

Člověk-pacient jako specifické jsoucno z hlediska existence, hermeneutiky, ho- lismu a fenomenologie

Vendula Techmannová

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Hodnotový žebříček, každodennost a časovost

V každodenním světě obstarávání jsou základní hodnoty lidského života odsunuty do pozadí, v současnosti nemá běžný člověk čas (časovost člověka) uvažovat nad dopadem svých rutinních skutků na budoucí události. Mnozí mladí lidé chápou svá těla jako nástroj neomezených možností, nevnímají je jako jediný senzomotorický celek, který jim byl dán, a v závislosti na tom, jak o něj budou pečovat, bude jim sloužit. Málokterý mladý a zdravý člověk uvažuje nad tím, že nemoci, které neléčí nebo nedoléčí, se neblaze projeví v budoucnu jako nějaká nedostatečnost, že se jejich tělo opotřebovává a stárne. Generace mladých žen experimentující s narkotiky (byť jen v rámci udržení si společenského statutu) neuvažuje nad tím, že právě to tělo, které napájí jedem, bude jednou toužit donosit dítě. Kolikrát zanedbáme osobní hygienu, třeba tu dentální, neuvědomujeme si, že nikdo z nás netouží po umělém chrupu. Tělo je dar, o který je třeba se starat, není to přístroj do domácnosti, který když přestane fungovat, vyhodíme a pořídíme si nový s dvouletou záruční lhůtou. Každodennost nás ne nechává uvažovat s větším nadhledem. Až lidé pokročilejšího věku mladým připomínají, aby se o sebe starali, protože už sami moc dobře vědí, kam vede nedbalost spojená s péčí o tělo. Jaký je tedy rozdíl mezi uvědomělým a neuvědomělým člověkem co do své tělesnosti? Jde o dotek nebytí.

Zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje v roce 1948 zdraví jako „stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení“¹. Pochopitelně je tento výrok zcela idealistický a nerealistický a vágnost definovaných pojmů je zřejmá. „Obsahuje prvek negativního vymezení zdraví (nepřítomnost nemoci nebo vady) i prvek pozitivní (stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody). Definice však neříká, co se myslí pohodou (well-being). Nepochybně zde bude hrát výraznou roli subjektivní pocit pohody, ale jen na něj se pojem zdraví

¹ HOLČÍK, Jan. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004, s. 20. (Z anglického originálu: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Dostupné na <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.)

omezit nedá.² K dalšímu posunu dochází v novém programu WHO Zdraví pro všechny v 21. století (HFA 21, Zdraví 21), který byl přijat v roce 1999 a přináší definici zdraví, která z praktických důvodů vymezuje zdraví jako snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pocíťované úrovně zdraví, schopnost jedince využít svého potenciálu a pozitivně reagovat na životní podmínky a také schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Dokument též mluví o zdravotním potenciálu jako o nejvyšším stupni zdraví, kterého může jednotlivec dosáhnout. Potenciál zdraví každého člověka je určován možností starat se o sebe a o druhé a jeho schopností samostatně se rozhodovat a uchovat si kontrolu nad svým životem. Společnost má vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli potenciál zdraví uplatnit.

Naproti tomu sociologická definice zdraví je definuje jako fyzický a emoční vztah, který umožňuje jedinci dosáhnout vytoužených hodnot a těšit se z nich, žítí plnohodnotného a aktivního života podle jeho představ. Definici zdraví nabízí také učebnice Sociálního lékařství, která uvádí, že „zdraví není jen biologickou charakteristikou organismu. Je významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty.“³ Jde tedy především o to, jak jsme schopni plnit své sociální role a uspokojovat tak své fyzické a duševní potřeby.⁴

