

## TÉMA 9

### *Humanismus*

Od slova "humanus" = lidský, ušlechtilý, vzdělaný.

#### **Obsah přednášky**

Student se seznámí s termíny, humanismus, dehumanizace, poškození nemocného, práva pacientů, ideální dostupná medicína, diskriminace, sociální eutanázie, solidarita, agismus, holistický přístup- celostní medicína, superspecializace, přeceňování techniky, empatie, etika ve zdravotnictví a další E –eugenika, ekonomika (alokace zdrojů), efektivita (účelná farmakoterapie, compliance, ..), equita, equalita ve zdraví, ekologie a zdraví., program Zdraví 21, program přípravy na stárnutí, role pacienta a další.

#### **Struktura této přednášky**

- I. Humanismus
- II. Poškození nemocného
- III. Pojmy spojené s humanitou a dehumanizací:
- IV. Sociální eutanázie
- V. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 a nový program na léta 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)
- VI. Vede pokrok vědy a techniky v medicíně k její dehumanizaci?
- VII. Ageismus
- VIII. Nová varianta programu – Zdraví 21
- IX. Změna role pacienta
- X. Závěr této kapitoly

#### **I. HUMANISMUS** (nebo taky **humanizmus**) Od slova "humanus" = lidský, ušlechtilý, vzdělaný.

je obecný termín pro mnoho různých linií myšlení, které se soustředí na společná řešení obyčejných **lidských** problémů. Nejvyšší hodnotou v humanismu je lidský život.

Humanismus se stal druhem implicitní (samozřejmé) etické teorie, jejíž sféra je rozšířena pro zahrnutí celého *lidského* národopisu, v protikladu k tradičním etickým systémům, které se vztahují jen k určitým **etnickým skupinám**. (Wikipedie).

Humanismus je široká **kategorie aktivních etických filozofií**. Humanismus je součást palety více specifických filosofických systémů, a je také včleněn do některých náboženských myšlenkových směrů.

#### **Pojem dehumanizace -**

Význam: neúcta k člověku, k lidskosti, znelidštění, vzájemné odcizování lidí, odcizenost služeb všeho druhu . <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/dehumanizace>

#### **II. POŠKOZENÍ NEMOCNÉHO**

1. Institucionalizace- samotná hospitalizace je pro pacienta stresující (hospitalismus u starších lidí – zhoršení stavu, desorientace, změna psychiky, apod.). Je třeba citlivého přístupu a dostatku komunikace při přijetí pacienta do ústavní péče.
2. Přemýšlejte o možnostech psychického fyzického poškození nemocného v praxi ať už v ambulantní, tak v ústavní péči – jednáním a chováním personálu, chybami a omyly

v laboratorních, diagnostických metodách a léčebných postupech, omyly v diagnóze, jaké mohou být nosokomiální nákazy.

3. Neadekvátní, neefektivní péče, nadbytečná (abundantní) vyšetření a léčba (kromě jiného i regulační poplatky, poplatky za zbytečná vyšetření a léky), narušení kontinuity a koordinace léčby jednotlivými lékaři, fyzické poškození nemocného zbytečnými zásahy. Non compliance pacienta- nedodržení léčebných postupů se strany pacienta někdy v důsledku nedůvěry, nedostatečného vysvětlení nebo nedostatečné informací o výši doplateků na léky (nevyzvednutí receptu) a podobně.
4. Polypragmázie- nadbytečné, abundantní předepisování léků je velmi časté u seniorů a zejména u geriatrických pacientů, následuje polyterapie (není výjimečné i 12 léků denně u jednoho pacienta), neúčelná farmakoterapie, není dobře nastaven a vypracován individuální terapeutický plán (každý člověk je jedinečný a neexistuje vždy univerzální léčebný plán).
5. Iatropatogenie je termín používaný pro poškození pacienta lékařem. Sororigenie znamená poškození nevhodnou komunikací s nemocným, tj. chováním zdravotníka nebo nemocničním prostředím. Další pochybení v léčebně preventivním procesu mohou být nedbalost, non lege artis postupy, malpractice (chyby v lékařské péči)
6. Iatraliptagenie znamená poškození nemocného léčiteli (mastičkáři). Někteří léčitelé umí dobře využívat psychického vlivu na pacienty a umějí s nimi dobře komunikovat.
7. Ageistický přístup ke starým nemocným, diskriminace v péči, tzv. sociální eutanázie nedodržení pravidel diferencované péče ve zdravotnictví jsou nebezpečné negativní jevy související zejména s ekonomickými problémy, ekvitou (spravedlností), rovností a dostupností péče.
8. Placebo je používáno v klinických kontrolovaných pokusech, je diskutována etická problematika jeho používání.
9. V lékařské diagnostice jsou používány screeningové testy, problematika falešně negativních a falešně pozitivních výsledků při vyšetření danými testy (v závislosti na validitě testu – tedy citlivosti a specifčnosti daného testu) je spojena s etickými problémy.

Toto není zdaleka vyčerpávající přehled možností poškození nemocného v léčebně preventivní péči. V medicíně je nutné zveřejňovat chyby a omyly. Pomohou v budoucnu k jejich prevenci a nutnosti myslet na nebezpečí poškození nemocného (např. záměny stran na rentgenu – odstranění zdravé místo nemocné ledviny, amputace zdravé končetiny, záměna novorozenců, apod.).

