



**Slezská univerzita v Opavě**  
Fakulta veřejných politik v Opavě

# **FILOZOFIE A ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ**

STUDIJNÍ TEXT PRO STUDUJÍCÍ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA

Roman Adamczyk

Text vznikl v rámci projektu ISIP P-03/2015 Podpora kompetencí budoucích všeobecných sester v oblasti humanitních věd – tvorba inovativního elektronického skriptu pro předmět  
Filozofie a etika v ošetrovatelství

2015

## Obsah

FILOZOFIE A ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ .....	1
K zamyšlení (filozofické výroky).....	3
1. FILOZOFIE, OŠETŘOVATELSTVÍ A JEJICH VZÁJEMNÝ VZTAH .....	4
1.1 Filozofie.....	4
1.2 Ošetřovatelství.....	7
1.3 Vztah filozofie a ošetřovatelství .....	8
2. DOSAVADNÍ ZKOUMÁNÍ A DOSTUPNÉ ZDROJE K FILOZOFII OŠETŘOVATELSTVÍ .....	12
2.1 Zdroje a poznatky filozofie ošetřovatelství. Knižní zdroje .....	12
2.2 Zdroje a poznatky filozofie ošetřovatelství. Časopisecké články .....	18
3. DÍLČÍ DISCIPLÍNY FILOZOFIE OŠETŘOVATELSTVÍ.....	20
3.1 Přehled disciplín.....	20
3.2 Ontologie a metafyzika ošetřovatelství .....	23
3.3 Axiologie ošetřovatelství.....	27
3.4 Epistemologie/gnozeologie ošetřovatelství .....	32
3.5 Estetika ošetřovatelství.....	37
3.6 Etika ošetřovatelství .....	40
3.7 Logika a myšlení v ošetřovatelství.....	51
4. ZÁVĚR .....	60
BIBLIOGRAFIE .....	61
GLOSÁŘ.....	68
SEZNAM ZKRATEK.....	69

## K zamyšlení (filozofické výroky)

„Až ti bude v životě nejhůř, otoč se ke slunci a všechny stíny padnou za tebe.“ (John Lennon)



„Cogito ergo sum – Myslím, tedy jsem.“ (René Descartes)



„Filozofie je zajisté lékem pro duši.“ (Marcus Tullius Cicero)



„Filozofie vzniká z toho, že se lidé diví.“ (Aristotelés)



„Ještě nikdo nikdy nebyl takový filozof, aby trpělivě snášel bolení zubů.“  
(William Shakespeare)



„Jsou dva druhy filozofie – jeden čerpá z životních zkušeností myslících lidí, druhý z myšlenek lidí bez životních zkušeností.“ (Gabriel Laub)



„Kdo spěchá, pije čaj vidličkou.“ (Anonymní nápis na zdi)



(Ilustrace clipart – Office.com)

# 1. FILOZOFIE, OŠETŘOVATELSTVÍ A JEJICH VZÁJEMNÝ VZTAH



(Ilustrace autor)

## 1.1 Filozofie

„Květy skořicovníku  
jsou tak drobné,  
průsvitně žlutavé,  
něžně nadýchané,  
jakoby s odleskem jiného světa.  
Jen jejich vůně  
s námi zůstane.

Jim netřeba zeleně smaragdů  
a nachu rubínů,  
aby byly nejkrásnější z květů.“

(Li Čing-Čao, Květy skořicovníku, 2002, s. 43)

Filozofie je různými autory vymezována v různé šíři a podle různých kritérií. Runes (1964, s. 235) stručně definuje filozofii jako „nejobecnější vědu“. The Oxford Dictionary of Philosophy charakterizuje filozofii jako „studium nejobecnějších a nejabstraktnějších vlastností světa a kategorií lidského myšlení“ (Blackburn, 1996, s. 346) a zdůrazňuje některé její klíčové pojmy, například 'pravda', 'hmota' 'rozum' a další. Rozsáhlá Encyclopedia of the History of Ideas označuje filozofii za 'umění vědomého a pečlivého myšlení o velkých

otázkách života' a zmiňuje Aristotelovo vnímání filozofie jako 'údivu nad sebou samými a světem kolem nás' (Horowitz, 2005, s. 1775, 1776). Jiná pojetí staví filozofii mimo vědy nebo nad vědy, historicky je však nepřehlédnutelné, že z původního širokého antického pojetí filozofie se postupně vydělily mnohé vědy, jak je známe dnes – fyzika, matematika, astronomie, rétorika (řečnictví) a další. Starověcí filozofové se zabývali původem vesmíru a světa, početnými úkony, mechanikou, uměním dokazování a mluvy, nicméně všechny tyto otázky a dovednosti byly součástí obecné 'vše-vědy', kterou dnes vnímáme jako filozofii v původním slova smyslu.




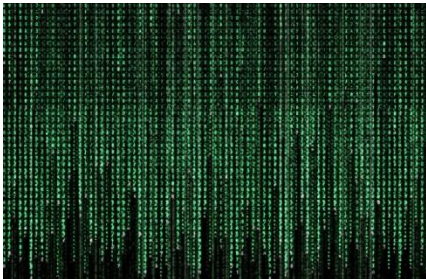
Za filozofa (milovníka moudrosti) se mezi prvními sám označil Pythagoras (570? – 495? př. n. l.), nicméně za prvního filozofa bývá často považován také Thalés z Milétu (624?– 546? př. n. l.) Je možné vzpomenout matematické dědictví obou těchto mužů – Pythagorovu větu a Thalétovu větu. Obecně o filozofii jako nauce hovoříme zpravidla od 6. století před naším letopočtem, je však zřejmé, že lidé přemýšleli o světě a o životě mnohem dříve a zanechali myšlenkové dědictví v různých kulturách po celé planetě, od tradiční čínské filozofie, která má blízko k vnímání přírody, jejího klidu a estetiky (což je patrné ve starověké a později středověké čínské poezii), přes indickou védskou filozofii (diskutující o vesmírném řádu a kauzalitě), až po staroegyptské myšlení, které se zaměřovalo převážně pragmaticky (na praktické věci) a neřešilo prioritně například teoretické otázky poznání (**epistemologii**<sup>a</sup>). Podle Craiga (2002, s. 1) je „mimořádně složité se filozofii vyhnout“. Jinými slovy, pokud chápeme filozofii jako přemýšlení o světě a o životě, které je spojené s určitým systémem hodnot, jsme filozofujícími (tedy rozjímajícími a hodnotícími) bytostmi téměř v univerzálním měřítku.

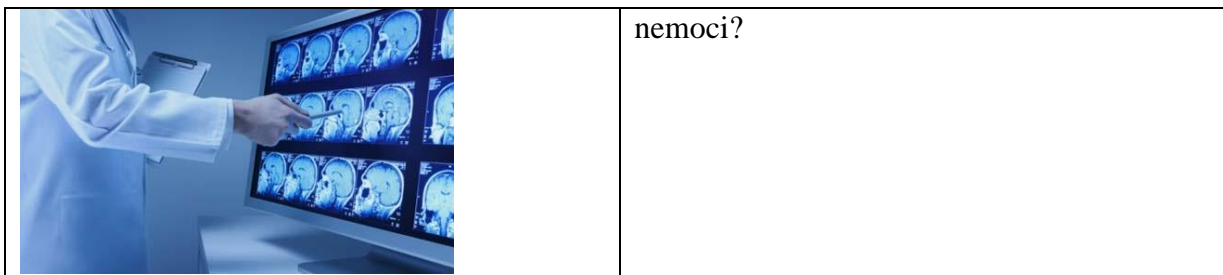
Další (užší) význam pojmu filozofie můžeme spatřovat v označení individuálního životního názoru, tedy souboru postojů a hodnot, které člověk zastává. Tato 'životní filozofie' člověka je dána osobním zráním, poznáváním, výchovou (a dalšími složkami socializace), zážitky a zkušenostmi, a bývá relativně stabilní. K přehodnocení osobní životní filozofie, tedy světonázoru a z něj plynoucích vzorců chování, dochází zpravidla dvěma způsoby – v důsledku nabytí nového poznání, nebo zásadním emočním prožitkem (pacient po autonehodě například velmi snadno přehodnotí své životní priority a pořadí hodnot).

Po historické **bifurkaci**<sup>b</sup> filozofie do dílčích věd nastala etapa **koexistence**<sup>c</sup> filozofie s vědami. V posledních dekádách je pak možné pozorovat nový fenomén – vznik 'aplikovaných filozofií', které vracejí filozofickou nástavbu konkrétním vědám, například biologii, chemii či kybernetice. Přehled vybraných aplikovaných filozofií a jejich oblastí zkoumání uvádí tabulka 1.

**Tabulka 1**

Obor aplikované filozofie	Předmět zkoumání (příklady)
filozofie biologie	Co je život? Jak živé organizmy koordinují své kolektivní chování? Je možná racionalita

	<p>na biologickém podkladě?</p>
<p>filozofie chemie</p> 	<p>Je současný popis látek dostačující k vysvětlení jejich vlastností? Jaký je význam symetrie částic?</p>
<p>filozofie fyziky</p> 	<p>Jaká je podstata fyzikálních zákonů? Jak funguje kauzalita? Jaká je role náhody v hmotném prostředí? Co je čas a prostor?</p>
<p>filozofie počítačové techniky a kyberprostoru</p> 	<p>Je možná umělá inteligence? Mohou stroje myslet nebo cítit? Jak kyberprostor mění lidstvo a jeho komunikaci?</p>
<p>filozofie matematiky</p> $\left[ \left( \sum_{123} \prod_{\alpha+\Delta} \frac{\alpha+\Delta}{9} \right) + 45 + \frac{\sqrt{8}}{\approx 7} \right] = 7$ $\begin{matrix} 1 & 2 & \sqrt{9} \\ \left(\frac{8}{7}\right)+6 & \sum_2^7 125 & 5 \\ 4 & 3 & 5 \end{matrix}$	<p>Jaké jsou cíle matematického zkoumání? Jaký je status matematických entit<sup>d</sup>? Co je to číslo?</p>
<p>filozofie medicíny</p>	<p>Jak spolehlivé je poznání v medicíně? Jaký byl vliv <a href="#">karteziánského dualizmu<sup>e</sup></a> na medicínu? Jaká by měla být etická pravidla lékařských experimentů? Jaký je význam</p>



(Ilustrace clipart – Office.com)

Většina uvedených aplikovaných disciplín se dá shrnout pod zastřešující termín 'filozofie vědy'.



Otázky (1.1):

1. Jak je možné vymezit filozofii?
2. Co je to individuální (životní) filozofie?
3. Jaká je Vaše individuální filozofie?
4. Jmenujte alespoň tři obory aplikované filozofie a vymezte předmět jejich zájmu.

## 1.2 Ošetřovatelství

„Nikdy zbytečně pacienta nebud'te, at' už záměrně, nebo nechtěně – to je sine qua non (nezbytná podmínka) dobré ošetřovatelské péče.“ – F. Nightingalová v kapitole Hluk v knize Poznámky o ošetřovatelství (Nightingale, 2010, s. 44)

Ošetřovatelství je od dob Florence Nightingalové (1820-1910) považováno za samostatný vědní obor, který je zaměřený na péči zejména o nemocné osoby, a naplňování jejich potřeb, případně potřeb zdravých populací (z hlediska prevence apod.) Dictionary of Nursing (2007, s. 205) definuje ošetřovatelství jako 'péči o nemocné poskytovanou sestrou'. Podle zákonné úpravy realizují ošetřovatelské činnosti všeobecné sestry, případně další ošetřovatelský personál. Ošetřovatelství je přes svůj vědecký status především disciplínou praktickou, zaměřenou zejména na zdravotně orientovanou pomoc jedincům, rodinám a různým subpopulacím (komunitám).

Lucille Lewisová (1968, s. 27) podává následující charakteristiku ošetřovatelství a jeho poslání: „Ústředním bodem ošetřovatelství je pomáhat člověku vypořádat se s fyziologickými, psychologickými a spirituálními reakcemi na jeho zdravotní problém, a udržovat jeho integritu při těchto prožitcích. Aby sestra působila terapeuticky, musí přispívat k celistvosti člověka, vztahu mezi částmi a celkem, k osobní přítomnosti i budoucnosti pacienta, ke zdraví všech součástí a k udržení či získání co nejplnějšího lidského potenciálu. Bez toho není ošetřovatelství ošetřovatelstvím.“

Český výraz 'ošetřovatelství' je odvozen od slovesa 'šetřiti', které ve starší češtině znamenalo 'dbát na co', 'mít ohled na koho'. Anglický ekvivalent 'to nurse', od něhož je odvozen název oboru ('nursing'), naproti tomu pochází z latinského 'nutrire' ('živit') a má také význam

'kojit', 'opatrovat', 'pečlivě pěstovat'. – Skeat, 1965, s. 353; Bělič, Kamiš, Kučera, 1979, s. 500. Toto etymologické pozadí naznačuje, že ošetřovatelství je humánně orientovaný obor, jehož praxe i teorie jsou založeny na pomoci člověku v jeho přirozeném kontextu i ve zdravotnickém zařízení s cílem maximalizovat jeho blaho a zdraví jako **prominentní** hodnoty.

Ošetřovatelství je realizováno ošetřovatelským personálem, případně laickými ošetřovateli, tedy bezprostředními poskytovateli péče, kteří mají určité znalosti, dovednosti a kompetence, ať už získané v rámci formálního vzdělávání, nebo na základě předávání a získávání zkušenosti mimo vzdělávací systém. Tito přímí poskytovatelé ošetřovatelské péče bývají v anglosaské literatuře označováni jako 'caregivers'. Příjemci (objekty) péče jsou pak jednotlivci (pacienti nebo jedinci ve zdravé populaci, u které existuje potřeba realizovat určité ošetřovatelské úkony, například screeningové odběry) a skupiny jednotlivců. Za určitých okolností může ošetřovatelské úkony realizovat jedinec sám na sobě (aplikace inzulínu apod.)

Ve Velké Británii působí v rámci NHS (National Health Service = Národní zdravotní služby, která tvoří základ státní části zdravotní péče) asi 330 000 sester, ve Spojených státech pracuje přibližně 2 000 000 – 3 000 000 sester (ne všechny působí v ošetřovatelství, přesto poměr činí asi 10 sester na 1000 obyvatel, kdežto v Africe maximálně 1 sestru na 1000 obyvatel). Asi 9 % z uvedených dvou až tří milionů tvoří muži. (Black's Medical Dictionary, 2005, s. 502; HRSA, 2013)



Otázky (1.2):

1. Jaký je význam a původ termínu 'ošetřovatelství'?
2. Kolik sester pracuje ve jmenovaných zemích? Zjistěte odpovídající údaj pro Českou republiku.

### 1.3 Vztah filozofie a ošetřovatelství

Historicky je úzké sepětí ošetřování nemocných s hodnotovými systémy a myšlenkovými tradicemi patrné již ve starověku v rámci tradic Římské říše, ve které zajišťovaly péči o nemocné takzvané diákonky, a také Byzantské říše, kdy se rodily základy modelu pozdějších nemocničních zařízení (tedy péče specializovaným personálem ve specializovaných prostorách – tehdejší profesionální ošetřovatelé byli známi jako 'hypourgoi' a zařízení pro péči o chudé nemocné jako 'xenones' - McClellan, Dorn, 2006; Risse, 1999), a ve středověku – ilustrativním příkladem je Anežka Česká (1211?-1282), jejíž charitativní a špitální činnost a služba nemocným bývají spojovány s **erudici**<sup>8</sup> a hodnotami založenými na učení Františka z Assisi.

Ošetřování nemocného předpokládá, že lidský život a zdraví jsou považovány za pozitivní hodnotu. Obecným filozofickým základem ošetřovatelství je pomoc druhým, a to zejména s ohledem na jejich potřeby vzniklé v nemoci nebo v souvislosti se zachováním zdraví. Tento



princip se uplatňoval od starověku přes středověk až do novověku. Teprve současnost však přinesla vznik specializované aplikované filozofie pro oblast ošetřovatelství. Pod pojmem 'filozofie ošetřovatelství' se dnes rozumí bádání zaměřené na obecné otázky ošetřovatelské péče, včetně jejího teoretického rámce (teorie ošetřovatelství, metodologie výzkumu) a hodnotových **modalit**<sup>h</sup> (etika ošetřovatelství, odpovědnost sester a jiné). Počátky tohoto oboru je možné hledat v 80. letech 20. století, například v práci Jean Watsonové Nursing – The Philosophy and Science of Caring (Watson, 1985), ačkoli již dříve se objevovaly samostatné články, například Bixler (1952) poukazuje na nedostatek filozofického zkoumání v ošetřovatelství, který byl ještě nápadnější než v jiných oborech.

Činnost sestry je v mnoha ohledech možné vnímat jako 'existenciální obhajobu' člověka v tísnivé situaci, člověka čelícího ohrožení integrity/zdraví. Tato obhajoba se odehrává jak na fyzické (tedy somatické) rovině, kde sestra pečuje o zachování života a biologických funkcí, tak na rovině psychické (tedy duševní, včetně emocionální), kde je sestra oporou, zdrojem empatie, spoluúčasti a informací, a konečně též v rovině společenské (sociální), kde sestra hájí vztahové, ekonomické a rolové zájmy klienta/pacienta (rolové = týkající se sociálních rolí).

Každá činnost (nebo nečinnost) v ošetřovatelské profesi je odrazem série rozhodovacích procesů, a ty jsou téměř nezbytně podbarveny hodnotami jedince (sestry, ordinujícího lékaře), systému (zdravotnické či sociální instituce, státu, zákonodárství) a pacienta (přijetí či odmítnutí určitých druhů péče, dříve vyslovená přání/předem projevená přání – advance directives apod.) Základní hodnoty v ošetřovatelství bývají silně existenciální povahy a zahrnují život, zdraví, prospívání pacienta, jeho kvalitu života, mírnění utrpení, případně zajištění klidného závěru života. V ošetřovatelství je ale obzvláště důležitá složka konativní, tedy činnostní a volní. Člověk nějak přemýšlí (složka kognitivní), nějak cítí a prožívá (složka afektivní), ale při péči o nemocné a o potřeby druhých musí také konat (složka konativní – z latinského 'conatus' = 'snaha'). Přemýšlet o potřebách nemocného je důležité, stejně jako vcítit se do něj, ale praktická péče vyžaduje aktivní jednání.

Z filozofického hlediska je orientace ošetřovatelství výrazně provitální (tedy podporující život) a salutogenní (tedy podporující zdraví). Dalším významným principem ošetřovatelské činnosti je empatie v oblasti potřeb (ochota uznat potřeby někoho jiného a pomoci je naplňovat) a solidarita (poskytnutí pomoci druhým).

Přestože ošetřovatelství bývá dnes prezentováno jako samostatný vědní obor, někteří autoři polemizují s tímto pojetím. Například Munhallová (2007) považuje humanistickou filozofii ošetřování za neslučitelnou s vědeckými a experimentálními metodami a navrhuje upustit od kvantitativního (statisticko-výzkumného) rámce oboru (Gortner, 1983, s. 1). Směřování ošetřovatelství v uplynulé **dekádě**<sup>i</sup> bylo vysoce teoretické, což může být jednou z příčin této kritiky. Ozývají se proto výzvy jako 'zpět k lůžkům', které mají oživit prakticko-pragmatický aspekt ošetřovatelství.

Ačkoliv se filozofie může jevit v tomto kontextu jako 'luxus', je ve skutečnosti určitá implicitní (vnitřní) filozofie v ošetrovatelství přítomna i bez vymezení samostatné 'filozofie ošetrovatelství' jako oboru. Přehodnocování stávajících vzorců ošetrovatelství umožňuje navíc vědomě tento obor zkvalitňovat ve prospěch pacientů – vymezovat priority, zajišťovat bezpečné postupy, profilovat sesterské vzdělávání s důrazem na hodnoty (value-based learning – cf. Fahrenwaldová a kol., 2005), aranžovat personální zabezpečení v souladu s potřebami společnosti apod. Vytváření velkého počtu ošetrovatelských teorií tedy může být luxusem, zajištění filozofické reflexe oboru je však prakticky povinností, bez které nemůže ošetrovatelství nárokovat etickou povahu svého počínání.

Filozofii ošetrovatelství je možné rozčlenit na tři kategorie – profesní filozofie (tedy filozofie aplikovaná v oboru v nejširším smyslu), institucionální filozofie (řada zdravotnických institucí v zahraničí, například nemocnic, formuluje a zveřejňuje své poslání a filozofii) a individuální (osobní, životní) filozofii (tu explicitně či implicitně má prakticky každý zdravotnický pracovník, přinejmenším v určitém systému hodnot, a to s přesahem z/do soukromého, mimopracovního života).

Příkladem profesní filozofie je pragmatický přístup k ošetrovatelství, který klade důraz na praktičnost a užitek profesního konání. Příkladem institucionální filozofie je například následující formulace:

<http://hospitals.unm.edu/nursing/philosophy.shtml>

(26.10.2014)

„The nursing staff at University of New Mexico Hospitals believes that our fundamental commitment is to deliver quality nursing care to our patients in a safe environment. Our vision as an academic medical center is to be the health care provider and the employer of choice in New Mexico.“

„Ošetrovatelský personál Univerzitních nemocnic Nového Mexika je přesvědčen, že naším základním závazkem je poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči našim pacientům v bezpečném prostředí. Naše vize jakožto akademického centra zdravotní péče je být preferovaným poskytovatelem zdravotní péče a zaměstnavatelem v oblasti Nového Mexika.“

<http://www.urmc.rochester.edu/highland/departments-centers/nursing/nursing-philosophy.aspx> (26.10.2014)

„Our nursing philosophy is reflective of Highland Hospital's mission, vision and values. We believe that: People are unique individuals, who are deserving of respect, dignity, care, compassion and excellent service. People are holistic beings (body, mind and spirit) and are different from, and more than, a sum of their parts. The environment is the internal and external world as perceived and experienced by the person. All aspects of the health care environment must support the perception of well-being for all people who enter into it. Health is the sense of well-being as perceived by the person.“

„Naše ošetrovatelská filozofie odráží poslání, vizi a hodnoty společnosti Highland Hospital. Věříme, že: Lidé jsou jedinečné bytosti, které si zaslouží respekt, důstojnost, péči, soucit a kvalitní služby. Lidé jsou celostní bytosti (tělesná, duševní a duchovní složka), jejichž celistvost je více než pouhý součet částí. Prostředí představuje vnitřní a vnější svět, tak jak jej daný člověk vnímá. Všechny aspekty prostředí zdravotní péče musí podporovat pocit pohody a prospívání u člověka, který do něj vstupuje. Zdravím se přitom rozumí subjektivně vnímané prospívání člověka.“

Filozofii zdravotnické instituce je možné vymezit také pomocí hodnot, ke kterým se hlásí, a přístupů, které aplikuje. Strong Memorial Hospital v Rochesteru se například hlásí k těmto hodnotám:

Tabulka 2

Iniciála	Hodnota	Aplikace
I	Integrity = bezúhonnost	férové a důvěryhodné jednání podle etických norem
C	Compassion = soucit	empatické jednání s pochopením a pozorností k pacientům
A	Accountability = odpovědnost	odpovědnost za vlastní činy
R	Respect = úcta a ohled	citlivé a uctivé chování k pacientům, příbuzným, kolegům
E	Excellence = příkladná kvalita	úsilí o kvalitu z pozice jednotlivce i týmu

<http://www.urmc.rochester.edu/strong-memorial/about-us/care-philosophy.aspx> (13.12.2014)

Akronym (zkratka tvořící slova) 'I CARE' v překladu z angličtiny znamená „Já pečuji/Já dbám“, a je tak dalším dokreslením institucionální filozofie dané nemocnice. Rozhodující pro pacienta je však realizace uvedených hodnot, ne samotná jejich **proklamace**<sup>J</sup> – a to je již závislé na každé konkrétní nemocnici, nebo obecně zdravotnické či sociální instituci, na jejím personálu, na součinnosti a poctivosti každého jednotlivého pracovníka.