Zrod pacienta

V jakém okamžiku se tedy z rutinního obstarávání potřeb stane filosofické uvažování nad hodnotami lidského života? V závislosti na předchozích definicích je zřejmé, že ke zvratu náhledu na sebe sama dochází při výpadku plné funkčnosti lidského organismu nebo ztrátě některých sociálních rolí, které jsme zvyklí ve svém životě vykonávat. Otázky po hlubším smyslu života si začneme mnohdy klást až v čase tzv. existenciální krize, kdy se naruší řád naší navyklé každodennosti, kdy náš život ztratí svou samozřejmost, zpravidla v souvislosti s negativní spekulací o smyslu života. Euforický zážitek nepřiměje člověka zamyslet se hlouběji nad hodnotami tak, jako ten, který ho nějakým způsobem ohrožuje. Toto odebrání samozřejmosti z lidské každodennosti je klíčem. Takovou existenciální krizí vzhledem ke zdraví může být např. utrpení, bolest, nemoc, ztráta blízkého, osamění a další. Kdy jindy, než v nemoci je člověk ohrožen na své existenci, prožívá bolest, utrpení, strádání (fyzické či duševní). A tato existenciální krize se netýká pouze nemocného, ale i jeho blízkých a potažmo zdravotnického personálu, který je vždy nedílnou součástí jeho prožívání.

Kdo je pacient z hlediska medicínského, sociologického a filosofického

Jakmile tedy nejsme schopni plnit své role z psychických či fyzických důvodů, stává se z člověka pacient.

Patiens – z latinského patiēns (genitiv patientis), odvozené od slovesa patī – snášet, trpět, původně značilo snášejíci, trpící či trpělivý, ale také shovívavý, povolný a vytrvalý v čem. Toto slovo se v čes-

² HOLČÍK, Jan. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů*, s. 23.

³ Tamtéž.

⁴ PARSONS, Talcott. *The Social System*. New York: Free Press, 1951, s. 440.

kých zemích objevilo v barokní lékařské terminologii ve spise lékaře MUDr. Ferdinanda Částky ze Šternšteina stejně jako některé názvy chorob.⁵

Dle původu slova pacient se pro medicínu jedná o sebevysvětlující neucelenost a nedostatečnost v některé z oblastí spojených s fyzickou stránkou našeho života. Pro naše účely je dále zapotřebí rozlišovat mezi pacientem ambulantním a hospitalizovaným. Zatímco ambulantní pacient dochází k autoritám řešit a vyřešit svůj zdravotní problém, zachovává si alespoň některé ze svých sociálních rolí, u pacienta hospitalizovaného nastává zcela specifická situace, která má zásadní vliv na jeho prožívání a vnímání sebe sama, jelikož ztrácí téměř všechny anebo všechny své sociální role. Upoutaný na lůžko, často v oblečení, které mu nepatří, omezený na ohrazený prostor oddělení příslušné kliniky se zavazuje spolupracovat se zdravotnickým personálem bez běžného styku s okolním světem, kde by se mohl realizovat a uspokojovat své sociální potřeby v daných rolích. Není to ale pouhá nedostatečnost fyzického či psychického aspektu, co z něj činí pacienta – jde o vytržení z každodennosti, které ho nutí přemítat nad hlubšími hodnotami vlastního bytí. Je dáno v lidské podstatě, že si začneme vážit až toho, co ztratíme. Právě tento druh pacienta bude dále předmětem našeho zkoumání.