### ÚKOL:

Přemýšlejte, zda jste se během studia nesetkali v průběhu praxe nebo z jiných vlastních zkušeností (vlastní nemoc, nemoc v rodině) se situacemi, které poškodily nebo hrozily poškozením nemocného. Uveďte případy omylů a chyb z literatury. Problém bude diskutován na semináři.

### III. POJMY SPOJENÉ S HUMANITOU A DEHUMANIZACÍ:

- holistický přístup k nemocným (holistní medicína)- **celostní medicína** – biopsychosociální znalost nemocného, ne léčení nemoci, ale nemocného
- problém **superspecializace** v medicíně, ztráta biopsychosociálního rozměru zdraví a nemoci, lékař řeší často nemocný orgán, nepřemýšlí o nemocném člověku
- problém **etika a ekonomika** a v souvislosti s tím ideální medicína (podle nejnovějších poznatků vědy) a dostupná (ekonomicky) medicína

- nové moderní **technologie, vědecké poznatky** a s tím související etické problémy (asistované oplodnění, transplantace, genetické inženýrství, klonování, experimenty apod. )
- **počítačové technologie a odlidštění vztahu** nemocný a zdravotník, často je anonymita, nemluví se, nekomunikuje, komunikace je základ léčebně preventivní péče!!!! – misscommunication - **špatná nebo nedostatečná komunikace** je nejčastější problém !!!, proto dochází v praxi někdy k nedorozuměním a tím zbytečné traumatizaci pacienta nebo jeho pocitu poskytnutí nedostatečné péče, je třeba postupy a léčbu pacientovi a eventuelně rodině srozumitelně vysvětlovat !!!!
- problém tzv. **špatné, zlé pravdy, infaustní prognózy** – citlivé sdělení diagnózy, lékař není povinen za každou cenu sdělit pacientovi špatnou diagnózu, měl by zvážit jak, kdy a co pacientovi říci
- **etické aspekty skríningu** byly zmíněny v předchozí části – např.- falešně pozitivní výsledky testu v případě .rakoviny, AIDS,...apod.
- **péče o staré a dlouhodobě nemocné a péče o těžce handicapované** osoby je náročná z hlediska kontinuity péče, multimorbidity nemocných, délky poskytované péče i ekonomické náročnosti, je nedostatek geriatrů a zařízení poskytující kvalitní odpovídající péči, mnohdy je těžké ve vyšším věku oddělit problémy zdravotní a sociální, v souvislosti s ekonomickými problémy je nebezpečí diskriminace seniorů ve zdravotnických službách, někdy je používán termín sociální eutanázie.

**IV. SOCIÁLNÍ EUTANÁZIE** souvisí s problémy ideální a dostupné medicíny, s ekonomickými problémy a stanovením priorit ve zdravotnictví a s nezbytnou alokací finančních zdrojů. (převedením finančních zdrojů do prioritních služeb). Všechna zdravotnictví ve světě mají finanční problémy, protože moderní medicína je vynikající, ale drahá.

Poprvé jsme před lety slyšeli používat termín sociální eutanázie na konferenci na Slovensku, nyní je tento termín znám i u nás.

**Ideální medicína** je termín, označující takové lékařské postupy, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky.

**Dostupná medicína**, termín užívaný pro skutečný stav praktické lékařské činnosti, ekonomické možnosti medicíny v praxi. Bezpodmínečně musí respektovat postupy lege artis, ale za ideální medicínou se více či méně opožďuje.

Problematika eutanázie je nesmírně složitá a bude podrobněji diskutována při praktické výuce.

## **V. NÁRODNÍ PROGRAM PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ NA OBDOBÍ LET 2003-2007**

Vyjímáme podstatné části pro tuto kapitolu. Plná verze je na internetu.

Cílem dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané. Je třeba překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Změna postojů jednotlivců i společnosti ke stárnutí a seniorům se musí stát základem pro přístup k naplňování celospolečenského programu přípravy na stárnutí. Nezastupitelnou roli v úspěšném prosazování programu přípravy na stárnutí a přijetí myšlenky "**vytvoření společnosti pro všechny generace**" musí sehrát i soustavná a dlouhodobá medializace, publicita a propagace programu a jeho cílů, stejně jako veřejná kontrola jeho naplňování.

Návrh Národního programu přípravy na stárnutí vychází z " Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí" (Vídeň 1982), "Zásad OSN pro seniory" (1991) a je v souladu se

závěry a II.světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu (8.-12.4. 2002) a přijatého "Mezinárodního plánu stárnutí 2002".

Přítomnost starších lidí v rodině, v sousedství a ve všech formách společenského života je stále **nenahraditelnou lekcí humanity**. Ohled na starší členy společnosti a péče o ně jsou jedny z mála stálých hodnot v lidské kultuře kdekoliv na světě. Je potřebné, aby mladá generace přijala princip **nediskriminace a solidarity** a uznala, že starší lidé přinášejí do života společnosti nezastupitelné kvality, že starší generace není ohrožením národního životního standardu, ale naopak se na jeho tvorbě může významně podílet.