Otázky (1.3):

1. Jaký je vztah filozofie a ošetrovatelství?
2. Čím se zabývá filozofie ošetrovatelství?
3. Jaké jsou klíčové hodnoty novodobého ošetrovatelství?
4. Co je to institucionální filozofie? Jakou byste si přáli na svém na svém pracovišti a jaká je realita tohoto pracoviště?

## 2. DOSAVADNÍ ZKOUMÁNÍ A DOSTUPNÉ ZDROJE K FILOZOFII OŠETŘOVATELSTVÍ

### 2.1 Zdroje a poznatky filozofie ošetřovatelství. Knižní zdroje

S dějinami ošetřovatelství jako moderního oboru bývá často spojováno jméno Florence Nightingalové. Převažuje představa, že právě ona vtiskla tvář ošetřovatelství ve vědeckém pojetí. V obecné rovině se Florence podílela na orientaci oboru a jeho hodnotách, **explicitně<sup>k</sup>** vyjádřený vztah k filozofii je však v jejím díle přítomen poměrně málo.

Ve své nejznámější knize, *Zápisky o ošetřovatelství* (Notes on Nursing), neformuluje Nightingalová žádné složité teorie. Naopak se zaměřuje na prozaické, pro pacienta významné potřeby a činnosti – větrání, udržení tepla, zajištění zdravého klimatu interiéru, ticha, vhodné stravy, na úpravu lůžka, čistotu, zmiňuje se o vhodném utěšování ze strany návštěv a přátel pacientů apod. Ve skutečnosti byla Florence (rodačka z Florencie) více hygieničkou, matematickou, statističkou a organizátorkou péče, než filozofkou. Právě toto je však její životní **krédo<sup>1</sup>** (a její životní filozofie založená na prostotě, praktičnosti a empirii), které může být poučné pro současnou na vědu zaměřenou etapu ošetřovatelství – to skutečně důležité je velmi jednoduché, oslovitelné přímočarými intervencemi ze strany zdravotnického personálu nebo reorganizací společenských struktur. Životní filozofie Nightingalové byla tedy výrazně pragmatická, tj. prakticky zaměřená. Přesto v určitých obdobích Florence věnovala pozornost abstraktním tématům, otázce viny a je autorkou filozoficky laděného spisu později vydaného pod názvem *Náměty k přemýšlení pro ty, kdo hledají pravdu* (v tomto pojednání čítajícím přes 800 stran se dotýká otázek svobody, kauzality – tedy příčinné souvislosti – a nutnosti, lidské společnosti a rodinného života). V tomto svém zřejmě nejvíce filozofickém textu byla Nightingalová ovlivněna myšlenkami Johna Stuarta Milla (1806-1873), teoretika empiricko-pozitivistické orientace, autora spisu *Utilitarismus a metodiky induktivního myšlení*. – McDonald, 2005.

John Stuart Mill zastával empirická (tedy na smyslovém poznání založená) a utilitaristická (praktičnost a účel zdůrazňující) stanoviska. Byl ovlivněn psychologickými poznatky, zejména asociativizmem (názorem, že složité myšlenky vznikají asociacemi jednoduchých vjemů podle určitých zákonitostí) a usiloval o uplatnění svých myšlenkových principů v sociálních reformách. Millovo vzdělání bylo všestranné (chemie, matematika, řečtina, latina, logika, politická ekonomie). V oblasti etiky Mill usiloval o humanizaci a podtržení závazku člověka přispívat k blahu lidstva. (Audi, 1999, s. 568-569) John Stuart Mill a August Comte bývají řazeni mezi typické představitele takzvaného pozitivizmu, který se projevil zejména v myšlení 19. století a počátku století dvacátého roku v ruce s technickým rozvojem a vyznačoval se důrazem na empirické poznání, vírou v možnosti pokroku a odmítáním spekulativních úvah přesahujících sféru zkušenosti. Název pozitivizmu je odvozen od

latinského 'positum' = 'položené' (faktické) a z hlediska teorie poznání je tedy projevem přesvědčení, že je možné poznat fakta a že objektivizovaná fakta (odvozená ze smyslové zkušenosti, pozorování, měření a matematicko-logického úsudku) mají být základem poznání – v současnosti je podobné rysy možné sledovat v takzvané EBM a EBN (evidence-based medicine, evidence-based nursing) – medicíně založené na důkazech a v ošetřovatelství založeném na důkazech. Pozitivizmus sklidil ostrou kritiku ze strany některých sociologů (Simmel, Mead), kteří poukazovali na důležitost subjektivního prožitku, introspekce, intuice a proměnlivosti individuální zkušenosti ve společnosti. (Bunnin, Jiyuan Yu, 2004)

V ošetřovatelství se diskuzi role pozitivizmu jako myšlenkové základny věnovalo několik autorů. Whall (1989) se zamýšlí nad vlivem logického pozitivizmu na ošetřovatelskou praxi. Paley (2001) poukazuje na vztah mezi pozitivizmem a kvalitativním výzkumem, který byl mnoha pozitivisty odmítán, a dále na vztah mezi společenskými vědami a přírodními vědami, konkrétně na odlišnost jejich metod. Na další protichůdné směry myšlení v ošetřovatelství – pozitivizmus a humanizmus, upozorňuje Playle (1995) v článku Humanizmus a pozitivizmus v ošetřovatelství – protiklady a konflikty. Playle požaduje rehumanizaci ošetřovatelství, ošetřovatelského vzdělávání a výzkumu a přehodnocení jednostranného důrazu na tvrdá fakta a na poznatky nárokové si objektivnost. Naznačuje také, že možnou příčinou objektivistického požadavku na poznání v ošetřovatelství byla hegemonie (vedoucí role) medicíny, která definovala, co je a co není platné poznání (a kladla důraz zejména na statistiku). Landeros-Olvera, Salazar-Gonzálezová a Cruz-Quevedová (2009) obdobně poukazují na to, že současné zdravotní vědy si preferují především verifikaci (objektivní ověření) klinických (organických) dat a opomíjejí subjektivní složku poznání. (K pochopení úlohy pozitivizmu viz též pojem 'epistemologie' v kapitole 3.4.)

Omezené množství knižní literatury k filozofii ošetřovatelství a převaha článků zaměřených na úzká témata odpovídá novosti tohoto oboru. Přesto je v monografiích a esejích různých autorů možné najít řadu myšlenkových podnětů. V následujícím přehledu jsou podrobněji uvedeny některé z nich, následované výběrem časopiseckých článků.

**Watson, Jean. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Boulder, Colorado: University Press of Colorado, 1985. 321 s. ISBN 0-87081-154-1.**

Watsonová přichází s holografickým pojetím člověka ve vesmíru – osud části ovlivňuje osud celku, a celek je nějakým způsobem obsažen či reflektován v části (jedinci, člověku). Podle Watsonové je ošetřovatelství 'vědou o péči' a obsahuje v sobě **metaparadigmatickou<sup>m</sup>** šablonu, která ovlivňuje ošetřovatelskou praxi. V této šabloně jsou zahrnuty hodnoty oboru, filozoficko-morální východiska lidskosti, úcta k životu a další atributy. Watsonová zdůrazňuje humanistická východiska ošetřovatelské péče a její komplementární postavení k léčbě v medicínském pojetí. Podle Watsonové má sestra získávat poznání nejen okolního světa (pacienta, prostředí – na základě pozorování), ale také sebe sama (formou subjektivní reflexe svého vnitřního světa). K tomu přistupuje kolektivní poznání sociálních norem a neviditelného přediva světonázorů, přesvědčení a archetypů a poznání viditelných sociálních

systémů. (Watson, 1985, s. 204 a [passim<sup>n</sup>](#)) Autorka poukazuje na přesah ošetřovatelství za nemoc samotnou, k jedinci jako celku, až k jeho spiritualitě. V závěru poukazuje na poznání zakotvené 'v srdci' a vybízí k reflektivnímu, lidsky a hodnotově orientovanému vzdělávání budoucích sester. (Watson, 1985, s. 245)

**Watson, Jean. *Postmodern Nursing and Beyond*. Churchill Livingstone, 1999. 303 s. ISBN 978-044-3057-44-1.**

Podle Watsonové, která bývá považována za autorku nových vizí ošetřovatelství, je tento obor hledáním rovnováhy mezi péčí a léčbou a je podbarven holistickým myšlenkovým rámcem. Využívá přitom také moderních zdravotnických technik a technologií. Přestože Watsonová zastává holistické stanovisko, je koncepce holismu jinými autory naopak kritizována – například proto, že vychází z těžko splnitelného předpokladu, že můžeme svět nebo objekty vnímat jako celek – lidské vnímání je přitom konstruováno tak, že se zaměřuje na některé dílčí, vybrané aspekty skutečnosti (tento postoj zaujímá například Lewontin). Watsonová zdůrazňuje také interpersonální (mezilidskou), humánní a altruistickou (nesobeckou, pomáhající) povahu ošetřovatelství a péče o potřeby člověka. Vyzdvihuje důležitost naděje tam, kde současná medicína již nemá člověku co nabídnout.

**Thomas, Sandra, Pollio, Howard. *Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2002. 294 s. ISBN 978-0826-114-67-9.**

Kniha autorské dvojice Thomasová a Pollio se opírá o fenomenologický přístup ke světu a člověku. Fenomenologie, u jejíhož zrodu stál prostějovský rodák Edmund Husserl, se opírá o myšlenku, že 'věci jsou takové, jaké se jeví'. Zdůrazňuje tedy subjektivní prožitek, odmítá karteziánské (podle Reného Descarta – racionální, dualistické chápání přísně rozlišující subjekt – toho, kdo poznává – a objekt – to, co je poznáváno) pojetí světa. V této perspektivě se Thomasová a Howard zamýšlejí nad tím, jak člověk prožívá svět a své tělo, jak prožívá chronickou bolest, implantaci kardioverteru-defibrilátoru, diagnózu diabetu a poruchy příjmu potravy u svého příbuzného, čas, duchovní tíseň, svobodu a nesvobodu (při hospitalizaci), i jak prožívá prostředí ambulantní péče.

**Seedhouse, David. *Practical Nursing Philosophy: The Universal Ethical Code*. Chichester: John Wiley & Sons, 2000. 222 s. ISBN 0-471-49012-1.**

Seedhouse problematizuje ve své knize klíčová témata ošetřovatelství (obhajobu pacienta, péči a důstojnost), uvažuje o neslučitelnosti holizmu s ošetřovatelským separatizmem (tedy snahou oddělit ošetřovatelství od jiných zdravotnických oborů) a vyjadřuje názor, že existující etické kodexy není snadné v plné míře uplatnit tak, aby naplňovaly potřeby pacienta i společnosti. Ve druhé části autor polemizuje o výzkumu, etických otázkách zdravotní péče a směřuje k návrhu univerzálního etického kodexu. Podle Seedhouse je teoreticky možné pečovat o pacienta jak s emočním zainteresováním, tak bez něj (tedy provádět intervence v jeho prospěch bez pozitivních či negativních pocitů, technicky).

Brencick, Janice M., Webster, Glenn A. *Philosophy of Nursing: A New Vision for Health Care*. Albany: State University of New York Press, 2000. 247 s. ISBN 0-7914-4380-9.

Brencicková a Webster se snaží o osvětlení filozofie ošetrovatelství prostřednictvím imaginárních hovorů se starověkými i současnými mysliteli na téma filozofie ošetrovatelství. Upozorňují na problém rozporu mezi obecným a jedinečným, filozoficky řečeno mezi univerzálním a singulárním. Některé zkušenosti mohou být typické, obecné pro všechny pacienty a stát se zdrojem obecných pouček, zatímco jiné jsou vysoce individuální, prožitkové, unikátní, **partikulární**<sup>o</sup>. Brencicková a Webster považují za primární praktické ošetrovatelství, zatímco za sekundární veškeré jeho další formy – řízení péče, výzkum, teorii a ošetrovatelské vzdělávání.

Edwards, Steven D. *Philosophy of Nursing: An Introduction*. Basingstoke: Palgrave, 2001. 212 s. ISBN 0-333-74991-X.

Edwardsova teoretická studie o filozofii ošetrovatelství je klasickou prací v rodícím se oboru zaměřeném na kritický myšlenkový náhled péče o nemocné a potřebné. Edwards tvrdí, že klíčové pojmy ošetrovatelství, jako jsou 'osobní individualita', 'zdraví', 'péče' a 'nemoc' vyžadují filozofický náhled. Filozofii ošetrovatelství Edwards definuje jako „zkoumání filozofických problémů, které mají dopad na ošetrovatelskou teorii a praxi, nebo v této teorii a praxi vznikají“ (Edwards, 2001, s. 14). Edwards se dále zabývá otázkami poznání v ošetrovatelství a odlišuje propoziční poznání (kdy se ujišťujeme, že dané tvrzení odpovídá pravdě/skutečnosti – poznání typu „vědět že“) a praktické poznání (znalosti o tom, jak podávat injekce, měřit krevní tlak, zklidnit neklidné pacienty, organizovat směnný provoz na oddělení apod. – poznání typu „vědět jak“). V další části monografie se Edwards zamýšlí nad **ontologií**<sup>p</sup> ošetrovatelství, zejména nad pojmem 'osoba', 'jedinec' a vztahem mezi tělesem a duševnem člověka. Jedním z ontologických přístupů k člověku je přístup narativní, tedy vyprávěcí – člověk prožívá svůj příběh, který je 'psán' jako děj knihy, a právě v tomto ději je zachována osobní kontinuita<sup>q</sup> jedince a jeho bohatství. Toto 'vyprávění', tedy lidský život, má začátek, průběh a konec, a může být uchováno v paměti pro další generace. Pokud jde o ošetrovatelství jako činnost, rozlišuje Edwards dva typy péče o člověka: 1. intencionální (tedy záměrnou, která představuje jádro ošetrovatelství), 2. ontologickou (tedy obecně lidskou vlastnost 'zajímání se o potřeby člověka', která je člověku dána už tím, že je 'vržen do věta' a existuje mezi jinými lidmi. Edwards uzavírá svou knihu úvahami o ošetrovatelství jako praktické činnosti a vědě, a o vyhlídkách oboru do dalších desetiletí.

Hesook, Kim, Kollak, Ingrid. *Nursing Theories: Conceptual & Philosophical Foundations* [online]. New York: Springer Publishing Company, 2006. [cit. 2014-12-07]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10171377>.

Hesooková a Kollaková věnují pozornost obecným pojmům, které stojí u základů ošetrovatelství, a to na natolik obecné rovině, že je lze chápat jako filozoficko-teoretické kategorie tohoto zdravotnického oboru. Jedná se mj. o pojem 'lidské potřeby', 'adaptace', 'sebebpeč' či 'interakce'. V další části se autorky zabývají styčnými body mezi různými

filozoficko-myšlenkovými směry a ošetrovatelstvím (péči o potřeby zdravých a nemocných). Tyto styčné body hledají mezi ošetrovatelstvím a holizmem, systémovou teorií, existencializmem, fenomenologií, humanizmem a **pragmatizmem**<sup>f</sup>.

**Ferrell, Betty, Coyle, Nessa. The Nature of Suffering and the Goals of Nursing [online]. Oxford: Oxford University Press, 2008. [cit. 2014-12-07]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10375176>.**

Ferrellová a Coyleová se ve své monografii zamýšlejí nad podstatou utrpení, jeho etickými aspekty a nad cíli, které si ošetrovatelství ve vztahu k utrpení klade (pochopit je a mírnit). Autorky se věnují podrobně utrpení pacienta, ale dostatek prostoru je věnován i utrpení sester (sestry trpí při poskytování péče, a to mimo jiné z toho důvodu, že se potýkají s utrpením jiných). Utrpení sester ale někdy vychází z osobní interpretace utrpení pacienta, jehož prožitek může být ve skutečnosti jiný. Autorky uvádějí příklady, jak analyzovat pacientovo utrpení v kontextu, tedy ve vztahu k širším okolnostem. Podle autorek si pacient zaslouží více než automat poskytující péči – zaslouží si empatickou a citově angažovanou sestru. Ta by však neměla být svými emocemi přemožena, ale měla by je vyvážit nezbytnou mírou profesionality.

**Risjord, Norman K. Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010. 246 s. ISBN 978-1-4051-8434-2.**

Risjord věnuje svou monografii teorii poznání v ošetrovatelství. Teorie poznání je důležitou součástí filozofie vědy (viz dále). Podle Risjorda existují dva typy propastí mezi teorií a praxí – propast u relevantní teorie a výzkumu, které nejsou následně použity v praxi, a propast u irelevantního výzkumu a teorie (které vůbec nemusely vzniknout a postrádají svůj rason d'être (důvod existence), kterým by mělo být podporování a zkvalitňování ošetrovatelské praxe (Risjord, 2010, s. 4). Podle Risjorda ošetrovatelský výzkum vznikl jednak proto, aby obor směřoval, jednak proto, aby jej vůbec vytvořil (neboť každá věda má mít svou terminologii, pojmový aparát, metody a specifický předmět zkoumání). Růst poznání v ošetrovatelství tak je úzce propojen s profesionalizací péče. Podle Risjorda nevyrostá poznání v ošetrovatelství samo o sobě, ale půjčuje si poznatky jiných disciplín – sociologie, psychologie a dalších. Risjord klade řadu otázek o vztahu poznání a ošetrovatelské profese, včetně otázky, zda může a má být věda hodnotově neutrální, a zabývá se vlivem logického pozitivizmu a holizmu na ošetrovatelství.

**Barnum, Barbara S. Spirituality in Nursing: The Challenges of Complexity [online]. New York: Springer Publishing Company, 2011. [cit. 2014-12-07]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10530627>.**

Barnumová, která se mimo jiné věnuje studiu alternativní medicíny, se zamýšlí ve své knize nad úlohou spirituality (duchovních projevů člověka) v ošetrovatelství v minulosti i současnosti. Zkoumá vztah mezi člověkem, onemocněním a spiritualitou, a také mezi spiritualitou, fyzikou, psychologií, filozofií a etikou. Zabývá se otázkou nemoci jako



disharmonie těla a psychiky, smyslem nemoci a utrpení a možnými intervencemi sester ve prospěch pacientů v oblasti spirituality.

**Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Washington: Institute of Medicine, 2010. 620 s. ISBN 0-309-15824-9.**

Rozsáhlá kniha Lékařského institutu prezentuje především filozofii ošetrovatelské profese a transformace. Přidrží se konkrétních faktů, jako je fragmentace zdravotnického systému, smysluplné aplikace moderních technologií apod., a zvažuje možnosti přeměny ošetrovatelské praxe, vzdělávání i řízení. Primárním cílem ošetrovatelského vzdělání je podle Johnsona příprava sester na saturaci (naplňování) rozmanitých potřeb pacientů a poskytování kvalitní péče. Vzdělání sester by mělo plynule navazovat v jednotlivých etapách a přispívat k rozvoji oboru. Johnson podporuje myšlenku, že pacient si zaslouží kvalitní péči šitou na míru jeho jedinečným potřebám.

**Kikuchi, June F., Simmons, Helen. Developing a Philosophy of Nursing. Thousand Oaks: Sage Publications: 1993. 126 s. ISBN 0-8-0395-4239.**

Kikuchiová a Simmonsová jsou editorkami útlého svazku úvah o podstatě a směřování filozofie ošetrovatelství. V první části se Pamela Salsberryová zamýšlí nad tím, co je a není filozofie ošetrovatelství a její příspěvek je komentován dalšími autorkami. Ve druhé části je diskutována otázka, zda filozofie ošetrovatelství objevuje, či naopak konstruuje znalosti (jde tedy o **kontrapunkt**<sup>s</sup> objektivistického přístupu, kdy jevy jsou objevovány a pojmenovávány vědou, a konstruktivistického přístupu, kdy jsou jevy považovány za vytvářené samotným zkoumáním – srovnej obdobný staletí trvající spor ve filozofii mezi nominalisty a realisty). McGeeová se ve druhé části knihy zabývá eklekticismem ve filozofii ošetrovatelství, tedy spojováním rozmanitých myšlenkových směrů do kompaktního celku. Třetí část je již zaměřena na pozitivní formulaci filozofie ošetrovatelství, její etické aspekty, ale také roli pragmatického myšlení v oboru.



Otázky (2.1):

1. Shrňte základní poznatky z uvedeného textu a popsání monografií.
2. Vyberte tři z nich, které považujete za nejprospěšnější a nejpoužitelnější pro svou ošetrovatelskou činnost (práci, klinickou praxi). Vysvětlete, jak mohou přispět ke zlepšení Vaší práce a z kvalitnění života pacientů.

## 2.2 Zdroje a poznatky filozofie ošetřovatelství. Časopisecké články

Z poměrně velkého počtu dostupných článků v oboru filozofie ošetřovatelství (jen v databázi SpringerLink nabízí vyhledávání pomocí klíčových slov 'nursing' a 'philosophy' přes 20 000 odkazů) je zde uveden krátký výběr, které nastiňuje některé možnosti úvah v této oblasti aplikované filozofie. Cílem není zahltit čtenáře/čtenářku množstvím teorie, ale spíše naznačit různé směry myšlení v ošetřovatelství a náhledy, které mohou měnit praxi oboru k lepšímu.

Schank, Mary J., Weis, Darlene, Ancona, Janice. *Reflecting Professional Values in the Philosophy of Nursing. The Journal of Nursing Administration, July/August 1996, Vol. 26, Issue 7/8, p. 55-60. ISSN 0002-0443.*

Schanková a spoluautorky upozorňují na to, že základem restrukturační v ošetřovatelství jsou hodnoty vyznávané a aplikované sestrami. Na základě analýzy ošetřovatelské dokumentace dospěly autorky k závěru, že tyto profesní hodnoty mnohde chybí.

Griffin, Anne P. *Philosophy and Nursing. Journal of Advanced Nursing, May 1980, Vol. 5, Issue 3, p. 261–272. ISSN 0309-2402.*

Griffinová se zamýšlí nad filozofií v obecném smyslu, filozofií vzdělávání, souvislostí filozofie s myšlením a rozvojem osobních hodnot sester, a dále významem filozofie pro ošetřovatelské vzdělávání (formování osobnosti a postojů studentů i pedagogů).

Alpers, Rojann R., Jarrell, Kay, Wotring, Roxena. *Developing a Philosophy of Nursing: A First Step to Becoming a Professional. Teaching and Learning in Nursing, October 2013, Vol. 8, Issue 4, p. 162–163. ISSN 1557-3087.*

Alpersová a spoluautorky považují za filozofickou zakladatelku moderního ošetřovatelství Florence Nightingaleovou (1820-1910). Nightingalová podle nich chápala ošetřovatelství jako vědu i umění (vědecký akcent je dán znalostmi Nightingalové v oblasti matematiky a statistiky). Pokud filozofii chápeme jako soubor základních přesvědčení, postojů a hodnot jedince nebo skupiny, neměli bychom zapomínat na to, že ovlivňuje naše činy a rozhodování, a měla by přispívat k většímu uvědomění, zkoumání stavu věcí a syntéze znalostí. Podle autorek je filozofický přístup velmi důležitý, ale měl by být sám o sobě testován. Je zřejmé, že filozofické přístupy také podléhají proměnám v průběhu času.

Marchuk, Allison. *A Personal Nursing Philosophy in Practice. Journal of Neonatal Nursing, December 2014, Vol. 20, Issue 6, p. 266–273. ISSN 1355-1841.*

Podle Marchukové napomáhá využití ošetřovatelské filozofie ke správnému uplatnění oborového poznání a rozvoji poznání nového. Marchuková se přidržuje klasického metaparadigmatu ošetřovatelství, složeného ze čtyř prvků (zdraví, člověk, ošetřovatelství, prostředí) a zabývá se také epistemologií (teorií poznání) v ošetřovatelství.

Reed, Susan E. A Comparison of Nurse-related Behaviour, Philosophy of Care and Job Satisfaction in Team and Primary Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, May 1988, Vol. 13, Issue 3, p. 383–395. ISSN 0309-2402.

Reedová porovnává týmový model (systém) organizace sesterské péče s modelem (systémem) primární sestry. V tomto kontextu zkoumá souvislost chování sester, kvality péče, filozofie péče a spokojenosti sester v zaměstnání. Podle Reedové vede organizační model s primární sestrou k lepší kvalitě péče, vyšší spokojenosti sester na pracovišti a koherentnější filozofii pečování. Ze studie Reedové je patrné, že i volba určitého druhu organizace péče je odrazem institucionální filozofie ošetrovatelské činnosti, jde o jeden z konkrétních projevů myšlenkového pozadí oboru.