Dějinný přístup k pacientovi

Lidstvo ruku v ruce se svým vývojem prošlo mnoha stádii náhledu na nemocného člověka. Počínaje pravěkou civilizací, kde archeologické nálezy dokládají dvojí přístup – nemocní lidé byli experimentálně léčeni nebo byli opouštěni, přičemž druhý přístup byl mnohem častější. S koncem kočovného života a usazováním v osadách se rozvinuly mnohé choroby v důsledku pobytu většího množství lidí obývajících jednu lokalitu a také kvůli odpadu, který byl generován a stal se líhni nebezpečného hmyzu a hlodavců. Lidé mladšího paleolitu volili mezi sebou šamany, kteří postupným nabýváním zkušeností experimentálně využívali bylin pro zlepšení zdravotního stavu tehdejších nebohých pacientů – jinými slovy, nebylo co ztratit. Existují příklady léčitelství z Mezopotámie, kdy léčitelé byli muži i ženy bez rozdílu a byli schopni rozlišovat dokonce mezi chorobou těla a duše. Lékařství ve starověkém Egyptě bylo na vysoké úrovni a tvořilo první ucelený medicínský systém v dějinách lidstva. Ve starověkém Řecku mnohdy záviselo na bozích, zda bude pacient vyléčen, ale existovaly i snahy mu k vyléčení dopomoci v léčebných chrámech, tzv. Asklepiích. Hippokrates se svými žáky pak praktikovali zcela racionální metodu léčení, z níž vzešla celá západní tradice medicíny. Byzantská říše se sice vrátila k magii a rituálům, leč pro pacienty svítlo na lepší časy. Byla založena první tzv. xenodochia – tedy předchůdce dnešní nemocnice. Mezi 6. a 12. stoletím existovala tzv. klášterní medicína a péče o pacienty byla velmi ovlivňována křesťanstvím, které se v té době v Evropě postupně rozšiřovalo. Láska k bližnímu, pomoc a soucit s trpícím byly akcentovány především. Medicína se postupně začíná vyučovat na univerzitách (od 12. a 13. století), dochází k převratným objevům (např. malý a velký krevní oběh – William Harvey, 17. století) a v období od druhé poloviny 18. století do poloviny 19. století dochází k prudkému rozvoji chirurgie, objevu vakcinace a anestezie. S rapidním technologickým pokrokem na poli medicíny od druhé poloviny 19. století naznává medicína raketový pokrok a vzestup úměrný lepší péči o pacienta jako lidskou bytost, nikoli jako experimentální objekt.

⁵ KOBLÍŽEK, Vladimír. Příspěvek k poznání stavu lékařské terminologie barokního období. *Češtinář*, 1999–2000, č. 4, s. 117–123.

Období světových válek významně zasáhlo do hlavních principů bioetiky – zvěrstva páchaná v koncentračních táborech nacistickými lékaři na věznicích vrátila péči o pacienta o několik stovek let zpět. Po druhé světové válce byly sepsány etické kodexy pro medicínu v novém znění a od té doby lze hovořit o moderní péči o pacienta na stále se zvyšující úrovni.

Paternalismus a partnerství

Z výčtu vývoje lékařství nezbývá než specifikovat, jaké typy přístupu, významně ovlivňující pacientovo nazírání sebe sama, byly a jsou uplatňovány.

Prvním je přístup paternalistický počínající od starověku, kdy je pacient plně podřízen rozhodování autority – tedy mága, šamana, léčitele, potažmo dnešního lékaře. Pacient přichází za svrchovaným lékařem s problémem, jehož řešení je plně v jeho moci a pacient nadále nemá právo se k němu jakkoli vyjádřit. Lékař je povýšen nad pacienta a pod záštitou zásadních bioetických principů non-maleficence (nepoškození) a beneficence (dobře čínění) provede léčbu výhradně dle vlastního uvážení bez nutného objasnění nebo zřetele na pacientův komfort. Tento typ lékaře byl tím jediným až do 20. století a mnohdy se s ním setkáváme i dnes.

Druhý přístup je nazýván partnerský a jeho kořeny sahají do nedávné minulosti – zejména v České republice jej začínáme vnímat až po roce 1989. Partnerský lékař pacienta pečlivě vyslechne, doptá se, zhodnotí možnosti léčby a je-li alternativní možnost, předloží pacientovi možnost výběru. Nepovyšuje se nad něj, byť je to specialista, naopak proklamuje hodnoty holismu a lidství.