Ke změně společenského klimatu a přijetí starší generace jako plnoprávné složky společnosti je třeba především aktivního přístupu samotných seniorů ke stárnutí a stáří. Svými aktivitami a postoji by měli také senioři přispívat ke změně vnímání stárnutí a stáří ve společnosti.

#### **Etické principy.**

K hlavním etickým principům patří **respekt k jedinečnosti člověka** při současném uznání **vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti osobnosti seniora, respekt k jeho nezávislosti, právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu**. Je důležité podporovat, posilovat a chránit rodinu jako základní článek společnosti, v níž se přirozeně realizuje mezigenerační solidarita, úcta a respekt ke starším lidem.

#### **Cíle:**

Vytvořit podmínky pro rovnoprávný a aktivní život seniorů, odstraňovat příčiny nepřipustného omezování základních práv a svobod z důvodu věku a sociálního postavení, potírat diskriminaci a sociální vyloučení seniorů, posilovat mezigenerační solidaritu, soběstačnost, uznat přínos seniorů rodině a společnosti, podporovat postoje porozumění, tolerance a solidarity.

Všeobecné a harmonické pojetí činnosti v oblasti podpory a úcty ke starým lidem žijícím v domovech deklaruje **Evropská charta práv a svobod pro staré občany, která byla přijata v Maastrichtu v r. 1993**.

Klade důraz na

- hodnotu života osob v domovech důchodců
- přizpůsobení služeb pro staré osoby, jejich kvalitu, postup lege artis
- dosažitelnost pečovatelských možností
- pružnost financování nákladů na služby poskytované starým lidem.

### **NÁRODNÍ PROGRAM PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ NA OBDOBÍ LET 2008 AŽ 2012 (KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ)**

Z programu vyjímáme pouze základní principy a to jen podstatnější informace, celé znění je na internetu -

#### **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 ve formátu pdf**

Přístup ke starším osobám a stárnutí populace vychází z následujících principů.

#### **1. Celoživotní přístup**

Zdraví a kvalita života ve vyšším věku jsou do značné míry podmíněny životními podmínkami, událostmi a rozhodnutími v dětství a dospělosti, včetně životního prostředí a životního stylu. Celoživotní přístup ke zdraví znamená věnovat pozornost specifickým rizikům v kritických fázích života a zaměřit se na specifické potřeby v různém věku.

Celoživotní přístup je třeba uplatnit nejen v oblasti zdraví, ale také vzdělávání, zaměstnatelnosti, bydlení, hmotného zabezpečení nebo sociální participace.

## **2. Partnerství vlády a samosprávy**

Místní a regionální samospráva má značný vliv na kvalitu a dostupnost dopravy, bydlení, zdravotních a sociálních služeb, příležitostí pro sociální, kulturní a volnočasové aktivity, bezpečnost a na další služby a podmínky důležité pro kvalitu života.

## **3. Mezigenerační vztahy a soudržnost**

Mezigenerační solidarita a věková různost na pracovišti, v komunitě a rodině je faktorem sociální soudržnosti a ekonomického rozvoje. Stáří přináší řadu pozitivních hodnot a seniorská generace hraje významnou roli v rodinách, komunitách a celé společnosti.

## **4. Zvláštní pozornost věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám**

Starší lidé se závažným zdravotním postižením, včetně syndromu demence, duševně nemocní, migranti, obyvatelé špatně vybavených lokalit venkova a měst vyžadují vzhledem ke kumulovaným rizikům sociálního vyloučení zvláštní pozornost a specifická opatření.

## **5. Genderový přístup**

Mezi staršími lidmi v důsledku vyšší naděje dožití při narození převažují ženy a jejich podíl se ve vyšších věkových kategoriích zvyšuje (ve věku 100 let dosahuje poměru 4:1). Starší ženy jsou častěji vdovy na rozdíl od starších mužů, kteří jsou častěji ženatí. Podíl vdov v každé věkové skupině nad 50 let postupně narůstá a ve srovnání s muži je několikanásobně vyšší. Ve věkové skupině 70-74 let přesahují počty vdov počty vdaných žen (podle jednotek věku v 72 letech). V nejstarších věkových skupinách je riziko chudoby několikanásobně vyšší u žen než u mužů. Muži a ženy čelí odlišným rizikům na trhu práce, mají odlišná zdravotní rizika a potřeby. Zdraví žen je obecně horší než zdraví mužů, včetně úrovně disability, rizika institucionalizace, sociální izolace a některých věkově podmíněných nemocí (např. Alzheimerovy choroby či osteoporózy). Naopak kardiovaskulární mortalita či sebevraždnost je vyšší u mužů. Významný genderový aspekt se týká také neformálních a formálních (profesionálních) pečovatelských služeb. Přibližně dvě třetiny neformálních pečovatelských služeb tvoří ženy. Politiky vztahující se ke stárnutí a starším lidem jako například důchodová, zdravotní, rodinná či příjmová politika nebo podpora péče a pečovatelských služeb by měly být genderově sensitivní a spravedlivé. Důležité je nejen zohlednění převažujícího počtu žen ve vyšších věkových kategoriích, ale zejména rozdílných rizik, potřeb a specifik mužů a žen v jednotlivých oblastech života.