Produkce odborných článků k filozofii a teorii ošetrovatelství je smysluplná tehdy, když jejich poznatky a inovace najdou cestu do praxe. Značná část teoretické práce bohužel zůstává 'čistou vědou' nebo 'čistou filozofií', bez následné aplikace s prospěchem (benefitem) pro pacienta, sesterskou profesi a společnost (její 'zdravotní stav', 'zdraví společnosti'). Je výzvou pro budoucí sestry, aby tento stav pomohly změnit.



Otázky (2.2):



1. Co je podle Alpersové (z pragmatického pohledu) významné na filozofii ošetrovatelství?
2. Dohleďte ve vybrané databázi (Academic Search Complete, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink, Google Scholar apod.) jeden článek ve Vám blízkém jazyce, který pojednává o hodnotách v ošetrovatelství. Jak můžete poznatky z tohoto článku použít pro směřování své ošetrovatelské činnosti ve prospěch pacientů?

### 3. DÍLČÍ DISCIPLÍNY FILOZOFIE OŠETŘOVATELSTVÍ

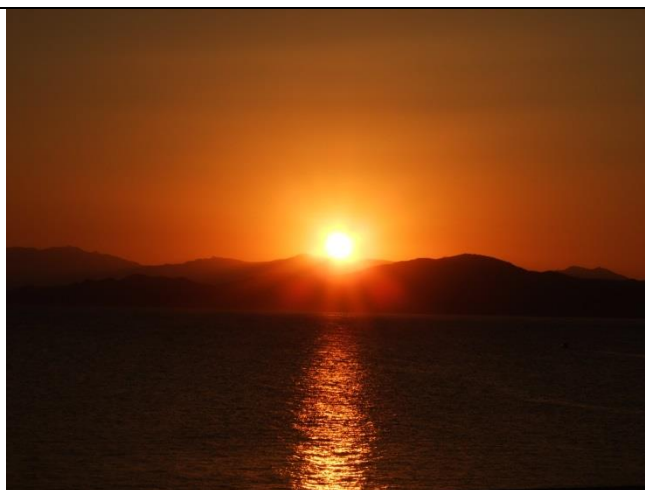
#### 3.1 Přehled disciplín

Filozofie jako obecná nauka pracuje s řadou obecných pojmů. Přesto bývá z praktických, jakož i didaktických důvodů členěna na několik dílčích disciplín, které mají svá specifická témata a pojmosloví. Tradiční dělení filozofických disciplín shrnuje tabulka 3:

Tabulka 3

Dílčí disciplína	Předmět zkoumání
<p>Axiologie (z řeckého ἀξία, axiā = hodnota, -λόγος, -logos = nauka o) Stejný kořen se objevuje ve slově 'axiom', což je ve filozofii a matematice základní, daný a nedokazovaný předpoklad.</p>	<p>hodnoty a hodnotové systémy</p> 
<p>Epistemologie, gnozeologie (z řeckého ἐπιστήμη, epistēmē = systémová znalost, γνῶσις, gnosis = znalost, λόγος, -logos = nauka o). Kořen 'gnosis' se vyskytuje v některých důležitých medicínských termínech ('diagnosis' = 'rozlišení, důkladné poznání (nemoci)', 'prognosis' = předvídaná znalost (průběhu nemoci)).</p>	<p>poznání, vědecké poznání (epistemologie)</p> 
<p>Estetika (z řeckého αἰσθητικός, aisthetikos = vnímající, citlivý). Ze stejného kořene je</p>	<p>krása, umění</p>

pomocí záporné předpony an- utvořen termín 'anestetikum', tj. 'přípravek působící znecitlivění'.



Etika

(z řeckého ἦθος, ethos = morální charakter, zvyklost). Původní význam řeckého slova byl 'soužití', jde tedy o pravidla chování stanovená tak, aby spolu lidé mohli žít, vycházet spolu. Z jiného (francouzského) základu je odvozeno slovo 'etiketa' ve smyslu 'společenské zvyklosti', a také 'etiketa' ve smyslu štítku nebo nálepky, neboť na malé štítky se v dřívějších dobách tiskly instrukce, jak se vhodně chovat u soudu.

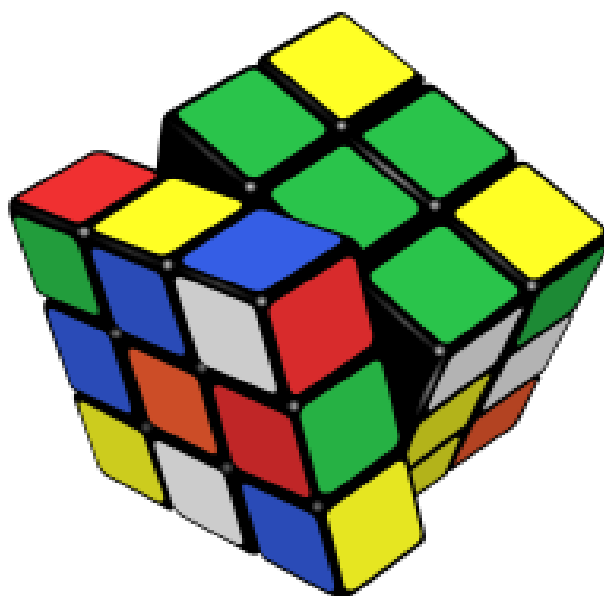
morálka, morální zásady



Logika

(z řeckého λόγος, logos = nauka o, slovo, projev). Tento kořen se objevuje v řadě složených slov (v názvech věd: flebologie = nauka o žilách a jejich onemocněních, oftalmologie = nauka o očích a jejich nemocech apod., dále ve slovech jako 'trilogie', 'dialog' apod.)

pravidla správného myšlení a platného usuzování



Metafyzika

(z řeckého 'ta meta ta physika', tedy 'díla řazená za Fysikou', čímž je

prvotní principy a příčiny, podmínky existence jsoucího, jevy za smyslově vnímatelným světem

myšleno 13 svazků Aristotelova díla, které byly tradičně řazeny za spisy o přírodě – Fysika)



Ontologie  
(z řeckého genitivního tvaru ὄντος, ontos = bytí, -λόγος, -logos = nauka o).  
V moderní počítačové technice se termín 'ontologie' používá ve smyslu 'formálně definované entity a vztahy v určité oblasti programování'.

holé bytí, existence (ontologie je často považována za součást metafyziky)



(Ilustrace clipart – Office. com)

Pro přiblížení je možné uvést některé typické otázky, které uvedené disciplíny řeší. Axiologie se ptá Co je to hodnota?, Jaké jsou lidské hodnoty? Epistemologie se ptá, zda je možné pravdivé či objektivní poznání a jaké jsou jeho podmínky, zejména ve vědě. Gnozeologie zkoumá otázky poznání obecně. Estetika se ptá Co je krása? Jaká je její podstata? Etika se ptá, co je dobro, případně, co je dobré a špatné. Ptá se také, jaké vzorce chování jsou vhodné a přijatelné. Metafyzika a ontologie se ptají po podstatě bytí a jeho podmínkách či příčinách. Typickou metafyzickou otázkou je „Proč je spíše něco a nikoliv nic, když přece nebýt je snazší než být?“

Aplikováním těchto dílčích disciplín do ošetrovatelství získáváme některé konkrétnější otázky.



Otázky (3.1):

1. Vysvětlete, čím se zabývají jednotlivé filozofické disciplíny: axiologie, epistemologie, estetika, etika, logika, metafyzika, ontologie.
2. Jak se může promítat předmět každé disciplíny do ošetrovatelské péče?

### 3.2 Ontologie a metafyzika ošetrovatelství

Ontologie je nauka o bytí a tradičně bývá považována za součást metafyziky (prvotní filozofické nauky) – Blackburn, 1996. Jde, na rozdíl od vědy, která se vymezila svými metodami zejména od 18. století, o neempirické zkoumání světa, toho, co je. Ontologické otázky zahrnují podstatu bytí jako takového, podstatu reality, vlastnosti objektů a událostí ve světě, kosmologii (původ vesmíru či světa jako takového), otázku svobodné vůle a rozhodování, vztah mysli a hmoty, otázky času a prostoru, otázku smrtelnosti, otázku modalit (nutnosti a možnosti), vztah mezi myslí a hmotou, kauzalitu (příčinné vztahy) apod. Příkladem díla věnovaného ontologickým otázkám je nedokončená kniha německého filozofa Martina Heideggera *Bytí a čas* (Heidegger, 2002).

Řada ontologických otázek byla zahrnuta do některých směrů psychoterapie (zejména Franklovy logoterapie, zaměřené na smysl života, Daseinsanalýzy a existenciální psychoterapie) a samotná podstata usilování medicíny má ontologickou povahu – jejím posláním je zachovat člověka při životě, případně tento život nejen prodloužit, ale i zkvalitnit (ve smyslu zmírnění nemoci a posílení zdraví). Pro pacienta je zásadní otázkou, zda bude či nebude (zda přežije nemoc či operační zákrok, nebo nepřežije). V souvislosti s touto **fundamentální**<sup>1</sup> otázkou se také objevují existenční úzkosti, strach ze smrti či nemohoucnosti, strach z anestézie a jiné formy bytostných obav, se kterými by zdravotník měl umět pracovat nebo by měl pacienta kontaktovat s psychologem, psychoterapeutem a dalšími profesionály, kteří oblast bytí a spirituality dokáží pokrýt svými dovednostmi a provázet tak pacienta v náročném období.

Podstatou ošetrovatelství je péče o pacientovo bytí. Medicína a ošetrovatelství jsou teleologické (zaměřené na cíl) v tom smyslu, že usilují o zachování pacientova bytí (v případě život ohrožujících stavů) a zlepšení jeho kvality (prostřednictvím léčby, naplňování potřeb, posilování zdraví apod.) Pacient přitom pro své bytí hledá *raison d'être* (důvod, odůvodnění) – smysl života. Člověk je zpravidla orientován na ochranu svého bytí – sebezáchovu. Přesto v některých případech v tomto směru nejedná 'racionálně' – například své bytí ohrožuje či zkracuje nezdravým životním stylem nebo zbytečně riskantním chováním. (Mezi toto chování lze zařadit i rizikové chování personálu při zanedbávání ochrany zdraví při práci, nepoužívání rukavic a obličejových štítů apod.)

## Časová dimenze

Čas je obvykle v současném chápání přidružován jako čtvrtá dimenze k trojrozměrnému prostoru, a tvoří tak s ním časoprostor. Čas měříme jak tradičními (mechanickými) technologiemi, tak moderními přístroji například na principu atomových hodin. Orientace v čase je přitom důležitý prvek strukturace života a jeho period (dne, roku aj.) Čas je významnou veličinou lidského života, neboť vyjadřuje jeho kvantitu (délku) a umožňuje realizaci lidského potenciálu (bez bytí v čase člověk nemůže prožívat a konat).

Odlišujeme objektivní (fyzikální) čas a čas subjektivní (prožívaný). Fyzikální čas plyne podle zákonitostí fyziky, tedy v našich podmínkách de facto stejnoměrně (při rychlostech blízkých rychlosti světla však hypoteticky podle relativistické fyziky dochází k dilataci času, tedy čas plyne pomaleji a pomaleji bychom i stárnuli). Subjektivní čas naproti tomu představuje psychologickou veličinu, jeho plynutí (vnímání) je tedy závislé na mnoha faktorech – člověk, který se nudí, vnímá čas zpravidla jako pomaleji plynoucí, než člověk zapojený do aktivit; pro kojence je druhý rok života navršením prožitého času na dvojnásobek, pro seniora již rok představuje zcela jiný podíl života a zkušenosti; člověk s krátkou životní perspektivou, například s nevléčitelným onemocněním, má jinou časovou perspektivu než člověk mladý, zdravý a plný energie.

Většina fyziků a astronomů se dnes kloní k názoru, že čas měl počátek (spolu s vesmírem, tedy prostorem). Vnímání času v lidské společnosti je však do značné míry kulturně podmíněné – zatímco náš model je založen na lineárním vnímání času (minulost – přítomnost – budoucnost), který plyne jedním směrem (princip temporality), některé kultury chápou čas cirkulárně (kruhově, cyklicky) – například jako opakující se koloběh životů u hinduistů.

S časem souvisí otázka věčnosti, která figuruje v mnoha světonázorech jako to, o co člověk usiluje, aby překonal svůj omezený čas na zemi. Další otázky, které jsou s časem spojeny, se týkají jeho dělitelnosti vs. nedělitelnosti (Zenon z Eleje formuloval tento problém v takzvaném paradoxu letícího šípu, který je v každém okamžiku v určitém místě, a tedy „nemůže být v pohybu“), jeho povahy (je čas jako řeka, ve které pluje naše loď?), možnosti cestovat v čase a paradoxů s tím spojených (takzvaný paradox cestovatele v čase – přemístěním do dřívějšího časového okamžiku by došlo k ovlivnění předpokládané budoucnosti).

Důležitým principem spojeným s časovou následností je princip kauzality, tj. příčinnosti. Podle běžně přijímané představy je kauzalita objektivním jevem, to znamená, že následek je v reálném světě vyvolán určitou příčinou. Filozof David Hume (1711-1776) ovšem zastával odlišný názor – že kauzalita je jen způsobem, jakým interpretujeme realitu (konkrétně jevy, které se často vyskytují po sobě), ve které žádný skutečný příčinný vztah existovat nemusí. Podle Humova výkladu by tedy celá věda tím, že je založená na kauzálních principech, nebyla více než prostým [antropocentrickým](#)<sup>u</sup> popisem jevů. – Birx, 2009, s. 153



Otázka příčiny a následku, tedy otázka kauzality, se týká (materiálních) prvků/systémů, u nichž změna jednoho prvku (příčina) vede nutně ke změně stavu jiného prvku (následek). V medicíně je tento princip obecně uznávaný a tvoří základ preventivních, diagnostických i terapeutických postupů. Pokud je například známo, že vdechování rtuťových výparů vede k otravě, je pobyt v prostředí se rtuťovým odparem považován za příčinu merkurizmu s jeho typickými příznaky. Podobně je virus HBV kauzálním faktorem virové hepatitidy typu B, mechanické namáhání příčinou traumatické fraktury kostí atd. Na sklonu ke zlomeninám se však podílejí také další faktory – například osteoporóza, které ale nemusí být nutně přítomny. Každopádně následek přichází v čase až po příčině, ne naopak.

Systémy, které se chovají předvídatelně, jsou pro medicínu snazším předmětem k uchopení, než systémy chovající se s vysokou mírou nahodilosti. Obvykle je však účinek léčby v případě konkrétního jedince dán jen s určitou pravděpodobností – podání obvyklé dávky paracetamolu například vede k poklesu bolesti alespoň o polovinu jen cca. u poloviny pokusných osob. U zbylých osob je pokles bolesti menší nebo žádný (Slíva, 2009). Podle míry předvídatelnosti se systémy dělí na deterministické (při daných vstupních podmínkách se systém vždy chová stejným způsobem) a stochastické (při daných vstupních podmínkách se systém může chovat různě, jde o pravděpodobnostní soustavu). Pokud si například koupím akcie farmaceutické společnosti, která má ekonomické problémy, a jejichž cena neustále kolísá, je můj výnos z akcií za daný čas (dejme tomu pět let) velmi nejistý. Jestliže stejnou částku vložím na garantovaný a pojištěný spořicí účet s konkrétním fixovaným 2% úročením p. a.<sup>v</sup>, dá se stav mého účtu za pět let spolehlivě vypočítat.

Filozofie a psychologie času je aplikovatelná v mnoha oblastech zdravotní péče. Nemoc představuje zpravidla určité omezení potenciálu jedince, což se, většinou negativně, promítá do jeho možností naplňovat svůj osobní čas a svobodně vyvíjet různé činnosti. Subjektivní čas pacienta, respektive prožívaná rychlost jeho plynutí, je ovlivňována takovými faktory, jako jsou nuda a aktivita, množství podnětů, emoční doprovod (při bolestivém zákroku může být subjektivní plynutí času značně změněno). Vnímání času je změněno i v důsledku některých onemocnění nebo po požití některých psychotropních látek.

Badatelská pozornost byla věnována různým specifickým otázkám času v klinickém prostředí. Klitzman (2006) na základě výzkumu vzorku lékařů, kteří se ocitli v roli pacientů, dospěl k závěru, že subjektivní vnímání času u pacientů a lékařů se liší a může vést k narušení komunikace v [dyádě](#)<sup>w</sup> zdravotník – klient zdravotní péče, ke zhoršení péče a snížení subjektivní spokojenosti pacientů. Klitzman také vymezuje 'institucionální čas' jako další faktor vstupující do procesu péče.

Plánování vyšetření a terapií, denní režim na odděleních a čekání v čekárnách mají své časové aspekty. Závažnou časovou dimenzi má prognóza. Těžištěm časové dimenze prognózy je délka dožití, tedy čas, který je pacientovi poskytnut pro život. Jakkoli se lékařská prognóza může mýlit, biologicky a faktory prostředí determinovaná délka života s nemocí, případně

vyhlídka na uzdravení, představují pro pacienta zásadní veličinu. Z pozice lékařů by tedy s prognózou mělo být zacházeno obezřetně. Předpokládaná délka dožití spolu s kvalitou života určuje další běh pacientova bytí, jeho směr a náplň, priority a hodnoty.

Denní režim (denní časový rozvrh) je pro pacienta v domácím léčení často součástí léčebného procesu a bývá reflektován v radách lékaře stanovujících míru odpočinku a aktivity, spánkový rytmus a délku spánku a další aspekty pacientova života. Nedodržení časového rozvrhu je i v právní úpravě ve vyhraněných případech chápáno jako porušení léčebného režimu a může vést k odnětí dávek v nemoci (Česko, 2009b). Tato úprava je velmi diskutabilní s ohledem na fakt, že pacientovy potřeby a jeho energetický potenciál se mění jak během dne, tak v delších časových rozpětích a např. potřeba odpočinku nemusí být vždy stejná; zároveň je potřebné relativizovat odborné názory na denní režim – v minulosti například byl u řady onemocnění ordinován přísný klid na lůžku, zatímco dnes je za stejných okolností doporučována časná aktivizace. Časový aspekt pracovní neschopnosti („nemocenské“) – zejména její trvání a omezení vycházek – ovlivňuje psychický stav i ekonomickou situaci jedince.

Doba kontaktu pacienta s lékařem při diagnostické či terapeutické fázi konzultací byla zkoumána různými autory spolu s dalšími časovými (temporálními) faktory péče. Podle zjištění Belzerové (Belzer, 1999) jsou pro sdělení podstatných informací pacientem při odběru anamnézy potřebné alespoň 3 minuty. Ani ty však nebývají pacientovi vždy poskytnuty, neboť někteří lékaři mohou zkratkovitě dle zavedených schémat a úsudků již po krátkém pohledu na pacienta předepisovat obvyklou léčbu. To je jeden z možných faktorů, které vedou ke špatné [preskripci](#)<sup>x</sup>, jež podle některých odhadů tvoří až třetinu všech preskripcí. Lin et al. (2001) analyzovali téměř 1500 ambulancních návštěv u lékaře z pohledu vnímání času na straně pacienta a jeho souvislosti se spokojeností pacienta. Spokojenost pacientů významně korelovala s naplněním jejich očekávání ohledně toho, kolik času s nimi lékař stráví, přičemž toto očekávání se obvykle pohybovalo okolo 20 minut. Zvýšené obavy o zdraví přitom byly signifikantně spojeny s delší očekávanou délkou vyšetření u praktického lékaře. Becker a kol. (2010) zkoumali rozvržení času lékařů v moderních fakultních nemocnicích a zjistili, že z průměrné 11-hodinové směny strávil lékař přibližně 150 minut rozhovory s kolegy, 148 minut zpracováváním dokumentace a jen 85 minut se věnoval pacientům a příbuzným (průměrný čas 4 minuty a 17 sekund na pacienta a 20 sekund na jeho příbuzné). Lékaři však měli subjektivní dojem, že čas strávený s pacienty je dvojnásobný a s příbuznými dokonce sedminásobný, než byla skutečnost.

Časová dimenze terapie a jejího plánování má zásadní význam v takových případech, kdy hrozí nebezpečí z prodlení. Dlouhé čekací lhůty na některé intervence, ať chirurgické, radiochirurgické či jiné, způsobené nedostatkem specializovaných přístrojů, administrativními a byrokratickými bariérami, ale i kolísající mírou ochoty lékařů užívat nové metody a seznamovat se s nimi, mohou být de facto usmrcujícím faktorem pro pacienta. Takový faktor prakticky vždy zůstává nepojmenován, nezveřejněn a nesankcionován. Čekací lhůty na vyšetření a ošetření jsou řadou pacientů nahlíženy s nespokojeností, neboť posilují jejich

nejistotu a existenciální tíseň, jiní pacienti k nim však přistupují fatalisticky jako k 'danostem' zdravotnického systému, které prakticky nelze měnit (nebo není smysluplné o změnu usilovat). Johnsonová, Horwood a Goberman-Hillová (2014) zkoumali prožívání času při čekání na totální endoprotézu kyčelního kloubu a dospěli k závěru, že čekání narušuje strukturu pacientova života a zároveň prokázali, že subjektivní prožívání času je mnohem komplexnější než **monochromní** čas instituce, která poskytuje příslušnou péči.

Dá se předpokládat, že časový faktor je jednou ze základních veličin nejen v oblasti diagnostiky a terapie, ale také v oblasti prevence, kde se zásadním způsobem promítá do behaviorální roviny. Žádný člověk se zdravým pudem sebezáchovy by nepozřel lahvičku s jedem, o kterém by věděl, že jej zahubí během několika vteřin, tedy u kterého by devastující následek byl časově velmi blízký příčině. Tentýž jedinec však poměrně s klidným svědomím může léta kouřit, konzumovat větší množství alkoholu nebo se chovat promiskuitně, když ví (nebo na to spoléhá), že se mu dlouhá léta nemusí nic stát, a že následky tohoto chování jsou stochastické a navíc časově poměrně vzdálené. Růst karcinomu plic může přicházet až mnoho let po začátku kouření, stejně jako cirhóza jater po začátku konzumace alkoholu, či rozvoj AIDS po začátku promiskuitního nebo jinak rizikového sexuálního chování.



Otázky (3.2):

1. Jaké ontologické otázky prolínají do ošetrovatelské péče?
2. Které časové (temporální) vlastnosti péče a léčby jsou pro pacienta a zdravotnický personál významné?

### 3.3 Axiologie ošetrovatelství

Axiologie je definována jako nauka o hodnotách. Podle Runese (Runes, 1964, s. 32) je axiologie „moderní termín pro teorii hodnot (toho, co je žádoucí, preferované, dobré), zkoumání podstaty, kritérií a metafyzického statusu hodnot.“ Hodnoty prolínají prakticky veškeré myšlení, prožívání a chování jedince i sociálních skupin a agregátů. Hodnoty můžeme chápat jako tendenci živých organismů preferovat určité cíle a objekty, a odmítat jiné (Rogers, Freiberg, 1994).

Jednou z otázek spojených s hodnotami je tato: Co má hodnotu samo o sobě, tedy hodnotu intrinsickou? Pokud nemají věci hodnotu samy o sobě, musíme uvažovat o tom, že hodnoty vznikají atribucí (že tedy věcem a jevům hodnotu přičítáme na základě nějakého širšího kontextu). Jeremy Bentham a někteří další myslitelé zaujímali převážně hédonistické stanovisko k hodnotám – intrinsicky (samy o sobě) dobré jsou podle nich takové věci/zážitky, u kterých převažuje příjemnost nad bolestí, intrinsicky špatné naopak ty, u kterých převažuje bolest nad příjemností.

