje tělo. Jeho stavbou, na jedné straně, a mezi nemocí, která tyto mechanizmy může narušovat, na straně druhé. Vědeckou metodou pro Galéna byl experiment. Dokázal například: vejcovody ústí v děloze a nikoliv v močovém měchýři, moč se tvoří v ledvinách, sídlo intelektu je v mozku.

Také v praktické medicíně byl samostatným myslitelem. Ještě jako mladý lékař gladiátorů začal s novými typy terapie v případě těžkých poranění. Až do dnešních dob se používají Galénovy léky jako je opium, blín, lékořice, kozlík

⁸ Srov. Říhová, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. s. 32

⁹ Srov. tamtéž s. 39

lékařský, skořice, rostlinné léky podporující vylučování vody, podporující vykašlávání, usínání aj.

Po Galénově smrti nastává v pěstování lékařských věd absolutní útlum. Mnoho jeho děl se ztratilo, ale naštěstí některá díla byla opisována a dokonce i překládána do jiných jazyků a tak se dochovala až do dnešních dob.¹⁰

1.1.6 Byzantská medicína

V Byzantské říši medicína mnoho kupředu nepokročila. Přesto vděčíme Byzanci za mnohé: Basileios Veliký založil v roce 330 první velikou a na tehdejší dobu moderní, na křesťanských základech vybudovanou nemocnici blízko Caesareje. Byla to předchůdkyně nemocnic, jakýsi příbytek pro chudé, nemocné a staré lidi bez příštěší, útočiště pro cizince a hlavně pro poutníky na cestách. Nemocní zde mohli počítat se starostlivou péčí, první ošetřovatelé – sestry a bratři – se zrodili v byzantských nemocnicích.¹¹

1.2 LÉKAŘSTVÍ VE STŘEDOVĚKU

Středověká medicína je ovlivněna křesťanstvím. Nastupující náboženství přichází s novým pohledem na člověka, který byl stvořen k obrazu Božímu. Tento pohled na člověka ovlivnil medicínu velmi silně a na hodně dlouhou dobu. I v této historické epoše se formulují principy, které jsou používány a připomínány mnohými až do dnešních dnů.

1.2.1 Klášterní medicína ve středověku

V tomto období nastupuje „nové“ náboženství – křesťanství, které má odlišnou filozofii a zcela odlišný duchovní rozměr, než měly doby předchozí. Přístup k pacientům byl nesen v duchu „charitas“, tj. láska ke každému bližnímu, pomoc chudému a soucit s trpícím, což byly v antice neobvyklé a málo preferované hodnoty. Tyto hodnoty pak modelovaly postoj v dějinách

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 39

¹¹ Srov. tamtéž, s. 44

lékařství, léčitelství, ošetrovatelství nemocných, nový postoj vůči životu, nemoci i smrti, který se zcela radikálním způsobem projevoval v léčbě a péči o bližní.

V roce 529 je založen klášter v Monte Cassinu a je sepsána Řehole Benedikta z Nursie. Tento rok můžeme považovat za počátek klášterní medicíny. Konec tohoto období je kladen do 12. století.

Velké zásluhy o nové formulování postoje k nemocným patří tedy benediktinskému řádu. Sepsaná Řehole má filozofický i praktický přesah v postoji k nemocným, slabím a starým lidem. Řehole má velký vliv, který nemůžeme ani dnes plně docenit, na léčebnou či ošetrovatelskou péči. Mnichům je uložena povinnost práce a povinnost starat se o nemocné a potřebné. Obětavá služba nemocným je pro mnichy služba samotnému Kristu. Opat kláštera má velmi významnou funkci při péči o nemocné, role opata připomíná pozdější funkci hlavního lékaře. Benediktinský opat musel umět v případě ohrožení zdraví rozeznat první příznaky choroby, určit diagnózu a stanovit správnou léčbu. Jako první je volán k nemocnému a jemu náleželo i další rozhodování, co s nemocným dělat během léčby.

Prameny pro klášterní medicínu jsou receptáře a bylináře. Receptáře ukazují velkou četnost výskytu nejrůznějších parazitárních onemocnění kůže a trávicího aparátu. Artritidy a dna jsou na denním pořádku u všech vrstev obyvatelstva.

Spolu se zrodem klášterů benediktinského řádu i jejich odnoží, se množí špitály a leprosaria. Špitály bývají někdy zakládány i při biskupských kapitulách. V roce 1048 je založen řád sv. Lazara, jehož členové se věnovali ošetřování malomocných. Lepra se v Evropě vyskytoval a narůstala až do 13. století, poté z Evropy ustoupila a nakonec zcela z toho území zmizela. Podobně jako řád sv. Lazara vznikaly i jiné řády věnující se výhradně péči o nemocné. Z nich nejznámější a nejstarší řád johanitů vznikl jako rytířský řád, který měl za úkol pečovat o nemocné a zraněné bojovníky z křižáckých výprav (dnes je

podle sídla velmistra řádu na Maltě přejmenován na řád maltézských rytířů). Podobný úkol měl i řád Německých rytířů. Tyto rytířské, duchovní i špitální řády, mající za úkol péči o nemocné, však nemají nic společného s původním klášterní medicínou a jejich působnost patří spíše do období scholastického – univerzitní medicíny. Ve špitálech těchto řádů pracovali vyškolení odborníci, lékaři, chirurgové a ošetřující personál, určený pouze k této službě.

Období klášterní medicíny symbolicky končí smrtí její poslední představitelky Hildegardy z Bingen (1098-1179), představené benediktinského kláštera. Filozofie staré klášterní medicíny přestala vyhovovat, vzdělání nutně potřebovalo nový typ škol a nové vyučovací předměty.¹²

1.2.2 Lékařství období scholastiky – Salernská lékařská škola

V Salernské lékařské škole vznikaly prací mnoha učenců, lékařů a filologů zároveň, první příručky i velké sbírky v latině, které byly utvářeny vypisováním textů z klasických, byzantských i arabských spisů. Jednou z nejdůležitějších činností byla horlivá překladatelská a ediční činnost. Salernská škola zažila svůj vrchol ve 12. století. Později začala její sláva upadat; jako již zcela skomírající byla v r. 1811 pro svou naprostou neproduktivnost Napoleonem zrušena.

Ve 13. století začalo být Salerno zastiňováno lékařskou školou v Montpellier, která se proměnila na nový typ učiliště – na lékařskou fakultu. Sem přešli i někteří salernští mistři. Po celý středověk byla tato lékařská fakulta nejslavnějším lékařským učením v Evropě. V oboru lékařských věd předčila i italské univerzity a Paříž.

Postavení lékařů bylo převážně velmi dobré. Úspěšní lékaři se většinou domohli jmění, poct, byli povyšováni do šlechtického stavu a dostávali vysoká církevní benefícia. Zároveň byl na lékaře vyvíjen ohromný společenský tlak:

¹² Srov. tamtéž, s. 49

byla požadována mravní bezúhonnost, nezištnost a obětavost, úspěšná léčba, zvláště při léčbě vlivného pacienta. Je nutno podotknout, že ve středověku byla věnována velká péče lékařské etice. Tato péče měla své kořeny hluboko v antice, kde její osu stanovili Hippokrates a jeho následovníci, a druhým zdrojem byl křesťanský postulát lásky k bližnímu, obětavosti a nezištné péče o nemocné. Lékařská etika byla v praxi věčným zdrojem invektiv mnoha církevních kazatelů, kteří lékařům předhazovali zištnost a hamižnost.

Pozdní středověk přinesl nejenom požadavek univerzitního vzdělání pro lékaře, ale i velký rozmach praktického lékařství a výuku i konzultace přímo u lůžka pacienta. Také pitvy si prorážely stále více svou cest ve výuce. Anatomie a alchymie připravovala zrod nové vědy – chemie.¹³

1.3 LÉKAŘSTVÍ V MODERNÍ A POSTMODERNÍ DOBĚ

Po dlouhá staletí se připravoval nový kulturní rozměr společnosti – renesance, která i v lékařských vědách zaznamenala opět nové přístupy a poznatky. Bez středověké minulosti by se renesance nikdy nezrodila.

1.3.1 Medicína doby renesanční

V době renesance došlo k prudkému rozvoji přírodních věd a zároveň s tím nastal prudký rozvoj medicíny. Z technických objevů lze jmenovat alespoň sestrojení dvoučočkového mikroskopu nebo sestrojení teploměru.

Objevy renesančních odborníků pak položily základy řady moderních odvětví medicíny. Nový filozofický pohled na člověka podpořil odvahu lékařů spolehnout se více na vlastní rozum i zkušenosti.

Nejvíce objevů zaznamenala v této době anatomie. Důvodem k tomu byl i souhlas katolické církve s konáním pitev. Ty se pak staly i veřejnou podívanou. Centrem anatomického bádání se staly především severoitalské lékařské fakulty (Bologna, Padova).

¹³ Srov. tamtéž, s. 60-72

Ovšem 16. století není pouze stoletím anatomie, své počátky zde mají i jiné lékařské obory.¹⁴

1.3.2 Medicína v době osvícenství

V této době medicína využívala mnoha objevů jiných přírodních věd a sama se stávala jednou z nich. Také probíhá první vlna specializace a diferenciací zejména teoretických oborů.

Největší pokrok z klinických oborů doznala chirurgie, po celá staletí více či méně opovrhovaná, považovaná spíše za řemeslo, které nevyžaduje univerzitní vzdělání. Zakládání kateder a klinik chirurgie umožnilo její vědecké pěstování. Užívání éteru jako narkotizačního prostředku mělo pro ni zcela zásadní význam. Pro zlepšení zdravotního stavu širokých vrstev obyvatelstva měl dalekosáhlé důsledky objev vakcinace – očkování proti černým neštovicím – spojený se jménem anglického lékaře Edwarda Jennera.

Osvícenské ideje nacházely velký ohlas v dílech autorů, kteří se snažili vypracovat ucelené teorie o organizaci zdravotnictví. To mělo panovníkům pomoci ozdravit populaci tak, aby byla schopna svou prací přispívat k rozvoji jejich států.

Druhá polovina 18. století je charakteristická zlepšující se organizací vědy zakládáním vědeckých společností sdružujících odborníky různých disciplín. Začínají se vydávat odborná periodika umožňující šíření a výměnu informací o nových vědeckých objevech a směrech.¹⁵

1.3.3 Medicína v letech 1848 – 1918

Vývoj lékařských věd v tomto období prudce zrychloval. Rozhodující význam pro medicínu měly nové obory, především mikrobiologie, z níž se vyčlenily další obory (sérologie, imunologie, bakteriologie), umožňující přesně stanovovat původce jednotlivých onemocnění a proti některým již nalézat

¹⁴ Srov. Divišová, B., Říhová, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. s. 72-78

¹⁵ Srov. Hlaváčková, L., Říhová, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. s. 86-93

i účinné prostředky. Jmenované obory vděčí za svůj vznik objevům francouzského vědce Luise Pasteura. Objevy v oblasti chemie, fyziky a fyziologie umožnily také vznik moderní experimentální hygieny. Ruku v ruce s objevy chemickými šla kupředu vědecká farmakologie, která dala lékařům do rukou řadu účinných chemických léků, z nichž některé používáme dodnes – např. aspirin.

Do centra pozornosti se také dostává psychologie zásluhou Sigmunda Freuda, jehož učení o psychoanalýze nalezlo a stále nalézá mnohé stoupence, ale i odpůrce.¹⁶

1.3.4 Medicína mezi dvěma světovými válkami

Po první světové válce dochází k nebyvalému praktickému rozvoji většiny lékařských oborů. Pokroky v imunologii vedly ještě před první světovou válkou k objevu krevních skupin a posléze k rozvoji transfúze krve. Popis prvních hormonů nastartoval rozvoj nového oboru endokrinologie¹⁷, obratem v oblasti terapie se stala izolace inzulínu v roce 1921 Bantingem a Bestem.. Objev pohlavních hormonů rozšířil terapeutické možnosti gynekologie a v dlouhodobé perspektivě také rozvoj antikoncepčních metod. Na počátku moderní nauky o výživě a chorobách stála izolace prvních vitamínů. V nebyvalé míře se rozšířily možnosti operačních oborů, nově v oblasti hrudní chirurgie díky rozvoji respirátorů a v chirurgii mozku díky poznatkům fyziologie cév. V traumatické chirurgii nastal rozmach metod zásluhou obou světových válek. Během první poloviny 20. století jsou zaznamenávány úspěchy v boji proti infekčním nemocem díky séroterapii (např. očkování proti tetanu a záškrtu). a chemoterapii. Stojí také za zmínku objev účinků plísně *Penicillium* na bakterie A. Flemingem.

Během druhé světové války dochází ke značnému používání penicilínu, který zachránil mnoho lidských životů. Jsou zaznamenány první úspěchy v boji

¹⁶ Srov. tamtéž, s. 94 -101

¹⁷ Obor zabývající se funkcí a chorobami žláz s vnitřní sekrecí

proti malárii za použití DDT proti jejím přenašečům, dále jsou izolovány chřipkové viry, očkování proti skvrnivce a tetanu, léčba pohlavních nemocí, pokroky v transfuzi krve, množství inovací v chirurgii, rozvoj léčby popálenin atd. Medicína se rozvíjí díky primární ochraně vojáků, druhotně je využívána pro civilní obyvatelstvo.¹⁸

¹⁸ Srov. Mášová, H., Říhová, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. s. 102-124

2 LÉKAŘSKÁ ETIKA

Nepochybně k lepšímu změnilo osudy lidstva úžasné pokroky v medicíně uplynulého půlstoletí, přesto se vyřešením mnoha starých problémů objevily nové těžkosti. Možnosti současné medicíny se často omezují jen na bohatší společnosti euroamerické civilizace, a i zde nové lékařské technologie narážejí na finanční omezení. Pokles výskytu infekčních chorob díky antibiotikům a preventivnímu očkování, rozvoj chirurgických oborů, úspěchy v léčbě nádorů a srdečních chorob, další rozvoj diagnostických technik nebo neutuchající rozmach farmakologie vedou na jedné straně ke zkvalitnění života a prodloužení lidského věku, na druhé straně se komplikace objevují v jiných sférách (např. nárůst potíží souvisejících s péčí a stárnoucí populací nebo výskyt zcela nových nemocí). Tyto a další výzvy vyvolávají i mnohé otázky v oblasti etiky lékařského povolání, spojené s oběma krajními body lidské existence: početím a narozením a důstojnou smrtí. Nadšení lékařů i pacientů z nových možností podle soudu některých začalo opadávat již v 70. letech. Od 80. let je podle kritiků možné hovořit dokonce o krizi moderní medicíny, v níž empirické poznatky klinických disciplín a účinky nových léčiv nejsou podloženy adekvátním poznáním jejich biologických principů a kdy se projevují nedostatky dosud zdánlivě vše vysvětlujících genetických a sociálních utopií.¹⁹

2.1 LÉKAŘSKÁ ETIKA V MODERNÍ DOBĚ

Vývoj lékařské etiky jako samostatného oboru probíhal v jednotlivých zemích různou rychlostí. Tato rychlost byla úměrná nahromaděným problémům lékařské praxe a politické atmosféře. Až po druhé světové válce nastává výrazný zlom kdy se lékařská etika dostává do centra pozornosti. Důvody jsou v podstatě trojího druhu: politické, medicínské a lidské.

Norimberský proces zahájený v roce 1946 přináší významná svědectví

¹⁹ Srov. Mášová, H., Říhová, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. s. 125

o tom, že lékařská praxe byla pod vlivem fašistické ideologie zneužita.²⁰ Vše ukazuje na skutečnost, že oběťmi deformované péče nebyli jen vězni, ale i civilní občané. Zneužití byli i často lékaři, kteří pod značným tlakem nerespektovali základní principy své profese. Z těchto důvodů vyvstala naléhavá potřeba vypracovat takové mechanismy, které by v budoucnu lékaře i pacienty ochránily před „ideologizací“ zdravotní péče. Bylo rozhodnuto přiznat určitá morální práva všem, kteří by mohli být potenciálně politicky vydírání a fakticky mučení. V souvislosti s norimberským procesem se objevuje požadavek pěstovat lékařskou etiku ve zvýšené míře. Mezinárodní organizace CIOMS²¹ se této věci měla ujmout. Jako první byly formulovány kodexy týkající se nejen vězňů, ale všech, kteří se mohou dostat do konfliktu s mocí. I když mnoho let byly středem pozornosti především prostředky ochrany proti týrání a mučení, důraz na širší kontext lékařské etiky byl efektivní. V mnoha zemích vznikla příznivá situace pro vytvoření institucionálních předpokladů lékařské etiky.

Medicínské důvody pro oživený zájem o lékařskou etiku jsou ve vztahu k rozvoji diagnostických a terapeutických metod. Poválečná euforie násobila nadšení odborníků, kteří věřili, že pomocí nových postupů budou vítězit nad nemocemi.

V roce 1954 vychází kniha J.F. Fletchera *Morálka a medicína*, ve které se autor zastává některých případů eutanázie, diskutuje problémy spojené se sdělováním pravdivých informací nemocným. Podstatnou část textu zabírá pojednání o umělém oplodnění a prosazuje sterilizace v případech, kdy je zřejmé, že dotyční nejsou vhodní pro rodičovskou roli. Na jeho názory se snesla ostrá výtky jiných autorů. V roce 1966 vydal Fletcher další knihu s názvem *Situační etika*. Narozdíl od první byla přijata velmi kladně. Jeho dílo ho kvalifikovalo na post zakladatele lékařské etiky jako oboru v USA.