## **6. Dialog s občanskou společností a sociálními partnery**

Organizace prosazující zájmy starších osob jsou aktivními partnery v tvorbě politiky. Neziskové organizace, které často působí na místní úrovni, zavádějí nové služby, disponují cennými zkušenostmi a znalostmi a přispívají ke zvyšování kvality života starších osob.

## **7. Odpovědnost jednotlivce a společnosti**

Za kvalitu života ve stáří a aktivní zapojení se do společnosti nesou nedílnou odpovědnost jednotlivci i společnost. Důstojné a aktivní postavení starších lidí vyplývá mimo jiné z aktivního přístupu a odpovědnosti za vlastní život i za mezigenerační vztahy, předávání důležitých zkušeností, tradic a hodnot.

## **8. Snižování sociálních a geografických rozdílů (ekvita)**

Starší lidé tvoří velmi heterogenní skupinu. Stárnutí a stáří přináší jiná rizika a těžkosti těm, kteří byli v průběhu života nějakým způsobem znevýhodněni, mají nižší příjmy a horší zdravotní stav. Řešení těchto těžkostí přitom může být podmíněno vzděláním a materiální situací. Je správné a slušné usilovat o sociální spravedlnost a snižovat územní rozdíly.

v dostupnosti a kvalitě služeb a příležitostí a zajistit rovnost přístupu k důležitým službám a produktům, včetně bydlení, dopravy, zdravotní péče pro všechny skupiny starších osob.

### **9. Politika podložená důkazy**

V oblasti zdravotní péče, sociálních služeb, bydlení, zaměstnanosti, vzdělávání a dalších je nezbytné vycházet z výsledků výzkumů a objektivních dat. Při koncipování a podpoře výzkumu je žádoucí vycházet z výzkumných priorit stanovených v „Programu výzkumu v oblasti stárnutí pro 21. století“ („The Research Agenda on Ageing for the 21st Century“), který byl zpracován a přijat ve spolupráci Mezinárodní gerontologické a geriatrické asociace a Programu OSN pro stárnutí ve Valencii v roce 2002.

### **10. Důstojnost**

Důstojnost ve stáří a při poskytování péče a pomoci druhým lidem jsou hodnoty, které vyžadují zajištění práva volby a spolurozhodování o způsobu, rozsahu a místě poskytování péče a pomoci. Právo na seberealizaci a svobodnou volbu je třeba zajistit všem, nejen zdravým a soběstačným. Důstojnost vyžaduje zabránění protektivnímu přístupu a redukci potřeb starších lidí a stáří na sociální a zdravotní problematiku. Vyžaduje uspokojení duchovních a kulturních potřeb, „zplnomocnění“ a podporu aktivní nezávislosti. (ponecháno plné znění).

### **11. Informovanost a mainstreaming**

Kvalita života ve stáří a problematika spojená se stárnutím populace je komplexní a průřezová. Potřeby i potenciál starších lidí v různých oblastech a sférách života mohou být snadno opomenuty v důsledku nedostatku zájmu a podpory, neznalosti, nejistoty, ambivalence nebo ageismu. Při koncepční činnosti je proto nezbytné znát potřeby, preference, rizika a omezení různých skupin starých lidí. Systematická pozornost věnovaná specifickým rizikům a potřebám starších a starých lidí v různých oblastech života zvýší senzitivnost politik a služeb a zabráni sociálnímu vyloučení a škodám, které toto vyloučení může znamenat pro jedince, jeho rodinu a celou společnost. S využitím participativního přístupu se lze dozvědět více o názorech občanů na důstojnost a kvalitu života ve stáří, mezigenerační vztahy, aktivní život nebo participaci ve společnosti. Zohlednění demografického stárnutí a potřeb starších lidí v činnosti různých subjektů (mainstreaming) může vést k přijetí legislativního opatření či jiné intervence zaměřené na řešení konkrétního problému a k lepší kvalitě života ve stáří většího počtu lidí. Aktivní zájem a hodnocení navrhovaných změn a opatření z hlediska dopadu na staré osoby může vést k zabránění nežádoucím důsledkům nebo jejich včasné nápravě. (ponecháno plné znění)

V souvislosti s problematikou dehumanizace mne zaujal článek Oty Gregora, který zde uveřejňujeme i s odkazem.

## **VI. VEDE POKROK VĚDY A TECHNIKY V MEDICÍNĚ K JEJÍ DEHUMANIZACI?**

**Autor: Ota Gregor**

**<http://www.vesmir.cz/clanek.php3?CID=256>**

Publikováno: Vesmír 79, 305, 2000/6

Medicína stojí na dvou hlavních pilířích. Je to jednak lékařská věda a technika, jednak lékařské umění a etika. To znamená, že **doktor má znát, lékař má umět**. Do medicíny se však vloudily komerční zájmy a změnily medicínu z charitativních a humanistických aktivit v jakéhosi „tržního Hippokrata“, jak situaci vtipně nazval doc. MUDr. Martin Bojar. **Do jaké míry má lékař možnost chovat se ve své profesi odborně, ekonomicky, byrokraticky, ale**

**zároveň i eticky a empaticky?** Ona základní dvojrole (zejména praktiků) - znát a umět - je při komunikaci s pacientem náročný úkol. Obě role by měly tvořit harmonickou jednotu, ale lékař je nelékařskými tlaky dotlačen až na pokraj možnosti a etické odpovědnosti. V důsledku toho se ocitá v chronické stresové situaci, která může vést až k jeho citovému otupění, ke stavu nazývanému vyhořelost.