Takovou koncepci je však možné problematizovat. Bolest je z definice nepříjemným prožitkem. Pokud však bolest hodnotíme v širším kontextu, může být zdrojem individuálního pokroku člověka (prozření, zrání apod.) Je tedy v tomto kontextu možné ji stále chápat jako zlo? Různé myšlenkové a hodnotové systémy pak bolest (fyzickou, i duševní útrapy) interpretují různě – jako něco a priori nežádoucího, jako přirozenou součást života, která může být zdrojem pozitiv, nebo dokonce jako pozitivum samo o sobě. Pro zdravotnické profese je však bolest zpravidla fenoménem, který je nutné minimalizovat nebo odstranit, je tedy hodnotově nežádoucí. Terapie bolesti probíhá farmakologickými, rehabilitačními a dalšími postupy. V odůvodněných případech, kdy je určitá míra bolesti považována za nutnou při předcházení fatálním nebo jiným závažným následkům, však medicína působení bolesti pacientovi připouští – jedná se o bolest při chirurgických zákrocích a po nich, bolest při nápravě poruch pohybového aparátu, bolest při aplikaci injekcí a infuzí, apod. Kromě bolesti může být takto v rámci terapeutického procesu navozena i jiná forma **diskomfortu**<sup>z</sup> (imobilita, pálení, svědění, nevolnost aj.) Pokud má být takové jednání z hlediska moderní medicíny eticky přijatelné, musí mu však předcházet etická bilance – bude prospěch pro pacienta větší než škody, utrpení a případná rizika? Základní hodnotou opět zůstává zdraví, přežití a kvalita života. (Viz kapitola věnovaná etice.)

Hodnoty jedince nebo skupiny mohou být přítomny skrytě (implicitně), nebo proklamovány veřejně, zjevně (tedy explicitně). Sociálněpsychologické experimenty ukazují, že pro chování jedince v eticky významných situacích jsou významnější zvnitřněné (internalizované) hodnoty, než hodnoty pouze proklamované (vnější). Jeden ze známých pokusů, označovaný jako „Cesta do Jericha“, realizovali v sedmdesátých letech 20. století sociální psychologové na Princetonské univerzitě (Darley, Bateson, 1973). Darley a Bateson prováděli studii vlivu situačních a dispozičních (vnitřních) proměnných na pomáhající chování na principu příběhu o milosrdném Samaritánovi. Samaritán ve známém podobenství pomohl raněnému člověku jiného etnika, který ležel na cestě, ačkoli jiní lidé (jeho vlastního etnika) jej obešli. Aranžmá experimentu bylo takové, že přihlášení dobrovolníci vyplnili dotazník o svých postojích v oblasti víry, a poté měli přejít do jiné budovy (vždy jen jeden dobrovolník v danou chvíli). Na cestě k druhé budově ležel ovšem sténající figurant, u něhož nebylo jasné, zda je zraněný, prodělal srdeční kolaps či je opilý.

Účastníci experimentu dostávali různé instrukce ohledně toho, jak naléhavě a rychle se mají do druhé budovy přemístit (tedy, zda mají dostatek času nebo musí spěchat), a také ohledně úkolu, který tam mají plnit. Výsledky pokusu ukázaly, že míra spěchu a naléhavosti, která byla v dobrovolnících vyvolána, měla významný vliv na poskytnutí a neposkytnutí pomoci. 'Raněnému' figurantovi pomohlo 63 % z těch, kterým bylo řečeno, že mají na přesun do druhé budovy dost času, 45 % z těch, kdo středně spěchali a jen 10 % těch, v nichž byl indukován pocit naléhavosti (slovy, že jdou pozdě na druhý úkol). Typ víry, kterou probandi uvedli v dotazníku, měl malý vliv na ochotu pomoci. Podobně malý vliv měl typ úkolu, který měli probandi plnit v druhé budově. Ti, kterým bylo řečeno, aby tam přednášeli na téma 'podobenství o milosrdném Samaritánovi' nepomáhali nijak více, než osoby s úkoly nijak se

nevztahujícími k situaci nouze, která byla sehraána figurantem (pomoc osobě na veřejném prostranství). Z pokusu mimo jiné plyne, že naše uváděné (proklamované) hodnoty (ke kterým se hlásíme) automaticky neznamenají, že se podle nich budeme vždy chovat. Chování pokusných osob nebylo zřejmě důsledkem jejich necitelnosti, ale důsledkem časového a psychického tlaku ve snaze splnit požadavky experimentátora. (Darley, Bateson, 1973) Experimenty tohoto typu souvisejí s teorií 'zisků a nákladů' (cost/benefit), která mimo jiné pomáhá vysvětlit chování osob v situacích, kdy jiní potřebují pomoc. Potenciální zachránce zvažuje rizika (negativní hodnoty – riziko infekce, zesměšnění, poškození oběti aj.) proti přínosům (záchrana života, dobrý pocit ze záchrany, vyhnutí se trestu za neposkytnutí pomoci aj.) Tento ilustrativní případ ukazuje na úzkou souvislost hodnot s etikou, rozhodováním a chováním člověka.

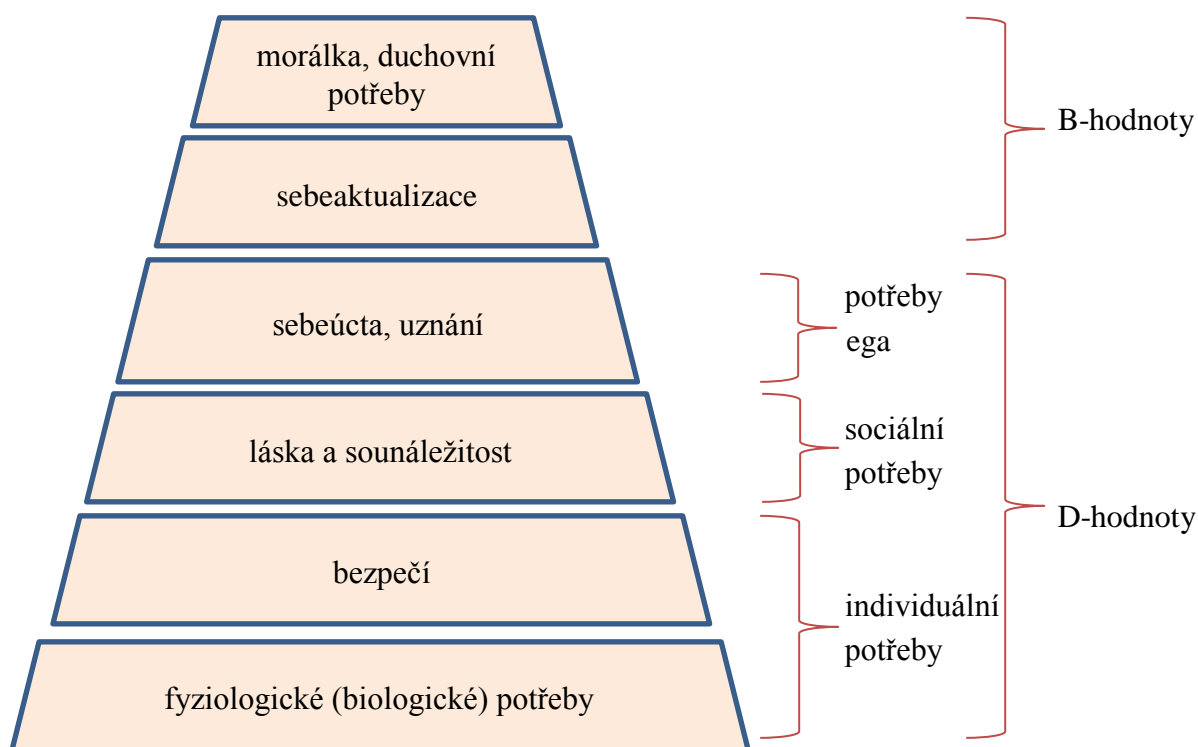
Zajímavá je v souvislosti s empatií práce R. Kozákové (2013), která porovnávala schopnost empatie a prosociálního chování studentek ošetřovatelství a studujících ekonomické fakulty. Kozáková potvrdila, že v jejím vzorku studenti oboru všeobecná sestra dosáhli statisticky významně vyšší úrovně v prosociálních a empatických tendencích, než studenti ekonomických oborů (hladina významnosti  $\alpha$  vyšší než 0,05). Zjistila také, ve srovnání se zahraničními údaji čeští studenti dosahovali v obou dotaznících podstatně nižších hodnot (hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ ) a že existují statisticky významné korelace (souvislosti) mezi celkovými prosociálními tendencemi a různými aspekty empatie (hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ ). Kozáková sledovala také rozdíly mezi muži a ženami.

V průběhu uplynulých desetiletí bylo vytvořeno mnoho klasifikací hodnot. Jelikož hodnoty (implicitní, tedy skryté, i explicitní, tedy ty, které jsou vyjádřené nebo se k nim člověk otevřeně hlásí) bezprostředně ovlivňují chování jako jedna z jeho základních motivačních složek, je pochopení vlastního hodnotového systému a hodnotových systémů druhých lidí důležitým nástrojem pro dosažení úspěšné mezilidské komunikace a významnou složkou cílené péče o potřeby člověka v nemoci i ve zdraví.

Hodnoty je možné podle jejich zaměřenosti dělit na egocentrické (hodnoty zaměřené na vlastní osobu) a sociální (zaměřené na druhé osoby, objektivizované) hodnoty. V rámci společnosti mohou hodnoty fungovat jako preskriptivní (přikazující – 'toto dělej') nebo proskriptivní (zakazující – 'toto nedělej'). Hodnoty projevované navenek je možné chápat jako **internalizovaná**<sup>aa</sup> vodítka rozhodující o produkci určitého typu chování, jinak řečeno motivátory (pozitivní či negativní) lidského chování.

Mezi nejjednodušší klasifikace hodnot patří Maslowova klasifikace odvozená od pyramidy potřeb a Franklova klasifikace vycházející z autentické zkušenosti z prostředí koncentračního tábora. Abraham Maslow (humanisticky orientovaný psycholog ruského původu, 1908-1970) je autorem známe pyramidu potřeb a jedním z prvních psychologů, kteří se zaměřili na téma lidského štěstí, již méně se o něm ví, že prožíval složitý, až vzdorovitý vztah k matce, která upozorňovala na jeho slabou tělesnou konstituci a budila tím v něm nevoli. Maslowova

klasifikace hodnot je přímo spojena s potřebami znázorňovanými v jeho pyramidě (viz Obr. 1).



Obrázek 1 Hodnoty a potřeby dle A. Maslowa (volně podle Maslow, 1998)

Podle Maslowa odpovídají B-hodnoty (z anglického being = bytí) horní etáži pyramidy potřeb a liší se tak od D-hodnot (z anglického deficit = deficit, nedostatek), které se naplňují při saturaci potřeb ze spodních pater pyramidy (Maslow, 1998). Hlad je tak například důležitým signálem fyziologické potřeby, najedení se je způsobem saturace této potřeby, jídlo (pocit sytosti) je zároveň důležitou hodnotou pro člověka (v tomto případě D-hodnotou, kterou je třeba cyklicky při stupňujícím se hladu realizovat). Mezi B-hodnoty Maslow řadí celistvost a řád, spravedlnost, živost (plnost života), jednoduchost v širokém smyslu (včetně poctivosti), krásu, jedinečnost, snadnost, pravdu, dobrotu, hravost, soběstačnost a nezávislost, a některé další položky. (Maslow, 1998)

Vídeňský lékař Viktor Frankl (1905-1997) po rozchodu s teoriemi Sigmunda Freuda a Alfreda Adlera vytvořil svůj vlastní koncept péče o duševní a duchovní potřeby člověka, který bývá označován jako logoterapie. Součástí tohoto konceptu je trojčlenná klasifikace hodnot na: 1. zážitkové, 2. tvůrčí, 3. postojové. První typ tvoří hodnoty spojené se zážitkem (příjemný hovor, setkávání s kulturou a krásou, prožitek lásky). Tvůrčí hodnoty jsou ty, které souvisejí s aktivitou člověka, s vykonáním činu (odvedená práce, vytvoření uměleckého díla, altruistická činnost – nesobecké konání pro druhé). Konečně postojové hodnoty jsou takové, které dávají situaci smysl i v nepřítomnosti předchozích dvou hodnot – mohou souviset s postoji ve vypjatých životních situacích (například když pacient s inoperabilním nádorem,

u kterého nepřináší efekt ani jiné léčebné modalita, zaujme hrdinský postoj ke své nemoci a nerezignuje) – Frankl, 1959.

Gordon Allport (1897-1967), jeden ze zakladatelů moderní psychologie osobnosti a žák filozofa a psychologa Eduarda Sprangera, považoval hodnoty za základní hybné momenty lidského chování a za vyjádření toho, co považuje jedinec v životě za důležité (Pomeroy, 2005). Allport se svými kolegy vytvořil jednak ucelenou klasifikaci hodnot, jednak položil základ několika dotazníků, kterými jsou hodnoty zjišťovány. Teorie Allporta, Vernona a Lindzeyho byla použita i k výzkumu hodnotové orientace sester a její souvislosti s empatií (Halpern, 1957).

Allport a jeho pokračovatelé navázali na Sprangerovy předpoklady a jeho pozitivní chápání lidské podstaty, a rozlišovali několik typů osobnosti podle hodnotové orientace, zejména typ:

1. teoretický (cení si poznání, zjišťování, kognice)
2. ekonomický (cení si hospodářských statků, případně toho, co je užitečné nebo praktické)
3. estetický (cení si harmonie a formy, prožitku)
4. sociální (cení si společnosti a náklonnosti lidí, jejich pozornosti)
5. politický (cení si moci – srovnej například teorie psychologa Alfreda Adlera o 'vůli k moci' jako hybném momentu velké části lidského chování)
6. religiózní (cení si duchovních hodnot, jednoty).

(Podle Allport, Vernon, Lindzey, 1957.)

Rokeach (1973) navrhuje rozlišovat hodnoty terminální (které nepotřebují dalšího zdůvodnění a jsou v životě cílem samy o sobě) a instrumentální (které se projevují jako regulátory chování a vedou k dosahování terminálních hodnot). Mezi hodnotami Rokeach uvádí štěstí, bezpečí, úspěch, moudrost, přátelství, vnitřní klid, vzrušující život, pohodlný život, sociální přijetí, a řadu dalších. Otázka, která vyvstává v souvislosti s takovými hodnotami jako je pohodlný života a potěšení, úzce souvisí se zdravím. Pohodlný život může za jistých okolností být založen na nezdravém životním stylu (nedostatek pohybu, přejídání apod.), a nekorigované hledání potěšení může být spojeno s rizikem pohlavně přenosných nemocí (promiskuita, krátkodobý **hedonismus**<sup>bb</sup> bez ohledu na následky), obezity (nadměrná konzumace sladkého jídla), nebo úrazu (zážitek z rychlé jízdy, rizikové sporty). V tomto konfliktu hodnot (potěšení vs. zdraví) se pak někteří jedinci rozhodují odpovědně, jiní spíše bez ohledu na dlouhodobé následky. Jejich zdraví i zdravotnický systém pak nesou v nepříznivých případech důsledky této hodnotové volby.



Otázky (3.3):

1. Co jsou to hodnoty? Uveďte a vysvětlete alespoň tři klasifikace hodnot.
2. Vytvořte vlastní seznam svých hlavních životních hodnot (priorit) číslovaný od 1 do 5. Figuruje mezi nimi zdraví?

### 3.4 Epistemologie/gnozeologie ošetřovatelství

„Život je umění vyvozovat dostatečné závěry z nedostatečných předpokladů.“

Samuel Butler

Významnou filozofickou otázkou je od nepaměti otázka poznání, jeho možnosti či nemožnosti, jeho podstaty a charakteru, a otázka pravdy. Teorii poznání ve filozofii tradičně označujeme jako gnozeologii. Předmětem gnozeologie jsou otázky pravdy, poznání, názorů, pochyb a chyb. Někteří autoři gnozeologii odlišují od epistemologie, chápané jako nauka o vědeckém poznání, jiní tyto dvě disciplíny ztotožňují (Iannone, 2001, s. 176). Tradičním problémem poznání ve filozofii bylo dilema, zda přednostní roli při poznání hrají smysly a zkušenost (názor zastávaný empiristy – například John Locke (1632-1704), George Berkeley (1685-1753)), nebo mysl/rozum (názor zastávaný racionalisty – například René Descartes (1596-1650), Gottfried Leibniz (1646–1716), ale blízky i mnoha starověkým myslitelům, včetně Pythagora).

Poznáním se zabývá nejen filozofie (v obecné rovině), ale také speciální vědy – psychologie (zejména kognitivní), sociologie (otázky společenské platnosti a podmíněnosti poznání), fyziologie (otázky fungování smyslových receptorů jako vstupních bran počitků a vjemů). V psychologické rovině s otázkami poznání přímo souvisí nejen otázka myšlení, zpracování vjemů, mechanismu fungování úsudku, ale také otázka paměti a zpracování informací. Poznání je v paměti ukládáno (vštěpování), uchováváno (retence) a poté dle určitých zákonitostí vybavováno nebo zapomínáno.

Poznání je definováno různými způsoby, například jako „seznámenost s fakty, pravdami či zásadami, například na základě studia či zkoumání“ (Reference, 2015). Filozofie třídí poznání na různé podtypy, zejména: 1. propoziční poznání (že něco nějak je, např. „Všeobecná sestra je v ČR regulovaná profese.“, 2. nepropoziční poznání (poznání na základě obeznámenosti, poznání o něčem, např. znám velmi dobře naši staniční sestru, svou sestřenicí apod.), 3. poznání prostřednictvím kompetence, poznání „jak něco dělat“, know-how, např. umím portugalsky, umím odebírat krev ze žíly. (Audi, 1999) Další možností pro rozlišení poznání je vyčlenit poznání implicitní (vnitřní, nevyjádřené – při realizaci určité automatizované činnosti, například jízdy na kole, se přes povrchní dojem uplatňuje řada dříve získaných poznatků – jak udržet rovnováhu, jak brzdit apod.) a explicitní (takové, které se vyjadřuje, o kterém se komunikuje).

Od poznání je potřeba odlišit 'názor' a 'přesvědčení'. Názor je subjektivní postoj k něčemu, který pochopitelně odráží také poznání, zkušenost a hodnoty, kterými daný jedinec disponuje. Přesvědčení je možné vymezit obdobně, a je taktéž 'osvobozeno' od poznání – jde o názor, často stabilní, který nemusí nutně odpovídat tomu, co je uznáváno za platné poznání. Z psychiatrické praxe je zřejmé, že přesvědčení mohou být i odtržena od reality (pokud existenci objektivní reality připustíme) a mohou vytvářet vlastní, individuální 'paralelní



realitu' v psychice nemocného – to je zejména případ bludů a halucinací. Bludy jsou přesvědčením jedince, ale neodpovídají realitě vnímané a popisované 'zdravou většinou'.

Ke **generování**<sup>cc</sup> poznání dochází různými způsoby, například metodou pokus/omyl (ke zjištění, které ovoce je jedlé a které nikoli, bylo potřeba pokusu a kumulace získané zkušenosti v lidské společnosti, srv. využití experimentu ve vědě), na základě tzv. vhledu, na základě racionální analýzy apod. Ke sdělování poznání, názorů a přesvědčení bývá nejčastěji užíváno jazyka (jakožto systému jazykových znaků v tištěné, psané nebo mluvené podobě) a vizuálních neverbálních prostředků (ilustrace, fotografie, filmové záběry, ostenze – ukázání na něco, například když si malé dítě osvojuje slovní zásobu, demonstrace – předvedení, například určitého dovednostního postupu). Poznání úzce souvisí s percepcí (vnímáním), podle racionalistů je však možné generovat poznání i čistě v prostoru mysli. Ludwig Wittgenstein, významný britsko-rakouský filozof (1889-1951, podle jeho matky Leopoldiny se jmenovaly kladenské železárny Poldi), poukázal na některé zajímavé aspekty poznání například svým přirovnáním o oku a viděném – v zorném poli nejsou zobrazeny žádné části oka a nic se zorného pole nenaznačuje, že je toto vnímáno okem. Jaká tedy musí být utvářenost oka (nebo lidské kognice), aby nám byly dány předměty v jeho zorném poli (nebo celé oblasti vnímání)? Jaký je vztah mezi poznávaným (objektem), poznávajícím (subjektem) a poznáním? – Anzenbacher, 2004.

Rozsah poznání je předmětem diskuzí. Lidské poznání je evidentně omezené (částečné) a roztřásá, nebo přinejmenším mění se. Podle odhadů se množství informací až do roku 1900 zdvojnásobovalo zhruba každých sto let, nyní se tento interval pohybuje okolo 13 měsíců a dále se zkracuje (v klinické oblasti se zdvojnásobí poznání cca. co 18 měsíců). Roční produkce informací na světě se nyní pohybuje již v řádu exabytů (1 exabyte = 1,000,000,000,000,000,000 bytů) – Kurzweil, 2005. Někteří autoři dokonce hovoří o přechodu od 'nedostatku informací' k informačnímu zahlcení či datovému smogu (Shenk, 1997). Podle skepticizmu, který je poměrně extrémním filozofickým názorem na poznání, ale není (platné) poznání možné. Skeptici pochybují o schopnosti člověka dobrat se faktů jako 'odrazu reality'. Informace jsou přirozeně obsaženy v biologických systémech (např. DNA), jen v některých případech je možné je ale metaforicky chápat jako 'poznání' - například v imunitním systému, kde si imunokompetentní buňky pamatují určité antigenní struktury a jsou schopny na ně reagovat produkcí protilátek.

Pravda může být vymezena jako 'potvrzené poznání' nebo 'obecně přijaté poznání'. Kritéria pravdy jsou nejčastěji formulována trojím způsobem: 1. korespondenční kritéria pravdy – pravdivé je to, co odpovídá realitě, 2. koherenční kritéria pravdy – pravdivé je to, co zapadá do již existujícího systému poznatků, 3. pragmatická kritéria pravdy – pravdivé je to, co „funguje“. Za pravdu bývá často považováno také to, co je předmětem shody (konsensu) určité skupiny laiků či odborníků. V tomto smyslu má pravda také sociální rozměr.

V souvislosti s poznáním je užitečné znát některé další pojmy:

**Agnosticismus** – názor, že poznání není možné

**Empirismus** – názor, že (smyslová) zkušenost je hlavním nebo dokonce jediným nástrojem poznání

**Kvantový pozorovatel** – podle kvantových teorií pozorovatel může měnit stav pozorovaného fenoménu už samotným aktem pozorování, z tohoto pohledu se pozorovaný pacient/buňka/vesmír chová jinak než nepozorovaný

**Přímý realizmus** – na rozdíl od reprezentativního realizmu názor, že vědomí si můžeme být přímo předměty a jevy, nejen jejich mentálními obrazy (můžeme tyto předměty přímo smyslově vnímat)

**Racionalismus** – názor, že rozum je hlavním nebo dokonce jediným nástrojem poznání

**Realismus** – názor, že entity (věci, jevy, obecné pojmy) existují nezávisle na našem vědomí či pozorování

**Reliabilismus** – názor, že epistemický status (pravdivost) určitého přesvědčení závisí do značné míry na spolehlivosti prostředků, kterých bylo k formulaci přesvědčení použito

**Reprezentativní realizmus** – názor, že vně člověka existuje svět reálných předmětů a že člověk je vnímá prostřednictvím mentálních reprezentací

**Senzualismus** – názor, že pravdivé poznání je založeno zejména na smyslové percepci (John Locke)

**Skepticismus** – názor, že (některá) přesvědčení nesplňují kritéria platného poznání. Obecně též 'pesimistický přístup k něčemu'. (Volně podle Baergen, 2006.)