²⁰ Srov. Munzarová, M. a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, ISBN 978-80-7195-258-9, s. 32

²¹ Council for International Organizations of Medical Sciences

Díky Fletcherovi se odborníci začali vážně zabývat nahromaděnými problémy. Uznávali, že vyspělá technika vykazuje jisté meze ve svých úspěších, a tak se četná úskalí technické medicíny postupně stávala předmětem seriózního posouzení. Od konce šedesátých let 20. století se věnuje pravidelná pozornost také těm problémům, které přesahují úzký diagnostický i terapeutický zájem. Lékařova pomoc a pacientova nouze, se stávají předmětem kvalifikovaného zájmu nejen specialistů, ale dokonce i laiků. V té době se v některých státech vymezuje lékařská etika jako obor, a ve všech, se začíná lékařská etika vyučovat. Jsou zakládány tzv. etické komise. V této době je také poprvé formulován kodex práv pacientů.

Dalším důvodem pro mimořádný zájem o lékařskou etiku lze spatřovat v nově pojaté roli nemocného. Po druhé světové válce vzrostla obecně úroveň vzdělanosti, a tak se rozdíl mezi lékařem a nemocným ve vzdělanostní rovině výrazně snížil. Jednotliví lidé si zejména ve vyspělých státech začali vážit své svobody a přijali Všeobecnou deklaraci lidských práv a svobod (USA) i další analogické a významné dokumenty.

V průběhu osmdesátých let 20. století se lékařská etika opět stává součástí medicíny, nachází své místo ve výuce a v postgraduálním vzdělávání. Naléhavá je zejména problematika ideální a dostupné medicíny. Nezanedbatelná jsou také rizika při poskytování špičkových terapeutických výkonů. Z výše uvedeného hrozí reálná či potencionální komercializace.

V 90. letech minulého století se otevřela problematika těžce nemocných a umírajících. Zájem o poslední chvíle člověka vzrůstal delší dobu, ale byl to až závěr století, který jasně zdůraznil potřebu rozvoje paliativní medicíny.

Mezinárodní společenství i jednotlivé státy Evropy reagovaly na vzniklou situaci. V Radě Evropy začaly pracovat systémy odborných komisí. Jedna z nich se jmenuje CAHBI²², od roku 1992 CDBI²³. Experti této komise

²² Committee Ad Hoc for Bioethic Issues

²³ Comité Directeur sur le Bioéthique

mají snahu začlenit lékařskou etiku jak do výzkumu, tak především do výuky a praxe.

V Ženevě roku 1993 byly vydány Mezinárodní etické směrnice pro biomedicínský výzkum zahrnující lidské účastníky. Tento dokument zpřesňuje podmínky, kdy je možné provádět výzkum „na lidech“. Obsahuje etické zásady, ve kterých je zdůrazněn ohled na zúčastněné osoby, prospěšnost, neškodlivost a spravedlnost.

Dalším významným dokumentem je Deklarace o právech pacientů v Evropě. Poprvé zazněla na Evropské konzultaci o právech pacientů v Amsterdamu v roce 1994. Jedná se o prezentaci principů práv pacientů a vymezení společného rámce pro jejich naplnění. Důležité je konkretizovat a odlišovat individuální práva nemocných a sociální práva. V textu je pojednán i problém související s omezením práv, avšak vždy odůvodněně a podle pravidel.

Rok 1996 je určitým přelomem. Radou Evropy byla schválena Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny. Tento text shrnuje dosavadní úsilí a předznamenává další vývoj, zejména posun v oblasti národních etických i právních norem.²⁴

2.1.1 Historie moderní české lékařské etiky

V době komunismu bylo studium lékařské etiky v útlumu. I přes toto nepříznivé období se někteří lékaři snažili tuto vědu alespoň minimálně pěstovat. Více se některými problémy lékařské etiky zabývali: J. Charvát (vnitřní lékařství), P. Málek (transplantologie), V. Pacovský (geriatrie a ošetrovatelství) a jiní. Významný byl i Časopis lékařů českých, na jeho stránkách byla zejména v osmdesátých letech opakovaně tematizována lékařská etika. Rovněž Praktický lékař přinášel soustavně informace z oblasti

²⁴ Srov. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Třetí vydání. Praha: Galén, 2002, ISBN 80-7262-132-7, s. 22-27

lékařské etiky. Témata lékařské etiky byla probírána také v různých tiskovinách, která vycházela samizdatově. Např. v Praze vycházel časopis *Salus* (editorka Dagmar Pohůnková) a v Brně vzniklo periodikum *Scripta bioethica*, jehož iniciátorem se stal Květoslav Šipr.

Krátce po listopadu 1989 se na lékařské fakulty mohla opět vrátit výuka lékařské etiky. Na pražských lékařských fakultách se z Center humanitní výchovy stávají jasně definovaná pracoviště. Na 1. lékařské fakultě vznikl Ústav pro humanitní studia. Na 2. lékařské fakultě se profiloval Ústav základů vzdělanosti a lékařské etiky. Konečně na 3. lékařské fakultě byl v roce 1991 založen Ústav lékařské etiky. Z mimopražských pracovišť je třeba uvést Ústav lékařské etiky Masarykovy univerzity v Brně. V roce 1991 byla lékařská etika prohlášena samostatným lékařským oborem.

Počáteční nadšení pro pěstování lékařské etiky začalo v průběhu druhé poloviny 90. let 20. století opadávat. Příčiny nejsou jednoznačné. Lékařská etika po pádu komunismu ztratila příchut' zakázaného ovoce. Ukázalo se také, že počáteční názorová otevřenost nestačí a musí být doplněna náležitou vzdělaností v oboru.

Bezprostřední budoucnost české lékařské etiky bude dramatická, její další vývoj je však nutný, jelikož se neustále objevují nové etické problémy.²⁵

2.2 ZDROJE A PRINCIPY LÉKAŘSKÉ ETIKY

Lékařská etika měla dlouhý historický vývoj, než se dopracovala do dnešní podoby. Na následujících řádcích se podíváme na lékařské tradice, odkud tato věda čerpá své principy, možná řešení a závěry.

²⁵ Srov. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. s. 35 – 41

2.2.1 Hippokratova přísaha a hippokratovská tradice

Hippokratova přísaha, jakožto pojem, je dnes skloňována ve všech pádech a používána v nejrůznějších souvislostech. Zaštiťují se jí ti, kteří stávkují, stejně tak jako ti, kteří stávkovat nechtějí. Najdou se i tací lidé, jež mají snahu do přísahy vtěsnat různé výroky, které vůbec neobsahuje, ale přesto jsou uváděny jako citáty z ní pocházející. Tyto vymyšlené výroky pak můžeme často vidět jako motta novinových článků, jejichž úroveň je většinou dosti slabá.²⁶

Mnozí badatelé se přiklánějí k tomu, že přísaha nebyla napsána samotným Hippokratem a dohadují se i o datu jejího vzniku. Mohla vzniknout kolem šestého století před Kristem, nebo až v křesťanském období. Asi nejuznávanější názor klade vznik této přísahy kolem čtvrtého století před Kristem.²⁷

V přísaze můžeme nalézt tři roviny léčení – dietetické, farmakologické a chirurgické. Tyto roviny odráží myšlení stoupenců tohoto filozofa.

Hlavní zásady²⁸:

- úcta k učitelům
- bratrské vztahy mezi kolegy
- aplikace opatření podle schopností a možností a pro dobro nemocných
- ochrana nemocných před poškozením a chřipkou
- neochvějné popření aktivní eutanazie a asistovaného suicidia
- nepodání abortivních prostředků

²⁶ Srov. Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-1024-2, s. 19

²⁷ Srov. tamtéž, s. 20

²⁸ Převzato z: Ivanová, K., Tuckerová, V. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. Univerzita Palackého v Olomouci, 1998, ISBN 80-7076-836-4, s. 11

- vyvarování se sexuálních vztahů s pacienty
- zachování důvěrnosti

Všechna doporučení, která přísaha obsahuje, byla velmi vzdálena běžným praktikám lékařství tehdejšího Řecka. Zrcadlila názory malé a do jisté míry izolované skupiny, prosazující přísnější morálku pro lékaře. Stála v opozici proti etice, kterou formuloval Platón nebo Aristoteles ve svých dílech. Avšak postupem času tyto názory převážily nad všemi ostatními a staly se základem lékařských slibů a kodexů období pozdějších. V prvních staletích lékaři příliš neinklinovali k přijetí takto podané lékařské etiky. Se vzestupem křesťanství dochází k oživení těchto zásad a to v souvislosti se sblížením křesťanského a řeckého myšlení. „Nejjasnějším argumentem pro vazbu mezi křesťanskou lékařskou etikou a hippokratovskou tradicí je existence rukopisu, pocházejícího z 10. – 11. století, křesťanské verze Hippokratovy přísahy nazvané: *Z přísahy dle Hippokrata, na niž může křesťan přísahat.*“²⁹ Samozřejmě slib pohanským bohům musel být nahrazen oslavou jednoho Boha. Slib tajnosti pozbyl platnosti a významu. Lékařům je umožněno vyučovat kohokoliv, kdo chce být vyučen, a to bez výhrad.³⁰

U nás má většina lidí představu, že Hippokratova přísaha je čímsi posvátným a hodným následování. Ale poněkud jiný názor je zastáván v etické literatuře, především angloamerické provenience. V dnešní době se objevují hlasy kritizující některé aspekty přísahy i tradice z ní vycházející. Varují před přílišným paternalizmem a konsekvenencializmem – zaměřením jen na následek.³¹

Přísahu musíme vidět ve světle teistického kontextu, do kterého je zasazena. Obsahuje jednoznačnou výzvu: veškerá práce s nemocným člověkem má být skutečným povoláním (povoláním), vždyť přeci byla vkládána do rukou bohů. Pokud srovnáme její obsah s různými principy lékařské etiky dvacátého století, všimneme si jednoho důležitého faktu, a to že došlo k jejímu

²⁹ Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. s. 21

³⁰ Srov. tamtéž, s. 21

³¹ Srov. tamtéž, s. 21

odtržení a transformaci. Z celkového pohledu na přísahu je lékařství prezentováno především jako mravní závazek a také již uvedené poslání. „Život a umění musí být jedno, uchovávané v čistotě a posvátnosti.“³² Nikdo si nemohl dovolit začít provozovat lékařskou praxi, pokud předem nepřijal onen závazek.³³

Přísaha předkládá tři oddělené smlouvy: smlouva s bohy, smlouva mezi lékařem a ostatními členy tohoto povolání, smlouva mezi lékařem a jeho nemocným. Ve smlouvě mezi lékařem a nemocným, se lékař zavazuje k pomoci, k důvěrnosti, k nevyužívání, k respektování nedotknutelnosti a posvátnosti života. Nejedná se o dohody nebo úmluvy, ale smlouvy jsou samy o sobě čímsi posvátným.³⁴

Dodnes je její vliv značný a studenti medicíny „přisahají“ na texty, které jednoznačně a beze vší pochybnosti odrážejí text Hippokratovy přísahy. Některé věty jsou téměř identické. Není tedy pravda, pokud někdo tvrdí, že tato přísaha je už zcela neplatná.³⁵

2.2.2 Judaismus

Židovská lékařská etika vychází z pevně zakořeněné a bohaté tradice židovského Zákona, který interpretují nejvyšší osoby – rabíni, zatímco etické zásady uvedené v Hippokratově přísaze jsou formulovány lékaři a určeny pouze pro lékaře. V dřívějších dobách židovského národa byli mnozí lékaři nejprve rabíny, kteří posléze vykonávali lékařské „řemeslo“. Odborníci odhadují, že se jednalo o více než polovinu středověkých rabínských učenců a spisovatelů.³⁶

Židovská lékařská etika vychází především z³⁷:

³² Tamtéž, s. 22

³³ Srov. tamtéž, s. 22

³⁴ Srov. tamtéž, s. 22

³⁵ Srov. Kořenek, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002, ISBN 80-7254-235-4, s. 42

³⁶ Srov. Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. s. 26

³⁷ Srov. tamtéž, s. 27

- hlavně z Tory
- rabínské literatury (Mišna)
- Palestinského-Jeruzalémského Talmudu
- posttalmudické literatury
- systematických prezentací židovského Zákona, kodexů ve světle vyvíjejících se názorů

Lékař Asafa formuluje první lékařskou přísahu. Pochází ze třetího až sedmého století; její forma připomíná biblický Dekalog (např. nebudete zabíjet, nepodáte ženě lektvar s cílem vyvolat potrat, nebudete odhalovat tajemství, jež vám byla svěřena, nebudete brát úplatky, nezatvrdíte svá srdce vůči chudým a potřebným atd.). Pohled na židovské lékařství nám může přiblížit velmi významná a v etické literatuře často citovaná tzv. Modlitba Maimonidova.³⁸

Židovská lékařská etika je zasazená do mravního zákona, který přesahuje lékařský kontext. Je velice pozoruhodná tím, že je srozumitelná i těm, kteří nemají žádné odborné znalosti v lékařských vědách. Řešení složitějšího problému je ponecháno člověku vzdělanému v Zákoně.³⁹

Kořeny židovské lékařské etiky stojí na jasně formulovaných principech⁴⁰:

- posvátnost a důstojnost lidského života, vycházející z toho, že člověk je stvořen k Božímu obrazu
- povinnost pečovat o zdraví
- nekompromisní odpor proti pověrám a iracionálním způsobu léčení
- rigidní kodex hygienických a dietetických opatření
- kodex sexuální morálky apod.

³⁸ Srov. tamtéž, s. 27

³⁹ Srov. tamtéž, s. 29

⁴⁰ Srov. tamtéž, s. 29

Židé jsou všeobecně považováni za jedny z největších zastánců práva na život. Povinnost zachovat život a odvrhování jakékoliv kompromisu v tomto směru je bezpodmínečné. Ortodoxní rabínské zdroje naprosto jednoznačně upřednostňují záchranu života téměř přede všemi rituálními příkazy. Pokud se dostanou do konfliktu tato nařízení s bezprostřední možností zachránit život nebo zdraví, povinností každého žida (potažmo každého člověka) dát přednost možné záchraně života a neuposlechnout jindy tak přesně dodržovaná pravidla. Ale židé nemohou porušit ty zákazy, které směřují proti modlářství, incestu, cizoložství a vraždě. Je kladen důraz na snahu zachránit život všemi možnými způsoby. To platí i u beznadějných stavů, kdy šance na úspěšné zachránění života je minimální a nelze činit rozdíly mezi postupy běžnými, mimořádně náročnými a nákladnými. Snad i zde můžeme hovořit o existenci jedné výjimky, tou je pouze jasně definovaný stav bezprostředně nastupující smrti, kdy je smrt očekávána během tří dnů. Aktivní uspíšení smrti je v tomto období pokládáno za jasnou vraždu. Umírající má právo na smrt, je tedy povoleno pouze odstranit to, co by ve smrti bránilo. Od nemocného je požadován stejný vztah k životu.

Na péči o mrtvé je kladen mimořádný důraz. Tělu zemřelého musí být prokazován patřičný respekt a musí se dodržovat určitý rituál. Člověk je považován za obraz Boží, což se týká i lidských pozůstatků, proto nesmí být jakkoliv degradovány. Lidská mrtvola patří Bohu, tudíž si na ni nemohou činit nárok jak dědicové, tak ani širší veřejnost. Striktní zákaz hájí nedotknutelnost lidské mrtvoly. Je nutné se vyvarovat byť i jen pouhé necitlivosti vůči zesnulému.⁴¹

Hodnocení pitev a transplantací v tak přísném ortodoxním myšlení tímto pohledem, má své důsledky – obě varianty jsou viděny velmi negativně. Souhlas k provedení pitvy byl vydáván pouze výjimečně, a to snad jen v případě možnosti odvrátit bezprostřední ohrožení života ostatních. Po

⁴¹ Srov. tamtéž, s. 30

dokončení pitvy bylo třeba dbát na to, aby tělo bylo vráceno k pohřbení se všemi vyšetřovanými částmi.⁴²

Studium židovské historie dokládá, že neexistoval nějaký centrální úřad, jenž by zákony formuloval. Pravidla tvořili rabíni, kteří ale obvykle žili v malých oddělených komunitách. Při sestavování pravidel přihlíželi ke zvyklostem své vlastní skupiny. Nemusíme se však domnívat, že někdy hrozil výraznější odklon jejich názorů od zjevených pravd.⁴³

2.2.3 Křesťanství

Katolická lékařská etika vychází z dlouhé tradice koherentního a systematického myšlení. Řešení mravních problémů se opírá o jasně formulované principy a o učení morální teologie.