Oba, pacient i lékař, jsou dospělí lidé. Proto je důležité podat nemocnému informace, a tím ho získat k určitému druhu spolupráce. Tedy nehrát si na všemocného nařizovatele v bílém plášti, který se zdviženým prstem pacientovi přikazuje, zakazuje a předstupuje před něj jako „vševědoucí guru“. Když pacient získá od svého lékaře dostatek informací o své chorobě, podaných srozumitelným jazykem bez záhadných latinských názvů, může se do určité míry informovaně spoluúčastnit a beze strachu z neznáma se nejen aktivně a vědomě podílet na vyšetření, ale i pochopit terapeutické postupy. Pěkně takový strach z neznáma vyjádřil - ve zcela jiné souvislosti - Shakespeareův Hamlet: „Raději snášet zlo, jež známe, než utéci k jiným, o nichž není zpráv.“

Stárnoucí a staří pacienti si zasluhují obzvláště citlivý a lidský přístup. Praktický lékař by s nimi měl mít trpělivost, protože ti pacienti potřebují pro sdělení svých obtíží více času. Bohužel se stává, že lékař potřebnou trpělivost nemá, nenechá mnohdy starého pacienta domluvit a odbude ho ošklivou urážlivou větou: „**Co chcete, ve vašem věku...**“ **To je věru také příklad dehumanizace.**

Lékařská věda předala do praxe v tomto končícím století fascinující řadu objevů, které se během doby staly úplnou samozřejmostí, jak pro diagnózu, tak pro terapii. Objev vitaminů, antibiotik, inzulínu, fibroskopická endoskopie, ultrasonografie, hemodialýza, pacemaker, magnetická rezonance, tomografie, umělá ledvina, transplantace, implantace různých umělých orgánů, umělé klouby, umělé oplodňování, chirurgická změna pohlaví, molekulární biologie, molekulární genetika a mnohé jiné. Tyto příklady vědeckého pokroku v medicíně v některých případech souvisejí s pokrokem technologickým.

Vysoce vyspělé technologické metody musí provádět vysoce kvalifikovaný odborník na vysoce kvalifikovaně vybaveném pracovišti za asistence vysoce kvalifikovaného personálu. To vše je náročné a drahé, avšak pro medicínu velmi přínosné. Je **to polidštění techniky, nebo odlidštění člověka technikou?** Nebo obojí? Nebo ani to, ani ono? Nevím, asi to poslední.

Dovolte mi jen několik málo zmínek o moderních technických metodách. Ve Frankfurtu implantovali od r. 1994 asi do poloviny r. 1999 přes 2000 umělých kyčelních kloubů pomocí robotů. Přístroj, který tento postup umožňuje, stojí 1 milion marek. Roboty používají k implantacím i na pracovištích v Erlangenu, Tokiu, San Francisku, Berkeley. Tato pracoviště považují své zkušenosti za první kroky pro vybudování operačního sálu řízeného robotem. Ještě o krůček dále šli v Pasadeně, kde vyvinuli robotem řízenou metodu (RAMS - Robot Asisted Micro Surgery), kterou nazvali „chirurgie klíčové dírky“. Precizně pracujícím robotem tam provádějí operace mozku, očí a krční oblasti.

Mám obavy, aby nemedicínské vlivy neudělaly z lékařské ordinace jakési postmoderní tržiště, které je časově náročné na úkor empatického naslouchání či vnímání slovní, **ale i neverbální komunikace, na ono „z očí do očí“.**

Chtěl bych varovat před redukcionismem v medicíně, který by mohl vést k odlidštění. Německý filozof Karl Jaspers (1883-1969) to vyjádřil asi takto: „**Čím rozsáhlejší je vědecké poznání a možnosti výkonnějších technologických diagnostických a terapeutických metod, tím obtížněji naleznete skutečně dobrého lékaře, ba vůbec lékaře v pravém slova smyslu.**“ Mám také na mysli redukcionismus vyplývající ze *superspecializace lékaře* (v ČR je 60 registrovaných medicínských superspecializací). Na nebezpečí dehumanizace medicíny upozorňuje rovněž prezident celosvětové asociace lékařů, prof. MUDr. J. Blahoš, DrSc.

Až „dorostou“ lékaři, kteří jsou dnes mladí, pravděpodobně ubude skeptiků. Na obranu svých obav volám mistra v oboru obrany, starořeckého filozofa Sokrata, který řekl: „**Právě tak, jako byste se neměli pokoušet léčit oči bez hlavy a hlavu bez těla, neměli byste léčit tělo bez duše.**“

## **VII. AGEISMUS**

V souvislosti se stárnutím populace a zvyšováním podílu osob nad 60 let věku v populaci, podílu dlouhověkých se často v médiích zmiňují ekonomické problémy, které přináší vyšší spotřeba zdravotní a sociální péče seniory. **Stárnutí** je prezentování nikoliv jaké úspěch zvyšování střední délky života, ale jako ekonomická hrozba. Pravdou je, že posledních deset let velká část seniorů prožívá s **dysabilitou** a potřebou pomoci jiné osoby.. Je tomu tak nejen u nás, ale i v jiných zemích. Ageismus je obecnější pojem, ale v současnosti je spojován s negativními postoji ostatních generací ke generaci osob vyššího věku.