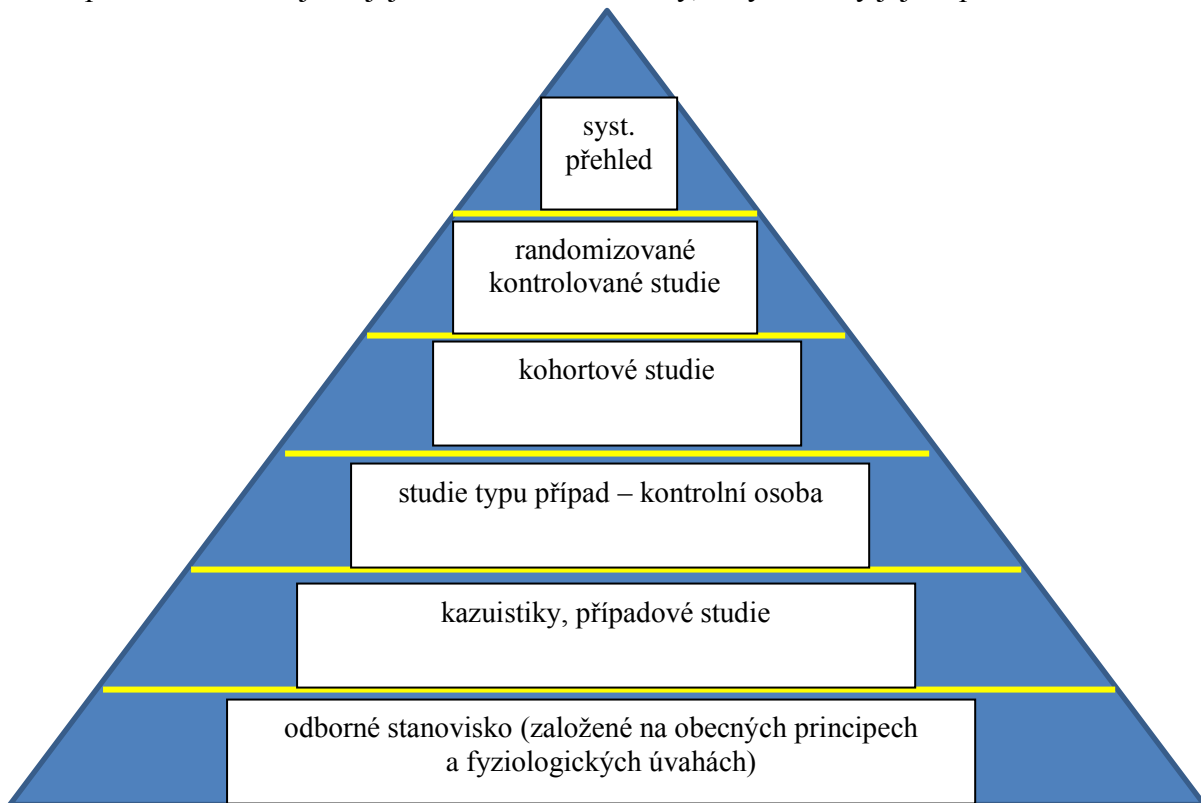
Současná věda (včetně medicíny a ošetrovatelství) klade velký důraz na důkazy. Na jejich základě má být rozhodováno a jednáno. Tato praxe se označuje jako EBM (Evidence-Based Medicine – medicína založená na důkazech), respektive EBN (Evidence-Based Nursing – ošetrovatelství založené na důkazech). Ne vždy jsou však důkazy ve zdravotních vědách jednoznačné, dostupné a spolehlivé.



(Ilustrace clipart – Office.com)

## Úrovně důkazů v medicíně. Chyby, paradoxy

Váha poznatků se odvíjí od jejich důkazové základny, tedy od míry jejich prověření.



Obrázek 2 Úrovně důkazů v medicíně

(Volně podle Burns, Rohrich, Chung, 2011.)

Váha důkazů podle názorů vědecké medicíny stoupá směrem od spodních pater pyramidy k horním. Menší míra důvěryhodnosti je připisována kazuistikám (popisu jednotlivých případů – výhodou kazuistiky je však širší zohlednění zvláštností a složitostí každého jedince). O něco vyšší váha je připisována různým typům studií (kohortovým – pracujícím s předem zvoleným statistickým souborem, randomizovaným kontrolovaným – kde je náhodně volen vzorek probandů a kde je působení zkoušené látky či postupu poměřováno s působením placebo). Na vrcholu jsou systematické přehledy a metastudie, které kriticky hodnotí dosud proběhlé výzkumy a představují „filtrované informace“ k danému tématu. Příkladem takové důkazové studie jsou takzvaná Cochrane reviews, vytvářená mezinárodní sítí odborníků. To, že dané téma (například účinnost antidepresiv v léčbě některých typů bolesti) projde analýzou v Cochrane review, však automaticky neznamená, že závěrem budou jednoznačná stanoviska o účinnosti či neúčinnosti dané léčby či medikamentu. Výstupem může být například konstatování, že dosud existující studie přinášejí jen důkazy malé váhy o účinnosti dané terapie.

Cochrane reviews se zabývají i diagnostickými metodami. Příkladem je metastudie zaměřená na diagnostiku/posouzení dehydratace pacientů. Suchost v ústech, pocit žízně ani barva moči nebyly kupodivu shledány spolehlivými ukazateli dehydratace (Hooper et al., 2015).

Otázky poznání souvisejí s otázkami jistoty a otázkami chyby. Řada soudů ve vědě je proto vyjadřována v dimenzích pravděpodobnosti (určitá hypotéza se na základě zkoumání jeví jako pravděpodobná – například, že lék L snižuje krevní tlak – ne vždy však lze plně vyloučit jiné, takzvané matoucí faktory – confounding factors). Často se proto potvrzení či vyvrácení hypotéz uvádí na rovině určité statistické významnosti – 95 % apod. Úplná jistota je v medicíně a dalších zdravotnických oborech problematická zejména kvůli tomu, že biologické systémy jsou velmi složité, těžko pochopitelné a modelovatelné, jen omezeně předvídatelné (tj., jejich prediktabilita je nízká). Při podání adrenalinu sice u většiny lidí dojde k obdobné fyziologické reakci, to však nezaručí, že například všichni lidé s anafylaktickým šokem budou podáním adrenalinu zachráněni. Obdobně je otázkou pravděpodobnosti úspěch či neúspěch většiny terapeutických metod a platnost úsudku z většiny diagnostických postupů.

Otázka chyb je ve zdravotní péči obzvláště závažná. Při pochybení zdravotníka (vůči pacientovi, kolegovi, sobě samému, příbuzným) dochází k nezanedbatelným, často eticky závažným následkům, které i tehdy, když zůstanou neodhalené, mohou způsobit dlouhodobé škody. Mezi nejzávažnější pochybení patří nedbalost při prevenci infekcí, která plyne jednak z nedostatku poznání (informací o určitých preventivních a **profylaktických**<sup>dd</sup> postupech), jednak z dalších osobnostních faktorů (obavy z posměchu nebo odhalení, pocit trapnosti, nedostatek motivace, spoléhání, že se „nic nestane“ apod.) Obecně se otázkou chyb zabýval např. Garczyński (1982) v knize Chyby a omyly, na výskyt chyb v medicíně je naproti tomu zaměřena například starší Bobkova kniha Omyly a chyby v rozpoznávání vnitřních chorob (Bobek, Opatrný, Tomší, 1961) a diskutuje o ní též Benjan (2011).

Poznání je spojováno s řadou paradoxů, například paradoxem lháře, který je v původní verzi připisován krétskému filozofovi Epimenidovi a v moderní formě se uvádí takto: „Tato věta je nepravdivá.“ Pokud je tato věta skutečně nepravdivá, tak by to mělo znamenat, že je pravdivá. Tím by ale popřela samu sebe. Obdobně, není možní připustit, že je pravdivá, když o sobě tvrdí opak. Existují různé návrhy na řešení tohoto paradoxu, například využití neklasické logiky (kde je vedle hodnoty 'pravda'/'nepravda' zavedena ještě další logická hodnota) nebo Tarského rozlišení jazyka a metajazyka (jazyka užitého k popisu jazyka). Paradoxy tedy mohou také souviset se způsobem, jakým používáme jazyk, respektive s tím, co jazyk jako komunikační prostředek dovoluje.

Zvláštní druh představují takzvané sorites paradoxy, které vznikají na základě neurčitosti (vágnosti) určitých pojmů – například 'hromada' je velmi neostře vymezený pojem. Jedno zrnko netvoří hromadu, dvě zrnka také ne, podobně ani tři či pět zrněk. Od určitého okamžiku je však oprávněné použít pojem 'hromada' – tento moment ale nelze přesně vymezit. (Srovnej výskyt paradoxů jako střetu rozporných informací v medicíně – hovoří se například

o nutričních paradoxech: Eskymáci se tradičně živili téměř výlučně živočišnou stravou, dalo by se tedy očekávat, že budou mít vysoké kardiovaskulární riziko. Nicméně výskyt infarktu myokardu u nich byl mimořádně nízký. To bývá nyní vysvětlováno protektivní funkcí omega-3 nenasycených masných kyselin. (Viz též tzv. francouzský paradox.) – Ferrieres, 2004

Úloha poznání ve zdravotních vědách je zcela zásadní. Jde jednak o poznání oborové, tedy získávání poznatků v rámci profese (medicína, ošetřovatelství, fyzioterapie, vyšetřovací metody), jednak o poznání jedince. Již při prvním setkání s pacientem dochází k jeho poznávání na základě aspekce (pohledu: kolorit kožní, *habitus*<sup>ec</sup>, držení těla aj.) Další poznatky o jeho stavu pomáhá získat hmat (*perkuse*<sup>ff</sup>, *palpace*<sup>gs</sup>) a sluch (*auskultace*<sup>hh</sup>). Některé informace je možné získat i čichem (zápach moči po acetonu u diabetiků aj.) K poznání může dojít dokonce již před osobním setkáním, a to na základě telefonické komunikace či studia pacientovy dokumentace. Důležitou součástí poznání pacienta tvoří anamnéza (zmapování jeho předchozího života) a status praesens (současný stav). Na základě těchto informací a poznatků získaných pomocí laboratorních, zobrazovacích a dalších vyšetřovacích metod je pak stanovována diagnóza (z řeckého 'dia' = 'skrz' a 'gnosis' = 'poznání', tedy 'podrobné poznání', 'poznání příčiny'). Poznání formulované jako diagnóza je pak kódováno v jednotné terminologii a pomocí kódů Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, v r. 2015 platila její 10. revize). V ošetřovatelství je diagnóza stanovována zejména na základě analýzy pacientových potřeb a nejčastěji kódována podle NANDA nebo CCC taxonomie. Poznání pacienta však není jen věcí minulosti (anamnéza) a přítomnosti (status praesens, diagnóza), ale také věcí budoucnosti – zdravotník vytváří prognózu pacientova stavu, tedy odhad dalšího vývoje jeho tělesných a duševních funkcí, případně je v určitých intervalech sledována katamnéza (vývoj pacientova stavu po propuštění). Součástí poznání pacienta jsou referované informace od příbuzných či doprovázejících osob.



Otázky (3.4):

1. Co je to poznání? Co je názor či domněnka? Co je to platné poznání?
2. Co znamená racionalismus, empirizmus, senzualismus, agnosticizmus?
3. Který přístup k poznání je Vám nejbližší? Odkud čerpáte své poznání?
4. Jak řeší zdravotní vědy otázku spolehlivosti poznání a otázku chyb?

### 3.5 Estetika ošetřovatelství

Estetika jako nauka o kráse, popřípadě nauka o umění, má na první pohled málo styčných bodů s ošetřovatelstvím. Při hlubším zamyšlení ale zjistíme, že ošetřovatelská a obecně zdravotnická činnost má řadu estetických aspektů.

#### Estetika prostředí

Estetická úprava prostředí, ve kterém je poskytována péče nemocným, má vliv nejen na pohodu personálu, ale zejména pacientů. V případě, že je člověk dlouhodobě hospitalizován,

nebo je klientem zařízení sociální péče, může trpět estetickou deprivací (Moss, O'Neill, 2014). Do estetické úpravy spadá řada technických i uměleckých aspektů – architektonická koncepce budovy, osvětlení, užití/kombinace barev a tvarů, čistota, výzdoba květinami, zakomponování akvárií do interiéru (dnes poměrně časté nejen v hotelích, rekreačních zařízeních, ale i zařízeních sociální péče), estetiku oděvů zaměstnanců zdravotnického zařízení, hudební podbarvení prostředí (ambient music), organizační kulturu a další prvky.

Prostředí bohaté na podněty, včetně estetických, se podle dostupných údajů také pozitivně podílí na zmírnění průběhu některých neurologických onemocnění. V tomto smyslu je aranžování a poskytování estetických vizuálních stimulů součástí nového 'estetického inženýrství' zdravotnického prostředí. Estetické aranžmá prostředí je přitom vždy vyjádřením určitých hodnot (preferenci chromatických, pestrých barev oproti preferenci decentní **achromatické**<sup>ii</sup> škály, preference ostrých hran oproti oblým tvarům, monumentálnost prostoru oproti skromnosti apod.) Někteří autoři dokonce hovoří o neuroestetice jako novém přístupu k vyvolávání emočních reakcí, které jsou žádoucí pro nervový systém a přispívají k léčebnému procesu a motivaci pacientů (Nanda, Pati, McCurry, 2009).

Promyšlené a kreativní plánování vzhledu a estetických dispozic nemocničních budov, ambulancí a dalších zařízení přispívá k emoční pohodě návštěvníků, jejich zklidnění, a také poskytuje témata ke konverzaci (mezi personálem a klienty, mezi čekajícími pacienty v čekárně apod.) – Wikström, Westerlund, Erkkilä, 2012

### **Estetika lidského těla, fyziologických funkcí a patologických stavů**

Lidské tělo bývá v umění považováno za objekt vyznačující se estetickými kvalitami a zpravidla bývá zdůrazňováno ve výtvarném umění, fotografii a dalších vizuálních uměních jako krásné. Některé aspekty lidského těla a některá jeho znázornění a projevy však mohou být převážnou většinou lidí hodnoceny negativně – jako odpudivé, ošklivé, nepříjemné či nežádoucí.

Pohled na zdravé, statné tělo svalnatého sportovce při **ergometrickém**<sup>ij</sup> vyšetření může být hodnocen velmi kladně, naopak pohled na zmrzačené tělo po autonehodě, tělo šířené nemocí nebo poznamenané kožním defektem bude zpravidla hodnocen negativně. Nejde jen o samotnou estetickou kvalitu vzhledu, ale také vědomí, že byly zasaženy hlubší hodnoty – integrita a život daného jedince. Toto poškození, plynoucí z patologického stavu či úrazu, vnímá jak okolí pacienta, tak také pacient sám (pokud je při vědomí). Znetvoření či estetické poškození svého organismu může pociťovat jako handicapující, vyřazující jej ze společnosti, omezující jeho možnosti, případně vzbuzující odpor k sobě samému. Takováto situace si často žádá odbornou intervenci sestry, lékaře či psychologa, která pomáhá kompenzovat ztrátu původní estetické integrity nebo se na ni adaptovat (srovnej diagnózu dysmorfofobie – F45.2 v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi: pacient trpí přehnanými obavami – často bez reálného podkladu – že jeho tělo nebo některé jeho části jsou ošklivé, tráví i několik hodin denně 'nápravou' domnělých defektů, stahuje se do sociální izolace atd. – MKN-10, 1993).

Obecně patří mezi esteticky negativně hodnocené kvality v ošetrovatelské péči: tělesné poškození (chybějící část těla, jizvy traumatického i iatrogenního původu, deformace či asymetrie těla nebo jeho části včetně deformací zapříčiněných otokem, změny kůže – kolorit/hladkost či drsnost/přítomnost **eflorescenci<sup>kk</sup>**), přítomnost náhrad a kompenzačních či jiných pomůcek (protézy, zubní náhrady, berle, silné brýle, drény), zápach (z ran nebo v důsledku inkontinence či nedostatečné hygieny), přítomnost parazitů, hlenu, obecně sekretů a tělních tekutin, znečištění (močí, exkrementy, zvratky, krví aj.) Tolerance vůči zápachu je však částečně i kulturně podmíněná a měnila se i historickým vývojem. Současné moderní inkontinenční pomůcky a parfémované dezinfekční prostředky dovolují ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení udržovat větší míru estetické kvality.

### **Ergonomická estetika**

Součástí estetického působení ve zdravotnickém prostředí jsou prvky ergonomie a designu u vybavení zdravotnického zařízení a v provedení různých pomůcek, například chirurgických nástrojů. Přestože primárním cílem nástrojů, zařízení a pomůcek je funkčnost a účelnost (včetně snadné údržby, bezpečnosti, možnosti dezinfekce či sterilizace apod.), zohledňují se v moderním biomedicinském inženýrství a ergonomii také estetické kvality. Příkladem mohou být zdobené pomůcky používané u dětských pacientů (inhalátory ve tvaru zvířat) nebo esteticky propracovaná lůžka a protézy. U některých zdravotnických prostředků dnes vystupuje estetická funkce dokonce do popředí – typicky například u fixních ortodontických aparátů.



([http://www.rehabmart.com/images\\_html2/Pedia%20Pals%20\(PED\)%202012/pediatric.jpg](http://www.rehabmart.com/images_html2/Pedia%20Pals%20(PED)%202012/pediatric.jpg), 11.3.2014)

### **Esteticky orientované koterapie**

Filozofové jako Roger Scruton a Anne Sheppardová považují estetiku za znak lidské identity, prostředek sebevyjádření a způsob nahlížení a zkoumání lidské podstaty. V tomto smyslu se esteticky orientovaných terapií nebo koterapií (doplňkových léčebných postupů) využívá tam, kde reflexe, interpretace, vyjádření (exprese), kreativita a vzbuzování pozitivních emocí mohou pacientovi pomoci dosáhnout pokroku při obnově zdraví nebo alespoň dílčí úlevy. Jedná se zejména o oblast arteterapie (léčby uměním, zejména výtvarným projevem), muzikoterapie (léčby hudbou), dramaterapie (léčby hereckým vyjádřením a prožitkem),

narativní terapie (lěčby vyprávěním, psaním deníku). Estetického projevu se využívá také v diagnostice, zejména v psychodiagnostice (DDS = Diagnostic Drawing Series, nebo např. hodnocení motoriky u dětí prostřednictvím kresby).

Spolu s atmosférou a kulturou personálu ve zdravotnickém zařízení mohou estetické kvality tvořit takzvané 'terapeutické prostředí' (healing environment), o jehož některých principech a jejich aktivní podpoře psala již Florence Nightingalová a jehož současným trendem je 'přenesení domova do nemocnice', včetně kvalit krásy a pohodlí. Důležitou kvalitou takového prostředí je pak i zvuková kulisa, případně klid a ticho daného oddělení či pracoviště. Již před více než stoletím doporučoval pennsylvánský lékař Evan O'Neill Kane hudbu na operačním sále (tehdy přehrávanou z fonografu) a některé současné studie ukazují, že přidáním této estetické kvality se nejen mírní stres pacientů, ale také zlepšuje nálada, pohoda a kognitivní výkonnost chirurgického týmu (Shyjumon a kol., 2011).



Otázky (3.5):

1. Jaké estetické otázky se pojí s ošetřovatelstvím ve vztahu k prostředí a lidskému tělu?
2. Co jsou esteticky orientované koterapie?
3. Jak můžete z estetického hlediska zlepšit své pracoviště, pokoje pacientů?

### 3.6 Etika ošetřovatelství

Etika je tradičně vymezována jako nauka o morálce, tedy o správném a nesprávném, o dobrém a zlém, o žádoucím a nežádoucím. Lim (2008, s. ix) definuje etiku jako „sociální pojetí dobrého chování“ a zdůrazňuje její kolektivní povahu založenou na tradici či dohodě. V uplynulých desetiletích se vyprofilovala a stále častěji je zdůrazňována lékařská etika, ošetřovatelská etika a bioetika. Bioetika zkoumá, popisuje a případně stanovuje principy chování vázané k problematice medicíny a existenčních mezníků, jakými jsou počátek a konec života. Odtud plyne její zájem o oblast početí, potratů, eutanázie, klonování apod.

Zájem o etiku je evidentně historicky velmi starý, neboť pravidla chování byla určována již ve starověkých zákonících (Chammurabiho zákoník, datovaný do cca. 1700 př.n.l., například trestal dítě, které uhodilo svého otce, uříznutím ruky, a podobně jako další zákoníky až do současnosti byl odrazem určitých hodnot a norem společnosti). Moderní objevy, vynálezy, technika a rozvoj poznání, například v oblasti farmakoterapie, však přinášejí nové etické otázky, které je potřeba řešit. V některých případech tento zájem přerůstá až v určitou „posedlost“ etikou, která se stala předmětem kritik patientských organizací z důvodu svého zpomalujícího vlivu při uvádění léčiv proti dosud neléčitelným nemocem na trh (uvedení nového léčiva na trh trvá od nalezení kandidátské účinné látky přibližně 8-12 let, neboť je podrobováno přísným zkouškám bezpečnosti a zdoluhavému administrativnímu procesu).



V následujícím přehledu jsou uvedena některá diskutovaná etická témata současné zdravotní péče:

<b>početí</b>	<b>antikoncepce</b>	<b>populační politika</b>
<b>ukončení těhotenství</b>	<b>povinné očkování</b>	<b>způsob porodu</b>
<b>klonování</b>	<b>genové terapie</b>	<b>umělé oplodnění</b>
<b>prodlužování života</b>	<b>paliativní péče</b>	<b>eutanázie</b>
<b>kolegialita</b>	<b>odpovědnost/kompetence</b>	<b>profesionalita</b>
<b>informovaný souhlas</b>	<b>předem projevené přání</b>	<b>dárcovství orgánů</b>
<b>klinické studie</b>	<b>testování léčiv</b>	<b>užití placeba</b>
<b>vývoj léčiv</b>	<b>reklama na léčiva</b>	<b>nadměrná preskripce</b>
<b>omezení způsobilosti k</b>	<b>právním úkonům</b>	<b>restrikce v psychiatrii</b>
<b>pochybení v léčbě</b>	<b>opomenutí v léčbě</b>	<b>undertreatment</b>
<b>použití opioidů</b>	<b>rovnost přístupu k péči</b>	<b>kmenové buňky</b>
<b>mutilující zákroky</b>	<b>přínos vs. rizika léčby</b>	<b>upuštění od léčby</b>
<b>zdravotní turistika</b>	<b>používání ochranných pomůcek při práci</b>	
<b>prevence infekcí</b>	<b>epidemiologická opatření</b>	<b>osobní údaje</b>
<b>bezkrvná medicína</b>	<b>rozdělování prostředků</b>	<b>limity úhrad</b>
<b>kvalita informací</b>	<b>právo na zdravotní péči</b>	<b>kvalita péče</b>
<b>globální zdraví</b>		

(Pozn.: undertreatment = nedostatečná léčba, mutilující = mrzačící/vážně poškozující.)

Ročně podle odhadů zemře jen ve Spojených státech kvůli lékařským pochybením přibližně 44 000 – 98 000 osob. (Hickam et al., 2003) To představuje počet obyvatel středně velkého města.

### **Etické principy ve zdravotní péči**

„Bojujme za zájmy pacienta, ne více pravidel a více regulací.“ (Lim, 2008, s. v)

Pokud má být zdravotní péče etická (což je základní společenský požadavek), musí být v souladu s určitými principy. Mezi v současnosti obecně přijímané etické principy patří zejména čtyři principy formulované Beauchampem a Childressem (Beauchamp, Childress, 2009).

#### **A. Non-maleficence (z latinského non = ne, mal = špatný, eficio = působit)**

Podstatu non-maleficence vystihuje latinské **dictum**<sup>11</sup> 'primum non nocere' (především neškodit). Požadavek 'neškodit' je obecně uznáván nejen ve zdravotnickém prostředí, ale v širším společenském kontextu. Nicméně dodržování této zásady je již mnohem těžší a ta část společnosti, která ji nerespektuje v rovině

chování (ať už se k ní formálně hlásí nebo nikoli) může způsobit obrovské škody. Jeden jedinec s chřipkou například během sezónní chřipky nakazí průměrně 4-5 dalších osob. 1000-2000 osob, často oslabených jedinců a seniorů v zařízeních zdravotní a sociální péče, ročně v ČR na chřipku a její komplikace zemře. Zcela neetické se v tomto světle jeví situace, kdy sestra či lékař chodí do práce v době, kdy mají chřipkové onemocnění (například z důvodu 'personální nouze'). Použití ústenky přináší alespoň částečnou ochranu pro okolí, ne vždy ji však zdravotníci používají. Při diagnostických postupech je princip non-maleficence do jisté míry porušován tím, že se objevují nepříjemné pocity a vjemy (diskomfort, bolest při kolonoskopii aj.) Obdobně při medikamentózní léčbě dochází v některých případech k výskytu nepříjemných až nebezpečných nežádoucích účinků, u kterých je třeba zvážit, zda jsou ještě únosné subjektivně pro pacienta i eticky přijatelné z pohledu poměru mezi užitekem a škodou (cost/benefit ratio).