Za zdroje katolické lékařské etiky můžeme považovat⁴⁴:

- učení filozofů a teologů
- různá vyjádření učitelského úřadu církve

Křesťanská lékařská etika navazuje a také jistým způsobem naráží na hippokratovskou tradici. Aby mohlo dojít ke propojení těchto tradic, je nejprve nutné odvrhnout existující pythagorejské kulty. Postupem času dochází k propojení křesťanského a řeckého myšlení a je tedy možné částečné propojení těchto tradic. V období vrcholné scholastiky se povinnosti lékařů objevují i ve zpovědních příručkách a v morálně teologických souhrnech.⁴⁵

Nejdůležitější principy:

Princip správcovství: člověk je pouze správcem svého života, ale není jeho vlastníkem. Každý člověk je povinen chránit svůj život, kultivovat jeho funkce, vyhledávat lékařskou pomoc a léčit se v případě onemocnění.⁴⁶

⁴² Srov. tamtéž, s. 31

⁴³ Srov. tamtéž, s. 31

⁴⁴ Srov. tamtéž, s. 33

⁴⁵ Srov. tamtéž, s. 33 – 34

⁴⁶ Srov. tamtéž, s. 34

Princip posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života: život byl Bohem darován člověku, proto se ho osoba nemůže vzdát a také jinému člověku život ukončit. Zde nalézáme jasný východisko k odsouzení abortů, eutanazie a sebevraždy. Uvedená jednání překračují hranici „zákona“. Navíc také narušují sociální vtahy. Existují však i možné výjimky, kdy člověk může jednat proti tomuto principu. Každý člověk, který je toho ovšem schopen, může dobrovolně obětovat svůj život za účelem zachování vyšších mravních hodnot. Ospravedlněné zabití člověka bylo možno jen v případě „spravedlivé války“. Vražda nevinné osoby je vždy hodnoceno jako zlo.⁴⁷

Princip totality a integrity: náznak tohoto principu můžeme nalézt u Tomáše Akvinského. Velmi dobře byl formulován v několika prohlášeních Pia XII. Tímto principem se také zabíral II. Vatikánský koncil, na něm bylo zdůrazněno: „...v pojmu celistvosti a integrity je zahrnuta psycho-somatická jednota člověka, nejen tělesná totalita“⁴⁸.

Podstata tohoto principu spočívá v nemožnosti porušování základních funkčních kapacit, které ustanovují osobu člověka. Naopak tyto kapacity musí být uchovávány a rozvíjeny a užívány pro dobro osoby.⁴⁹

Ve prospěch dobra celé osoby může být obětována každá partikulární schopnost. Cílem je možné uplatňování ostatních důležitých funkcí lidské osoby. Primární funkce mají přednost před sekundárními, ty mohou být obětovány. Obětovat primární funkce je možné jedině tehdy, pokud se snažíme zachránit život osoby.⁵⁰ Tento princip se aplikuje např. v chirurgii.

Princip dvojího efektu: tento princip byl formulován křesťanskými morálními filozofy. Ještě i dnes, pokud se objeví nějaká etická dilemata, která se musí řešit, bývá velmi často citován.

Aplikace tohoto principu přichází v úvahu tehdy, když lékař léčí pacienta

⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 34

⁴⁸ Ondok, J.,P. *Bioetika*. s.53

⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 53

⁵⁰ Srov. tamtéž, s. 53

a nemá jinou možnost, než zvolit postup, ze kterého mohou vzejít dva efekty, jeden pozitivní a druhý negativní. Ve zvoleném postupu lékaře nebyl negativní efekt zamýšlen, ale vyplynul jako sekundární a nechtěný důsledek tohoto jednání.⁵¹

Je však nutné určit podmínky pro možnost aplikace tohoto principu⁵²:

- hlavní činnost je sama o sobě dobrá nebo alespoň indiferentní
- záměrem jednajícího je efekt dobrý, špatný efekt není podporován
- pozitivní efekt je do té míry závažný a hodnotný, že je možné ospravedlnit tolerování efektu špatného
- činnost, která vede i k negativním účinkům, nemůže být v dané situaci nahrazena jinou, bez těchto efektů

Princip svobody a odpovědnosti: svoboda neznamena možnost uskutečňovat svou vůli v absolutním smyslu. Takto pojatá svoboda často vede k násilí a ke konfliktům. Správné svobodné jednání je založeno na odpovědnosti. Člověk musí zvažovat své vlastní skutky nejen ve vztahu k sobě, ale i k jiným lidem. Svoboda je správná jedině tehdy, pokud uznává práva jiných lidí a pokud respektuje jejich život.⁵³

Princip společenství a vzájemné pomoci: individuální dobro člověka je předpokladem pro dosažení obecného dobra, života a zdraví společnosti. Je třeba vyjít vstříc každému, kdo potřebuje pomoc a podporu. Důstojnost člověka musí být druhými respektována.⁵⁴

2.2.4 Protestantismus

Protestantismus a katolicismus se v zásadních otázkách shoduje. Protestantské pojetí zdůrazňuje osobní znalost a interpretaci Bible, ale chybí jednotící slovo autority. Protestantská lékařská etika tudíž nemá jasně a jednoznačně formulované zásady. I přes tento nedostatek však právě

⁵¹ Srov. Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 35

⁵² Převzato z: tamtéž, s. 35

⁵³ Srov. tamtéž, s. 35

⁵⁴ Srov. tamtéž, s. 35 – 36

protestantští myslitelé posledních desetiletí přispěly k tomuto oboru nemalou měrou a novými pohledy. Asi nejznámějším etikem je Paul Ramsey, který rozpracovává mnohé zásady etiky na základě teorie smlouvy. Vztah mezi zdravotníkem a nemocným je projevem dodržování smlouvy. Věrnost vůči smlouvě je nejdůležitějším principem této teorie. Smlouva je však převážně jednostranná.⁵⁵

2.2.5 Principy angloamerické oblasti

Nejúplnější výčet základních etických principů je obsažen v tzv. Belmontské zprávě (1978):

Princip neškození (nonmaleficence): zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné. Podporuje biblický příkaz „nezabiješ“, který je obsažen v Dekalogu. Má vztah k zásadě především neškodit. Toto pravidlo bývá upřednostňováno i před dobřechiněním. Z tohoto principu vyplývá omezení autonomie každého vzhledem k dobru ostatních. Během určitých situací může dojít k nezamýšlenému poškození nemocného, aniž by to bylo v rozporu s tímto principem. Možné řešení nastalé situace může vyřešit aplikování principu katolické morální teologie – princip dvojího efektu.⁵⁶

Princip dobřechinění (beneficence): podstatou tohoto principu je snaha předcházet poškození, odstraňovat je, podporovat dobro, tzn. tělesnou a duševní pohodu a veškerý prospěch pro nemocného, včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastních plánů. Je jisté, že zde mohou být určitá omezení, např. možné riziko poškození sebe samého.⁵⁷

Respekt k autonomii: tzn. respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání, bez zevního ovlivnění. Každý člověk dokáže nejlépe zhodnotit své záměry a zájmy. Pacient svobodně určuje způsob svého jednání v souladu se svými plány podle svého vlastního výběru, svých vlastních preferencí, přání,

⁵⁵ Srov. tamtéž, s. 36 – 37

⁵⁶ Srov. tamtéž, s.43

⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 43

hodnot a ideálů. Člověk uskutečňuje plán, který si předsevzal. To předpokládá autonomní schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy možného řešení onoho plánu. Pacient má právo na seburčení, doloženého informovaným souhlasem s veškerým děním.⁵⁸

Princip spravedlnosti: jeho podstatou je přerozdělování prostředků. Tento princip se uplatňuje dvěma formami a to srovnáváním potřeb jednotlivců nebo skupin lidí v případě omezených zdrojů, nebo na základě určitého klíče bez srovnávání.⁵⁹

V posledních letech však přibývá kritiků, pro které jsou tyto principy jakási automaticky aplikovatelná pravidla bez pevného mravního základu. V současnosti je preferován *princip respektování autonomie*. Autonomní model může mít dvě formy:

1. Pacient jako zákazník a spotřebitel: lékař poskytuje veškerá fakta o možnostech léčby a různých alternativách. Aby se pacient mohl rozhodnout pro jedno z nabízených řešení, musí zvážit všechny možnosti s ohledem na vlastní hodnoty. Lékař zde vystupuje jen jako technická síla, jako vykonavatel zakázky. Hodnoty nemocného z lékařova hlediska nejsou zas až tak důležité. Záměr pacienta je rozhodující.⁶⁰
2. Smluvní nebo dohádovací model: na rozdíl od prvního modelu probíhá mezi lékařem a pacientem diskuze o hodnotách a to ve vztahu ke zdraví i k morálnímu systému. Lékař zjišťuje a hodnotí přání nemocného. Autonomie lékaře i pacienta zajišťuje svobodné pokračování společného jednání. Oba spolu vstupují do smluvního poměru. Pacient i lékař jsou svobodní, a proto mohou uzavřít smlouvu, která oběma vyhovuje. Třetí osoba nemá právo do této smlouvy nějak zasahovat.⁶¹

Připouští se, že tyto modely nemusí být sladěny s žádnými obecně

⁵⁸ Srov. tamtéž, s. 43

⁵⁹ Srov. tamtéž, s. 44

⁶⁰ Srov. tamtéž, s. 44

⁶¹ Srov. tamtéž, s. 45

platnými normami, jež by mohly do vztahu zasahovat zvenčí. Smluvní strany stvoří svůj vlastní „text“ s vlastním etickým rozměrem, navíc neberou v potaz základní mravní otázky a kontext. Myšlenku na dobro nebo zlo považují za zcela irelevantní. Smluvní strany nejsou naprosto rovnocenné ve znalostech a moci. „Ve jménu autonomie pacienta může být jeho autonomie zcela popřena.“⁶² Ve smluvním vztahu lékařovy hodnoty a interpretace toho, co je to nesnesitelné utrpení a co je to hodnota nebo kvalita života, takřka nevyhnutelně převáží a vloudí se do smlouvy. Např. je otázkou, zda umírající člověk je schopen autonomně rozhodovat o svém bytí či nebytí.⁶³

Středem lékařství je vztah dvou svobodných jedinců. Zájmy a blaho jedince jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy. Správné pochopení a uplatňování tohoto principu v prostřední tržního hospodářství je úkolem téměř nadlidským. V každém případě snahy o vytvoření nových principů je třeba doporučovat a podporovat.⁶⁴

2.3 ČLOVĚK JAKO OSOBA

Pojem „osoba“ hraje v dějinách filozofického myšlení významnou roli. Termín „osoba“ uvádí v 6. století známý filozof a teolog Boethius. Definuje ji jako „individuální substanci s racionální schopností“⁶⁵. Snad nejznámější scholastický filozof a teolog Tomáš Akvinský „chápe osobu jako partikulární typ živé bytosti obdařené základními duchovními schopnostmi racionálního myšlení a svobodného rozhodování“⁶⁶. Ustavujícím prvkem osoby je její jedinečnost a neopakovatelnost, kterou Tomáš Akvinský vyjadřuje termínem „incommunitabilis“. Tento termín má vyjádřit jedinečnost bytí, které není a nemůže být sdíleno žádným jiným člověkem.

Dalším znakem, který činí člověka osobou, je schopnost komunikace.

⁶² Tamtéž, s. 45

⁶³ Srov. tamtéž, s. 45

⁶⁴ Srov. tamtéž, s. 46

⁶⁵ Ondok, J.,P. *Bioetika*. Svitavy: Trinitas, 1999, ISBN 80-86036-24-3, s. 31

⁶⁶ Tamtéž, s. 31

Aristoteles chápe člověka jako společenského živočicha, který je vázán a odkázán na druhé lidi. Člověk své lidství rozvíjí v „obci“ přijímáním a sdílením všech kulturních hodnot. Jde o jev zcela specifický pro člověka. Osobu tedy nelze vymezit bez jejího vztahu ke společnosti. Bez tohoto vztahu by člověk nebyl osobou v dnešním slova smyslu. Mozek se nemůže plně vyvinout k jakémusi standardu bez jazyka a komunikace. Jazyk pak sám je výtvořem sociální struktury.

Pojem personality je pojmem filozofickým, přesto lze při jeho vymezování zahrnout i některé charakteristiky, které mají empirickou povahu, i když samy o sobě ještě podstatu personality neustavují. Můžeme uvést asi čtyři nejdůležitější „indikátory“ personálního lidství⁶⁷:

- neokortikální (mozková) funkce
- schopnost uvědomovat si sebe a své duševní akty
- schopnost navazovat vztahy s druhými
- schopnost být šťastný

Různí autoři mají snahu popsat všechny jednotlivé dimenze personality a také určit jejich hierarchii a tím i hierarchii hodnot a potřeb, která by měla být respektována při řešení bioetických problémů⁶⁸:

- biologická dimenze
- psychologická dimenze
- sociální dimenze
- kreativní a spirituální dimenze

V chartě „základních lidských práv“, která je předmětem Deklarace lidských práv z roku 1948, kterou uznala většina zemí a také papežové Pavel VI. a Jan Pavel II, je pojem osoby nepřímo obsažen. Pro vymezení personality

⁶⁷ Převzato z: tamtéž, s.34

⁶⁸ Převzato z: tamtéž, s. 34

je významný 1. a 3. článek⁶⁹:

1. článek: Všechny lidské bytosti se rodí jako svobodné a sobě rovné se zřetelem na jejich důstojnost a práva. Jsou obdařeny rozumem a vědomím a měly by jednat vůči sobě v duchu bratrství.

3. článek: Každý má právo na život, svobodu a bezpečnost osoby.

Teologická koncepce hraje v pojmu osoby značnou důležitost náboženská dimenze. Je jí skutečnost, že člověk byl stvořen k „obrazu Boha“⁷⁰, a že život také od Něho pochází. Člověk se má těšit z přátelství s Bohem. Jeho úkolem je přivádět ostatní lidi do tohoto přátelství s Bohem. Osoba člověka je speciálním dílem Boha, neboť člověku vdechl život, zatímco ostatní živočichy, kteří jsou člověku podřízeni, pouze stvořil. Obdařil člověka možností verbálně komunikovat, např. z toho důvodu, aby dal jména živočichům.⁷¹ Člověk požívá zvláštní důstojnost.⁷² Člověk je přítelem Boha, ale současně i jeho poddaným, který se musí podrobit jeho příkazům.⁷³ Všichni lidé jsou si rovni.⁷⁴ Člověk je stvořen z hlíny země a je jednota duše a těla.⁷⁵ Jakožto tělesná a duševní bytost v sobě zahrnuje prvky hmotného i duchovního světa. Člověk proto nesmí pohrdat ani tělesným ani duchovním životem. Je povinen považovat své tělo za dobré a hodné úcty, poněvadž bylo stvořeno Bohem a posledního dne má být vzkříšeno.⁷⁶ Osoba není také pouhou duší, která „vešla“ do těla, jak učil Platon.

Každá osoba sama za sebe je odpovědná Bohu. Kristus zjevuje Boha jako trinitární společenství lásky, na němž se člověk má podílet. Milost ho činí „účastným na Boží přirozenosti“⁷⁷ a v tomto účastenství na Božím životě je z teologického hlediska zakotveno poslední a nejvyšší kritérium hodnoty

⁶⁹ Převzato z: tamtéž, s. 34

⁷⁰ Srov. Gen 1, 26-27

⁷¹ Srov. Gen 2, 19-20

⁷² Srov. Žalm 8, 5-10

⁷³ Srov. Gen 3, 22-23

⁷⁴ Srov. Lev 10, 17-18

⁷⁵ Srov. *Společenství a služba*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, ISBN 80-9271-971-9, s. 22

⁷⁶ Srov. GS kap. 1

⁷⁷ Srov. 2 Petr 1,4

osoby, z níž pak je také odvozován poslední pramen etické závaznosti.⁷⁸

2.4 HODNOTA ŽIVOTA

„Život tělesný je naprosto základní hodnotou. Člověk žije v určitém čase a prostoru a může vytvářet jiné hodnoty jedině díky životu. Pokud bychom uvažovali zda může existovat vůbec nějaká hodnota vyšší než život sám, zda je možno život pro něco obětovat, pak bychom došli k závěru, že snad pouze mravní dobro by mohlo tuto hodnotu převážit.“⁷⁹

Hodnotu lidského života můžeme zdůvodnit různými způsoby:

1) Jen člověk ze všech živočichů kolem nás je bytost, jenž sám o sobě přemýšlí, dokáže být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost je jedna z těch co tvoří také jeho důstojnost. Není proto přípustné používat jiného člověka jako nějakou věc. Člověk nesmí být zneužit jako prostředek pro cizí cíle. Každý osoba má právo sama o sobě rozhodovat – důstojnost lidské existence spočívá podstatně v tom, že člověkem, majícím svobodu sebeurčení, nemá právo nikdo disponovat.⁸⁰

2) Dále je nutné vzít v úvahu toto: Jestliže člověk cítí, že je milován, teprve poté si dokáže „všimnout“ své vlastní hodnoty. Pokud ví, že není druhému lhostejný, je přesvědčen o smyslu a hodnotě své existence. Kořenem poznání vlastní hodnoty je láska.⁸¹

Pokud člověk necítí onu náklonnost, většinou se stává, že osoba upadne do izolace, beznaděje a dříve či později začne uvažovat o sebevraždě. Taková krize může vést až k dokonání onoho činu, nebo může být překonána tím, že se druzí osamělého člověka ujmou.

3) Víra v Boha a povolání k věčnému životu je pro věřícího člověka dostatečným zdůvodněním hodnoty lidského života. „Bůh mě miluje“, v to by

⁷⁸ Srov. Ondok, J.,P. *Bioetika*. s. 31 – 35

⁷⁹ Munzarová, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1995, ISBN 80-210-1057-6, s.12

⁸⁰ Srov. Rotter, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 2003, ISBN 80-7021-302-7, s.25

⁸¹ Srov. tamtéž, s. 26

měl věřit každý křesťan. Ať už člověk činí cokoliv, je pro Boha nesmírně důležitý. Pouhé užívání si života a dokázání velkých skutků v materiálním světě nemůže určovat hodnotu lidského života. To, co určuje hodnotu života je láskyplný vztah člověka a Boha.