Mechanistický a organistický názor

Filosofické koncepce přijímané v medicíně a potažmo ošetřovatelství značně zrcadlí přístupy k pacientovi ze strany ošetřujícího personálu. V 18. století propagovaný materialismus přinesl pacientům jejich redukci na pouhou hmotu a poskytl živnou půdu pro pitvy i experimenty na živých lidech v zájmu získání nových poznatků o lidském těle. V dalším století se materialismus přerodil v redukcionismus nebo také mechanicismus, kdy byl pacient dlouhá desetiletí nazírán jen jako stroj skládající se z částí. Je pasivní a reaguje jen tehdy, jsou-li podněty zvenčí dost podnětné. Chování jedince bylo chápáno jako lineární řetězec podnětů a odpovědí na ně.⁶ Pacient je vnímán jako konkrétní zdravotní problém (slepé střevo nebo konec pánevní). Vliv materialismu a mechanicismu se jasně podepisoval na přístupu lékaře k pacientovi.

Organistický názor naopak vnímá osobu jako živý organismus, integrovaný celek, vnitřně spontánně aktivní, vstupující do interakcí s prostředím a reagující na prostředí. Organistický názor chápe chování jedince spíše ve stochastickém smyslu. Chování je spojené se strukturálními změnami v organismu, které jsou kvantitativní i kvalitativní. Tento názor je úzce spjat s holismem, který předpokládá, že živý organismus je integrovaný celek, který není redukovatelný na části. I když bere v úvahu části organismu, tyto mají význam jen v rámci celku.⁷ Holismus, jehož název zavedl jihoafrický generál Jan Christian Smuts v knize *Holismus a evoluce* (1926), preferuje význam celku před jeho částmi a z něj také vychází holistická ošetřovatelská péče, která se zakládá na procesu systémového přístupu

⁶ PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006.

⁷ Tamtéž.

a komplexních řešení problémů pacienta/klienta; vždy je zaměřen na celého člověka a nejen na vlastní nemoc a předpokládá, že nové skutečnosti a celky nejsou vysvětlitelné jen z předchozích fází.

Je samozřejmé, že s příchodem nových filosofických koncepcí do medicíny se paternalistický přístup ošetřujícího personálu postupně mění na přístup partnerský s převažující silou holistické filosofie.

Hermeneutika a porozumění pacientovi

To, zda a jak rychle se pacient vrátí k plnění svých sociálních rolí, není ale jen otázkou jeho zdravotních možností, ale také toho, jak je vnímán vnějším světem. Přístup lékaře k pacientovi jasně ovlivňuje jeho rekonvalescenční možnosti. Otázkou jen zůstává, zda je lékař schopen porozumět pacientovu prožívání nemoci a zda pro to bude mít paternalistický lékař vůbec předpoklady nebo je veškerá tato schopnost a možnost dána pouze lékařům partnerským.

Pacient je specifické jsoucno – nejen, že si díky doteku určité dávky ne-bytí uvědomuje svou konečnost, ale prostřednictvím vykořeněnosti a úzkosti ze ztráty samozřejmé každodennosti je schopen sám sebe nazírat v jiných a širších souvislostech.

Je ale hermeneutika jako teorie interpretace něčeho tak komplexního, jako je prožívání holisticky pojímaného pacienta na úrovních biologické, psychologické, sociologické a konečně spirituální, vůbec možná? Schleiermacher pracoval s biblickým textem limitovaným na množství výpovědí, které zůstávají neměnné, trpělivě očekáváje rozuzlení. V duchu Gadamerovy koncepce nám půjde nejen o reflexi podmínek a možností, ale také rozumění samotné a dorozumění se v rámci mezilidské komunikace. Člověk-pacient je dynamické jsoucno podléhající mnoha změnám navazujícím jedna na druhou, organický celek tlačенý ke zdi uvědoměním si zdravotního problému a vykazující nestandardní modely chování a jednání. Holistickým chápáním se takto pacient mění na čtyři osobnosti, kterou každou zvlášť budeme muset podrobit analýze a pak syntetizovat zpět do jednoho celku.