B. Beneficence (z latinského bene = dobrý, eficio = působit)

Podstatou beneficence je aktivní působení dobra druhým. Příkladem beneficence je snížení bolesti pacienta pomocí vhodně volené medikace, slovní útěcha pro plačící dítě v nemocnici ze strany sestry či odnesení těžkého nákupu z kantýny starší paní v domově pro seniory. Základní oblastí beneficence má v medicíně být terapie – léčba směřující ke zlepšení zdraví nebo zmírnění potíží. Ve skutečnosti je situace poněkud složitější, neboť léčba může mít nepříjemné vedlejší účinky. Pouhé neškodění by ve zdravotní péči nebylo dostačující – sestra či lékař by mohli sedět na sesterně a nepodnikat žádné kroky ve prospěch pacientů. Sice by jim vysloveně neškodili, ale ani nepomáhali. V kontextu léčby má smysl také pojem non-beneficence – tedy nepřítomnost prospěchu. Pokud je určitá léčba non-beneficientní (v angličtině se často užívá výraz 'futile' = (předpokládaně) marná, zbytečná), nepřináší prospěch. Je opět etickou otázkou, zda takovou léčbu poskytovat, byť by tvořila například jen psychickou oporu pro nemocného. Princip non-maleficence a beneficence se odráží v etickém posuzování rizik versus prospěchu (například při podání určitého léku by prospěch měl převážet nad riziky a vedlejšími účinky).

C. Autonomie

Princip autonomie znamená respektování samostatného rozhodování jedince (pacienta) a ochranu práv jedinců, kteří se nemohou sami operativně rozhodovat (například jsou v bezvědomí). Jedinec má dostat dostatečné a srozumitelné informace, aby se mohl (svobodně) rozhodnout – například formou informovaného souhlasu s diagnostickým či terapeutickým postupem. Autonomie bývá v některých případech omezována autoritou lékaře nebo jiného zdravotníka – ve vyhraněných případech hovoříme o lékařském paternalizmu (kdy lékař má tendenci za pacienta rozhodovat). Čistý paternalismus sice pomalu mizí, ale do rozhodování jedince zasahují i jiné subjekty – například hygienici a stát jako takový (fluoridace pitné vody, povinné očkování aj.) Je otázkou, zda svoboda jedince může být natolik prioritní, že by vedla k ohrožení společnosti jako celku (například návratem černého kašle či jiných nemocí v nedostatečně očkované populaci). Autonomie tak zřejmě je vždy relativní a jde o to

nalézt rovnováhu mezi individuálními a společenskými zájmy. Omezenou autonomii mají také děti a osoby nezpůsobilé se plně rozhodovat v důsledku duševní nemoci, bezvědomí nebo jiného obdobného stavu.

#### D. Spravedlivost

Ve zdravotní péči se společnost obecně hlásí k principu spravedlnosti a ekvity (rovnosti). Nicméně reálný přístup ke zdravotní péči nemají vždy všichni jedinci stejný – omezují jej například stanoviska revizních lékařů a různé administrativní překážky (v ČR je neúčinnější, biologická léčba poskytována jen zlomku pacientů s revmatoidním onemocněním, kteří by z něj mohli profitovat), geografická dostupnost (pacienti z míst vzdálených od speciálních center se hůře dostávají k péči) apod. Úsilí o spravedlivost při poskytování péče by ale mělo být cílem zdravotníka – například i v tom, že bude věnovat pozornost jak lidem, kteří jsou mu sympatičtí, tak těm, kteří si jeho přirozené sympatie nezískali. I zde se ale projevuje individuální hodnotový systém – obtížně se například bude zásadovému zdravotníkovi poskytovat pomoc někomu, kdo si poškodil zdraví předávkováním drogou nebo nezřízeným pitím, zvláště když bude vědět, že 'běžný' pacient například musí na CT nebo jiné vyšetření čekat mnohem déle než opilec, kterého našli kolemjdoucí na chodníku. Důležitým momentem zdravotní péče je její distribuční spravedlnost – kolik má komu být (s omezenými zdroji) poskytnuta péče, aby byly adekvátně řešeny zdravotní problémy nebo otázka prevence u všech (nebo co největšího počtu) lidí. Zde se eticko-filozofický problém zjevně prolíná s ekonomickým. Je například etičtější rozdělit 1000000 Kč tak, že 1 člověk s vážnou srdeční poruchou dostane ICD, nebo má 10 osob za tyto peníze dostat pacemaker? Bude při rozhodování hrát roli, o jaké osoby se jedná? (mladý či starý člověk, maminka na mateřské, chudý či bohatý...) Otázka spravedlivosti je každopádně složitá a je spíše ideálem než naplněnou realitou.

Závažnou otázkou zdravotnické etiky je také to, kdo si zaslouží zdravotní péči. Obecné humanistické ideály v evropském kontextu samozřejmě mají za to, že každý člověk. K podobnému ideálu se hlásí i Červený kříž. Nicméně část společnosti se může domnívat, že lidé, kteří si zdravotní problém či úraz zásadním způsobem zavinili svou nedbalostí či hazardem, by si péči, pokud ji dostanou, měli přinejmenším hradit sami nebo na ni přispívat (kuřáci na léčbu karcinomu plic aj.)

#### **Stadia morálního vývoje**

V průběhu ontogeneze (vývoje jedince) dochází k proměnám morálního nastavení člověka a jeho morálních citů a rozhodovacích procesů. Mezi nejznámější členění fází morálního vývoje patří Kohlbergova koncepce, která rozlišuje:

- A. úroveň prekonvenční morálky (typicky ve věku do 9 let) – rozhodování se řídí vnější autoritou.
  - a) stadium orientace na poslušnost a trest – poslušnost pravidlům se zakládá na strachu z trestu a snaze vyhnout se mu.

- b) stadium naivního instrumentálního hédonizmu – poslušnost pravidlům sleduje snahu dosáhnout odměny (Co tím získám?)

Postupně si dítě začíná uvědomovat, že zdrojů autority může být více a že nemusí být ve vzájemné shodě.

- B. úroveň konvenční morálky (typicky do období puberty a adolescence) – rozhodování se řídí pravidly skupiny, hodnoty pocházejí od vnější autority, ale jsou internalizované.
  - a) orientace na dobré vztahy, na to 'být hodným dítětem' – jedinec chce být vnímán jako dobrý svým okolím.
  - b) orientace na řád a vyhnutí se pocitu viny – poslušnost je řízena snahou udržet sociální řád a právo.
- C. úroveň postkonvenční morálky (jen 10-15 % osob podle Kohlberga dospívá k abstrakci nutné pro tuto úroveň morálního vývoje)
  - a) orientace na společenskou smlouvu a individuální práva – rozvíjí se vědomí, že pravidla sledující dobro společenství mohou mít individuální výjimky.
  - b) univerzální zásady a univerzální etika – jedinec má své obecné vnitřní zásady, například úsilí o spravedlnost, které je ochoten hájit i proti názoru ostatních nebo proti existujícímu právnímu řádu.

(Colby et al., 2010)

Kohlbergova koncepce sice byla některými autory a autorkami kritizována pro svou metodiku (například nízkou ekologickou validitu – tedy platnost v reálném prostředí), eventuálně pro přílišné zaměření na mužskou populaci (kritika ze strany Caroll Gilliganové, která je známa jako teoretička takzvané 'etiky péče', orientované na soucit vůči zranitelným a vnímavost k potřebám druhých), nicméně poskytuje praktický rámec pro pojmenování a reflexi vlastního či cizího morálního nastavení. Porozumění založené na této koncepci tak může být užitečné pro práci s klienty i pro korekci a reflexi vlastní práce sestrou či lékařem. – Gilligan, 1998

### **Přístupy k řešení etických problémů**

Etický problém je taková situace, která je složitá či nejednoznačná z hlediska etického posouzení v polaritě dobré – zlé/špatné, správné – nesprávné, popřípadě obecně taková situace, která vyžaduje etické rozhodování. Přístupy k řešení etických problémů (například zda provést či neprovést riskantní operaci, zda povolit či nepovolit klinické testování nové léčivé látky) je možné rozdělit na neracionální a racionální.

#### **A. Neracionální přístupy**

- a) poslušnost – řešení problému na základě pokynu, povelu (například dítě poslechne rodiče, sestra lékaře, voják velitele, nadřízený podřízeného). Důležitou roli zde hraje autorita a strach z trestu, případně úsilí o odměnu. Subjekt poslechne příkaz, i když s ním nesouhlasí.

- b) nápodoba – řešení problému se děje na základě odpozorovaného chování. Začínající lékař například přejímá hodnoty, behaviorální vzorce a způsoby rozhodnutí od primáře.
- c) dojmy, pocity a touhy – řešení problému se odehrává na základě subjektivního dojmu, za správné je bráno to, co je pocitováno jako správné nebo co naplňuje touhy jedince. Takové rozhodování se pochopitelně liší jak mezi jednotlivci, tak u jedné a téže osoby v různých fázích jejího vývoje nebo v různých okamžicích.
- d) intuice – řešení problému se děje na základě okamžité spontánní percepce v dané situaci. Rozhodnutí je dáno 'zábleskem vědomí', bez hlubší analýzy či reflexe.
- e) zvyk – řešení problému se děje habituálně, na základě zvyku (přejatého či vlastního). Etické rozhodování založené na zvyku nevyžaduje opakované analýzy a staví na analogii s předchozími situacemi. Může být efektivní, ale také může ignorovat jemné nuance odlišující situaci B od předchozí situace A.

## B. Racionální přístupy

- a) deontologický – deontologické řešení etických problémů staví na pevných, neměnných zásadách. Člověk je 'povinen' jednat určitým způsobem (například: Lhát se nemá. – za všech okolností se tedy vyhýbá lži.) Deontologická pravidla jsou pevně daná a mají se aplikovat na jednotlivé situace. Interpretace deontologických zásad bývá však někdy různá u různých sociálních skupin – někdo například imperativ „Nezabiješ.“ vztahuje i na nenarozený plod, někdo nikoliv. Z rozdílů v interpretaci často vznikají eticky motivované konflikty.
- b) konsekvencialismus a utilitarismus – řešení etických problémů v konsekvencialistickém pojetí se odvíjí od analýzy pravděpodobných důsledků daného činu či rozhodnutí. Správné rozhodnutí je takové rozhodnutí, které přináší co nejlepší, co nejprospěšnější výsledky. Kritériem je tedy výsledek daného kroku. Důraz na prospěšnost klade zejména forma konsekvencialismu označovaná jako utilitarismus – správné je to, co přináší co největší užitek co největšímu počtu osob. Tímto užtkem ve zdravotní péči může být například vyšší kvalita či délka života co nejširší skupiny pacientů.
- c) principlismus – řešení etických problémů podle čtyř zásad (principů) formulovaných poprvé v takzvané Belmontské zprávě. Etické rozhodování tohoto směru bere v úvahu jak pravidla (zásady), tak výsledky (účel). (Beauchamp, Childress, 2009; Belmont Report, 1978) Tomuto přístupu je vytýkáno, že kvůli svému důrazu na autonomii (svobodné rozhodování jedince) je odrazem liberálních hodnot a nemůže být považován za univerzální, obecně platný. Například v Číně je součástí hodnot a tradic daleko silnější loajalita a kolektivní, spíše než individuální cítění.
- d) etika ctnosti – v etice ctnosti ustupuje rozhodovací proces do pozadí a předmětem zájmu je zejména charakterový profil toho, kdo rozhoduje (v praxi to může být jednotlivec – sestra, lékař, nebo kolektiv – etická komise, posudková komise apod.) Mezi ctnosti zdravotníka patří například soucit, čestnost, opatrnost

a rozvaha, angažovanost v profesi. Ctnostný zdravotník pravděpodobněji činí správná rozhodnutí, ačkoli i on může podléhat různým nežádoucím vlivům.

(Volně podle Williams, 2009)

Specifický etický problém představuje otázka koercivní (nucené, nařízené) péče. Koercivní péče je regulována nejen eticky, ale zejména legislativně. Pacient může být podroben nucené léčbě či diagnostice tehdy, když jeví známky duševní choroby či intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí (nucená hospitalizace), při infekčních nemocech pak připadá v úvahu nucená karanténa. V některých případech soud může uložit povinné léčení, které pacient není oprávněn odmítnout, jinak se vystavuje sankcím. Ve specifických situacích, kdy například pacient či pacientka odmítá příjem potravy z důvodu mentální anorexie, je aplikována nucená výživa. Při nemožnosti vyžádat si souhlas pacienta (například při bezvědomí) se rovněž postupuje na základě rozhodnutí lékaře, nikoli přání pacienta, neboť to je technicky nevybavitelné. Při nucené hospitalizaci se zahajuje takzvané detenční řízení a událost je hlášena soudu. Jiná omezení osobní svobody a autonomie pak představují takzvaná restriktivní opatření a postupy typu kurtace (omezení v lůžku), fyzických hmatů a chvatů ze strany personálu (manuální fixace), terapeutické izolace či podání medikace bez souhlasu pacienta. – Marková, Venglářová, Babiaková, 2006. Eticky relevantní je též použití postranic (pro některé pacienty představují zásadní překážku v pohybu a omezení autonomie, pro jiné zase mohou být nebezpečné z důvodu rizika zaklínění končetiny či závažných pádů při pokusu o jejich přelézání).

### **Etika infekčních nemocí a preventivní etika**

Ochrana před šířením infekčních nemocí a jejich prevence představují významný etický problém.

Respirační infekce – některé respirační infekce patří k onemocněním s vysokou **incidencí**<sup>mm</sup>, popřípadě i mortalitou. Jedná se zejména o chřipku, chřipce podobná virová onemocnění, pneumonie, tuberkulózu, epizodicky se také vyskytl SARS či jiné epidemie. Přenos těchto onemocnění je často velmi snadný, ať už kapénkovou cestou, nebo prostřednictvím kontaminovaných předmětů. Nedbalost či bezohlednost zdravotníků i nezdravotníků (například ve veřejné dopravě, na pracovišti) vede k plošnému šíření například sezónní chřipky a tím k řadě zbytečných úmrtí. Zdravotník s chřipkou by neměl docházet na pracoviště (i když se může cítit tláčen nedostatkem personálu apod.), nebo by minimálně měl chránit okolí ústenkou či respirátorem, i když i zde jde o ochranu jen částečnou. Ústenka chrání zejména ve směru od zdroje, méně ve směru opačném, neposkytuje však 100% ochranu před respirační nákazou a záleží na třídě její filtrační účinnosti (FFP) a těsnosti, s jakou přiléhá k obličejí. Běžné ústenky propouštějí až 20 % aerosolových částic s životaschopným virem. (Noti et al., 2012) Účinnější ochranou jsou respirátory a důležité je dodržování bezpečné vzdálenosti (minimálně 1,8-2 m, viz Bischoff, 2013). Kýchání, smrkání a vůbec pobyt v prostoru, kde jsou ostatní lidé, představují potenciální riziko nákazy a tím i etický problém. Druhým osobám pak vznikají ekonomické ztráty (nemocenská), škody na

zdraví, případně jsou následky až fatální (podle odhadů ročně zemře na chřipku a její komplikace v ČR asi 1000-2000 osob, zejména seniorů a oslabených). Ti se museli nakazit z nějakého zdroje – v domově pro seniory např. od personálu (i v asymptomatickém období) nebo od návštěv.

Pohlavně přenosné choroby – přenos pohlavně přenosných infekcí je nejen etickým problémem, ale je také trestným činem. Paragraf 155 trestního zákoníku uvádí, že „Kdo jiného vydá, byť i z nedbalosti, nebezpečí nákazy pohlavní nemocí, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.“ Pohlavní choroby (herpes genitalis, syfyilis, kapavka, chlamydiové infekce genitálu) postihují zpravidla pohlavní ústrojí, sekundárně pak někdy močové či jiné orgány. Širším pojmem jsou ‘pohlavně přenosné choroby’ (STD), kam patří vedle pohlavních chorob například i HIV/AIDS. Šíření těchto chorob je často zapříčiněno nezodpovědným sexuálním chováním a v některých případech také nedbalostí při používání ochranných pomůcek a dodržování bezpečnějších postupů ve zdravotnických zařízeních. Eticky problematické by bylo také nedodržení doporučených postupů po poranění nebo expozici tělním tekutinám ve zdravotnickém zařízení (jako život zachraňující je třeba považovat zejména vhodně indikovanou postexpoziční profylaxi HIV infekce a některých hepatitid). V obecnější rovině je trestáno i šíření jiných nakažlivých chorob, jejichž seznam stanoví vládní nařízení ze 7. 12. 2009 (Vláda ČR, 2009). Přehled některých nakažlivých chorob dle nařízení vlády uvádí tabulka:

Tabulka 4

AIDS	amébová úplavice	dávivý kašel	cholera
pohlavní nemoci	salmonelóza	SARS	trachom
trichinelóza <sup>nm</sup>	tuberkulóza	tyfus břišní	úplavice bacilární
virové hepatitidy	záškrť		

Paragrafy 152 a 153 trestního zákoníku upravují tresty za šíření nakažlivé lidské nemoci úmyslné, respektive nedbalostní. Trestní sazby činí šest měsíců až dvanáct let odnětí svobody. Přísnější sazby jsou uplatňovány zejména tehdy, pokud daným jednáním byla způsobena smrt. (Česko, 2009a)

Parazitární onemocnění – často přenášeným parazitárním onemocněním ve zdravotnickém prostředí (přenos z pacienta na zdravotníka – profesní nákaza) je zejména svrab (scabies). Nezodpovědnou distribucí veterinárně neproověřeného masa (divočáků apod.) může dojít k přenosu dalších parazitárních onemocnění na člověka. V dětských kolektivech se snadno šíří vši (pediculosis) a jejich eliminace je v současnosti o to složitější, že některé silné přípravky byly staženy z trhu kvůli nařízením EU (s obsahem insekticidní látky lindane – mimo jiné kvůli jejímu škodlivému vlivu na životní prostředí, od r. 2008) – European Commission, 1998.

Jiné – další eticky problematickou oblast v šíření nakažlivých nemocí představují skryté infekce, například přenos kariogenních bakterií z matky na dítě použitím stejné lžičky či příboru. Jde však o poměrně běžnou praxi s odloženým nástupem zdravotního poškození (kazivost se může projevit až za dlouhou dobu), a proto není tento problém obvykle nijak řešen. (Berkovitz, Jones, 1985)

Přenos infekce na jiného člověka je problematický zejména proto, že vede k újmě na zdraví, snížení kvality života, případně i úmrtí poškozeného s různě dlouhou prodlevou. Zásadní vlastností laiků i zdravotníků v prevenci přenosu je odpovědnost. Samotná informovanost mnohdy není dostačující, neboť otázka ochrany sebe i druhých osob je zejména dána volnými a charakterovými vlastnostmi, hodnotovým a motivačním systémem, případně svědomím jako nástrojem morálního rozhodování. Každý zdravotník by se měl chovat odpovědně a chránit zdraví své i druhých osob. To se týká nejen pracovní činnosti, ale také soukromého života zdravotníka.

#### Klinický příklad:

V roce 1997 zveřejnily francouzské úřady zprávu, podle které ortoped-operatér, který se v roce 1983 během operace nakazil HIV infekcí od pacienta, dále tuto infekci rozšířil na jiného pacienta při zákroku zavádějícím totální endoprotézu kyčelního kloubu. Nebyla nalezena žádná další rizika pro nákazu HIV infekce u pacienta a genové sekvence virů byly u chirurga i pacienta prakticky identické. Z toho lze usuzovat, že pacient se nakazil právě při uvedené operaci. Retrospektivně se zjistilo, že zmíněný chirurg běžně prováděl manipulace, které představovaly značné riziko poranění – například pohmatem hledal konec chirurgické jehly a ostré konce kovového šicího materiálu zakrucoval prsty. (Lot et al., 1999) Byly popsány také případy přenosu HIV ze sestry na pacienta, z pacienta na sestru, eventuálně přenosy nástrojů v zubních ordinacích při nedostatečné hygieně. V některých případech existovalo podezření, že k přenosu nemuselo dojít přímo v ordinaci, ale že byl důsledkem sexuálních kontaktů mezi daným lékařem a pacientem/pacientkou.

Pro stanovení žádoucího etického profilu zdravotníka je nutné vymezit vlastnosti a osobnostní charakteristiky, které by lékař, sestra či jiný profesionál měli mít. Jaká je tedy dobrá sestra? Jaké vlastnosti by měla dobrá sestra projevovat?

Tabulka 5

empatie	Empatie označuje schopnost vcítění do pocitů a potřeb druhých. Tato vlastnost je pro sestru velmi významná, aby mohla identifikovat prožitky a potřeby pacienta a reagovat na ně.
kompetentnost	Kompetentnost značí odbornou připravenost po stránce znalostí, manuálních dovedností,



	postojů i hodnot. Jde o všestrannou odbornou způsobilost a schopnost jednat profesionálně v různých, i obtížně předvídatelných situacích.
kooperativnost	Kooperativnost znamená schopnost spolupráce s dalšími členy zdravotnického týmu, případně s příbuznými pacienta nebo dalšími zainteresovanými osobami.
kreativita	Kreativitou rozumíme vynalézavost, tvůrčí schopnost. Kreativní sestra je schopná vymýšlet nové, efektivnější postupy při zachování bezpečí pacienta, a je také schopna si poradit v situacích, kdy jsou dostupné jen improvizované prostředky.
laskavost	Laskavost se projevuje jemným, ohleduplným chováním ke druhému. Toto chování může být i verbální – vhodně volená, nezraňující a utěšující slova.
morální vědomí	Sestra by měla činit správné věci proto, že jsou správné, ne jen proto, že za jejich nedodržení může následovat trest či sankce. Zároveň by neměla spoléhat na to, že při nesprávném jednání nebude přistižena.
obětavost	Obětavost je schopnost vzdát se některých svých výhod či statků ve prospěch druhých. Sestra, která je obětavá, například navštíví pacienta i po směně, aby si s ním popovídala, nebo bude vyvíjet mimořádnou snahu zajistit pro něj kvalitní péči po propuštění z nemocnice.
odpovědnost	Odpovědnost je vědomé dodržování zásad, které brání poškození pacienta, škodám na majetku, emočním škodám apod. Souvisí také s morálním či jiným ručením za chyby a opomenutí.
profesionalita	Profesionalita je způsob chování odpovídající standardům profese a vysokým požadavkům kladeným na její představitele. Profesionální chování je provázáno schopností seberegulace a sebeovládání (sestra například nezačne po pacientovi křičet, když nesplní některý její pokyn či ordinaci lékaře –

	například v situaci, kdy si nevezme lék).
soucit	Soucit je hlubší cit pochopení a empatie, schopnost vcítit se do situace druhého člověka a jednat s ním ohleduplně a milosrdně.
spravedlivost	Spravedlivost ve zdravotnickém povolání značí takový přístup, kdy je pacientům poskytována péče ne podle sympatií či antipatií, ale podle jejich reálných potřeb (nehledě např. na jejich sociální postavení).
svědomitost	Svědomitost spočívá v pečlivosti, dbalosti, odpovědném a důsledném vykonávání potřebných úkonů. Může také souviset se všímavostí (sestra si pečlivě všímá signálů měnícího se zdravotního stavu pacienta).
široké znalosti	Znalosti z mnoha disciplín jsou jednou ze záruk kvalitní, bezpečné a prospěšné péče o pacienta. Volba vhodného krytí při ošetřování ran například vyžaduje široké znalosti z anatomie, procesů hojení, dostupných krytí a jejich obchodních názvů, volby vhodného krytí apod.
takt	Takt je schopnost v citlivé situaci postupovat tak, aby nebyly zraněny city <b>komunikanta</b> <sup>oo</sup> , schopnost jednat laskavě a citlivě.
trpělivost	Trpělivost je schopnost snášet nepříjemné podněty, vyčkávat, nejednat zbrkle či ukvapeně.