Může být v dnešním vědeckém světě vůbec tato myšlenka vyslovena?! Na nás je rozhodnutí, zda chceme chápat člověka materialisticky jako pouhý biologický stroj, nebo zda je v našich silách věřit v jeho hlubší určení. Pouze materialistický obraz člověka musí mít pro vymezení hodnoty lidské existence neblahé následky. Chápe-li někdo člověka pouze materialisticky, pak je hodnota tohoto člověka nízká, obzvláště tehdy, pokud již ztratil svou výkonnost a schopnost užívat života.⁸²

2.5 NEMOC A ZDRAVÍ V BIBLI

Bible neuvažuje o nemoci z lékařského nebo vědeckého hlediska, ale z hlediska náboženského. Není důležitá povaha nebo průběh nemoci, nýbrž její skutečnost, která je důležitým ukazatelem na cestě spásy určitého člověka.

Přestože nemoc postihne jednotlivce, národ, určitou skupinu nebo třídu lidí, vždy ukazuje na obecný úděl hříšníka před Bohem. Je-li příčina všeho ve světě Bůh, pak se to týká i nemoci, která je Božím zásahem do lidského života⁸³. Nemoc nemusí působit jenom Bůh, ale i bytosti na Něm závislé: např. anděl zhoubce⁸⁴, satan⁸⁵ atd. I když nemoc způsobí satan⁸⁶, je zde přítomna jak skrytá tak zjevně vyjádřená Boží vůle⁸⁷.

Nemoci charakterizují hříšného člověka, jsou tedy přímými nebo nepřímými projevy hříchu. Přímý vztah mezi hříchem a nemocí je ale

⁸² Srov. tamtéž s. 27

⁸³ Srov. Ex 4,6; Jb 16,12; Žl 39,11

⁸⁴ Srov. 2 Sam 24,15; 2 Král 19,35

⁸⁵ Srov. kniha Job

⁸⁶ Srov. Jb 1,5-6; Lk 13,16

⁸⁷ Srov. Ex 15,26

zmiňován výjimečně.⁸⁸ Nemoc také poukazuje na odsouzení člověka Bohem.⁸⁹

Člověk byl stvořen ke štěstí⁹⁰. Nemoc se samozřejmě protíví původnímu Božímu záměru s člověkem a do světa se dostala jen díky lidskému hříchu. Nemoc jasně ukazuje člověku, že je hříšný. Může nás napadnout otázka, zda je příčinou nemoci osobní hřích nemocného?! V Bibli není jednoznačná odpověď: může to být onen hřích i pouhá zkouška věrnosti⁹¹.

Nemoc zůstává zlem, i když má smysl. Její odstranění nastane až v „novém světě“, kam Bůh přivede své vyvolené. Tam už nebude nemocí, utrpení ani slz. Spravedlivý na sebe vezme naše nemoci a my budeme uzdraveni.⁹²

Uzdravujte nemocné! – Ježíšův příkaz, který navazuje na slova: „Jděte a kažte, že se přiblížilo království nebeské.“⁹³ Cyklus zázračných příběhů, většinou pojednávajících o uzdravení, umístěný u evangelisty Matouše hned po Kázání na hoře s paralelními texty u ostatních synoptiků a jiné podobné texty v evangeliích a ve Skutcích apoštolů ukazují, že uzdravování nemocných má mnoho společného s Božím královstvím, vykoupením a spásou.⁹⁴

Pokud se podíváme na velké množství zpráv o uzdravování, může nás napadnout jednoduchý závěr: hřích, nemoc – spása, zdraví. Ale není to zase tak jednoznačné. V Janově evangeliu v příběhu o ochrnlém u rybníka Bethesda⁹⁵ dává Ježíš osobní hřích a nemoc do souvislosti. Podobně je tomu v příběhu o ochrnlém ležícím na lůžku⁹⁶, kdy Ježíš také ztotožňuje odpuštění hříchů a uzdravení. V jiných příbězích o uzdravení tuto souvislost pozorovat

⁸⁸ Srov. Nu 14,10; 2Pa 21,11-19; Sk 12,20-23

⁸⁹ Srov. Iz 39,1-8

⁹⁰ Srov. Gn 2

⁹¹ Srov. Tob 12,13; Srov. Gibley, J., Grelot, P. Nemoc/Uzdravení in Duplacy, J. *Slovník biblické teologie*. 5.vydání. Řím: Velehrad – Křesťanská akademie, 1981, ISBN neuvedeno, s. 267

⁹² Srov. Iz 25,8; 35,5; 53,4; 65,19

⁹³ Mt 10, 8-7

⁹⁴ Srov. Brod, I. *Hřích, nemoc – spása, zdraví?* Teologické texty, 1989, samizdat č.16, s. 11

⁹⁵ Jan 5, 1-18

⁹⁶ Mt 9, 2-8; Lk 5, 17-26

nemůžeme. Např. v příběhu o uzdravení slepého od narození⁹⁷ Ježíš souvislost s osobním hříchem odmítá.⁹⁸

Promyšlením těchto evangelijních příběhů můžeme rozlišit: v některých případech je souvislost mezi hříchem a nemocí zřejmá a v jiných se předpokládá. Některé příběhy nám vnucují chápat nemoc jako „trest“. „Výchovné utrpení“ lze nalézt i v novozákonní situaci⁹⁹. Přesto vazba osobní hřích a nemoc zůstává nejistá. Zdravotní stav pacienta nám neřekne nic o jeho ctnostech nebo neřestech.¹⁰⁰

Svět byl stvořen jako dobrý i člověk byl stvořen jako dobrý, ale hřích (nejen člověka) vnesl do světa smrt. Člověk vstupuje do světa postiženého zlem: neposlušnost padlých andělů. Tento svět je tedy nemocen v důsledku přítomnosti duchovního zla hříchu. Hřích znamená odvrát od Boha. On je původcem a dárce života. Smrt a její předchůdkyně nemoc je důsledkem hříchu.¹⁰¹ Z tohoto všeho vyplývá, že stvoření disponuje k nemoci a smrti. Člověk vstupuje do nemocného světa a jeho vlastní odklon od Boha definitivně otevírá přístup duchovnímu i fyzickému zlu do lidského nitra.¹⁰²

V nikom jiném není spása než v Ježíši Kristu, a proto Bůh uzdravuje „ve jménu Ježíše Krista“¹⁰³. Boží uzdravování není žádná metoda nebo technika. Boží uzdravování je inkarnováno ve znameních. Jen někdy to jsou znamení připomínající lékařské postupy, např. uzdravení slepého pomocí bláta a omytí v rybníku Siloe¹⁰⁴, uzdravení hluchoněmého nasliněným prstem¹⁰⁵ atd.¹⁰⁶

Ježíš uzdravuje, aby dokázal, že má obrovskou moc, a také pro

⁹⁷ Jan 9, 2n

⁹⁸ Srov. Brod, I. *Hřích, nemoc – spása, zdraví?* Teologické texty, s.11

⁹⁹ Žid 12

¹⁰⁰ Srov. Brod, I. *Hřích, nemoc – spása, zdraví?* Teologické texty, s. 11

¹⁰¹ Řím 5, 12 – 6, 23

¹⁰² Srov. Brod, I. *Hřích, nemoc – spása, zdraví?* Teologické texty, s. 12

¹⁰³ Sk 4, 10

¹⁰⁴ Jan 9, 1-12

¹⁰⁵ Mk 8, 31-37

¹⁰⁶ Srov. Brod, I. *Hřích, nemoc – spása, zdraví?* Teologické texty, s. 12

potvrzení toho, že je to On, který má přijít naplnit slova proroků¹⁰⁷. Ježíšova uzdravování se vztahují k vyhlášení Království evangelia, uzdravení hříchů a k obratu k víře. Jejich účelem není okamžité nastolení štěstí na zemi, ale zdůraznění přítomnosti Syna člověka a blízkosti jeho království. „Moc Páně byla s ním, aby uzdravoval.“¹⁰⁸

Písmo nám jasně ukazuje, že zdraví je obrovskou hodnotou a každý člověk si ho musí chránit, tzn. pokud je člověk nemocný má vyhledat lékaře a jeho pomoc: „Lékaře nepotřebují zdraví, ale nemocní.“¹⁰⁹

2.6 ZDRAVÍ

Snad všichni lidé na celém světě slyšeli slůvko zdraví, ale co to vlastně je, co znamená a jaký má význam?

„Zdraví lze vymezit tak, že jde o normu a potažmo o dobro týkající se oblasti léčení nemocí a chorob, či jejich předcházení.“¹¹⁰

„Zdraví může být definováno negativně jako absence nemoci, funkcionálně jako schopnost vyrovnat se s denními aktivitami, nebo pozitivně jako způsobilost a podoba balansu (vyrovnanosti). V každém organismu je zdraví forma homeostáze. To je stav balansu s příjmem a výdejem energie a látky v rovnováze (s možností růstu). Zdraví též značí dobré vyhlídky na trvající přežití. U vnímajících bytostí jako lidí je zdraví širší koncept.“¹¹¹

„Závažné zdravotní problémy tvoří psychologické i hmotné břemeno pro jednotlivce, rodiny i společenské skupiny. Naproti tomu dobrý zdravotní stav pomáhá jednotlivcům plnit jejich vlastní cíle v životě a přispívat k bohatství

¹⁰⁷ Iz 53, 4 -5; Mt 8, 17

¹⁰⁸ Lk 5, 17

¹⁰⁹ Mt 9,12, Mk 2,17, Lk 5,31

¹¹⁰ Payne, J. a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha, Triton 2002, ISBN 80-7245-293-1, str.102

¹¹¹ Příspěvatelé Wikipedie. *Zdraví* [online]. Zveřejněno 30. 3.2009 Wikipedie – Otevřená encyklopedie, 2002 [15. 3. 2009] http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlavn%C3%AD_strana

společnosti v celku.“¹¹²

Smysl lidského zdraví závisí na celkovém chápání horizontu lidského bytí a lidského povolání, ale také na typu společnosti a jejích idejích a na účelu, jemuž má definice zdraví sloužit.

Existuje několik modelů (přístupů) jak můžeme vymezit zdraví¹¹³:

- Medicínský přístup – v tomto pojetí je zdraví oproštěnost od negativních faktorů, které postihují člověka somaticky i psychicky.
- Preventivní model – se zaměřuje na preventivní péči chránící integritu tělesného i duševního stavu člověka.
- Humanitární model – rozšiřuje oblast péče směrem k obecným lidským právům a zahrnuje do ní péči o zdravé životní prostředí, boj proti hladovění, proti týrání, atd.
- Biologický systémový model – chápe zdraví člověka jako dobrou adaptaci k prostředí v tom stupni, jakého je jedinec schopen.
- Filozofický model – chápe zdraví a péči o něj jako úsilí o optimální stav seberealizace člověka.
- Model 3. světa – soustřeďuje pozornost při vymezování pojmu zdraví k potřebám všeobecné sociální spravedlnosti.

Snahou o bližší a konkrétnější vymezení pojmu zdraví se zabývala Světová zdravotnická organizace (WHO), která vznikla roku 1948 v důsledku aktivit Společnosti národů. V jednom ze svých dokumentů, z roku 1958, definovala zdraví jako „*dobrý stav kompletního fyzického, mentálního a sociálního blaha*“¹¹⁴. Z uvedeného vyplývá, že zdraví tedy není pouze absencí nemocí a poruch.

Tato definice zahrnuje pozitivní přístup, ale není zcela jednoznačná. Zdraví je těžko definovatelným pojmem a každý pokus o jeho bližší vymezení riskuje určité zjednodušení a opomenutí některých závažných aspektů tohoto

¹¹² Payne, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*. Praha, Triton, 2005, ISBN 80-7254-657-0, s. 565

¹¹³ Srov. Ondok, J.,P. *Bioetika*. s. 38

¹¹⁴ Převzato z: Ondok, J.,P. *Bioetika*. s.36

pojmu. Můžeme se ptát, zda náhodou není v definici WHO skryto nebezpečí jako nemoc chápat i kulturně-politické a sociální jevy, např. zločin, agresivitu, války atd.

Jiným vágním termínem je sám pojem „blaho“, který znamená stav člověka šťastného, jemuž nic nechybí. Mohli bychom ho nahradit termínem „štěstí“. Co všechno lze požadovat z hlediska jednotlivého člověka ve jménu jeho blaha? Zde jde čistě o subjektivní přístup, neboť různí lidé mohou mít různé názory na to, kdy se budou cítit šťastní. Obsah pojmu blaha by tak měl značně rozdílný obsah.

Americká Lékařská Asociace navrhla v roce 1970 odlišnou definici zdraví: „Zdraví je stav dobrého fyzického rozpoložení.“¹¹⁵ Můžeme vidět, že je vynechán vztah k celkovému stavu člověka v pojmu „dobrého rozpoložení“ a rovněž jeho sociální aspekt.

Existují i odlišné definice zdraví. Ty se opírají o pojem „normálu“ lidského života. Normální stav zde neznámá „průměrný“, ale spíše ideální stav člověka. Ten zahrnuje optimální fungování všech jeho somatických i psychických funkcí. Jde o stav, který se nazývá „homeostázi“ (=udržováním ve stabilním stavu). V pojmu homeostáze jsou zahrnuty i veškeré kulturní aktivity člověka. Přístup k vymezení zdraví by měl zahrnovat celistvost a integritu osoby člověka.

Každá osoba má právo na zdraví a také právo na „kvalitu“ života. „Studium kvality života prodělává svůj „boom“ zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy. Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí.“¹¹⁶ V dnešní době je nutná pomoc a péče ze strany společnosti. Péče o zdraví však znamená víc než jen preventivní

¹¹⁵ Převzato z: Ondok, J.,P. *Bioetika*. s.36

¹¹⁶ Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. s. 206

a terapeutickou péči, ale i péči o životní styl u každého jednotlivého člověka. Už Hippokrates tvrdil, že lékař kromě léčby má předepisovat také „regimen“, čili režim života zaměřený na lidské zdraví. V tomto směru existuje v dnešní době řada nedostatků jako např. chvat, stresy, nezdravá výživa, atd.

Právo na zdraví každého člověka je do značné míry omezeno, neboť člověk nemůže očekávat, že společnost má povinnost zajistit jeho zdraví. „Zdraví je především a primárně objektem individuální povinnosti člověka.“¹¹⁷ Každý sám je do značné míry odpovědný za svůj zdravotní stav. Člověk nedostává zdraví od společnosti jako nějaký dar. Právo na zdraví znamená pouze nárok člověka na to, aby jeho zdraví nebylo ohrožováno aktivitami druhých lidí a aby člověku byla ze strany společnosti poskytována adekvátní pomoc pro uchování jeho zdraví nebo kvalitní léčebná péče.

Nikdy nemůžeme dostatečně zdůraznit sociální dimenzi zdraví a zdravotní péče. Zdraví je vybavení jednotlivce i skupiny a dalekosáhle závisí na spolupráci a vzájemné závislosti.

„Celostní pochopení zdraví směřuje k největší možné harmonii tělesných a duševních sil, k nejvyššímu možnému zduchovnění těla a odpovídajícímu ztělesnění ducha. Specificky lidské zdraví se zjevuje v sebeuskutečňování člověka, jenž dosáhl takové svobody, který mu dovoluje nasadit všechny tělesně-duchovní energie do služby celkového povolání k lidství.“¹¹⁸

2.7 NEMOC

Definice podle WHO: „*Nemoc je porušení rovnováhy organismu (jeho homeostáze); dojde k porušení části těla (tkáně, orgánu aj.) nebo funkční*

¹¹⁷ Ondok, J., P. *Bioetika*. s. 39

¹¹⁸ Häring, B. *Bioetika*. s. 29

*souhry orgánů nebo psychického prožívání.*¹¹⁹

Ve starých předkřesťanských kulturách byla nemoc běžně spojována s porušením mravního zákona, proviněním a těsně souvisela s pocitem viny a odplaty. Nemoc byla především „hříchem“, mravním poskvrněním. Léčení bylo spojeno s modlitbou, obětním darem a vyjadřovalo pokání. Největší přínos zvěcnění pojetí nemoci představovala až medicína řecká. V křesťanském myšlení nemoc není brána jako důsledek hříchu. Přesto je nemoci přiznáván určitý smysl a účel. Zatímco hippokratovské poučení pro lékaře doporučovalo neléčit beznadějně případy, podle křesťanství nemocný musí být ošetřen především jako člověk a potřebuje přítomnost druhých. Ještě v 17. a 18. století bylo pro úspěšnou léčbu důležité, aby lékař znal detaily ze života nemocného.

V průběhu 19. a 20. století nastupuje přírodovědecký výklad nemoci jako poruchy či odchylky organismu v důsledku vnějších či vnitřních činitelů. Představa, že nemoc jako chybu lidského těla napraví odborník expertním zásahem, odpovídala a odpovídá názorům tehdejší i dnešní doby. Subjektivní aspekty nemoci byly razantně potlačeny. Tento materialisticko-technický přístup k nemoci je produktem moderní společnosti. Nemoc se stává mravně nahodilým jevem bez symbolické příčiny.

Materialistický přístup nutí lékaře konstruovat nemoc jako narušení biologických procesů. V takto úzce pojatém přístupu nemá pacient možnost prezentovat svou bolest a utrpení. Výpovědi pacientů pokládají lékaři za až příliš subjektivní. Lékař poté nahrazuje tyto nepřesné a zkreslené výpovědi objektivními daty. Tento pohled na pacienta je tudíž velmi odosobněný. Od lékaře se tedy bude očekávat, že dokáže vyčíst, mezi touto směsicí nepřesných výpovědí o pacientově stavu, podstatu nemoci. V tomto procesu se lékař učí považovat zkušenost za nepřesnou a mnohdy zavádějící, tedy neplatnou. Popření zkušenosti pacienta vede lékaře k opomenutí morální reality bolesti

¹¹⁹ Fialová, L., Kouba P., Špaček, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. s. 127

a utrpení. Důsledkem tohoto pojetí je oddělení mezi objektem biomedicínské léčby (odlidsťených procesů léčby) a objektem ostatních léčebných postupů, tedy subjektivních pocitů bolesti a obtížné hledání smyslu utrpení.¹²⁰

Vedle tohoto dominujícího modelu existují alternativní interpretace nemoci, buď zcela privátního charakteru nebo vázané např. na náboženské pojetí světa a života.