A co víc, v dnešní postmoderní medicíně nelze zaručit ekvivalentnost slovníku lékaře a pacienta. Problém dvojnosti byl A. Giddensem shledán v obecnější rovině jako typický pro všechny sociální vědy a označen jako dvojí hermeneutika. Předmět sociálních věd zahrnuje vždy nějakým způsobem člověka, který nějak rozumí světu. Vědec pak musí rozumět jeho rozumění. Přitom dochází k neustálému klouzání (slippage) od jednoho k druhému. Lékařova řeč přechází (tedy klouže) do roviny pacienta a do té míry, do jaké se jí daří takto prakticky uplatnit, naplňuje se a potvrzuje se zároveň její oprávněnost. Pacient ovšem, pokud k tomu najde odvalu, může lékaře opravovat a trvat na své verzi výpovědi. Lékař musí počítat s touto nepříjemností a snažit se domluvit s pacientem na takových formulacích, které jsou přijatelné pro obě strany.⁸ Ale to už nejsou otázky hermeneutiky, nýbrž filosofie jazyka, které ponecháme předmětem jiných prací.

Jak z hermeneutického hlediska může ošetřující personál pochopit prožívání pacienta bez znalosti širšího spektra aspektů – nejen jeho stránky biologické, ale také psychické, sociální a konečně spirituální? Otázkou tedy je, zda pomoc pacientovi, která je specifikována základními pravidly bioetiky (princip nepoškození, dobře činnosti, autonomie a spravedlnosti), je vůbec možná. Ne každá zkušenost

⁸ PETRUSEK, Miloslav. Anthony Giddens. Teoretik strukturace a modernity (Doslov). In: GIDDENS, Anthony. *Důsledky modernity*. Praha: Slon, 1998, s. 182.

je přenositelná – otázkou je, zda porodník dokáže pochopit prožitek matky, která právě porodila. V gadamerovském duchu ono před-rozumění (Vorverständnis) předpokládá, že si zdravotnický personál vytvoří domněnku týkající se pacientova výkladu a je následně ochoten ji pozměnit s každým dalším upřesněním pacientovy výpovědi. Je-li to ale možné s ohledem na dnešní byrokratický systém ve zdravotnictví, kdy dokumentace zabere pracovníkům mnohdy až polovinu pracovní doby a výrazně tak snižuje nároky na čas, který by měl být věnován právě pacientům, zůstává otázkou.

Heideggerova fundamentální ontologie a hermeneutika fakticity

Heidegger skrze svou kritiku tradiční metafyziky, které vytýká tzv. zapomenutost na bytí, tedy to, že nedokázala správně formulovat otázku po smyslu bytí (nerozlišila tzv. ontologickou diferenci mezi bytím o sobě a jsoucnem), nám poskytl jako první zcela jiný náhled na člověka. Zdá se totiž obtížné specifikovat člověka jakožto pouhé jsoucno, nelze jej už redukovat na existentia – každodenní faktický výskyt bytí. Vhodnější výraz tedy Heidegger nabídl ve svém termínu Da-sein, neboli tu-bytí, vezdejší bytí či pobyt, jak o něm píše Patočka. Tímto termínem je označován člověk ve svém každodenním životě, který tím, že jedná a o něco se snaží, má starost o své bytí. Starost mu dále na jedné straně otevírá možnost rozumět věcem, které ho obklopují, porozumět jim jako Zuhandensein (vhodnost – překlad J. Patočky), na druhé straně ho starost neustále žene dál k novým výkladům a k novému porozumění.

Pak zbývá v těchto intencích, pokud možno, odlišit zdravého člověka od člověka nemocného – tedy pacienta.⁹ Zvážíme-li atributy, které z pojmu Seiende (jsoucna) činí Dasein (pobyt), pak musíme připustit, že žádný z nich se neprojevuje bytostněji jinde než v postavě pacienta. Dasein je vždy vrženost do pobývání na určitém místě světa a v určitém čase. Rovněž jde o rozvrženost do budoucna, jelikož člověk zná pouze to, co už není. Díky tomu je nucen žít v neustálé úzkosti (Angst), kde se vlivem mezního zážitku odkrývá jeho autenticita.