### ***Definice-***

**Pojem ageismus (někdy je používáno agismus)** poprvé použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 v článku *Washington Post* v souvislosti se segregací bytovou politikou. V roce 1975 Butler ve své knize „*Why Survive? Being Old in America*“ pojem rozpracovává a v roce 1979 byl „ageism“ poprvé zahrnut do slovníku „*The American Heritage Dictionary of the English Language*“.

Původní a dodnes pravděpodobně nejrozšířenější definice ageismu hovoří o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří (Butler 1975). Pojem bývá v češtině někdy opisován synonymem „**věková diskriminace**“ **nebo „diskriminace na základě věku“**.

V průběhu času se objevila celá řada nových definic, snaží se tento sociologický pojem zpřesnit, respektive rozšířit o celé spektrum „věku“ – tedy i na osoby mladší.

První česká sociologická definice zní: „**Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.**“

(in: Vidovičová, L. 2005 *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, str. 5 )

<http://www.ageismus.cz/index.php?m=2&lang=cz>

**Je třeba vychovávat k humánnímu vztahu ke starým lidem a ke stáří vůbec a přesvědčit veřejnost, že staří lidé potřebují racionální toleranci v životě i zaměstnání.**

Existuje "Evropská charta pacientů seniorů", ve které se mimo jiné praví, že v žádném případě nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci.

**Celosvětový trend ve společenské péči o staré občany je dán 4 x D:**

DEMEDICINACE - stáří není choroba a jeho potíže nejsou záležitostí jediného medicínského oboru - geriatric

DEINSTITUCIONALIZACE - výrazné omezení trvalé a dlouhodobé ústavní péče, rozvinutí péče terénní a ambulantní

DEPROFESIONALIZACE - nenechat péči o staré lidi na zdravotnících a sociálních pracovnících - zainteresovat charitativní spolky, rodinu a další složky společnosti

DESEKTORALIZACE - odstranit bariéru mezi sférou zdravotní a sociální.



## VIII. NOVÁ VARIANTA PROGRAMU – ZDRAVÍ 21 – PROGRAM ZDRAVÍ PRO VŠECHNY - EVROPSKÝ REGION – 21 CÍLŮ PRO 21. STOLETÍ

Plné znění programu Světové zdravotnické organizace (SZO), Regionální verze je na internetu a na stránkách World Health Organisation (WHO) v anglické verzi a na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví.

Zde uvádíme jen základní informace související s etikou.

- nově je zařazeno celoživotní pojetí péče o zdraví
- zdůrazněna multisektorová zdravotní strategie
- větší důraz kladen na **solidaritě a ekvitu (spravedlnost ve zdraví)**
- populačně orientované cíle jsou zredukovány na tři (oproti předchozím cílům)

### ZÁKLADNÍM CÍLEM PROGRAMU

je dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny – z toho vyplývají dva hlavní cíle

1. posilování a ochrana zdraví lidí během jejich celého života
2. snížení výskytu (incidence) hlavních nemocí a omezení strádání, které lidem přinášejí.

Etický základ programu je tvořen těmito základními hodnotami:

- **zdraví jako základní lidské právo, solidarita ve zdraví**
- **ekvita (spravedlnost) ve zdraví mezi jednotlivými zeměmi i uvnitř jednotlivých zemí**
- **vlastní účast a odpovědnost jednotlivých osob, společností, organizací, atd.**

## IX. ZMĚNA ROLE PACIENTA

Informace pro tuto část kapitoly jsme čerpali z článku autorky Mgr. Irena Pilařová, psychologický poradce a lektor – z článku vyjímáme jen některé části, plná verze je na internetu.

Pacient **přestane být pasivním vykonavatelem** příkazů lékaře (3x denně 20 kapek) a začne se aktivně podílet na léčbě i prevenci. Bude se lékaře více ptát a o formách léčby spolurozhodovat.

Je pravda, že současný systém vzdělávání lékařů je zaměřen především na:

1. poznání fungování lidského organismu (anatomie, fyziologie, neurofyziologie...),
2. rozpoznání jednotlivých chorob a
3. stanovení vhodné léčby.

Vztah mezi pacientem a lékařem není předmětem zájmu, přestože již dávno víme (např. z řady výzkumů o placebo efektu aj.), že nejen “lék” má sílu zdravit, ale že i “víra tvá tě uzdraví”. Z neznámého důvodu se “zapomíná” na vztah mezi psychikou člověka a jeho fyzickým stavem. **Lékaři jsou vedeni k tomu, aby se stali “experty” na “choroby”, nikoliv na “lidi”.** Jako takoví nutně zaujímají k nemocnému vztah jako ke stroji, který se právě porouchal a který oni umějí opravit. Necítí potřebu s pacientem budovat vztah, nemají potřebu s ním o léčbě diskutovat. S pacientem někdy zacházejí jako s nesvéprávným hlupákem, kterému nemá smysl sdělit ani takovou banální věc jako je diagnóza. Zdravotní stav takového pacienta se může následně zhoršit jen proto, že se pacient domnívá, že když mu lékař nesdělil, co mu je, tak to musí být určitě nějaká “hodně vážná nemoc”.