Jak lidé chápou vlastní nemoc? Je to samozřejmě velice rozmanité. Někteří nemocní připisují fatální význam genetice, jiní mají sklon hledat za nemocí své vlastní selhání a vysvětlují si své vážné onemocnění třeba jako trest za provinění. Některé nemoci představují pro svého „nositele“ stigmatizaci, jsou poskvrněním, veřejným pošpiněním, které se stávají součástí sociální identity nemocného. Ti, kteří o své nemoci přemýšlejí ji chápou jako důležitý úkol., který je součástí jejich životní cesty. To, jak se v nemoci zachovají a čemu se naučí, vnímají jako možnost vlastního rozvoje.

Zkušenost nemoci odhaluje křehkost lidské existence. Člověk trpí nemocí a do určitého bodu se dá říci, že si své nemoci způsobuje sám. Ale velký rozdíl je v tom, zda dává svému utrpení smysl, nebo ne. Nemoc má různým způsobem a v různé míře osobní charakter, který poukazuje i k životním zkušenostem.

2.7.1 Onemocnění a psychika

Pokud člověk vážně onemocní, jeho psychika se s touto novou situací vyrovnává a můžeme hovořit o tzv. psychické křivce odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci.

První fáze by se dala charakterizovat jako „šok“. Nemocný se ptá, proč se to stalo, proč právě mně apod. Tato uvažování vedou k „popření“ faktu nemoci a „*stažení se do izolace*“. Typické reakce jsou: ...ne, to není pravda, to

¹²⁰ Srov. tamtéž, s. 128

se nějak vysvětlí apod.¹²¹

Druhá fáze je období „**zloby a hněvu**“. Tento časový úsek je velmi náročný pro okolí nemocného. Častá urážlivá slova vůči zdravým jsou pouze zastřenou formou vnitřní životní krize. Zdánlivě paradoxně znějí nemocniční atmosférou výhrady nemocných: zase to jídlo není dobré, přinesli mi pozdě léky, nikdo se neusměje apod. Společným jmenovatelem těchto a podobných sdělení je pocit hněvu, křivdy, vyřazenosti.¹²²

Třetí fáze je časem „**smlouvání**“. Pacient, přestože mu lékař nic podstatného neřekl, tuší, že role pacienta bude dlouhodobá a trvalá. Osobní cíle se mění s ohledem na nemoc, která mu zkomplikuje život. Pacient zvažuje, co by ještě chtěl vykonat, popřípadě mohl, a co ve vzniklé situaci je ochoten opustit. Obvyklé výroky: kéž se dočkám svatby své dcery, jak bych si přál dožít se vnoučat apod.¹²³

Čtvrtá fáze se nazývá „**deprese**“. Bývá časově kratší. Jakmile se stav nemocného zlepší nebo je jasný pokrok u spolupacienta, bývá střídána stavem relativní psychické pohody.¹²⁴ Svou roli sehrává i možnost naděje, která „...není pouze jednou z mnoha tradičních hodnot a ctností, ale je něčím, bez čeho je lidský život sotva více než pouhým biologickým přežíváním“¹²⁵.

Závěrečnou fází je křivky je „**akceptace pravdy**“, tedy přijetí role vážně nemocného. Pacient dozrává do jakéhosi vnitřního „*důstojného klidu*“.

2.8 PRAVDA O PRAVDĚ NA NEMOCNIČNÍM LŮŽKU

Existují různé názory na to, zda se smí říci těžce nemocnému, jak na tom je. Mnozí se domnívají, že otevřené informování smrtelně nemocného pacienta o jeho stavu se může stát vraždou, a proto odporuje požadavkům lidskosti. Jiní naproti tomu tvrdí, že se zásadně nesmí nikdy lhát, ani ze

¹²¹ Srov. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. s. 138

¹²² Srov. tamtéž, s. 139

¹²³ Srov. tamtéž, s. 139

¹²⁴ Srov. tamtéž, s. 139

¹²⁵ Srov. Fialová, L., Kouba P., Špaček, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. s. 227

šetrnosti k druhému.

2.8.1 Zapírání není řešením

Zapření vážnosti nemoci nemůže být pro pacienta řešením. Byl by tak zbaven možnosti smysluplného a odpovědného rozhodování. Často je nemocný teprve na základě správného zhodnocení své situace, což vyžaduje sdělení pravdy o vážnosti nemoci, schopen přiměřeně rozhodnout, zda podstoupí určitou operaci (léčbu), nebo ji odmítne. Úmyslné držení v nevědomosti by zde znamenalo připravit ho o svéprávnost. Někdy je ještě nutné pořídit závěť nebo se pokusit o usmíření s příbuzným. Často přetrvávají u nejbližších lidí těžké pocity viny, protože se již nepodařilo včas vyřešit určité problémy. Nemocný proto musí mít právo vědět, zda musí počítat s brzkou smrtí. Jsou-li takové věci v pořádku, bude pro umírajícího snazší najít mír a vypořádat se s nastalou situací.

Velká většina smrtelně nemocných lidí tuší závažnost své nemoci, z níž odvozuje svůj skutečný stav. Většinou nepočítají již s tím, že budou opět zdraví. Odpírání jasného sdělení na jejich jednoznačné otázky, nedostání upřímné a jednoznačné odpovědi, z těchto ukazatelů pacienti vycítí, že s nimi nikdo o jejich nemoci nechce mluvit, ačkoli je samé nemoc velmi zaměstnává i duševně. To stupňuje jejich úzkost, protože si své předtuchy musí nechat pro sebe. Izolace nemocného také narůstá také s tím, že lékař, sestry nebo příbuzní, kteří vědí, jak je na tom, se mu ze strachu před jeho otázkami a před otevřeným rozhovorem raději vyhýbají nebo s ním nechtějí být o samotě. Nemocný je pak vmanipulován do nepravdivé hry, kterou sním ostatní hrají, a navíc je tímto donucen zcela neobjektivně počítat s budoucím uzdravením. To však může pacientovi jen ztížit správné vnitřní zpracování blížící se smrti.

Děti a smrt – předtucha blížící se smrti není pro děti nic cizího. Ony jsou zvláště závislé na solidaritě okolí, potřebují rozhovor. Pokud jim není dopřán, trpí izolací. Většinou nemívají strach ze smrti, ale z toho, že zůstanou

samotné fyzicky a bez rozhovoru, ve kterém mohou vyslovit své obavy.¹²⁶

2.8.2 Komu má být pravda sdělena

V zásadě každý dospělý člověk má právo na sdělení pravdy; má právo vědět, jaký je jeho stav. Výjimku tvoří ti pacienti, kteří jsou nejen somaticky, ale navíc psychicky nemocní. Na zamlčení některé skutečnosti má lékař právo, ale musí mít pro to dostatečný důvod.

Častá námitka ze strany lékaře spočívá v tom, že ne každý člověk chce pravdu vědět a nikoliv každý ji snese. Pacient má samozřejmě právo o své nemoci nehovořit. Ale každý člověk o své nemoci ví a nějakým způsobem ji přijímá. Může ji tedy i nepřijmout, ale to už je způsob vyrovnávání se s existencí nemoci. Negativní stanovisko pacienta je pokládáno za kontraindikaci sdělení pravdy. Lékař přesto bude muset pravdu sdělit a to v zájmu svém i pacienta. Zde je možné uplatňovat pravidlo sdělení s omezením, nebo tzv. pravdu po kapkách.¹²⁷

Napadá nás otázka, zda každý člověk – nemocný pravdu dokáže unést. Odborníci dospěli k názoru, že každý člověk svou nemoc unést musí. Povinností zdravotníků je ptát se, jak může nemocnému pomoci nést jeho úděl. „Otázka, zda pacient pravdu unese, či nikoliv je irelevantní. Pacient nemůže o své nemoci nevědět, on ji musí určitým způsobem nést.“¹²⁸

2.8.3 Kdy a kdo má pravdu sdělit

Asi nejlepší čas pro řízení pravdy je ve fázi, kdy pacient akceptuje pravdu (srov. kap. 2.7.1. „*Onemocnění a psychika*“), tedy tehdy, kdy si nemoc člověka „připraví“. Někdy je docela těžké tento čas určit. Je nutné učit se rozpoznávat jednotlivé fáze prožívání nemoci a získávat tak citlivost pro vhodný čas, v němž se může pravda sdělit.

¹²⁶ Srov. Rotter, H. *Důstojnost lidského života*. s. 83

¹²⁷ Srov. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. s. 142

¹²⁸ Tamtéž, s. 142

Mimořádnou pozornost je třeba věnovat těm nemocným, kdy výkon či terapie nesnesou odklad z důvodů nežádoucího prodlení. Pravdu je nutné sdělit bez ohledu na fázi psychologického prožívání nemoci.¹²⁹

Kdokoliv uvažuje, zda pravdu sdělit či nesdělit, jeho problém je zpravidla zredukován na otázku, zda sdělit či nesdělit diagnózu. Diagnóze většinou laik nerozumí, a pokud ji chce vědět, tak proto, aby si z ní odvodil další pravdy: co pro něho konkrétní nemoc bude znamenat, jaká omezení ve svém životě bude muset vykonat a jaká budoucnost ho čeká. Proto i při sdělení pravdy je třeba pamatovat na praktické vysvětlení, co nemoc pro člověka vlastně skrývá. Pravděpodobně nelze zatajit, že situace je vážná. Je však třeba zdůraznit, že i v této situaci je možno se bránit a mnohé podniknout. Říci někomu prognostickou pravdu je neetické. Zde jsou na místě úvahy o naději.¹³⁰

Neexistuje přesný návod jak říci pravdu. Je nutný individuální přístup. Při rozhovoru mají být volena slova, která jsou pro pacienta dostatečně srozumitelná. Hovor má být stručný, informací nemá být mnoho. Pacient má mít možnost položit otázky. Po sdělení pravdy by pacient neměl zůstat sám. Hovor s jinou osobou je namístě.¹³¹

Není vhodné, aby se nemocniční prostory staly místem sdělování pravdy, jelikož jsou zpravidla odosobněné. Většinou si nemocní přejí, aby tento závažný rozhovor proběhl v intimním prostředí, který jistým způsobem zajišťuje předpoklad určité niternosti. Každý rozhovor závažného charakteru by se měl odehrávat v hovorně. Další místem může být i nemocniční pokoj, který není přeplněn přístroji, skříněmi s léky atd. Lékař si musí najít na pacienta čas, nemá být rušen telefonem ani vstupem jiných zdravotníků. Pokud se rozhovor odehrává u lůžka, lékař musí vytvořit aspoň minimální zdání důvěrného rozhovoru. Pokud na pokoji leží spolupacienti, mohou být vyzváni,

¹²⁹ Srov. tamtéž, s. 143

¹³⁰ Srov. tamtéž, s. 144

¹³¹ Srov. tamtéž, s. 144

aby se na chvíli vzdálili, nebo alespoň odvrátili.¹³²

V naší zemi nese lékař plnou právní odpovědnost za nemocného, tudíž právě on by měl sdělovat závažné informace. Některé země umožňují psychiatrům nebo i kněžím, aby místo lékaře sdělili pacientům závažné informace.

Pacienti mají právo na jednolité tok informací a zdravotníci jsou jim povinni zajistit. Je rozumné, aby se lékaři v odborných zprávách při překladech nemocného vzájemně informovali o tom, co nemocnému sdělili. Pokud chybí tato vysvětlující poznámka, lékař se musí domnívat, že pravda byla sdělena v plném rozsahu.¹³³

¹³² Srov. tamtéž, s. 145

¹³³ Srov. tamtéž, s. 146

3 LÉKAŘ, ZDRAVOTNÍ SESTRA, PACIENT

Z celého zdravotnickém systému do popředí vystupují nejvíce tři subjekty, které nás zajímají. Jsou to lékař, sestra a pacient.

3.1 LÉKAŘ

Lékař je profesionál vzdělaný v biologických vědách. Humanitní studia na lékařských fakultách tvoří asi jen 5 – 7 % výuky. Těžištěm jeho profese jsou vědecké metody, které spočívají převážně v soudobé teorii a praxi medicíny. Lékař je vědec a technik, zabývající se materiální stránkou člověka. Pracuje především s vědecky verifikovatelnými fakty. Každý den užívá vědeckou racionalitu a každý den se setkává nejen s její užitečností, ale i s důsledky selhání této racionality. Každé opomenutí příznaků, špatná interpretace nálezů atd. mohou mít pro pacienta vážné důsledky. Lékaři jsou nedůvěřiví všemu, co není racionální a vědecké.¹³⁴

Lékař má být osobností, která ví o hodnotě života, o jeho nesnázích, ale přes všechny problémy zůstává na straně života, který opatruje a stále oceňuje jako prvořadou a základní hodnotu.

Lékař také musí být jakýmsi průvodcem na složitých životních cestách pacienta, kdy pomáhá nemocnému nést jeho choroby. Dále pacienta doprovází svou kvalifikovanou pomocí a upřímnou empatií. Lékař má také doprovázet zdravého člověka kvalifikovanou radou, vést ho k uvědomělejšímu způsobu života.

Společnost od lékařů očekává stále více, než mohou dát. Mnoho nemocí nelze úspěšně léčit, mezi lékařem a nemocným dochází k neshodám v důsledku ekonomického napětí a obav z možností budoucího hrazení některých zdravotnických výkonů.

¹³⁴ Šimek, J., Špalek, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 80-247-0440-4, s.40

Lékaři nejsou pouze lidmi, kteří dělají vše pro dobro nemocného, ale současně reprezentují vědeckou kulturu moderní medicíny.¹³⁵

Při výkonu své profese by se měl lékař řídit Etickým kodexem České lékařské komory¹³⁶. Jeho první verze byla koncipována Českou lékařskou komorou ve značné časové tísní, snaha odborníků vyrovnat se vyspělému světu. V současné době je v platnosti Novela stavovského dokumentu č. 10 z roku 1995. Je možné, že v budoucnosti tento kodex prodělá nějaké úpravy.

3.2 ZDRAVOTNÍ SESTRA

Setra je druhým klíčovým pracovníkem ve zdravotnictví. Nepotřebuje tak důkladné vzdělání v biologických vědách. Nemůže provádět diagnózu a plánovat léčebnou strategii. Jejím úkolem je péče o nemocného. Sestra plní pokyny lékaře, pečuje o pacientovo tělesné a psychické pohodlí, učí pacienta používat různé zdravotnické pomůcky atd. Vzdělání sestry v humanitních vědách je poněkud pestřejší než vzdělání lékaře. Podobně jako lékař i ona je svědkem uzdravování pacientů, ale také zažívá následky chyb lékařů, ostatních zdravotníků a také pacientů.¹³⁷

Je blíže trpícímu pacientovi a intenzivněji s ním sdílí utrpení. Se svými pacienty zažívá i meze vědecké medicíny. Především setře sděluje pacient své pochybnosti o smyslu záchrany života apod. Od sestry se vždy očekává určité sebeobětování v zájmu pacienta.¹³⁸

Dobře vzdělaná sestra je schopná být spojnicí mezi vědeckým světem lékaře a přirozeným světem pacienta. To je důvod proč v moderním ošetrovatelství přebírá sestra iniciativu ve výchově a vzdělání pacientů. Pravomoci sestry jsou však v mnohém omezené. Jak už bylo řečeno, nesmí

¹³⁵ Srov. Thomasma, D. C., Kushnerová, T. *Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta 2000, ISBN 80-204-0883-5, s. 17

¹³⁶ Kompletní znění v: příloha č. 1

¹³⁷ Srov. Šimek, J., Špalek, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. s. 43

¹³⁸ Srov. tamtéž, s. 43

sdělovat pacientovi jeho diagnózu, není účastna procesu rozhodování o pacientově dalším osudu.¹³⁹

Sestra se o člověka stará jak ve zdraví tak během nemoci. Vstupuje do mezilidských vztahů a někdy dokonce musí i ona řešit problémové situace v oblasti etiky a morálky. Týká se to interakce např. v těchto oblastech:¹⁴⁰

- pacient – klient
- rodina, přátelé a známí pacienta – klienta
- spolupracovníci
- služby
- úřady

Mnohdy nebývají přímým aktérem, ale čeká se od nich úsudek a postoj k dané situaci, tím plní svou sociální roli. Od sestry se očekává ustálené chování, přijetí určitých principů atd. Své poslání může sestra plnit jedinečně vhodným mravním jednáním, s tím souvisí otázka přiměřeného společenského ocenění a uznání.¹⁴¹

Již na začátku své profesní životní cesty se každá sestra musí ptát, zda tato volba profese je ta správná. Rozhodnutí by mělo vycházet z vnitřního přesvědčení. Mezi osobní předpoklady k výkonu profese patří rozumová a citová vyzrálost. Měla by mít dobrý fyzický a psychický stav.¹⁴²

Někdy je sestra nucena do jednání, se kterým nesouhlasí. Toto jednání může odmítnout na základě tzv. „výhrady svědomí“ (např.: „mé svědomí mi takto nedovoluje jednat...“). Uplatnění této výhrady svědomí nesmí ohrozit nebo poškodit pacienta.