Nežli se ze zdravého člověka stane pacient, jeho životní kroky jsou řízeny rutinou bez myšlenky na omezení budoucích možností rozhodování ve světě neautentické existence (man), člověk si zmiňovanou úzkost z bytí-k-smrti nepřipouští, utíká od ní a zastírá si ji. Mnohý dnešní ambulantní pacient bývá upozorněn na zdravotní problém, a přesto jej ignoruje až do okamžiku, kdy nemá volbu a situace se mu vymkne z ruky. Takovýto běžný člověk akcentuje příručnost věcí a stává se jejich otrokem. Obzvláště postmoderní civilizace je specifická touhou po neustálém rozptýlení, chce všechno hned a bez rizika. Rozpouští se v konvenci, kterou v němčině Heidegger právě nazývá man (ono se) a ve svém počínání se orientuje dle kréda „ono se to tak dělá“ a schovává svou autentickou existenci v davu, jež nechává rozhodnout místo sebe. Z této slepoty může globálně vytrhnout snad jen krize podobná pandemii Covid-19. Je tedy zřejmé, že až příchodem jisté nerovnováhy somatické či psychické si skrze úzkost uvědomíme naplno svou vrženost ve světě, a že věci jsou tedy pouze něčím k obstarávání, pouhým korelátům naší existenciální starosti. V úzkosti se pacient vztahuje ke zdánlivé nicotě, skrze ni se však teprve ohlašuje nejvlastnější vazba naší existence na celek bytí, čímž

⁹ Pozn.: Předmětem bude tedy pacient soudobý, hospitalizovaný v rámci evropské lékařské péče.

úzkost otevírá možnost rozhodnutí, volby a přímé otázky po smyslu tohoto bytí.¹⁰ Pacient je puzen neodmyslitelným nutkáním k existenci (projevujícím se strachem z budoucích dějů), plně si uvědomuje svou časovost (díky výpadku svých sociálních rolí a jiné organizaci každodenního života se pro něj čas a časovost stávají primárním tématem), uvědomuje si svou konečnost (i skrze omezení spojená s rekonvalescencí nebo rizikem lékařského zákroku). Nikdo jiný nežli pacient, není více Zum-tote-sein (bytí-k-smrti) v heideggerovském slova smyslu. Právě v pacientovi lze předpokládat jeho přijetí autentické existence (jak bylo popsáno v *Bytí a čas*), jelikož si uvědomuje a přijímá fakt své smrtelnosti. Konečně chápe věci-k-ruce jen jako pouhé nástroje, nikoli jako cíl samotný, kterým je starost o vlastní bytí. Pak tedy díky Sorge (starosti) je pacient prostřednictvím jednoho z jejích rysů, a sice Auslegung (řeč, výklad), schopen artikulovat to, čemu rozumí díky naladěnosti (Befindlichkeit), a zároveň dokáže vyložit to, s čím se setkává. A to nás opět vrací k hermeneutice.

Daseinsanalýza

Ludwig Binswanger a Medard Boss stavějící daseinsanalýzu na Heideggerově pojetí samozřejmě vnímali člověka jakožto specifické jsoucno reflektující nevědomí a nevědomé procesy, zůstali ovšem v rovině čistě psychologické. Somatický pacient není předmětem jejich výzkumu. A přesto, máme-li se dívat na pacienta v širších souvislostech a jsme-li mu ochotni pomoci, když už jsme si vyvolili profesi, či spíše poslání zdravotnického profesionála, pak bychom měli podporovat rozvoj filosofického myšlení, které propojí všechny holistické sféry relevantního vědění – medicínu, psychologii, sociologii a spiritualismus do funkčního celku. Stejně jako matematika neodhalí na základě svých možností podstatu světa, nezvládne to ani holistická medicína bez nadhledu, který jí může poskytnout právě a pouze filosofie.

Filosofie přednášená zdravotnickým profesionálům – ano či ne?

Dějinná zkušenost nám poskytla odpověď. Každý lékař minulosti byl vzdělán nejen v odbornosti, ale také v jiných, zvláště pak humanitních oborech. Pěstování filosofie bylo ve vzdělávacích institucích ve středověku a novověku samozřejmostí. Zejména filosofie a etika jako její nedílná součást tvořily tradiční pilíře evropské univerzitní vzdělanosti. Ve středověkém systému přípravy budoucích lékařů byla naopak výrazně podceňena výuka praktických dovedností a aristotelovská tradice měla přednost. Josef Petráň dokládá, že „až do poloviny minulého století filosofie plnila úlohu fakulty přípravné... a každý univerzitně připravovaný student ji musel absolvovat“¹¹. Smyslem takového studia bylo tříbit moudrost, tedy to, co je dnes nazýváno péčí o osobní a osobnostní zrání mladého člověka. V závislosti na politickém ovzduší a rozvoji přírodních věd dochází ke zmenšení prostoru pro výuku humanitních předmětů přírodovědně orientovaných studentů. Zejména ve 20. století a po světových válkách se studium filosofie stalo doménou pouze těch, kteří si ji zvolili za hlavní obor studia, což se negativně projevilo zejména po roce 1945 tzv. dehumanizací a odosobněním medicíny. Tudíž od 70. let 20. století opět vznikla potřeba reorganizace vzdělávacích systémů, jelikož výpadek humanitního

¹⁰ HORYNA, Břetislav; BLECHA, Ivan; ŠTĚPÁN, Jan; ŠARADÍN, Pavel a kol. *Filosofický slovník*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1998, 2002.

¹¹ PETRÁŇ, Josef. *Nástin dějin filosofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze*. Praha: Univerzita Karlova, 1983.

vzdělání v medicíně měl katastrofální důsledky. Technicky vyspělá medicína má své nepopiratelné úspěchy, jejím negativem je však ztráta lidské dimenze pomoci, stejně jako potíže spojené s nadbytkem či nedostatkem metod tzv. vítězné medicíny.¹² Lékařská etika je v České republice jako nedílná součást filosofie od roku 1992 samostatným lékařským oborem a její výuka byla postupně zahájena nejen na všech lékařských fakultách, ale fakultativně také na středních zdravotnických školách a povinně na všech vyšších zdravotnických školách.

Seznam použité literatury

- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HEIDEGGER, Martin. *Bytí a čas*. Praha: OIKOYMENH, 1996 a další vydání. (Nové, opravené vydání 2018). ISBN 978-80-7298-048-3.
- HOLČÍK, Jan. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. ISBN 80-85047-33-0.
- HORYNA, Břetislav; BLECHA, Ivan; ŠTĚPÁN, Jan; ŠARADÍN, Pavel a kol. *Filosofický slovník*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1998, 2002. ISBN 8071820644.
- HUSSERL, Edmund. *Idea fenomenologie*. Praha: OIKOYMENH, 2001, 2015. ISBN 978-80-7298-206-6.
- KOBLÍŽEK, Vladimír. Příspěvek k poznání stavu lékařské terminologie barokního období. *Češtinář*, 1999–2000, č. 4, s. 117–123. ISSN 1211-6874. Dostupné z: <http://www.historie.hranet.cz/heraldika/etc/nemoce.pdf>.
- PARSONS, Talcott. *The Social System*. New York: Free Press, 1951.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1211-6.
- PETRÁŇ, Josef. *Nástin dějin filosofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze*. Praha: Univerzita Karlova, 1983.
- PETRUSEK, Miloslav. Anthony Giddens. Teoretik strukturace a modernity. (Doslov) In: GIDDENS, Anthony. *Důsledky modernity*. Praha: Slon, 1998, 2010. ISBN 978-80-7419-035-3.
- PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etické problémy v medicíně na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.
- PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9909-4.

TECHMANNOVÁ, Vendula. Člověk-pacient jako specifické jsoučno z hlediska existence, hermeneutiky, holismu a fenomenologie. In: MICHLOVÁ, Barbora; HRONOVSKÝ, Michal (eds.) *Bílá místa filosofie*. Sborník příspěvků doktorandů a mladých badatelů. Ostrava: Ostravská univerzita, 2020, s. 65–72. ISBN 978-80-7599-231-4 (online).
DOI doi.org/10.15452/BilaMista.2020.05

¹² HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. vyd. Praha: Galén, 2015.