Zkoumáním jazyka etiky a vztahu mezi morálním myšlením, poznáním a realitou se zabývá obor označovaný jako metaetika. Metaetika se snaží odpovědět na otázky o etických otázkách a normativech – Jaký je původ a význam etických norem? Jaké jsou problémy poznání (gnozeologické problémy) v etice? Jakou roli hraje v etice náš způsob užívání jazyka? a podobně. Metaetika také zkoumá základy a status hodnot a hodnotových tvrzení.



Otázky (3.6):

1. Jaké otázky řeší zdravotnická etika? K jakým principům se hlásí?
2. Popište stadia morálního vývoje jedince dle Kohlberga.
3. Jaké přístupy k řešení etických otázek a problémů se obvykle uplatňují?
4. Jaké etické problémy vyvstávají v oblasti infekčních nemocí?
5. Kterými vlastnostmi má disponovat dobrá sestra?

### 3.7 Logika a myšlení v ošetrovatelství

Logika zkoumá principy správného usuzování. Zabývá se tím, co je 'pojem', 'soud', 'úsudek' a jak na základě několika soudů vyvodit správným způsobem úsudek. Kromě klasické logiky, která je bivalentní (tedy pracuje se dvěma pravdivostními hodnotami – pravda x nepravda, 1 x 0), existují neklasické logiky, například fuzzy logika, kde kromě stavu 'pravdivé' x 'nepravdivé' existují různé mezistavy (stupně pravdivosti kdekoli mezi 0 a 1). Principů fuzzy logiky využívají i některá digitální zařízení v medicíně a dá se aplikovat i v diagnostických procesech. (Hess, 1995)

Mezi základní kategorie užívané v logice patří 'pojem'. Pojmem rozumíme **elementární**<sup>pp</sup> jednotku logiky, abstraktní psychický obraz určitého výseku skutečnosti, obsahující podstatné (distinktivní, tj. odlišující) rysy a oprostěný od rysů obecně nepodstatných (lépe řečeno, ty mohou být přítomny, ale nejsou nepostradatelné – například zelené i modré auto je stále autem). Příkladem pojmu je 'primář'. Jde o zobecnělou představu lékaře zodpovědného za lékařskou péči na určité klinice a přímo podřízeného řediteli. Tento lékař může být mladý, starší, vysokého vzrůstu, malého vzrůstu, tmavovlasý, světlavý, s 10letou praxí i 30letou praxí, ale stále je při splnění kritérií dané pozice primářem. Blízkým, ale ne zcela totožným pojmem, je 'přednosta' (vede celou kliniku i ekonomicky a je nepřímým nadřízeným primáře). Pojem je třeba odlišit od slova. Zatímco pojem představuje psychický odraz předmětu nebo jevu v jeho podstatných rysech, slovo je jazyková forma, která je nositelem významu (zejména pojmového, ale například i emocionálního, stylistického a dalších). Rovněž je od 'pojmu' potřeba odlišit 'termín', což je odborný výraz nebo odborné slovo v určitém oboru (medicína, ošetrovatelství, fyzika, strojírenství...) Příkladem termínu je 'ischemická choroba srdeční'. V tomto případě jde o termín víceslovný, který nese význam jediného pojmu (dané poruchy srdečních/koronárních funkcí).

Pojmy rozdělujeme na obecné (například 'člověk') a individuální (například 'Hippokrates'). Podobné rozlišení je zavedeno v jazykovědě, kde se rozlišují podstatná jména obecná ('obec', 'příjmení') a vlastní ('Lhota', 'Skočdopole'). Obecně lze říci, že nositeli pojmů jsou zpravidla podstatná jména (substantiva), popřípadě slovesa, ale ta mohou být také převoditelná na podstatná jména (kauterizovat – **kauterizace**<sup>qq</sup>).

Další členění pojmů je možné na základě kritéria prázdnoty (prázdno x neprázdno).

U pojmů rozlišujeme takzvanou extenzi (rozsah pojmu, množinu všech věcí/objektů/jevů, k nimž se pojem vztahuje nebo k nimž odkazuje) a intenzi (obsah pojmu, množinu určenou základními vlastnostmi věcí/objektů/jevů, o nichž lze pojem použít, tedy de facto význam pojmu). Jako příklad je možné uvést pojem 'nemocnice'. Intenzí pojmu je 'místo, kde je poskytována lůžková zdravotní péče pacientům'. Extenzí pojmů je (teoreticky) soubor všech existujících nemocnic na světě. U abstraktních pojmů může být vymezení extenze problematictější.

Pojmy je mnohdy v reálném životě potřebné objasňovat. Pacient kupříkladu potřebuje objasnit některé pojmy (a příslušné termíny), které se týkají jeho zdravotního stavu nebo plánovaných intervencí. Toto objasnění provádí v rámci svých kompetencí, znalostí a zkušeností sestra, lékař nebo jiný odborník, neformálně pak někdy i spolupacient. Pokud například je pacientovi indikována kolonoskopie, může být potřebné při prvním setkání s tímto pojmem mu objasnit, o jaký postup se jedná, co obnáší, jak dlouho trvá, co pomáhá diagnostikovat či vyloučit. Objasňování pojmů se děje různými způsoby, zejména:

a) definicemi

Takzvaná klasická definice má níže uvedenou strukturu, ve slovnících se však objevují i jiné typy definic (například pomocí protikladu: 'tma je opak světla', pomocí výčtu: 'země Visegrádské čtyřky jsou Slovensko, Polsko, Maďarsko a Česká republika')

definiendum - - - definiens (genus proximum + tertium comparationis )

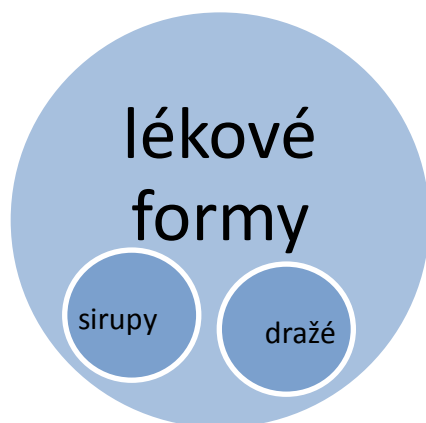
Definiendum je definovaný pojem, definiens je definující formulace. Genus proximum označuje nejbližší vyšší třídu jevů, do které definovaný pojem patří, tertium comparationis vymezuje rysy, kterými se definiendum liší od této nejbližší vyšší třídy (tedy od genus proximum). K pochopení slouží následující příklad:

[ 'kyselina acetylsalicilová ' ]<sup>definiendum</sup> je [ '[antipyretikum]'<sup>genus proximum</sup> [s mírným analgetickým účinkem, které je známo pod názvem 'aspirin']<sup>tertium comparationis</sup> ]<sup>definiens</sup>

b) ostenzí (ukázáním – například dítěti je možno v době, kdy si osvojuje mateřský jazyk, ukázat na vlak a říct 'vláček')

c) vplynutím z kontextu, popisem, vyprávěním, podobenstvím aj.

Mezi pojmy existují různé vztahy. Jde například o vztah podřazenosti (pojem 'skalpel' je podřazen pojmu 'chirurgický nástroj') a vztah protikladnosti (1. kontrární – kdy pojmy jsou protikladné, tedy neexistuje objekt, který spadá pod oba současně, ale zato mohou existovat objekty, které nepatří pod žádný z nich – jednobarevný předmět nemůže být současně černý a bílý, ale když je šedý, není ani černý, ani bílý; 2. kontradiktorické – vzájemně se vylučující, platnost jednoho implikuje neplatnost druhého a naopak: živý x mrtvý). Kontradiktorické pojmy často pokrývají celé pole možných situací (jsou komplementární: např. zadaný x nezadaný). Množina pojmů, které mají společný přímý nadřazený pojem, tvoří určitý 'rod' (třídu) pojmů – například rodový pojem 'pes' zahrnuje ovčáka, bernardýna, jezevčíka a řadu dalších druhových pojmů. Toto označení se ovšem liší od významu 'druhu' a 'rodu' v biologii (příklad: v biologii je v označení 'Escherichia coli' slovo 'Escherichia' označením rodu, 'coli' pak označením druhu). Vztahy mezi pojmy se dají názorně zobrazit pomocí grafických množin (takzvanými Vennovými diagramy).



Obrázek 3 Vztah inkluze pojmů

Pomocí pojmů a zpravidla slovesných vazeb je možné formulovat soudy. Soudem rozumíme tvrzení nebo popření (výrok), které něco vypovídá o pojmu, respektive jevu, který daný pojem reprezentuje. Příkladem soudu je tvrzení 'Vitamin C má antioxidační účinky.' Toto tvrzení bylo mnohokrát zkoumáno medicínsky, a potvrzeno (pro zdravé buňky). Nicméně podle dostupných výzkumů platí i soud 'Vitamin C má prooxidační účinky.' – a to v případě nádorových buněk, které může poškozovat, a tím působit (ve velkých dávkách v infúzi) jako podpůrná terapie u některých nádorových onemocnění.

Soudy vyjadřujeme zpravidla větnou formou. Otázka, zda každá věta je zároveň soudem, není však zcela dořešena – například u otázek a rozkazů existuje sice logické jádro ('Máte teplotu?') – nicméně nejsou přímým tvrzením ani popřením.

Kombinací několika soudů lze tvořit úsudek. Pravidla správných úsudků řeší takzvané sylogismy, které formuloval Aristotelés a které pomocí mnemotechnických pomůcek ve 14. století označili scholastičtí myslitelé. Pro účely sylogismů se soudy dělí na:

- A – obecný kladný
- I – částečný kladný
- E – obecný záporný
- O – částečný záporný

Samohlásky A a I jsou vzaty z latinského 'affirmo' = 'tvrdím', samohlásky E a O z latinského 'nego' = 'popírám'.

Na příkladech je možné lépe pochopit podstatu a formu těchto čtyř druhů soudů:

Obecný kladný (A): **Všichni lékaři studovali vysokou školu.**

Částečný kladný (I): **Některé sestry studovaly vysokou školu.**

Obecný záporný (E): **Žádné novorozeně nestudovalo vysokou školu.**

Částečný záporný (O): [Někteří lékaři nestudovali Oxford.](#)

Například sylogismus **Barbara** (kombinace dvou všeobecných kladných předpokladů a všeobecného kladného závěru, v názvu sylogismu si všímáme pro naše účely především samohlásek, neboť souhlásky vyjadřují převoditelnost sylogismů) může vypadat takto:

[Všechny tablety mají tvar. \(obecný kladný soud\)](#)

[Všechny tvary jsou vnímatelné. \(obecný kladný soud\)](#)

--

[Všechny tablety jsou vnímatelné. \(obecný kladný soud\)](#)

Sylogismy jsou založeny na dedukci, tedy z již existujících tvrzení se vyvozují fakta (závěry). Existuje 256 možných sylogismů, ale jen malá část (prakticky jen 15, v některých případech 24) z nich představuje platné sylogismy – tedy takové, ve kterých závěr logicky vyplývá z předpokladů. Není zaručeno, že usuzování provedené správným způsobem vede k pravdivému závěru, protože se může stát, že vycházíme z chybných předpokladů (premis), například:

[Jablko je zelenina.](#)

[Zelenina je zdravá.](#)

--

[Jablko je zdravé.](#)

Tvrzení, že 'jablko je zelenina' není pravdivé (neodpovídá zavedenému systému pojmů). Tvrzení, že 'zelenina je zdravá' by bylo možné také zpochybnit, neboť zelenina pěstovaná s dusičnany nebo zelenina nahnílá může být přímo zdraví škodlivá. Ačkoliv je tedy uvedený závěr vyvozený formálně správně (podle platného sylogismu), nemusí být zdaleka pravdivý.

Úsudek je výsledkem vyvozování, správné logické úvahy. Vezměme jako další příklad následující dva výroky:

[Riziko dekubitů vzniká při dlouhodobém upoutání na lůžko. \(A1\)](#)

[Pan Novák je dlouhodobě upoután na lůžko. \(A2\)](#)

Jsou-li oba tyto výroky pravdivé, což předpokládáme v případě A1 na základě dlouhodobé zkušenosti a dostupných studií k této příčinné (kauzální) souvislosti, a v případě A2 na základě prostého pozorování, můžeme vyvodit formálně i věcně správný závěr, tedy úsudek:

[Pan Novák je v ohrožení vznikem dekubitů. \(Z\)](#)

Pojmy, soudy a úsudky souhrnně označujeme jako 'formy myšlení'. Pochopení forem myšlení a zásad správného úsudku pomáhá lékařům v diagnostickém a terapeutickém procesu, a sestřám při řešení problémů spojených s péčí o pacienta. Znalost pojmů v oboru, platných (lépe řečeno co nejlépe prokázaných) soudů a schopnost vyvozovat zdravé úsudky je potřebná

pro účelnou a efektivní sesterskou diagnostiku, organizování činností (intervencí), vyhodnocování cílů péče a koordinování ošetrovatelské činnosti s lékařskými poznatky a ordinacemi.

Důležitou oblastí, kde se uplatňují logické principy, je argumentace. Pokud má lékař či sestra instruovat pacienta ke změně životního stylu, dodržování léčebného režimu a podobně, je vhodné toto doporučení odůvodnit pomocí poskytnutých argumentů. Argumentace se navíc uplatní v řadě dalších oblastí života, při řešení sporů, prosazování organizačních a ekonomických rozhodnutí ve zdravotnickém zařízení a podobně. Smutným faktem je, že argumentace je často účelová, že tedy může hájit osobní (nebo skupinové) zájmy předkladatele, a to i nekorektními argumentačními prostředky.

Při argumentaci se snažíme pomocí vybraných výroků podpořit platnost jiného výroku (například, že daný lék či potravní doplněk je účinný – u registrovaných léčiv je však nutno doložit statistické důkazy bezpečnosti a účinnosti příslušnému úřadu, u doplňků stravy účinnost nemusí být prokazována). Častým druhem argumentu v běžném kontaktu je například argument ad hominem ('k člověku'). Tímto argumentem se zpravidla poukazuje na určité vlastnosti cílové osoby, které ji mají znevěrohodnit. Argument ad hominem má následující strukturu:

Osoba X má vlastnost V (dělá D, je v situaci S a podobně),  
tudíž:

Tvrzení osoby X o záležitosti Z si nezaslouží důvěru. (Szymanek, Wieczorek, Wójcik, 2004)

Příklad:

Sestra Nováková nemá vystudované ošetrovatelství na vysoké škole./Sestra Nováková chodí pozdě do práce.

tudíž:

Tvrzení sestry Novákové, že primární biliární cirhóza je častější u žen, je nevěrohodné.

Ve skutečnosti sestra Nováková mohla pracovat třicet let na oddělení, kde bylo hospitalizováno mnoho pacientek s primární biliární cirhózou, mohla si o ní mnoho nastudovat sama apod. Ve druhém případě je váha argumentu ještě slabší – to, že sestra Nováková je nedochvilná, nemusí nic vypovídat o jejích znalostech. (Pozn.: Ve skutečnosti tvoří 90 % osob trpících primární biliární cirhózou ženy). – Eaton et al., 2007

Takový argument často odvádí od podstaty (meritu) sporu a může být psychologicky vysvětlen jako snaha diskvalifikovat protivníka ve sporu, aniž by byla ve skutečnosti poskytnuta pevná základna pro opačný či odlišný názor.

Další typy argumentů zahrnují mimo jiné:

- a) argument z analogie (Lék na imunitu byl při podání myším účinný. Jelikož myši mají podobný imunitní systém jako člověk, měl by být účinný i u člověka.) Síla argumentu z analogie závisí na kvalitě analogie (jak moc jsou si dané jevy logicky podobné).
  - b) argument autoritou (Samuel Hahnemann zkoumal homeopatii desítky let, dokonce i pomocí pokusů na sobě, a nepochyboval o ní, tato metoda tedy musí být účinná.) Tento typ argumentu se může odvolávat na individuální (např. experta v daném oboru, ale expertem na pocity ve vlastním těle je především sám pacient) nebo kolektivní autoritu. Otázkou je, nakolik daná autorita je spolehlivá, nestranná, objektivní apod., pokud si tuto objektivnost nárokuje. O tom, že i názory expertů se mohou markantně lišit, svědčí častá rozdílná stanoviska soudních znalců.
  - c) argument z nesmělosti (argumentum ad verecundiam: Nejlepší zubní lékaři doporučují tuto ústní vodu.) Jde vlastně o oslabenou, často neurčitou či anonymní formu argumentu autoritou.
  - d) argument z opaku (tvrzení dokazujeme tím, že jeho opak je nepřijatelný).
  - e) argument ze silnějšího (Když oběť nepřežila pád z 6. patra, nepřežila by jistě ani pád z 8. patra.)
  - f) argumentum ad nauseam („argument“ ‘opakováním do omrzení’: Bývalému primáři šlo jen o moc. Bývalému primáři šlo opravdu jen o moc. Hanka Nováková to taky tvrdí a říkali to i ve zprávách.)
  - g) argument z mlčení (ex silentio). Tento argument se zakládá na mlčení historických pramenů o určité osobě a jiných typech ‘mlčení’. Znamená však chybění zmínek o určité osobě, že tato osoba opravdu neexistovala? Síla tohoto argumentu je sporná.
  - h) argumentum ad populum (argument odvolávající se na širší skupinu lidí: Ty jako zdravotní sestra nemůžeš schvalovat kouření.) Faktem je, že procento kuřáků je mezi sestrami dokonce vyšší, než v běžné populaci (což jistě není chvályhodné s ohledem na prokázanou kauzální souvislost kouření s většinou karcinomů plic).
  - i) circulus vitiosus (argumentace v kruhu: V poslední době klesla nezaměstnanost sester, protože méně sester je bez práce.)
  - j) argument k soucitu (Pracovala jsem na těch standardech půl roku. Nemůžete je odmítnout, pane primáři, úplně by mě to zdrtilo.)
  - k) šikmá plocha (Když zrušíme regulační poplatky, za chvíli budou lidé chtít zadarmo i léky a potom i přestanou přispívat na zdravotní pojištění.) Tento typ argumentu odvozuje (nekorektně) celý řetězec negativních událostí z jediné události.
- (Srv. Szymanek, 2003.)

Zdůvodňující síla argumentů může být různá – malá (až chabá), ale naopak i velká. Záleží na jejich uspořádání, kvalitě apod. U argumentu ad nauseam a některých dalších jde přímo o logické chyby či nekorektní argumentaci. V příkladu pod bodem f) to však neznamená, že dotyčnému primáři nešlo o moc; znamená to jen tolik, že tato skutečnost nevyplývá z uvedených tvrzení nebo jejich opakování. U nededuktivních argumentů však obecně platí, že nedávají úplnou záruku platnosti.



Při myšlení, ať už je bezděčné (spontánní, automatické), nebo záměrné (vědomé), používáme řadu myšlenkových postupů. Mezi tyto postupy patří:

- analýza (rozklad celku na části, postup k dílčím stránkám jevu)
- syntéza (spojování částí v celek)
- komparace (srovnávání, zjišťování rozdílů a podobností dvou a více jevů)
- abstrakce (vydělení podstatných – distinktivních – vlastností od nepodstatných)
- generalizace (zevšeobecnování, produktem generalizace a abstrakce mohou být pojmy)
- konkretizace (aplikace pravidla na specifické případy)
- klasifikace (třídění, produktem třídění může být taxonomie – klasifikační systém, viz například NANDA taxonomie v ošetrovatelství)
- subsumpce (podřazování, produktem podřazování mohou být hierarchie, souvisí s [hyponymií](#)<sup>TT</sup>)
- indukce (postup od analýzy konkrétních případů k obecnému tvrzení)
- dedukce (postup od obecného ke konkrétním případům).

Podle Karla Poppera, významného logika, filozofa, teoretika vědy a sociologa 20. století, je indukce jako metoda pro vědu nadbytečná, či spíše nepoužitelná, protože zmapování všech jednotlivých případů daného jevu je prakticky nemožné. Pro práci s hypotézami a teoriemi ve vědě považuje Popper za důležitou jejich falzifikovatelnost (vyvratitelnost), spíše než verifikovatelnost (potvrditelnost).

Významným principem myšlení je rovněž asociace, tedy spojování pojmů na základě určité souvislosti – místní, časové aj. Fenomény asociace zkoumá zejména psychologie a bývaly využívány také terapeuticky (v psychoanalýze S. Freuda). Rozlišujeme takzvané primární asociační zákony (o dvou z nich píše kupříkladu J. Fröbes) a sekundární asociační zákony. Mezi primární řadíme především:

- a) zákon současnosti – předměty či jevy, které se „dotýkaly“ (byly si blízké) v prostoru a čase, mají tendenci se vzájemně vybavovat v paměti (například vstup do nemocničního pokoje, kde ležel pacient C, může vyvolat představu tohoto pacienta)
- b) zákon následnosti – zákon „asociační kauzality“, podle kterého se jevy, které ve zkušenosti následovaly těsně po sobě v příčinné souvislosti, mají tendenci se

- vzájemně vybavovat (když se objeví blesk, očekáváme zahřmění; horké slunce může asociovat úžeh)
- c) zákon podobnosti – je založen na vnější nebo vnitřní podobnosti objektů (například když potkám vysokého člověka na ulici, vzpomenu si svého vysokého známého)
- d) zákon kontrastu – je založen na protikladu, opaku (například 'den' asociuje 'noc'). (Kulka, 2008; Nakonečný, 1998)

Mezi sekundární asociační zákony řadíme zákon novosti (do vědomí se lépe vybavují novější zážitky ve srovnání se staršími), zákon častosti (lépe se vybavují zážitky a jevy, se kterými přicházíme do kontaktu často) a zákon živosti (lépe se vybavují objekty a situace, které byly provázeny emočním prožitkem). Ebbinghaus hovoří také o zákonu významnosti, citivosti a dalších. (Hartl, Hartlová, 2004) Všechny tyto zákony mají velký význam pro proces učení, a mohou tak být využity jak ve vzdělávání zdravotníků, tak v jejich seberozvoji a v práci s pacienty (reminiscenční<sup>SS</sup> terapie u pacientů s Alzheimerovou chorobou, narativní terapie aj.)

Ve vědě se často používají potenciální tvrzení – takzvané hypotézy. Hypotéza není vytvořena tak, aby o něčem okamžitě vypovídala, ale tvoří výchozí formulaci pro další testování. Testováním může být potvrzena, případně vyvrácena. (Podle filozofa vědy Karla Poppera je právě vyvratitelnost, ne potvrditelnost hypotézy tím, co jí činí vědeckou – souvisí to s pozicí induktivního myšlení ve vědě.) Pak teprve nabývá formu tvrzení či poznatku v daném vědeckém oboru. Například hypotéza „Vitamin C v dávce 500mg/den jako preventivní opatření snižuje výskyt nemocí z nachlazení v dané populaci dospělých jinak zdravých osob.“ může být testována v klinické studii. Ve filozofii se někdy testuje pomocí 'myšlenkového experimentu', v medicíně je obvyklým postupem testování randomizovaná, dvojité zaslepená, placebem kontrolovaná studie, tedy postup, při kterém je proveden náhodný výběr (randomizace) vzorku z populace, který má zajistit jeho reprezentativnost, a při testování léčby se užívá srovnání dvou (nebo více) skupin pacientů: jedné skupině pacientů je podávána testovaná látka či postup (verum) a druhé skupině napodobenina bez aktivních farmakologických, fyzikálních či jiných složek (placebo, sham). Tímto způsobem se dospívá k lépe ověřeným soudům o účinnosti různých druhů terapií (Například: Paracetamol snižuje intenzitu vnímané bolesti o nejméně 50 procent u 50 procent osob, které jej užívají v terapeutické dávce.)