Pracovními nástroji sestry jsou srdce a profesionalita. Jelikož se tyto

¹³⁹ Srov. tamtéž, s.43

¹⁴⁰ Srov. Krátká, A. *Etika v ošetrovatelství*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007, ISBN 978-80-7348-543-5, s.18

¹⁴¹ Srov. Krátká, A. *Etika v ošetrovatelství*. s.18

¹⁴² Srov. tamtéž, s. 19

nástroje vzájemně doplňují, měla by je každá sestra využívat!¹⁴³

I sestry se mohou (a mají) řídit kodexem, který byl vydán v roce 1991.¹⁴⁴

3.3 PACIENT A JEHO PRÁVA

Pacient je člověk své doby. Poznává limity vědeckého poznání a jeho hlavním problémem je utilitární použitelnost věcí, jimiž je obklopen. Zažívá hroucení hodnot a těžko hledá smysl života. Lékař je pro něho specialistou, který léčí nemoci. Je pro něho důležité, jestli léčba dopadne tak, jak je mu slibováno.¹⁴⁵

Pacient by se měl stát plnoprávným partnerem lékaře. Je proto nutné ustálit nějaké formy spolupráce mezi lékařem a pacientem. Z tohoto důvodu byla formulována práva pacientů.¹⁴⁶

Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva. Pacient byl v minulosti plně závislý na lékaři v rovině odborné i lidské. O právech pacientů se začíná hovořit teprve na začátku sedmdesátých let 20. století.¹⁴⁷

Jeden z prvních kodexů práv pacientů sestavil David Anderson roku 1971. Tento kodex byl psán v „ich-formě“ a jsou v něm zahrnuta přání pacienta, jak by ho měly lékaři vnímat. V roce 1974 byla ve Francii vydána tzv. Charta hospitalizovaného pacienta. Současně s ní byla navržena vyhláška o postupné redukci či zrušení velkých mnohalůžkových nemocničních pokojů, aby proběhla humanizace nemocnic, s tímto odborná veřejnost vyjádřila souhlas. V osmdesátých letech jsou práva pacientů pokládána za samozřejmost ve všech vyspělých zemích. Pozornost je věnována tvorbě speciálních kodexů, přičemž iniciativa přichází nejen z řad odborníků, ale také z řad laiků, resp. četných laických společností a seskupení. Často se na tvorbě speciálních

¹⁴³ Srov. tamtéž, s. 19

¹⁴⁴ Kompletní znění v: příloha č. 2

¹⁴⁵ Srov. Šimek, J., Špalek, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. s.40

¹⁴⁶ Srov. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. s. 95

¹⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 95

kodexů podíleli lékaři i nemocní společně.¹⁴⁸

Etický kodex Práv pacientů¹⁴⁹ používaný v České republice byl koncipován na základě Vzorových práv pacientů, který zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod, v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů: tento byl prohlášen za platný 25. 2. 1992.

Po vyhlášení etického kodexu Práv pacientů, nastal problém, jak s ním seznámit zdravotnickou a laickou veřejnost. Zdravotní personál se příliš obával možného zneužívání těchto práv pacienty. Téměř po deseti letech existence tohoto kodexu lze konstatovat, že jej většina zdravotníků zná a respektuje ho.¹⁵⁰

3.3.1 Organizace na ochranu pacientů v ČR

Nejdříve vznikl Svaz na ochranu pacientů (SOP), který se transformoval na Svaz pacientů České republiky. Má statut humanitární organizace. Tento svaz je také členem Mezinárodní aliance patientských organizací IAPO se sídlem v Londýně.

Podílí se na přípravě zákonů, vyhlášek a předpisů ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví. Prosazuje zastoupení pacientů v dozorčích radách zdravotnických zařízení. Prosazuje volbu zástupců organizací pacientů ve správních orgánech zdravotních pojišťoven. Účastní se jednání Zdravotního a soc. výboru Poslanecké sněmovny a v zájmu pacientů předkládá doporučení k návrhům zákonů. Svaz pacientů ČR vede bezplatnou poradnu pro pacienty.¹⁵¹

Od roku 1995 pracuje také Občanské sdružení na ochranu pacientů.

¹⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 95

¹⁴⁹ Kompletní znění v: příloha č. 3

¹⁵⁰ Srov. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. s. 101

¹⁵¹ Svaz pacientů ČR – *O svazu* [online]. Zveřejněno 1. 3. 2007. [cit. 10. 3. 2009]. Dostupné na: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=svaz>

Jeho cílem je spoluúčast na změnách legislativy pro zkvalitnění, dostupnosti a bezpečnosti lékařské péče.¹⁵²

3.4 KOMUNIKACE LÉKAŘE A PACIENTA

Komunikace a vztahy mezi lékaři a nemocnými probíhají po dlouhá staletí. Po dlouhé období převažoval tzv. paternalistický vztah. V tomto vztahu si byl lékař vědom své obrovské moci, ale i mezi svých diagnostických a léčebných postupů. Vědomí hranic jeho možností ho nutilo přistupovat k pacientům s laskavou, osobně laděnou a vstřícnou péčí, která vytvořila velmi pevný vztah.¹⁵³

Dnes nastává naprosto rozdílná situace – prohlubuje se rozvolnění vazby jednoho lékaře s konkrétním pacientem. Přesto v poslední době začíná být vztah lékař – pacient (a naopak) ve středu zájmu již při výchově lékařů na lékařských fakultách. Rozhodně by tomuto vztahu měla být věnována patřičná pozornost, protože se zdá, že některým lékařům tento vztah dělá problém, alespoň se to jeví z mnoha stížností a žalob na zdravotníky.

3.4.1 Vztah lékař – pacient

Tento vztah se odehrává v rovině, která je charakteristická dvěmi krajními polohami. První poloha je tvořena pohledem na pacienta, který přichází s bolestí, je ustrašený, úzkostný atd. Právě v této situaci hledá pomoc u jiného člověka, a tím je právě lékař. Právě lékař má odborné znalosti, ví jak nemocnému pomoci a disponuje potřebnými prostředky. Druhou polohou je pacient – klient, který požaduje určitý druh služby. V tomto vzniklém vztahu se veškeré jednání řídí běžnými pravidly služeb a obchodu. První ani druhá poloha není správná a je vhodné najít nějaké neutrální řešení v přístupu

¹⁵² Srov. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. s. 102

¹⁵³ Srov. Haškovcová, H. *Thanatologie – Nauka o umírání*. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7, s. 19.

k pacientovi.¹⁵⁴

Nelze hodnotit vztah mezi lékařem a pacientem izolovaně od zbytku společnosti. V těchto vztazích se zrcadlí chování celé společnosti. Navíc jsou obrazem mezilidských vztahů. Veřejné průzkumy nejprestižnějších povolání jasně ukazují, že se to lékařské umísťuje na prvních pozicích. Je však paradoxem, když lékaři požadují za svou práci více peněz a společnost se na ně dívá s nedůvěrou. Pokud lékaři udělají nějakou byť i domnělou chybu, jsou následně skandalizováni a vláčeni po médiích.¹⁵⁵

Zdraví i nemocní občané přistupují ke zdravotnictví jako k jakékoliv jiné službě, která má být rychlá, kvalitní, se zárukou úspěchu a garancí dobrého výsledku. Jak stoupají možnosti moderní medicíny, tak stejným tempem stoupá počet ošetřených lidí. Navíc rosou finanční náklady a zvyšuje se tlak na co největší efektivitu.¹⁵⁶

Vztah mezi lékařem a pacientem může být ovlivňován neúspěšností či frustrací lékařů z toho, jak špatně jsou společensky, ekonomicky hodnoceni a ceněni. To vše může mít za následek arogantní a panovačné chování lékaře vůči pacientovi. Jelikož zdraví je majetkem pacienta – zákazníka, musí lékař na tuto podstatnou věc brát ohled. Lékař přitom pracuje na zakázku zaplacené zdravotní pojišťovnou, státem, pacientem.¹⁵⁷

„Lékařovo počínání, nebo lépe utváření vztahu nemocného a lékaře, má být zacíleno na smysl celé medicíny. Vztah musí být „léčebný“. Jeho dlouhodobým cílem je zdraví,..."¹⁵⁸

Již při prvním kontaktu vzniká mezi lékařem a pacientem vztah. Lékař představením se naváže kontakt, pokud jde o první setkání, měl by lékař povzbudit pacienta i vlídným slovem. Je snad pochopitelné, že vlídnému

¹⁵⁴ Srov. Koldová, Z., Ivanová, K., Klos, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci, 2004, ISBN 80-244-0892-9, s. 37

¹⁵⁵ Srov. tamtéž, s. 37

¹⁵⁶ Srov. tamtéž, s. 37

¹⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 37

¹⁵⁸ Munzarová, M. a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* s. 29

a příjemnému člověku se snadněji důvěřuje. Ale není vhodná familiárnost.¹⁵⁹

Pacient má být s lékařem sám, je to jeho právo. Je otázka, zda má být přítomna sestra, či ne. Sestra patří do týmu, navíc může postřehnout něco, co lékař přehlédl. Lékař při své práci a jednání někdy bere ohled na její názor. Sestru považují mnozí pacienti za přístupnější a bez problémů jí svěřují i to, co by před lékařem zatajili. Sestra se může stát, který při případném nařčení lékaře může dosvědčit, že byl pacient řádně vyšetřen, že jej lékař neobtěžoval, atd. Nastávají ovšem situace, kdy by měl ošetřující lékař poprosit sestru, aby opustila místnost, protože se pacientovi lépe hovoří mezi čtyřma očima. Je uměním takovou situaci vystihnout. Je vhodné zvážit přítomnost mediků, kteří jsou na praxi, také se jedná o zásah do intimity i do pohodlí pacientů.¹⁶⁰

„Lékař sám, musí být již lékem. Mnohdy je to právě komunikace a porozumění, co může ulevit a pomoci více než lék ve formě tablet několikrát denně. Zejména starší pacienti potřebují nejen pozornost, ale i trpělivost.“¹⁶¹

Základní pravidla pro komunikaci lékaře s pacientem¹⁶²:

- pacienta poslouchat vždy pozorně, respektovat jeho soukromí, ale i jeho přání
- vysvětlit pacientovi vše jasně a srozumitelně, včetně stanovené diagnózy a přesvědčit se, zda pacient vše pochopil
- s pacientem při každé příležitosti hovořit o prevenci
- lékař vždy musí zachovat důvěrnost všech informací získaných od pacientů
- pacientovi je třeba dát najevo emoční podporu
- lékař by měl při rozhovoru udržovat s pacientem oční kontakt, vystupovat vždy v nejlepším světle

¹⁵⁹ Srov. Koldová, Z., Ivanová, K., Klos, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. s. 38

¹⁶⁰ Srov. Kvapil, L., Ivanová, K., Klos, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. s. 44

¹⁶¹ Tamtéž, s. 45

¹⁶² Převzato z: Koldová, Z., Ivanová, K., Klos, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. s. 41

- lékař musí jednat čestně a poctivě, měl by být upravený a neměl by od pacientů požadovat finanční podporu

3.4.1.1 Vyšetření

Návštěva zdravotnického zařízení je pro mnohé nemocné stresujícím okamžikem. Tento stres ještě podporují dřívější nepříjemné zkušenosti s „bílými plášti“, lékařskými nástroji a nepříjemnými zákroky. Neznámé prostředí působí na pacienta, který přichází s bolestí, nejrůznějšími obtížemi atd., velmi negativně a podporuje jeho strach. Vzhledem k tomu by měl pacient vědět o všem, co ho čeká. Lékař by ho měl informovat o všech vyšetřeních, jejich průběhu a postupu, případně i o možných nepříjemných a typických pocitech jiných pacientů, kteří prošli tím samým vyšetřením.

Pokud na pacienta čeká složitější vyšetření, je vhodné ho informovat o tom, co ho čeká, s čím musí počítat. Lékař může nemocnému ukázat snímky nebo fotografie, pomocí níž může pacient lépe poskytnutou informaci pochopit. Lékař může popisovat pocity, které bude pacient během vyšetření pociťovat. Lékař může instruovat pacienta, co má dělat.¹⁶³

3.4.1.2 Stanovení diagnózy a její sdělení

Poté co lékař stanoví diagnózu, přijde na řadu sdělení, které nemusí být vždy pro obě strany příjemné. Nemocného, popř. členy jeho rodiny, je lékař povinen poučit o povaze onemocnění a potřebných výkonech. Nikdo při sdělování diagnózy nemůže lékaře zastoupit. Toto právo nepřísluší ani zdravotní sestře nebo psychologovi. S pacientem o zásadních otázkách jeho zdravotního stavu by měl hovořit pokaždé stejný lékař. Je to problém hlavně v nemocnicích, kdy s pacientem mluví různí lékaři a navíc je poučení pokaždé jiné.

Poučení neznamená povinnost sdělit vždy zcela přesnou diagnózu.

¹⁶³ Srov. Koldová, Z., Ivanová, K., Klos, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. s. 38

Poučení musí být pro pacienta srozumitelné a vždy šetrné. Pacient by po něm neměl propadnout depresi a psychicky strádat. Přesto by nemělo být vynecháno přiměřené poučení o rizicích.¹⁶⁴

3.4.1.3 Léčba

Po vyšetření a po určení diagnózy přichází na řadu léčba. Většinou lékař zná více druhů léčby, ale vybírá ten, který je podle jeho názoru, pro pacienta ten nejlepší. Právě v této fázi potřebuje pacient nejvíce informací.

Zde jsou základní informace pro pacient, které by měl dostat:¹⁶⁵

- jaké existují možnosti terapie u dané choroby
- jaký druh terapie doporučuje lékař
- výhody a nevýhody doporučované terapie
- jak choroba probíhá, typické projevy nemoci, typické účinky léčby, typické reakce na danou léčbu, obvyklý stav pacienta po zákroku, průběh rekonvalescence, úspěšnost léčby, případné komplikace.

Pacient by měl mít prostor na dotazy a otázky. Samozřejmě pacient nemusí s navrhovanou léčbou souhlasit. Pokud se tak stane, lékař může pacienta taktně přesvědčovat o vhodnosti navrhované léčby. Pokud pacient stále odmítá navrhovanou léčbu, lékař má zvolit jinou formu léčby, která je pro pacienta akceptovatelná, v krajním případě doporučit jiného odborníka.¹⁶⁶

3.4.1.4 Prevence

Prevence není zatím v našich podmínkách více propagována. Lékař by měl náležitě informovat o možném předcházení nemocí, což je pro pacienta jistě výhodnější, než nemoci prodělávat.¹⁶⁷

¹⁶⁴ Tamtéž s. 38

¹⁶⁵ Převzato z: Koldová, Z., Ivanová, K., Klos, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. s. 40

¹⁶⁶ Srov. tamtéž s. 40

¹⁶⁷ Srov. tamtéž s. 40

3.4.1.5 Vytrácení pacienta v medicíně

Současná medicína spěje neustále kupředu. Při tomto vývoji medicíny se někdy ztrácí kontakt mezi obory, ale co je hlavní, i mezi lékaři. Výchova následovníků je někdy brána jako výchova nových konkurentů. V tomto prostředí se mnohdy pacient vytrácí jako celek se svými nemocemi, psychikou a sociálním postavením. Pacient očekává od medicíny adekvátní pomoc. Diagnostika předchází pomoci pacientovi, shromažďují se výsledky z vyšetření, a teprve potom se uvažuje o léčbě pacienta. Tento postup je velmi náročný na fyzickou, psychickou i ekonomickou stránku pacienta a nemůžeme se divit, pokud pacient propadne skepsi a depresi. Stává se, že pacient není s výsledkem bezprostředně seznámen ani po delším časovém období, protože výsledek dostane lékař, který podle své úvahy informuje pacienta. Řada pacientů je pasivním členem týmu, považují zdravotníka za vševědoucího, neomylného a plně kompetentního, a úplně se mu proto svěřují do péče. Taková důvěra má své výhody i nevýhody jak pro pacienta tak pro lékaře.¹⁶⁸

3.4.2 Vztah pacient – lékař

V demokratickém státě požívají nemocní určité výhody. Lidé se mohou snažit tyto získat, i když netrpí žádnou nemocí či postižením. Zneužívají vymoženosti zdravotního systému ve svůj prospěch: pracovní neschopnost, důchody, různé dávky, úlevy v práci atd. Tím se lékař může ocitnout před simulantem. Ale ne vždy, pokud lékař neodhalí závažnou nemoc, nemusí to ještě znamenat, že „pacient“ je simulant. Může se jednat o neschopnost určit správnou diagnózu, zejména zpočátku choroby, kdy se ještě typické příznaky neprojeví. Pokud lékař „pacienta“ označí za simulanta, začínají někteří provinilci vyjednávat s lékařem. Bývá velmi náročné a nesnadné neoprávněnou žádost odmítnout. Pokud lékař nevyhoví, pacient raději odchází jinam, je potřeba i s touto možností počítat.

¹⁶⁸ Srov. tamtéž s. 41

Praktický lékař má velmi blízko k osobním problémům pacienta i jeho rodiny. Měl by proto projevit účast na těchto problémech, protože to jsou faktory, které také ovlivňují zdravotní stav pacienta. Je nutné zachování objektivitu, umět poradit, ale všechna rozhodnutí nechat na pacientovi.