Chceme-li změnit vztah našich pacientů ke svému zdraví i způsob naší práce, je třeba změnit také sami sebe. **Z role “experta na choroby” je třeba přejít do role “průvodce zdravím a nemocí pacienta” a s pacienty začít komunikovat.**

### 1. Krok: “Navázání kontaktu”

Vlídным slovem a pozdravem navážeme s pacientem vztah. Není třeba být familiární, ale proč bránit pacientovi v tom, aby si o nás myslel, že jsme vcelku příjemní lidé. Navíc příjemnému člověku snadněji začneme důvěřovat a jeho rady ochotněji akceptovat. Zřejmě by nám nemuselo ani vadit, že nás naši pacienti mají “docela” rádi a že o nás “dobře mluví” na veřejnosti.

### 2. Krok: “Vyšetření”

Samotná návštěva lékaře je pro mnohé pacienty stresovou situací. Bílé pláště, lékařské instrumenty, zkušenost s bolestivými zákroky... to vše pacientův strach spíše umocňuje. Vhodnou metodou, jak snížit stres u pacienta, je předem ho informovat o tom, co ho čeká (jaké vyšetření musí podstoupit, jak takové vyšetření probíhá, k čemu jsou dobré výsledky uvedeného vyšetření a jaké pocity jsou pro pacienty při daném vyšetření typické). Např. “Nyní vám musíme odebrat krev, abychom zjistili ....., sestřička vám nejprve rozcvičí ruku, potom.....Při vpichu ucítíte štípnutí, ale není to nic hrozného, dá se to vydržet. Možná by se vám mohlo udělat nevolno nebo zatočit hlava. Bude proto lepší, když si raději lehnete. Po odebrání krve zůstaňte chvíli sedět v čekárně, je to pro případ, že by se vám udělalo nevolno.” Samozřejmě u složitějších vyšetření nebo zákroků je vhodné pro informování pacienta použít obrazových materiálů (rentgenové snímky, obrázky, fotografie...), pomocí nichž může pacient poskytovanou informaci lépe pochopit.

Další metodou je tzv. doprovázení. Znamená to, že lékař doprovází své činy slovním popisem. Součástí slovního popisu vlastní aktivity je také popis typických pocitů pacienta. Např. “Teď vám stáhnou paži obinadlem, možná to bude trochu nepříjemné. Teď ucítíte malé píchnutí. Ještě odeberu krev do další zkumavky.”

Třetí metodu, kterou užíváme v komunikaci s pacientem, je instruování, tj. poskytování instrukcí o tom, co má pacient udělat. Např. “Nyní se posaďte, vyhrňte si rukáv, zacvičte rukou, sepněte pěst, zhluboka dýchejte,...”. V souvislosti s instruováním pacienta bych ráda upozornila na význam formy podávání instrukce (klidný hlas, trpělivost,...).

### 3. Krok: “Diagnóza”

U některých odborníků přetrvává přesvědčení, že pacientovi by se “neměla říkat pravda”, zejména pokud jde o vážné onemocnění. Co však nastane, když pacientovi nesdělíme “diagnózu”? Pacient neví, co mu je. V případě, že má před sebou jen “několik dní života”, upíráme mu naším “lhaním” možnost strávit poslední okamžiky života co nejlépe, připravit se na smrt, rozloučit se s nejbližšími, případně urovnat formální záležitosti (sepsání poslední vůle...). V případě, že se nejedná o “vážné onemocnění”, můžeme naším “mlčením” vytvořit u pacienta dojem, že jeho stav je vážný (nechce mi říct, že brzy umřu), že lékař diagnózu neumí určit (je neschopný nebo málo zkušený) apod. U pacientů, kteří jsou přesvědčeni o vlastní “smrtelné” nebo “nevyléčitelné” chorobě, často můžeme následně pozorovat reálné zhoršení zdravotního stavu. Proto je velmi důležité nepodceňovat vliv psychiky na fyzický stav organismu.

### 4. Krok: “Léčba”

Na základě výsledků vyšetření stanovíme diagnózu a na základě diagnózy následnou léčbu. Obvykle existuje více způsobů léčby (různé druhy léků, různé formy zákroků...), z nichž lékař vybírá ten, který je podle jeho názoru pro daného pacienta nejvhodnější. I v tomto okamžiku bychom měli pacientovi poskytnout více informací než jen obvyklé: “tady máte recept”, nebo “předepíšu vám penicilin”, nebo “budete to brát 3x denně vždy po jídle” nebo “s tímhle musíte na chirurgii”,...Co bychom tedy měli pacientovi sdělovat?