Z hlediska logiky mají zvláštní charakter etické a hodnotové soudy. Takovým soudem je například výrok „Kráska je špatná.“ Takový výrok má nejen deskriptivní platnost, což znamená, že něco popisuje, ale též platnost preskriptivní, tedy že doporučuje (nebo zakazuje) určitý způsob chování. Ačkoliv v dějinách myšlení existovaly extrémní školy, které popíraly

věcnou hodnotu takových výroků (emotivisté kupříkladu tvrdili, že etické soudy slouží jen k vyjádření emocí jedince, které chová vůči určitému jevu, tedy jeho afektivního postoje – tak například Charles L. Stevenson), je zřejmé, že zdravotníci se v kontextu naší doby pohybují v eticky ostře sledovaném prostoru a jsou stavěni před řadu etických rozhodování a poměřování, z nichž zvláštní význam má úvaha, zda daná metoda přinese větší benefit (užitek) pro pacienta, nebo větší riziko a možnou škodu. Poměřování (možné) škody a užitku je tak jedním z pilířů etického rozhodování.

Logika samotná je užitečným, ale ne všemocným nástrojem. Pro platné úsudky potřebujeme platné poznatky vyjádřené platnými soudy, a pro vyjádření soudů zase ucelený, racionální a neustále se aktualizující systém pojmů, na něž se navazují precizované jednoslovné i víceslovné termíny (jazykové formy nesoucí pojmy, které ve slovní zásobě tvoří jazykový aparát oboru). Některé pojmy zastarávají (neurastenie, maniodepresivní porucha...), jiné se rodí (**nanotechnologie<sup>tt</sup>**), další zažívají renesanci (pouštění žilou). Pouhé pojmově-logické myšlení a znalost pojmů ovšem není dostačující pro adekvátní péči o klienta. V sesterské profesi jsou důležité motorické dovednosti (podávání injekcí, manipulace s instrumentáři a pomůckami aj.), empirická zkušenost, umění komunikace, volní a činnostní složka osobnosti (nestačí mít poznatky, je třeba pro pacienta aktivně konat), ochota učit se, příznivé emoční nastavení s empatií, schopnost řešit problémy. Teprve tento komplex psychologických i nepsychologických kvalit vybavuje sestru dostatečně k systematické, účinné, citlivé a bezpečné péči o klienta. Ani věda nevystačí s pouhou logikou a do hry vstupují různé psychologické, sociální, filozofické a historické faktory – řada významných objevů například započala intuicí a vhledem, nikoliv vědomou logickou úvahou.



Otázky (3.7):

1. Vysvětlete základní logické kategorie (pojem, soud, úsudek, argument).
2. Jaké jsou základní logické principy a pravidla?
3. Vysvětlete různé myšlenkové postupy a asociační zákony.

## 4. ZÁVĚR

Filozofii lze chápat nejen jako nejobecnější obor lidského zkoumání světa, ale také ve smyslu individuálního či institucionálního rámce myšlení, ve kterém jsou zakotvené určité hodnoty a postoje. Znalost filozofických disciplín může být užitečným nástrojem při získávání náhledu na svou profesi či obor studia (ošetřovatelství aj.) Aplikací principů logiky, axiologie, epistemologie, estetiky, ontologie a zejména etiky je možné podpořit úspěšný preventivní, diagnostický, léčebný nebo rehabilitační proces pacienta a zároveň zlepšovat kvalitu vlastního života a naplňovat jeho smysl.

Člověk od nepaměti přemýšlel o sobě a o světě, a právě tato reflexe dokáže korigovat směr jeho dalšího počínání. Ve zdravotní péči to znamená možnost zlepšovat stávající praxi, chránit základní hodnoty (život, zdraví, štěstí), rozvíjet poznání a uplatňovat ho. Existuje řada praktických oblastí, kde lze s pomocí filozofického nadhledu nacházet nová řešení, prověřovat a testovat řešení stávající a snažit se tak dosáhnout maximálního prospěchu pro maximální počet lidí. Aby tento potenciál byl naplněn, je ovšem potřeba snahy a ochoty, jakož i zdravé empatie a kritického myšlení, které ve vhodné kombinaci mohou být zdrojem myšlenkového, hodnotového a postojového pokroku ve zdravotní péči – pokroku, který doplňuje technologický rozvoj, který přinášejí zejména uplynulé dekády se svými nanočásticemi, chirurgickými roboty, biologickou léčbou a dalším spektrem objevných novinek zaměřených na záchranu života nebo obnovení zdraví.

Schopnost myšlenkové reflexe vlastního počínání je důležitá jak pro jednotlivce, tak pro profesní skupiny (sestry, lékaři, pracovníci farmaceutického průmyslu aj.) a organizace. I společnost jako celek má svou implicitní (vnitřní) filozofii a svou explicitní (veřejně proklamovanou) filozofii, přičemž každá z nich je spojena s určitým systémem hodnot a ovlivňuje konkrétní chování a rozhodování společenských institucí. Své filozofické pozadí má vědecká medicína, paliativní péče, zdravotnický výzkum, ale také každé jednotlivé nemocniční oddělení a každý čin sestry či lékaře. Na základě pochopení tohoto myšlenkového pozadí je možné účinněji přispívat k prevenci nemocí a úrazů, k procesu uzdravování, k obnově duševních a tělesných sil, k mírnění utrpení a diskomfortu, podporovat člověka v různých životních situacích v kontextu zdravotní a sociální péče i mimo něj.

## BIBLIOGRAFIE

Allport, G. W., Vernon, P. E., Lindzey, G. Predictive empathy and the study of values. *Journal of Consulting Psychology*, April 1957, Vol. 21, Issue 2, 104 p. ISSN 0022-0167.

Anzenbacher, A. Úvod do filosofie. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-804-X.

Audi, R. *The Cambridge Dictionary of Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. ISBN 978-0-521-63136-5.

Baergen, R. *Historical Dictionary of Epistemology*. Lanham: The ScareCrow Press, 2006. ISBN 978-0810-8551-82.

Bělič, J., Kamiš, A., Kučera, K.. *Malý staročeský slovník*. Praha: SPN, 1979. BN 14-471-79.

Belmont Report. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Department of Health, Education and Welfare. 30 September 1978. DHEW pub. no. OS 78-0012. Washington, DC: United States Government Printing Office, 1978. ISBN N/A.

Berkowitz, R. J., Jones, P. Mouth-to-mouth transmission of the bacterium *Streptococcus mutans* between mother and child. *Archives of Oral Biology*, 1985, Vol. 30, Issue 4, p. 377-9. ISSN 0003-9969.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-533570-5.

Becker, G., Kempf, D. E., Xander, C. J., Momm, F., Olschewski, M., Blum, H. E. Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative - an observational study at a university hospital. *BMC Health Service Research*. 2010 April 9, Issue 10, p. 94. ISSN 1472-6963.

Belzer, Ellen J. Improving Patient Communication in No Time. *Family Practice Management*, 1999 May, Volume 6, Issue 5, p. 23-28. ISSN 1531-1929.

Benjan, M. B. Problémy pri liečení a liečení sa pre chyby a omyly lekárov a pacientov: (najmä v poznávaní a v chápaní "fungovania života" v zdraví a v chorobe). Zvolen: Bratia Sabovci, 2011. ISBN 978-80-89241-40-8.

Birx, H. J., ed. *Encyclopedia of Time: Science, Philosophy, Theology, & Culture*. Los Angeles: Sage, 2009. 3 vol. ISBN 978-1-4129-4164-8.

Bischoff, W. E., Swett, K., Iris L., Peters, T. R. Exposure to Influenza Virus Aerosols During Routine Patient Care. *Journal of Infectious Diseases*, 2013, Vol. 207, Issue 7, p. 1-10. ISSN 0022-1899.

Bishop, A. H., Scudder, J. R. *The Practical, Moral, and Personal Sense of Nursing: A Phenomenological Philosophy of Practice*. Albany: SUNY Press, 1990. ISBN 0-7914-0252-5.

Bixler, G. K. What is research? *Nursing Research*, 1952, Vol. 1, Issue 1, p. 7–8. ISSN 0029-6562.

*Black's Medical Dictionary*. Ed. Marcovitch, H. 41st ed. London: AaC Black, 2005. ISBN 0-7136-6146-1.

Blackburn, S. *The Oxford Dictionary of Philosophy*. Oxford: Oxford University Press, 1996. ISBN 978-01-9283-1347.

Bobek, K., Opatrný, K., Tomší, F. *Omyly a chyby v rozpoznávání vnitřních chorob*. 1. vyd. Praha: SZdN, 1961. ISBN N/A.

Bunnin, J., Jiyuan Yu. *The Blackwell Dictionary of Western Philosophy*. Malden: Blackwell Publishing, 2004. ISBN 1-4051-0679-4.

Burns, P. B., Rohrich, R. J., Chung, K. C. The Levels of Evidence and Their Role in Evidence-Based Medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2011, Vol. 128, Issue 1, p. 305–310. ISSN 0032-1052.

Colby, A., ed. et al. *The Measurement of Moral Judgment*. Vol. I, Theoretical foundations and research validation. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. ISBN 978-0-521-16910-3.

Craig, E. *Philosophy – A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2002. ISBN 0-19-285421-6.

Česko. 2009a. *Trestní zákoník – č. 40/2009 Sb.*

Česko. 2009b. *Zákon o nemocenském pojištění – č. 187/2006 Sb.*

Čching-Čao, L. *Květy skořicovníku*, přel. Ferdinand Stočes. Praha: Mladá fronta, 2002. ISBN 80-204-0978-5.

Darley, J. M., Bateson, C. D. From Jerusalem to Jericho: A Study of Situational and Dispositional Variables in Helping Behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1973, Issue 27, p. 29-40. ISSN 0022-3514.

Dictionary of Nursing. London: A and C Black, 2005. ISBN 978-0-7136-8287-8.

Eaton, W. W., Rose, N. R., Kalaydjian, A., Pedersen, M. G. , Mortensen, P. B. Epidemiology of Autoimmune Diseases in Denmark. *Journal of Autoimmunity*, 2007, Vol. 29, p. 1-9. ISSN 0896-8411.

European Commission. Review of Lindane [online]. [Cit. 1.11.2014]. December 1998. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/food/fs/sfp/ph\\_ps/pro/eva/existing/list1-21\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/food/fs/sfp/ph_ps/pro/eva/existing/list1-21_en.pdf).

Fahrenwald, N. L., Bassett, S. D., Tschetter, L., Carson, P. P., White, L., Winterboer, V. J. Teaching Core Nursing Values. *Journal of Professional Nursing*, January-February 2005, Vol. 21, Issue 1, p. 46–51. ISSN 8755-7223.

Ferrieres, J. The French Paradox; Lessons for other countries. *Heart*, 2004, Vol. 90, Issue 1, p. 107–111. ISSN 1355-6037.

Frankl, V. Man's search for meaning. New York: Random House, 1959. ISBN N/A.

Garczyński, S. Chyby a omyly. Praha: Mladá fronta, 1982. ISBN N/A.

Gilligan, C. In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1998. ISBN 0-674-44544-9.

Gortner, S. R. The History and Philosophy of Nursing Science and Research. *Advances in Nursing Science*, January 1983, Vol. 5, Issue 2, p. 1-8. ISSN 0161-9268.

Halpern, H. M. Predictive Empathy and the Study of Values. *Journal of Consulting Psychology*, April 1957, Vol. 21, Issue 2, p. 104. ISSN 0095-8891.

Hartl, P., Hartlová, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.

Heidegger, M. Bytí a čas. Praha: OIKOYMENH, 2002. ISBN 80-7298-048-3.

Hess, J. Fuzzy Logic and Medical Device Technology. *Medice Device Technology*, 1995 October, Vol. 6, Issue 8, p. 37-46. ISSN 1048-6690.

Hickam, D. H., Severance, S., Feldstein, A., Ray, L., Gorman, P., Schuldheis, S., Hersh, W. R., Krages, K. P., Helfand, M. The Effect of Health Care Working Conditions on Patient

Safety: Summary. AHRQ Evidence Report Summaries. March 2003, Evidence Report/Technology Assessment No. 74. ISSN 1530-440X .

Hooper, L. et al. Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people [online]. [Cit. 11.10.2015]. Cochrane Review. Dostupné z: [http://www.cochrane.org/CD009647/RENAL\\_clinical-symptoms-signs-and-tests-for-identification-of-impending-and-current-water-loss-dehydration-in-older-people](http://www.cochrane.org/CD009647/RENAL_clinical-symptoms-signs-and-tests-for-identification-of-impending-and-current-water-loss-dehydration-in-older-people).

Horowitz, M. C. New Dictionary of the History of Ideas. Farmington Hills: Thomson Gale, 2005. ISBN 0-684-31377-4.

HRSA, 2013. The U.S. Nursing Workforce: Trends in Supply and Education [online]. [Cit. 11.10.2015]. Dostupné z: <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/nursingworkforce/nursingworkforcefullreport.pdf>.

Iannone, A. P. Dictionary of World Philosophy. London: Routledge, 2001. ISBN 0-415-17995-5.

Johnson, E. C., Horwood, J., Goberman-Hill, R. Conceptualising Time Before Surgery: The Experience of Patients Waiting for Hip Replacement, Social Science & Medicine, September 2014, Vol. 116, p. 126-133. ISSN 0277-9536.

Klitzman, R. "Patient-time", "Doctor-time", and "Institution-time": Perceptions and Definitions of Time among Doctors who Become Patients, Patient Education and Counseling, May 2007, Vol. 66, Issue 2, p. 147-155. ISSN 0738-3991.

Kozáková, R. Empatie a prosociální chování u studentů oboru všeobecná sestra. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

Kulka, J. Psychologie umění, 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2329-7.

Kurzweil, R. The Singularity is Near: When Humans Transcend Biology. New York: Viking, 2005. ISBN 0-670-03384-7.

Lewis, L. This I Believe. Nursing Outlook, May 1968, Vol. 15, Number 5, p. 27. ISSN 0029-6554.

Lim, A. An Introduction to Medical Ethics. Patient's Interest First. New Jersey: World Scientific, 2008. ISBN 978-981-279-304-1.



Lin, C., Albertson, G. A., Schilling, L. M., et al. Is Patients' Perception of Time Spent With the Physician a Determinant of Ambulatory Patient Satisfaction?. *Archives of Internal Medicine*, 2001, Vol. 161, Issue 11, p. 1437-1442. ISSN 0003-9926.

Lot, F. et al. Probable Transmission of HIV from an Orthopedic Surgeon to a Patient in France. *Annals of Internal Medicine*, 1999, Vol. 130, Issue 1, p. 1-6. ISSN 0003-4819.

Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

Maslow, A. *Toward a Psychology of Being*. New York: John Wiley, 1998. ISBN 0-471-29309-1.

McClellan, J. E., Dorn, H. *Science and Technology in World History: An Introduction*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2006. ISBN 0-8018-8360-1.

McDonald, Lynn. *Florence Nightingale's Suggestions for Thought: Collected Works of Florence Nightingale, Volume 11*. Editor: Lynn McDonald. Waterloo: Wilfrid Laurier University Press, 2005. ISBN 978-0889-2046-52.

MKN-10. *Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1993. 779 s. ISBN N/A.

Moss, H., O'Neill, D. Aesthetic Deprivation in Clinical Settings. *The Lancet*, 22 March 2014, Vol. 383, Issue 9922, p. 1032-1033. ISSN 0140-6736.

Munhall, P. L. *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning, 2007. ISBN 978-0763-7386-48.

Nakonečný, M. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-1290-7.

Nanda, U., Pati, D., McCurry, K. Neuroesthetics and Healthcare Design. *HERD*, 2009 Winter, Vol. 2, Issue 2, p. 116-33. ISSN 1937-5867.

Nightingale, F. *Notes on Nursing: What it Is, and What it Is Not*. Digitally printed version 2010. New York: Cambridge University Press, 2010. ISBN 978-1-108-02061-9.

Noti, J. D., Lindsley, W. G., Blachere, F. M., Cao, G., Kashon, M. L., Thewlis, R. E., McMillen, C. E., King, W. P., Szalajda, J. V., Beezhold, D. H. Detection of Infectious Influenza Virus in Cough Aerosols Generated in a Simulated Patient Examination Room. *Clinical Infectious Disease*, 2012, Vol. 54, Issue 11, p. 1569-77. ISSN 1058-4838.

Reference. Knowledge [online]. Slovníkové heslo. [Cit. 11.3.2015]. Dostupné z: <http://dictionary.reference.com/browse/knowledge>.

Risse, G. B. *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*. New York: Oxford University Press, 1999. ISBN 978-0-1950-5523-8.

Rogers, C. R., Freiberg, J. H. *Freedom to Learn*. New York: Macmillan, 1994. ISBN 0-02-403121-6.

Rokeach, M. *The Nature of Human Values*. New York: The Free. Press, 1973. ISBN N/A.

Runes, D. D. *The Dictionary of Philosophy*. New York: Philosophical Library, 1964. ISBN N/A.

Shenk, D. *Data smog: Surviving the Information Glut*. San Francisco: Harper Edge, 1997. ISBN 0-06-018701-8.

Shyjumon, G., Shafiq, A., Kim, J., Mammen, G., Mathews, J. Influence of Music on Operation Theatre Staff. *Journal of Anaesthesiology and Clinical Pharmacology*, 2011 July-September, Vol. 27, Issue 3, p. 354–357. ISSN 0970-9185.

Skeat. A. *Concise Etymological Dictionary of the English Language*. Oxford: Clarendon Press, 1965. ISBN N/A.

Slíva, J., Doležal, T. *Farmakoterapie bolesti: praktický průvodce*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-182-0.

Smith. M. C., Turkel, M. C., Wolf, Z. R. *Caring in Nursing Classics: An Essential Resource*. New York: Springer Publishing Company, 2012. ISBN 978-0826-1711-15.

Szymanek, Krzysztof. *Umění argumentace: terminologický slovník*. 1. české vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0699-3.

Szymanek, K., Wiczorek, K., Wójcik, A. *Umění argumentace. Úlohy na zkoumání argumentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0834-1.

Vláda ČR, 2009. NAŘÍZENÍ VLÁDY ze dne 7. prosince 2009, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za nakažlivé lidské nemoci, nakažlivé nemoci zvířat, nakažlivé nemoci rostlin a škůdce užitkových rostlin.

Watson, J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder, Colorado: University Press of Colorado, 1985. ISBN 0-87081-154-1.

Wikström, B.-M., Westerlund, E., Erkkilä, J. The Healthcare Environment—The Importance of Aesthetic Surroundings: Health Professionals' Experiences from a Surgical Ward in Finland. *Open Journal of Nursing*, September 2012, Vol. 2, No.3, p. 188-195. ISSN 2162-5336.

Williams, J. R. Medical Ethics Manual. Ferney-Voltaire: World Medical Association, 2009.  
ISBN 92-990028-1-9.

# GLOSÁŘ

---

- <sup>a</sup> epistemologie = nauka o poznání, zejména vědeckém; někteří autoři ji odlišují od gnozeologie (nauky o obecných otázkách poznání)
- <sup>b</sup> bifurkace = rozdvojení, větvení
- <sup>c</sup> koexistence = společná existence, společná přítomnost
- <sup>d</sup> entita = něco existujícího, existující jednotlivina
- <sup>e</sup> karteziánský dualismus = ostré odlišení psychického od materiálního, protiklad psychického a tělesného (filozof a matematik René Descartes., hájící tuto myšlenku, byl latinsky nazýván 'Cartesius')
- <sup>f</sup> prominentní = přednostní, hlavní, vystupující do popředí
- <sup>g</sup> erudice = vzdělání, široký rozhled
- <sup>h</sup> modalita = způsob, druh přístupu k dané věci
- <sup>i</sup> dekáda = desetiletí
- <sup>j</sup> proklamace = prohlašování, hlášení se (k určité myšlence)
- <sup>k</sup> explicitně = výslovně, zřetelně
- <sup>l</sup> krédo = hlavní životní postoj či hodnota, životní „heslo“
- <sup>m</sup> metaparadigma = obecný vzorec myšlení
- <sup>n</sup> passim = na různých místech
- <sup>o</sup> partikulární = dílčí, individuální, speciální
- <sup>p</sup> ontologie = otázky bytí, nauka o bytí, uspořádání existujícího ve světě
- <sup>q</sup> kontinuita = spojitost, souvislost, pokračování
- <sup>r</sup> pragmatismus = přesvědčení, že věci je třeba hodnotit zejména z hlediska jejich užitečnosti, z hlediska praxe
- <sup>s</sup> kontrapunkt = protihlas, protiklad
- <sup>t</sup> fundamentální = základní
- <sup>u</sup> antropocentrický = soustředěný na člověka, chápaný z lidského pohledu
- <sup>v</sup> p. a. = per annum, za rok
- <sup>w</sup> dyáda = dvojice, komunikační dvojice
- <sup>x</sup> preskripce = předepsání léku
- <sup>y</sup> monochronní = řízený přesným časovým plánem nebo sledem událostí, nepřipouštějící více činností najednou
- <sup>z</sup> diskomfort = nepohoda, nepříjemné pocity
- <sup>aa</sup> internalizovaná = zvnitřněná
- <sup>bb</sup> hédonismus = zaměření na prožitek či požitek, někdy bez ohledu na následky
- <sup>cc</sup> generování = tvorba, produkce
- <sup>dd</sup> profylaktický = týkající se konkrétní ochrany před nemocí
- <sup>ee</sup> habitus = vnější vzhled organismu
- <sup>ff</sup> perkuse = poklep
- <sup>gg</sup> palpáce = pohmat, prohmatání
- <sup>hh</sup> auskultace = poslech
- <sup>ii</sup> achromatický = nebarevný, skládající se jen z odstínů bílé, šedé a černé
- <sup>jj</sup> ergometrický = týkající se měření funkcí lidského těla a jeho činnosti
- <sup>kk</sup> eflorescence = vyrážka, kožní výkvětek
- <sup>ll</sup> dictum = průpověď, rčení
- <sup>mmm</sup> incidence = počet nových případů onemocnění v dané populaci za daný časový úsek
- <sup>nn</sup> trichinelóza = parazitární onemocnění způsobené hlísticí
- <sup>oo</sup> komunikant = osoba vstupující do komunikace
- <sup>pp</sup> elementární = základní, nedělitelný
- <sup>qq</sup> kauterizace = zacelování ran či zastavování krvácení řízeným působením tepla a elektřiny či jiného činitele
- <sup>rr</sup> hyponymie = podřazenost jednoho pojmenování jinému (například 'jezevčík' je hyponymem 'psa')
- <sup>ss</sup> reminiscenční = vzpomínková
- <sup>tt</sup> nanotechnologie = technologie založená na částicích velikosti řádu miliardtin metru (začíná se zavádět i ve zdravotnictví – antibakteriální nátěry, úprava léčiv)

## SEZNAM ZKRATEK

č. = číslo

ČR = Česká republika

EBM = Evidence-Based Medicine (medicína založená na důkazech)

EBN = Evidence-Based Nursing (ošetřovatelství založené na důkazech)

ed. = edition (vydání)

et al. = et alii (a kolektiv, z latiny, nikoliv z anglického 'all')

FFP = Filtering Facepiece Particles (třída účinnosti filtrace u ochrany dýchacích cest)

HBV = Hepatitis B Virus (virus hepatitidy B)

HIV/AIDS = Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (virus lidského imunodeficitu, syndrom získaného selhání imunity)

ICD = Implantable Cardioverter Defibrillator (implantabilní kardioverter defibrilátor)

ISBN = International Standard Book Number (mezinárodní standardní číslo knižní publikace)

ISSN = International Standard Serial Number (mezinárodní standardní číslo seriálu/časopisu)

mj. = mimo jiné

N/A = not applicable (neuveдено, nevztahuje se)

NHS = National Health Service (Národní zdravotní služba)

p. = page (strana)

př. n. l. = před naším letopočtem

r. = rok, ročník

s. = strana

SARS = Sudden Acute Respiratory Syndrome (syndrom akutního respiračního selhání)

Sb. = Sběrka zákonů

STD = Sexually Transmitted Diseases (sexuálně přenosné nemoci)

sv. = svazek

Vol. = volume (svazek)

Filozofie a etika v ošetrovatelství

Studijní opora

Recenzovali:

PhDr. Jiří Sedláček

Doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, Ph.D.

Roman Adamczyk

Technický redaktor: Mgr. Bc. Roman Adamczyk, Ph.D.

Slezská univerzita v Opavě

Fakulta veřejných politik v Opavě

Ústav ošetrovatelství

Vydání první

Počet stran: 70

**Náklad elektronicky**

Opava 2015

**ISBN 978-80-7510-182-2**