Mnohdy lékař hodnotí ublížení na zdraví, napadení, úrazy při dopravních nehodách, kdy se postižení často snaží, motivem bývá pomsta nebo dosažení co největšího odškodnění, uvést závažnost zranění neúměrně tomu, ke kterému došlo. Lékař nesmí tuto „simulaci“ potvrdit. Ale jindy lékař může využít své znalosti a pomoci k dosažení zvýšení důchodu nebo jiných dávek. Je velmi rozumné pacienta informovat, pokud o takové možnosti neví.¹⁶⁹

3.4.2.1 Volba lékaře

Rok 1989 přinesl do zdravotnictví mnoho změn, jedním z nich je i svobodná volba lékaře. Stala se charakteristickým rysem transformujícího se zdravotnictví. Je samozřejmé, že přínos této změny není tak podstatný v místech, kde si pacient lékaře volit nemůže z různých důvodů. Pokud si pacient vybere svého lékaře, nemá ještě „vyhráno“, protože vybraný lékař může odmítnout převzetí nemocného do péče. Pokud pacient přináleží do spádové oblasti lékaře, musí mu být poskytnuta první pomoc a další potřebná péče.¹⁷⁰

3.4.3 Ochrana osobních dat

V celé naší společnosti se v poslední době věnuje zvýšená pozornost ochraně osobních dat. Právě u lékaře nemocný člověk odhaluje svá citlivá data jak po stránce fyzické, tak psychické a sociální. Lékaři jsou tradičně vázáni lékařským tajemstvím, stejně i ostatní pracovníci ve zdravotnictví. Jedná se o tzv. povinnou mlčenlivost.¹⁷¹

„Povinná mlčenlivost je zákonnou normou a vyplývá z § 55 odst. písm.

¹⁶⁹ Srov. Kvapil, L., Ivanová, K., Klos, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. s. 47

¹⁷⁰ Srov. Kořenek, J. *Lékařská etika*. s. 83

¹⁷¹ Srov. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. s. 156

d) zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.“¹⁷² Povinná mlčenlivost je individuální a individualizovaná. Co to ale znamená? Pokud pacient cokoliv sdělí lékaři, jinému zdravotníkovi, jakož i osobám nezdravotnických profesí, kteří pracují ve zdravotnictví, podléhá mlčenlivosti. Prolomení sdělených informací je možné jen za podmínek vymezených zákonem. I to, co lékař o nemocném zjistil, podléhá povinné mlčenlivosti. Prolomení mlčenlivost je možné a dokonce nutné při tzv. „zájmu pacienta“. Tento případ nastává, když lékař potřebuje (v případě potřeby) konzultoval zdravotní stav nemocného s kolegou či dalšími osobami zúčastněnými na péči o něj. Lékař nemůže sdělovat intimní záležitosti. Pro správné posouzení daného případu nejsou tyto informace nutné a užitečné. Pacient intimní záležitosti svěřuje konkrétnímu lékaři, kterému věří, a ne jiným lékařům, s nimiž není v žádném vztahu. Aby se s touto důvěrou nenakládalo svévolně, je jištěna zákonnou normou povinné mlčenlivosti.¹⁷³

3.4.3.1 Zákonná pravidla prolomení mlčenlivosti

Existují tři možnosti, kdy zákon povoluje prolomit povinnou mlčenlivost¹⁷⁴:

- se souhlasem ošetřované osoby nebo na základě jejího výslovného přání
- na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu
- při tzv. oznamovací povinnosti

Informace o zdravotním stavu má získat především pacient, následně rodinný příslušník nebo jiná blízká osoba. Rozsah poskytnutých informací by měl být řádově stejný. Je velkým prohřeškem, když lékař informuje pouze rodinu a zapomene na pacienta. Lékař „seznámí přiměřeným způsobem nemocného s jeho zdravotní situací a dotáže se, zda vůbec, a když ano, tak

¹⁷² Tamtéž. s. 159

¹⁷³ Srov. tamtéž, s. 159; Také srov. Haškovcová, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, ISBN 80-7013-310-4, s. 37

¹⁷⁴ Převzato z: Haškovcová, H. *Lékařská etika*. s. 160

koho má z příbuzných informovat. Písemný souhlas nemocného se nevyžaduje. Opak, tedy nesouhlas nemocného, i když je projevěn jen ústně, je třeba plně respektovat.¹⁷⁵ Jedinou možnou výjimkou je situace, kdy je pacient v těžkém stavu a není schopen vnímat, nebo když se jedná o dítě či nezpůsobilou osobu.

Zaměstnavatelé nebo i přátelé nemocného nemají být informováni o jeho zdravotním stavu. Lékař a další osoby nemohou sdělovat informace o pacientech ani pokud odešli do důchodu. Povinnost mlčenlivosti trvá i po smrti pacienta.¹⁷⁶

K prolomení mlčenlivosti může dojít v tzv. důležitém státním zájmu. Každá země má svá vlastní pravidla, kterému orgánu se náležité informace musí sdělit. Jestliže by pacient nesouhlasil, lékař nemůže na jeho negativní přání reagovat pozitivně, ale musí danou skutečnost hlásit.¹⁷⁷

3.4.4 Chorobopis

„Chorobopis je odborný, vědecký a forenzní dokument.“¹⁷⁸

Dříve platilo, že pacient neměl právo se domáhat jeho přečtení, natož vydání. Lékař však mohl nemocnému chorobopis ukázat nebo mu dát přečíst určitou část. Dále pacient neměl právo na vydání zdravotnické dokumentace, mohl však obdržet zprávu, což byl v podstatě výpis nejdůležitějších informací z chorobopisu.¹⁷⁹

Dnes je chorobopis vydáván pacientovi v podstatě bez problémů. O jeho vydání žádají často ti nemocní, kteří se rozhodli změnit lékaře. V takových případech musí být chorobopis pacientům vydán, a to i bez udání důvodu, proč se ke změně rozhodl.

3.4.5 Informovaný souhlas

„Každý pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu,

¹⁷⁵ Tamtéž, s. 160

¹⁷⁶ Srov. tamtéž, s. 160

¹⁷⁷ Srov. tamtéž, s. 161

¹⁷⁸ Tamtéž, s. 162

¹⁷⁹ Srov. tamtéž, s. 162

aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Rovněž má právo znát jména osob, která se na nich účastní.¹⁸⁰

Informovaný souhlas je u nás novinkou. Řada zdravotníků s ním již pracuje, přesto jsou tací, kteří o jeho existenci mají zkreslenou představu. Podobné je to i u laické veřejnosti.

Existuje shoda v názoru na to, že pacient by měl být náležitě informován a připouští se, že by se měl k navrhovaným postupům také vyjádřit. Mnohým lékařům však činí problém, jakým způsobem má být pacient informován, nedokáží posoudit vhodný rozsah informací, zasvěcení pacienta do rizik, atd. Nejasná je také to, jak má právoplatný informovaný souhlas vypadat a co musí obsahovat.¹⁸¹

„Každý diagnostický a terapeutický výkon obsahuje určitou míru rizika.“¹⁸² Pokud se jedná i „banální výkon“, také zde má pacient právo být informovaný o možných rizicích.. Lékař nemá nemocného děsit, ale je třeba mu základní pravdu připomenout.

Náročnější výkon prováděný při hospitalizaci, vyžaduje informovaný souhlas. Předpokladem je solidní a náležitá informovanost nemocného, která se týká jeho případu.

Není vhodné informovat pacienta pouze písemnou formou, ta nikdy nemůže nahradit rozhovor mezi pacientem a lékařem. Písemný informovaný souhlas nemusí zodpovědět všechny otázky pacienta, pokud mu vůbec porozumí. Rozhovor musí vždy předcházet podpisu písemného informovaného

¹⁸⁰ Srov. tamtéž, s. 241

¹⁸¹ Srov. tamtéž, s. 242

¹⁸² Tamtéž, s. 242

souhlasu, už jen kvůli možné existenci zmíněných zpřesňujících otázek. Podpis následuje teprve tehdy, když nemocný rozumí podstatě problémů a nemá námitky k navrhovaným postupům.¹⁸³

Pokud navrhovaný postup obsahuje nějaká rizika, musí se uvést ústně i písemně. Není technicky možné, aby informovaný souhlas obsahoval všechna rizika, jsou to například ta, která nezná ani samotný lékař. Je tedy nutné se soustředit na rizika častá a vysoce pravděpodobná. Je vhodná motivace nemocného ke spolupráci a posilovat v něm pocity plné důvěry. Uvést všechna rizika není možné z důvodu správného, poctivého a srozumitelného informování nemocného a dále s potřebnou ochranou lékaře, který se může obávat případných soudních důsledků, jestliže by realisticky a správně neodhadl ona rizika.¹⁸⁴

Je vhodné také pacienta informovat o alternativních postupech léčby. Má se na mysli vždy alternativa vědeckých postupů a ne alternativa tzv. alternativní medicíny. Při možnostech dnešní medicíny existují i jiná řešení daného problému. Ne všechna zdravotní zařízení disponují těmito možnostmi a prostředky, kde se pacient právě léčí. Pacient má právo se o nich dovědět a dále má právo na informaci, kdo a kde je provádí.¹⁸⁵

Lékař musí uvést poctivě možné alternativy. Měl by pacientovi dát najevo, kterou preferuje on sám. Pokud pacient věří a důvěřuje lékaři, zpravidla navrhované řešení přijme mimo jiné proto, že se v množství získaných informací často nedokáže orientovat a rozhodnout. Není to však důvodem pro nesdělování informací pacientům. „Lékař se nemůže vyvázat ze své plné právní odpovědnosti za nemocného.“¹⁸⁶

Není snadné odpovědět, jak má informovaný souhlas vypadat a co má obsahovat. Je to způsobeno tím, že každý informovaný souhlas je tvořen pro

¹⁸³ Srov. tamtéž, s. 242

¹⁸⁴ Srov. tamtéž, s. 241

¹⁸⁵ Srov. tamtéž, s. 243

¹⁸⁶ Tamtéž, s. 244

konkrétní situaci a člověka. Existují určité formuláře, které se používají standardně s mírnými úpravami. Informovaný souhlas musí obsahovat tyto body¹⁸⁷:

- stručné poučení o zamýšleném diagnostickém či léčebném programu
- případná rizika, která se k výkonu váží
- dále několik otázek, na které pacient odpovídá ANO, či NE a které v podstatě slouží jako kontrola toho, že pacient sděleným informacím a uvedenému písemnému poučení rozuměl
- prohlášení, že s osobními daty a s údaji o zdravotním stavu nemocného bude zacházeno důvěrně a bude zajištěna jejich náležitá ochrana
- výslovně bývá deklarována povinnost všech zdravotníků dodržovat pravidla povinné mlčenlivosti
- je zaznamenáno, že pacient byl ústně informován lékařem a že měl možnost se ho podle potřeby doplňujícím způsobem ptát

Zdravotníci by měli poskytnout pacientům dostatek času ke přečtení souhlasu a popřípadě zodpovědět jejich otázky. Lékař musí opatřit informovaný souhlas datem, razítkem instituce a hlavně podpisem svým i pacienta. Vyhotoví se dvě kopie, jednu si ponechá lékař, kterou vloží do chorobopisu, a druhou dostane pacient.¹⁸⁸

Doplňující fakta musí obsahovat informovaný souhlas k provedení klinické studie nebo experimentu. Pacient musí být upozorněn na skutečnost, že výsledky budou publikovány v odborném tisku nebo jiným způsobem prezentovány veřejnosti. Anonymita pacienta je samozřejmostí. Dále je důležité poučit pacienta, že může kdykoliv z právě prováděné klinické studie a experimentu odstoupit a to i bez udání důvodu. Musí být také informován o zdravotních důsledcích a rizicích takového rozhodnutí.¹⁸⁹

¹⁸⁷ Převzato z: tamtéž, s 245

¹⁸⁸ Srov. tamtéž, s. 245

¹⁸⁹ Srov. tamtéž, s. 245

4 REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ

„Představuje návrh postupné, ale komplexní změny financování a poskytování zdravotní péče v České republice. Změnu české zdravotnictví nezbytně potřebuje. Musí se totiž vyrovnat s výzvami 21. století a zároveň pokračovat v evropské tradici, která je založena na dostupnosti potřebné zdravotní péče pro všechny občany.

Naše návrhy jsou podloženy jak pečlivým studiem hlavních evropských a světových trendů vývoje zdravotních systémů, tak znalostí současné situace českého zdravotnictví. Není pochyb o tom, že stárnutí populace, nové medicínské postupy a rostoucí požadavky občanů na kvalitu služeb a možnost spolurozhodování povedou k významným změnám financování a organizace zdravotních služeb všude na světě. Proto nás především zajímá, kterým směrem se vyvíjejí zdravotní systémy vyspělých zemí. Zároveň ale respektujeme specifické podmínky české republiky.“¹⁹⁰

Tento text je uveden v předmluvě reformy zdravotnictví, kterou připravil MUDr. Tomáš Julínek a kolektiv. Ve svých projevech se snažil obyvatele přesvědčit, že jeho reforma je určena ku prospěchu zdravotnického systému, obyvatel, pacientů. Ale na stranu reformy se snesla obrovská vlna kritiky, což stálo pana Julínka ministerské „křeslo“. Uvedu několik reakcí k této nepopulární reformě:

4.1 VYJÁDŘENÍ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

V úvodu své zprávy¹⁹¹ si ČLK ztěžuje, že ministerstvo zdravotnictví nezohledňuje její připomínky k návrhu zákona o reformě zdravotnictví. Ministr

¹⁹⁰ Julínek, T., Hroboň, P., Macháček, T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. Praha, 2005, vydalo občanské sdružení Reforma zdravotnictví – forum.cz. s. 6. Dostupné na: http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publikace.pdf

¹⁹¹ Kompletní znění zprávy – Usnesení představenstva ČLK k tzv. reformním zákonům ministra zdravotnictví, k zákonům na likvidaci soukromých lékařů – lze získat na: [http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=78949&do\[load\]=1&filterCategory.id=3](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=78949&do[load]=1&filterCategory.id=3)

Julínek ignoruje lékařskou samosprávu, jejíž povinností je hájení profesionálních zájmů lékařů ČR a ministr navíc nejedná s představenstvem ČLK.¹⁹²

ČLK považuje reformu za riskantní projekt, který nemá v Evropě obdobu. Návrhy vedou ku prospěchu pojišťoven na úkor pacientů. ČLK doporučuje ke schválení pouze zákon o Zdravotnické záchranné službě a zákon o Speciálních zdravotních službách. Většina ostatních návrhů zhoršuje postavení lékařů a vede k jejich existenčnímu ohrožení.¹⁹³

Dále zpráva uvádí, proč jsou návrhy ministra Julínka nebezpečné:¹⁹⁴

1. *Nekalá konkurence zdravotnických supermarketů* – zrušením výběrových řízení před uzavíráním smluv mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními povede ke korupci. Soukromý lékař nebude mít šanci obstát proti tlaku silnějších finančních skupin
2. *Diktatura pojišťoven* - zrušením dohodovacích řízení mají být zlikvidována pravidla nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Individuální jednání pojišťoven se zdravotnickými zařízeními a soukromými lékaři bude pouze diktátem silnějšího. Vzájemná konkurence zdravotnických zařízení cenou svých služeb povede ke snižování kvality lékařské péče.
3. *Monopoly nerespektující pravidla volné hospodářské soutěže* – návrh zákona umožňuje vlastnit současně zdravotní pojišťovnu i zdravotnická zařízení a zároveň umožňují pojišťovnám platit jednotlivým poskytovatelům za stejné služby různé částky. Tímto by pojišťovny mohly zvýhodňovat „svá“ zdravotnická zařízení, což je v rozporu s pravidly rovné hospodářské soutěže.
4. *Nerespektování právní kontinuity platných smluv* – zákon nezaručuje kontinuitu smluv mezi pojišťovnami, zdravotnickými zařízeními

¹⁹² Srov. Usnesení představenstva ČLK k tzv. reformním zákonům ministra zdravotnictví, k zákonům na likvidaci soukromých lékařů

¹⁹³ Srov. tamtéž

¹⁹⁴ Srov. tamtéž

a lékaři. Pojišťovny by mohly libovolně smlouvy vypovídat a proplácet pouze akutní péči.

5. *Řízená péče = ztráta svobody pro pacienta i pro lékaře* – pacienti by mohli ztratit právo svobodně si volit lékaře a zároveň právo lékaře léčit podle svých znalostí a v souladu se svým svědomím, pokud pojišťovny budou řídit zdravotní péči. Tato situace povede ke zhoršení úrovně kvality péče.
6. *Ohrožení vědy a výuky v Univerzitních nemocnicích a. s.* – zákon neobsahuje dostatečné pojistky proti rozprodeji akcií. Převedením nemocnic na akciové společnosti by došlo k poklesu příjmů lékařů a ostatních zdravotníků v nich pracujících.

Návrhy ministerstva neřeší hlavní problémy českého zdravotnictví, kterými jsou chronický nedostatek finančních prostředků a kvalifikovaných zdravotníků. Základem reformy musí být stanovení standardů zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění.¹⁹⁵

4.2 JINÉ REAKCE NA REFORMU ZDRAVORTNICTVÍ

1) Reakce Prof. MUDr. Květoslava Šipra, CSc., uveřejněná ve *Scripta bioethica*.¹⁹⁶

První výtku směřuje vůči regulačním poplatkům. Z celkového pohledu pan profesor neodsuzuje poplatky jako takové. Reformě vytýká spíše malou provázanost s reformou sociální péče. V naší zemi mohou být navrhované poplatky (30 Kč návštěva lékaře a vyzvednutí léku, 60 Kč den hospitalizace a 90 Kč ošetření pohotovostní službou) citelným zásahem do výdajů např. chronicky nemocného důchodce nebo do rozpočtu rodiny s více dětmi.