A/ Jaké existují formy léčby u dané choroby;

B/ Jakou léčbu navrhuji já;

C/ Proč navrhuji právě tuto léčbu (její výhody, nevýhody...);

D/ Jak bude léčba probíhat (typické projevy choroby, typické účinky léčby, typické reakce pacientů na danou léčbu, obvyklý stav pacienta po zákroku, průběh rekonvalescence, úspěšnost léčby, rizika... ).

Rovněž je vhodné dát pacientovi prostor pro otázky.

Může se nám stát, že pacient nebude s navrženou formou léčby souhlasit. Tato skutečnost by nás nijak neměla zaskočit. V tomto případě lze buď:

a/ pacienta přesvědčit, že léčba, kterou mu navrhuje, je pro něj ta nejvhodnější, nebo b/ domluvit se s pacientem na jiné formě léčby, která je pro něj akceptovatelná nebo c/ doporučit pacientovi jiného odborníka.

Množství informací, které lékař pacientovi poskytuje, závisí obvykle na složitosti léčby a závažnosti diagnózy. Při běžné chřipce nebude lékař předkládat pacientovi 10 možností léčby (resp. léků), hovořit o jejich účincích, chuti, tvaru, negativních důsledcích, kontraindikacích... Přesto i při "banálním" onemocnění bychom se měli držet výše popsaného schématu A-C a neměli pacienta odbýt jen slovy "tady máte recept".

Při léčbě pacienta (např. při realizaci operačního zákroku...) využíváme všechny komunikační techniky, popsané v kroku č. 2 – "vyšetření" (předchozí informování, doprovázení, instruování).

## 5. Krok: "Prevence"

Prevence je přesně ta oblast medicíny, která je v podmínkách naší země značně zanedbávána. Zatímco v jiných částech světa lidé platí lékaře za to, že jsou zdraví (a v okamžiku, kdy onemocní jej platit přestanou, neboť nemoc je známkou toho, že lékař nedělá svou práci dobře), u nás platíme lékaře za to, že má "hodně pacientů" a "hodně výkonů". Je to paradox, který přinejmenším stojí za zamyšlení. Neměli bychom jako lékaři trávit více času tím, že budeme učit lidi pečovat o zdraví, předcházet chorobám a být za svůj stav zodpovědní? Neměl by se systém financování zdravotnictví poněkud změnit? Neměl by pacient, který své zdraví vědomě ničí, platit víc než ten, kdo o něj pečuje? Neměl by být lépe finančně hodnocený lékař, který provádí "efektivní" prevenci?...

**Se změnou role pacienta souvisí na jedné straně "více práv" (vědět, rozhodovat, vybírat si,...), na druhé straně "více zodpovědnosti" (předcházet nemoci, dodržovat zásady správné životosprávy, chodit na preventivní prohlídky,...). Pacient by se neměl spoléhat na to, že lékař nebo nějaká pilulka za něj vše vyřeší. V tomto ohledu je třeba vyvíjet patřičný tlak také na naše politiky, kteří by se měli snažit navrhnout takové právní normy, které umožní tyto nové trendy v přístupu k vlastnímu zdraví uplatňovat v plném rozsahu.**

Literatura: Balint, M.: The doctor, his patient and the illness. London. Pitman Medical Publishing 1964

Beran, J.: Psychoterapeutický přístup v klinické praxi. Praha. H&H 1992

Klimpl, P.: Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci. Praha. Grada Publishing 1998

Skála, J. a kol.: Psychoterapie v medicínské praxi. Praha. Avicenum 1989

## X.ZÁVĚR

**Jsme si vědomi toho, že jsme ani zdaleka nevyčerpaly všechny možnosti jak přiblížit problematiku dehumanizace medicíny a odlidštění vztahu lékaře, zdravotníka a pacient. Předpokládáme, že studenti budou doplňovat aktuálně svoje znalosti četbou dostupné literatury, lékařských časopisů, např. TEMUPS MEDICORUM, Časopisu lékařů českých, a dalších.**

***Plzeňský lékař internista, prof. Bobek podle tradované verze vštěpoval studentům medicíny: Představte si v roli svého pacienta někoho blízkého z rodiny.***

***Pokud tomu tak bude, jistě budete empatičtí, trpěliví a partnerští lékaři.***

***Ještě dodáváme výrok Davida Andersona, který prvně formuloval práva pacientů.***

***Nenechej mě pouze se sáčkem pestrobarevných léků...Mluv se mnou!***

***Doporučená literatura:***

1. Hayesová, N.: Portál.1998,2002,2005,2007. 166s
2. Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně. Galén.1997,19979 162s.
3. Linhartová, V.: Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Grada.2007.152s.
4. Mastiliaková , D.: Holistické přístupy v péči o zdraví. NCO NZO Brno. 2007, 164 s.
5. Minibergerová,L., Dušek,J.: Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. NCO NZO Brno.200667 s.
6. Munzarová, H.: Informovaný souhlas . Proč a jak ?. Galén.2007,103 s.
7. Pidrman,V.Kolibáš,E.: Změny jednání seniorů. Galén.2005.179s.
8. Vondráček, L., Dvořáková, V.: Pochybení a sankce při poskytování lékařské péče. Grada.2007,76s.
9. Stop násilí na seniorech. Občanské sdružení Život 90
10. Tate, P. : Komunikace pro lékaře.Jak získat důvěru pacienta.Grada .2005,164s.