Představitelé tvrdí, že poplatky přinesou nemalé zisky a sníží počet

¹⁹⁵ Srov. tamtéž

¹⁹⁶ Srov. Šipr, K. *Reforma zdravotnictví*. *Scripta bioethica* 1-2, ročník 8, 2008, ISSN 1213-2977, s. 23 – 30

pacientů, kteří navštěvují lékaře. Ale pokles návštěvnosti je v rozporu s cílem, kteří si autoři reformy dali, a to zvýšení dostupnosti a zvýšení kvality péče o zdraví. Je otázka zda je toto snížení úspěch, nebo ne. Deklarované zlepšení je nutno dokázat.

Druhá výhrada směřuje ke zvláštnímu vztahu zákona a svědomí. V návrhu zákona může pracovník odmítnout poskytnutí péče pacientovi, pokud je to v rozporu s jeho svědomím a etikou.¹⁹⁷ Což neodporuje Listině základních práv a svobod. Ale je poukázáno na § 42, odst. 13. Tento paragraf nařizuje, tomu kdo odmítnul poskytnout lékařskou péči, zajistit jiného poskytovatele. Tento paragraf je v přímém rozporu se smyslem i zněním Listiny základních práv a svobod. Nikdo nesmí být nucen zákonem, zajistit provedení lékařského výkonu, který je v rozporu s jeho svědomím a etikou. Je navrženo řešení: „do textu zákona je třeba zařadit ustanovení, že odmítnutí výkonu odporujícího svědomí nesmí být důvodem pro diskriminaci a způsobení újmy.“¹⁹⁸ Není přeci možné, aby za mne někdo prováděl, a navíc já ho k tomu ještě přemlouval, lékařský úkon, který je v rozporu s mým svědomím a etikou. Je uveden příklad křesťanského gynekologa, který svého „nevěřícího“ kolegu přesvědčuje, aby požadovaný potrat provedl on. Druhý příklad ukazuje na možný problém křesťanské nemocnice, která by byla tímto zákonem nucena k podobným věcem. Pacient se totiž může obrátit na kteréhokoliv poskytovatele zdravotní péče.

Třetí výhrada směřuje ke problému specifických zdravotních služeb. Jde o úkony (umělé oplodnění, umělé ukončení těhotenství, sterilizace, kastrace a změna pohlaví), které výrazně narušují integritu člověka (tím porušují princip integrity a celistvosti viz. kap.: Zdroje a principy lékařské etiky). Tyto změny jsou navíc ve většině případů nevratné. Později bylo do návrhu zákona zařazeno méně eticky problematických ustanovení, snad na protesty morálních autorit.

¹⁹⁷ §45 návrhu zákona

¹⁹⁸ Šipr, K. *Reforma zdravotnictví*. Scripta bioethica, s. 26

a) *Umělé oplodnění* – autora článku velmi překvapuje brzká právní úprava asistované reprodukce.¹⁹⁹ Hlavním problémem zákona je možné umělé oplodnění žen, které nemají partnera. A co je ještě více překvapující, v navrhovaném zákonu zůstala možnost likvidace embryí i bez souhlasu neplodného páru. Autor také poukazuje na rychlý nárůst center pro asistovanou reprodukci, která svědčí o finanční atraktivitě této služby. Je také vyčítáno, že v zákoně chybí dodatek taxativního vymezení vyššího počtu „umělých embryí a určení nejvyššího kalendářního věku ženy, která by ještě mohla podstoupit umělé oplodnění. První dodatek by mohl zabraňovat „selektivnímu“ potratu při vícečetném těhotenství. Druhý upozorňuje na práva dítěte být vychováváno, ne jen porozeno. Dále produkce „umělých“ embryí vytváří tlak na možné pokusy.

b) *Umělé ukončení těhotenství* – autor naráží na malou změnu (navíc i ta je negativní) v této oblasti. V navrhovaném zákoně byla zrušena povinnost dodatečně informovat o provedení potratu zákonného zástupce, pokud dívka bylo jen 16 až 18 let. Ještě více zarážející je, že potrat může být proveden dívkou, které nebylo ještě 16 let, „na základě písemné žádosti zákonného zástupce“²⁰⁰. K jakémukoliv přání dívky se nemusí přihlížet! Ten samý problém nastává u žen bez svéprávnosti. Tyto rozvolněné normy mohou vést k nárůstu počtu provedených zákroků.

Ale abych nekřivdil navrhovanému zákonu, pan profesor si cení změny termínu „umělé přerušování těhotenství“ na „umělé ukončení těhotenství“.

c) *Sterilizace* – návrh zákona umožňuje provedení zákroku i z jiných než zdravotních důvodů, což je velice radikální. Další závažný je problém možnosti provedení zákroku i u nezletilých osob zbavených svéprávnosti. Zde je potřeba soudního rozhodnutí, které se ovšem řídí názory odborné komise. Ale tato komise je ustanovena poskytovatelem zákroku, tedy zdravotním zařízením...

¹⁹⁹ Předěšlý zákon je z roku 2006, (zákon č. 227)

²⁰⁰ § 13 návrhu zákona

d) *Kastrace a změna pohlaví transsexuálních pacientů* – zde autor vyjadřuje potěšení nad tím, že „do návrhu nebyla zahrnuta možnost ovlivňovat pohlavní vývoj dítěte podáváním hormonálních přípravků ještě před pubertou...“²⁰¹.

Autorovo celkové hodnocení reformy: navrhovaný zákon obsahuje svoje „mouchy“, ale je nutné aspoň nějakou reformu učinit. Ale tato budoucí reforma musí brát v potaz, na co má sociálně slabší občan právo ze zdravotního pojištění. Jak bude vypadat podoba zdravotnictví ukáže budoucnost...

2) Reakce MUDr. PhDr. Jana Payne, PhD., vyučující na Ústavu pro humanitní studia v lékařství, 1. LF UK Praha:

„Oborem zabývajícím se cíly medicíny je mimo jiné též etika a jistě není náhodou to, že etikou ministr Julínek zvláštní způsobem pohrdá. Například na žádné z jeho šesti přípravných konferencí věnovaných reformě zdravotnictví se slovo etika ani jednou nevyskytlo, natož že by tomuto tématu a potažmo cílům reformy někdo věnoval přednášku. Ochromení etické komise na ministerstvu zdravotnictví v posledním roce je jen dalším smutným dokladem téhož.

Avšak když vypustíme ze zdravotnictví etiku a potažmo hodnoty, pak vlastně není vůbec žádný důvod pro to, abychom vyčleňovali zdravotnictví z celkového společenského rámce; ba dokonce ani žádného ministra zdravotnictví bychom nepotřebovali. Ovšem taková reflexe vlastního počínání na ministerstvu zdravotnictví zcela chybí. A důsledkem je pak to, že o hodnoty fakticky nejde a že jediným cílem reformy zdravotnictví je ušetřit peníze za každou cenu. Takové východisko je ale zhoubné v tom, že do zdravotnictví zavádí chaotické změny.“²⁰²

²⁰¹ Šipr, K. *Reforma zdravotnictví*. Scripta bioethica, s. 29

²⁰² Payne, J. *ZDRAVOTNICTVÍ: Omezenost reformy v podání ministra Julínka* [online]. Zveřejněno 15. 5. 2008. [cit. 10. 4. 2009]. Dostupné na: http://neviditelnypes.lidovky.cz/zdravotnictvi-omezenost-reformy-v-podani-ministra-julinka-pql-/p_politika.asp?c=A080514_104001_p_politika_wag

Reakce Heleny Krejčové:

„Reforma ignoruje význam lékařské etiky jako podmínky kvality péče. Lékařská etika je závisle proměnnou veličinou. Reforma zmenšuje prostor pro etické preferování zájmů pacienta. Informační bariéra dává lékaři velikou moc. Účelová manipulace s odbornými informacemi může pacienta vážně poškodit. Preferování pacientova zájmu přináší pro lékaře znaky nežádoucí iracionální motivace. Proto je nezbytný vysoký životní i pracovní standard nositele odborného know-how. Ten převáží výslednou motivaci do racionální roviny. Bez toho jsou slova o etice a poslání lékaře jen iluzí. Reálně jde především o účinnou právní ochranou lékařů a jejich kvalitní ekonomické zázemí. Ani jedno v ČR na potřebné úrovni zajištěno není. Lékařskou etiku nelze vynutit. Je možné ji pouze kultivovat.

Princip „váženého klienta“ s reformou ztrácí smysl. Tím může být pouze solventní klient, který znamená pro pojišťovnu zisk. Znamená-li klient ztrátu, ať je dána nízkým příspěvkem do systému či vyšší mírou čerpání zdravotní péče, jaký racionální ekonomický důvod je k tomu o takového klienta usilovat? U pacienta jako člověka v nouzi je tomu díky lékařské etice jinak. Z nastavení systému by měla vycházet alespoň parciální pozitivní motivace o takového člověka pečovat. Tu bude ekonom za podmínek reformy hledat těžko.“²⁰³

Uvedené reakce vyčítají autorům reformy nepochopitelné pohrdání lékařskou etikou. Poukazují na možnou komercializaci lékařské péče a vnesení chaosu do zdravotnictví, což by mělo samozřejmě za následek zhoršení dostupnosti a kvality lékařské péče pro „obyčejného“ občana České republiky.

²⁰³ Krejčová, H. *Deset výhrad k reformě zdravotnictví* [online]. Zveřejněno 9.7.2008. [cit. 10. 4. 2009] Dostupné na: <http://dumfinanci.cz/ekonomika/deset-vyhrad-k-reforme-zdravotnictvi>

Závěr

Ukázali jsme si, že medicína provází člověka jeho historií a celým životem. Díky vědecko-technickým objevům prožívá lékařství obrovský boom. To přináší dosud nevídané možnosti léčby, což také vyžaduje velké finanční náklady pro stát a pacienta. Vzniklá situace nás nutí hledat lepší vztahy mezi státem, lékaři a pacienty. Politici v dnešní době také musí vytvořit správnou reformu zdravotnického systému.

Napadá nás otázka „proč“? Lékařská péče má sloužit nemocným a k uplatnění jejich práva na kvalitní život a právo zachovat si zdraví, základní hodnotu, kterou nelze zpochybnit. Pokud je zdraví podlomeno nemocí, pacient by měl být informován o svém skutečném stavu a existují-li možnosti léčby, na niž se podílí pacient spolu s lékařem, měl by nemocný mít možnost být léčen tou nejlepší. To vše má vést ke zlepšení kvalit lékařské péče.

Celý svět spěje kupředu, stejně tak je tomu i s medicínou a lékařskou péčí. Nevíme, co budoucnost v těchto oborech přinese nového, ale je jisté, že se budou objevovat těžké otázky, problémy a eticky sporné možnosti léčby. Náš postoj rozhodne o tom, jak bude vypadat lékařská péče v budoucnosti!

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cit.	citováno
č.	číslo
kap.	kapitola
kol.	kolektiv
např.	například
s.	strana
srov.	srovnej
resp.	respektive
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný

Pozn.: Zkratky biblických knih a Dokumentů II. Vatikánského koncilu jsou uváděny podle obvyklého úzu.

POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA

Prameny

BIBLE. *Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Český ekumenický překlad. 6. přepracované vydání. Praha: Česká biblická společnost, 1995, ISBN 80-85810-08-5.

Společenství a služba. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, ISBN 80-9271-971-9.

Dokumenty II. Vatikánského koncilu. Druhé vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, ISBN 80-7192-438-5.

Slovníky

Duplacy, J. a kol., J. *Slovník biblické teologie*. Páté vydání. Řím: Velehrad – Křesťanská akademie, 1981, ISBN nevedeno.

Petráčová, V., Kraus, J. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 2001, ISBN 80-200-0982-5

Literatura

Fialová, L., Kouba P., Špaček, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha: Galén, 2008, ISBN 978-80,7262-513-0.

Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Třetí vydání. Praha: Galén, 2002, ISBN 80-7262-132-7.

Haškovcová, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, ISBN 80-7013-310-4.

Haškovcová, H. *Thanatologie – Nauka o umírání*. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7.

Häring, B. *Bioetika*. Freiburg i.B., 1981, ISBN nevedeno.

- Ivanová, K., Tuckerová, V. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. Univerzita Palackého v Olomouci, 1998, ISBN 80-7076-836-4.
- Krátká, A. *Etika v ošetrovatelství*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007, ISBN 978-80-7348-543-5.
- Koldová, Z., Ivanová, K., Klos, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci, 2004, ISBN 80-244-0892-9.
- Kořenek, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002, ISBN 80-7254-235-4.
- Munzarová, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1995, ISBN 80-210-1057-6.
- Munzarová, M. a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, ISBN 978-80-7195-258-9.
- Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-1024-2.
- Ondok, J., P. *Bioetika*. Svitavy: Trinitas, 1999, ISBN 80-86036-24-3.
- Payne, J. a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*, Praha, Triton 2002, ISBN 80-7245-293-1
- Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha, Triton, 2005, ISBN 80-7254-657-0.
- Rotter, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 2003, ISBN 80-7021-302-7
- Říhová, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2005, ISBN 80-246-1021-3.
- Šimek, J., Špalek, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 80-247-0440-4.
- Thomasma, D., C., Kushnerová, T. *Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta, 2000, ISBN 80-204-0883-5.

Články a periodika

Scripta bioethica 1-2, ročník 8, 2008, ISSN 1213-2977, s. 23-30.

Internetové stránky

Česká lékařská komora – *Usnesení představenstva ČLK k tzv. reformním zákonům ministra zdravotnictví, k zákonům na likvidaci soukromých lékařů* [online]. Zveřejněno 22. 5. 2008. [cit. 10. 4. 2008].

Dostupné na: [http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=78949&do\[load\]=1&filterCategory.id=3](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=78949&do[load]=1&filterCategory.id=3)

Julínek, T., Hroboň, P., Macháček, T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. Praha, 2005, vydalo občanské sdružení Reforma zdravotnictví – forum.cz.

Dostupné na: http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf

Krejčová, H. *Deset výhrad k reformě zdravotnictví* [online]. Zveřejněno 9.7.2008. [cit. 10. 4. 2009]

Dostupné na: <http://dumfinanci.cz/ekonomika/deset-vyhrad-k-reforme-zdravotnictvi>

Payne, J. *ZDRAVOTNICTVÍ: Omezenost reformy v podání ministra Julínka* [online]. Zveřejněno 15. 5. 2008. [cit. 10. 4. 2009]

Dostupné na: http://neviditelnypes.lidovky.cz/zdravotnictvi-omezenost-reformy-v-podani-ministra-julinka-pql-/p_politika.asp?c=A080514_104001_p_politika_wag

Příspěvatelé Wikipedie. *Zdraví* [online]. Zveřejněno 30. 3.2009. Wikipedie – Otevřená encyklopedie, 2002 [cit. 10. 4. 2009]

Dostupné na: http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlavn%C3%AD_strana

Svaz pacientů ČR – *O svazu* [online]. Zveřejněno 1. 3. 2007. [cit. 10. 3. 2009].

Dostupné na: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=svaz>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 : Etický kodex České lékařské komory²⁰⁴

Obecné zásady:

- Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
- Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
- Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
- Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
- Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

Lékař a výkon povolání

- Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
- Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního

²⁰⁴ Přezčato z: <http://www.clk.cz/zakpred/predpis10.html>

vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.

- Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
- Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit, a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
- Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
- Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.
- Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.
- U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
- Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven, nebo když je to stanoveno zákonem.
- Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
- Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
- Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
- Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci

nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

- Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
- Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.
- Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.
- Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.
- Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

Lékař a nemocný

- Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.
- Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.
- Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

- Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.
- Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.
- Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

Vztahy mezi lékaři

- Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.
- Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.
- Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.
- Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se

zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

- Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

Lékař a nelékař

- Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit zda, jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.
- Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Příloha č. 2: Etický kodex sester²⁰⁵

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.
- Sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.
- Sestra při poskytování péče respektuje životní hodnoty a obyčeje jednotlivce i jeho právo na sebeurčení.
- Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetrování a za následné chování.
- Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.
- Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.
- Sestra spolupracuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.

²⁰⁵ Převzato z: www.nemocnice-vs.cz/?sekce=o-nemocnici&text=osetrovatelstvi&podtext=eticky-kodex-sester

- Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péčí, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.
- Sestra na sebe klade při výkonu povolání vždy nejvyšší požadavky.
- Sestra má pro výkon své profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti a využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí a způsobilosti.
- Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.
- Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek v ošetrovatelství.
- Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotnictví chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.
- Sestra se zodpovědně podílí se spoluobčany a ostatními zdravotníky na iniciativním uspokojování bio-psycho-sociálně-ekologických potřeb veřejnosti.
- Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.
- Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti, v níž žije a pracuje.

Příloha č. 3: Etický kodex Práv pacientů²⁰⁶

- Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.
- Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

²⁰⁶ Haškovcová, H. *Lékařská etika*. s. 99

- Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy, týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude uvedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha č. 4 :Etický kodex Práv dětí

Vedle etického kodexu Práv pacientů existuje i etický kodex Práv dětí (jiným názvem – Charta práv dětí v nemocnici). Tento dokument byl přijat roku 1993.

Jeho plné znění:²⁰⁷

- Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení
- Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
- Děti a nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem
- Děti a nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emociálního rozrušení
- S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
- Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
- Děti mají možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci

²⁰⁷ Převezato z: www.nsphav.cz/charta.html

- děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
- Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti
- Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu