European Journal of Mental Health 4 (2009) 2, 271–309
DOI: 10.1556/EJMH.4.2009.2.8

CROATIAN ABSTRACTS
KROATISCHE ZUSAMMENFASSUNGEN

APSTRAKTI

CONSTANCE E. PUTNAM (str. 165)

Kakvo je pravo, u stvari, pravo na smrt?: Ti, koji se zalažu za tobožnje pravo na smrt, rijetko se pozabave izbliza s tim problemom, o kojem tipu prava se ustvari radi. Istodobno, odlučiti o tome da li raspolažemo određenim pravom, pretpostavlja da nam je već unaprijed jasno, što zapravo znači raspolagati s nekim pravom i kakvih ustvari tipova prava ima. U ovoj studiji autor uzima kao osnovu tijek misli filozofa Judith Jarvis Thomson gdje se razmatra pojam moralnog prava, odnosno analizu datu u svezi s različitim pravima, u kontekstu istraživanja jednog od osnovnih pitanja odnosa liječnika i pacijenta, koje se postavlja vezano za njegu u završnom životnom periodu: Ako postoji pravo na smrt, kakvog je tipa prava ovo pravo? Thomson pravi iste razlike u svezi s skupom *moralnih* prava kao što je to radio Wesley Newcomb Hohfeld s *zakonskim* pravima. Ukratko: izgleda da postoje četiri različita tipa prava: *zahtjevi, povlastice, ovlaštenja* i *imuniteti*. Autor je postavio sebi zadaću ustvrditi kakav će biti rezultat ako primijeni Hohfeld–Thomsonov sistem pravne analize u svezi procjenjivanja tih argumenata, koje najčešće navode pristalice misli „prava na smrt". Analizirala su se tri takva argumenta: *argument prava*, *argument autonomije* te *argument pomoći*. Prema definiciji Thomson svaki od ovih argumenata rezultira „nagomilano pravo". Mogli bismo pomisliti da se pravo na smrt najbolje može poduprijeti argumentom autonomije. Ipak, izgleda da je argument pomoći taj na koji se većina ljudi na indirektan način oslanja, kad govori o pravu na smrt, zbog čega pozornost vrijedi usmjeriti prvenstveno na njega. Istodobno se ispostavlja da ovaj argument nije baš ohrabrujući i kao posljedica toga postaje jasno da ako čak i postoji pravo na smrt, moguće da je ono, na kraju krajeva, jedno dosta ograničeno pravo. Na kraju autor ukazuje na to, čak i da je *ispravan postupak*, da liječnik pomaže umrijeti pacijentu koji koristi svoje pravo na smrt, to ni na koji način ne slijedi iz prava na smrt umirućeg pacijenta.

Ključne riječi: pravo na smrt, tipovi prava, tipovi argumenata, pomoć u umiranju, eutanazija

ECKHARD FRICK (str. 181)

Manipulirano tijelo – isplanirana duša? Psihoanalitička i filozofska razmišljanja povodom čovjekovog lika s medicinskog aspekta s posebnim osvrtom na njemačku stručnu literaturu: Psihosomatska antropologija nosi teret dvojnosti dviju međusobno isključujućih ontologija (tijelo–duša- ili dualizam mozak–duh). Po mišljenju pristalica kompleksnog liječenja, u istoj mjeri treba izbjegavati liječenje duše bez tijela kao i medicinu tijela bez duše. Ova studija naspram takvih holističkih tvrdnji navodi argumente u korist toga da tradicionalnu metafizičku aporiju medicine zamjenjujemo s dvojnosti dva gledišta, naime dualitetom živog tijela koje se doživljava u perspektivi prve i druge osobe (*Leib*), odnosno opredmećeno tijelo opisano

1788-4934 / $ 20.00 © 2009 *Akadémiai Kiadó, Budapest*

u perspektivi treće osobe (*Körper*). Ova antropološka zamisao se oslanja na filozofsku antropologiju (Plessner), fenomenologiju tijela (Fusch) i sociologiju tijela (Villa). Tipičan primjer za predmetiziranje živog ljudskog tijela u povijesti medicine je histerija-model, koji je na početku psihoanalize bio shvaćen na jedan nov način.

Ključne riječi: dualitet živog i fizičkog/opredmećenog tijela, oličenje, psihosomatska antropologija, histerija

ISTVÁN VINGENDER, JUDIT MÉSZÁROS & JÚLIA KIS (str. 195)

Migracijski potencijal mađarskih stručnih zdravstvenih radnika: Dinamika naklonosti i odbojnosti: To što u Mađarskoj ne postoji adekvatan opis i analiza migracije stručnih zdravstvenih radnika, očigledno se objašnjava autentičnošću mađarskog društva odnosno manjkom iste. Migracijski tokovi sadrže raznovrsne teorijske pristupe. Svaki od njih objašnjava migraciju sa svoje strane i svog gledišta. Cilj našeg istraživanja je bio upoznati se s migracijskim namjerama i aktivnosti mađarskih stručnih zdravstvenih radnika, te socijalne, socijalnopsihološke i kulturnoantropološke osobenosti ove aktivnosti. Mi smo se upustili u analizu ovog kompleksa problema iz dva razloga: s jedne strane zbog znanstvenog interesa, odnosno radi utemeljenja stručno-političkih rješenja, s druge strane zbog potrebe pomoći programima u razvoju vlastitih institucija. Subkulturna pojava koja služi kao osnova za ovu temu, može se izvesti iz brojnih čimbenika: socialnog podrijetla stručnih zdravstvenih radnika, njihovog karakterističkog, modalnog sustava vrijednosti, to, što oni u većini slučajeva pripadaju ženskom spolu, nedostataka preduvjeta i iskustava mogućih inspiracija za mobilnost itd. Pomoću brojnih istraživanja koja se već godinama odvijaju na Fakultetu zdravstvenih znanosti Sveučilišta Semmelweis, pokušavamo dati svoj doprinos izučavanju pitanja migracijskog potencijala stručnih radnika. U jednom našem istraživanju od prije četiri godine, broj nedvojbenih prognozera iseljavanja radi prihvaćanja posla je bio isti kao danas, a broj onih koji su odlučno odbacili takvu mogućnost, znatno veći: tada je jedna petina stručnih zdravstvenih radnika isključila mogućnost takve karijere, dok danas udio istih jedva dostigne 5%. Ako uzmemo u obzir da danas pridobijanje stručnih zdravstvenih radnika ide mnogo organizovanije i intenzivnije, onda se može očekivati da će dotične osobe u većem broju prihvatiti ideju o zapošljavanju u drugoj zemlji, nego ranije. S druge strane migracijska težnja, odnosno misli o migraciji nisu nezaustavljive, homogene i fatalne. Zahvat, koji hoće zadržati posloprimce u matici, ima još perspektive.

Ključne riječi: problemi akulturacije, stručni zdravstveni radnici, menadžment ljudskih potencijala, tržište radne snage, mentalne smetnje, migracija, migracija ženske populacije, motivacija, socijalna integracija

ROBERT J. BIEL (str. 221)

Karitativni rad u sjenci komunističkog režima u Narodnoj Republici Poljskoj: Karitas je pored liturgije i propovjedi jedan od najvažnijih zadaća crkve. To važi i za katoličku crkvu u Poljskoj, gdje dobrotvornost ima bogatu tradiciju. Već je 1915. godine u Krakovu formirana biskupska komisija koja se bavila problemima žrtava rata, a poslije sedam godina, 1922. udruga Caritas. Katolička crkva u Poljskoj je prije Drugoga svjetskog rata važila za značajnu dobro-

tvornu instituciju. Posebno poglavlje karitativnog rada se pisalo u Poljskoj tijekom Drugoga svjetskog rata. 23. lipnja 1940. njemačke okupatorske vlasti su ukinule sve strukture Caritasa. Umjesto njega su 1940. formirale „RGO“ (Glavno starateljsko vijeće) i „PolKo“ (Poljska starateljska komisija), koji su imali pravo pružati karitativnu pomoć. Neposredno poslije završetka rata Poljska biskupska konferencija je u lipnju 1945. osnovala centralno tijelo Caritasa, koje je odmah počelo sa zvaničnom djelatnošću. Ubrzo poslije preuzimanja vlasti, komunisti su krenuli sa napadima protiv djelatnosti Caritasa. Teški period komunističkog progona je sve više značio sprječavanje te karitativne djelatnosti crkve koja se isto tako ispoljavala u raznim oblicima karitativnog dušebrižništva. Usljed toga Caritas – zajedno sa svojim ustanovama – već 1950. je potpao pod prisilan nadzor države. Centralno je tijelo Caritasa moralo biti raspušteno, njegova dobra su državne vlasti zaplijenile. Nakon raspuštanja centralnog tijela Caritasa 1950. godine, umjesto crkvene ustanove kao novu ustanovu su osnovali „Karitativnu udrugu katolika“, koja je bila potčinjena komunističkoj vladi. Kao odgovor na ovo, Poljska biskupska konferencija je osnovala „Nacionalno Tajništvo Milosrđa“. Uvođenje vanrednog stanja 1981. godine potaknulo je i crkvu na aktivniju karitativnu djelatnost. Tijekom osamdesetih došlo je do značajnog razvoja institucionalnog karitativnog rada kada se u produbljenoj ekonomskoj krizi društvena uloga crkve znatno povećala. U siječnju 1981. su sazvali Karitativnu komisiju, a uskoro poslije promjena – 10. listopada 1990. – nakon četrdesetogodišnjeg prekida, formiran je Caritas, koji se treba uhvatiti u koštac s takvim izazovima novoga vremena kao što je nezaposlenost, društvena nesigurnost i iseljavanje.

Ključne riječi: diakonia, Poljska, komunizam, državni socijalizam, diktatura, povijest, retrospektiva, pomoćno zanimanje, dušebrižništvo, doba promjena, iseljavanje

CHRISTIAN EWHRUDJAKPOR (str. 247)

Studije o izraženim osjećajima s strane članova obitelji u svezi s oboljelima od šizofrenije u državi Delta u Nigeriji: Cilj je ogleda ustanoviti u kojoj mjeri su izraženi osjećaji članova obitelji sposobni prognozirati (služiti kao prediktor) zdravstveno stanje članova obitelji oboljelih od šizofrenije. Pored toga autor je postavio za cilj ustanoviti izvjesne karakteristike jakih i slabih osjećaja članova obitelji prema „bolesnom“ članu obitelji. Istraživanje obuhvata trideset jednu obitelj, u kojoj su psihijatri državnih bolnica zabilježili (koristeći DSM-IV-TR dijagnostiku) oboljele od šizofrenije članove obitelji. Uzimanje uzorka, koje je bilo motivirano teorijskim razmišljanjima, je organizovano uključivanjem socijalnih radnika. Sredstvo prikupljanja podataka je bilo provjereni i modificirani obrazac za obiteljski intervju Camberwella (Camberwell Family Interview – CFI), koji se fokusirao na tri osnovna polja: na neprijateljske osjećaje članova obitelji, na njihove kritičke primjedbe, odnosno na izražene osjećaje, koji govore o pretjeranoj vezanosti za dotični problem. U toku postupka kvalificirani istraživački asistenti, koji su stručni u datoj oblasti, provodili su interaktivne sastanke na općekorišćenom jeziku. Dobijeni rezultati su podvrgnuti kvalitativnoj analizi. Ova je pokazala da je od 31 obitelji, koju je obuhvatilo istraživanje, za 25 obitelji (80.65%) su karakteristični jaki izraženi osjećaji, dok za preostalih šest (19.35%) slabi izraženi osjećaji. Istodobno je bilo samo pet takvih „oboljelih“ članova obitelji, kod kojih poslije prvog tretmana, odnosno otpuštanja nije došlo do nazatka (relapsa). 7 „oboljelih“ članova obitelji su napustili neku od 25 obitelji za koje su bili karakteristični jaki izraženi osjećaji. Studija je rasvijetlila činjenicu da izraženi osjećaji u značajnoj mjeri opredjeljuju šansu za nazadak tih članova obitelji, koji su oboljeli od šizofrenije, odnosno da spol „oboljelog“

člana obitelji opredjeljuje razinu izraženih osjećaja članova obitelji. Studija je isto tako ukazala na to da kod obitelji, koje su na niskom društvenom položaju, odnosno imaju slabu ekonomsku podlogu, izražene osjećaje izaziva siromaštvo, a kod obitelji, koje su na visokom društvenom položaju, sramoćenje. Studija nudi terapijski model za obitelj.

Ključne riječi: Nigerija, obiteljski intervju Camberwella, izraženi osjećaji, obiteljska pomoć, prediktor, relaps, šizofrenija

DIETMAR MIETH (str. 257)

Samoopredjeljenje i odgovornost u posljednjem razdoblju života: To, kako razmišljamo o umiranju, uveliko ovisi o našim iskustvima i zamislima. Pored toga umiranje se često smatra najintimnijom stvari svijeta. Iza ovoga se skoro uvijek krije protest protiv takve doživljene ili pripovjedane situacije, kojoj je nedostajao kvalitet života odnosno kvalitet smrti. Pošto je u medicini samoopredjeljenje – s pravom – postiglo visok značaj u odnosu na rješenja liječnika ili bolničara, koja se često pokazuju kao tuđa, neki su ga pokušali gurati čak i nakon postizanja cilja. Tako se neki osjećaju sigurno u slučaju tretmana ljudi koji su oboljeli i kojima je potrebna njega, ako mogu dokazati: oni postupaju na osnovu izjavljene suglasnosti ili odbijanja. Gdje se povećava nepovjerenje, povećava se i želja pružanja otpora prema njemu. Dobro je dati prednost samoopredjeljenju. Ali kao što i u prometu, prednost zahtjeva od nas da budemo oprezni i obazrivi prema drugima. Jedna stvar je odlučiti o sebi, a druga ustanoviti pravila u svezi s tim kako da odlučuju svi ostali ljudi. Pozornost mnogih mimoilazi to, što kad donosimo zakone o slobodi njege, skrbi i ispraćanju u smrt, radi se ne samo o egzistencijalnom nazoru, nego isto tako i o zajedničkoj odgovornosti građana. Netko tko smatra da samoopredjeljenje treba da bude takva nesmetana mogućnost izbora, kojoj svi ostali sudionici trebaju podčiniti vlastitu odgovornost, ne uzima u obzir to, što realna odgovornost uvijek mora voditi računa o drugima, i svi bi trebali udružiti svoje snage radi postizanja zajedničkog cilja. Istodobno odgovornost znači imati obvezu prema sebi. Taj koji primjećuje da je drugima na teret te ostane osamljen, gubi na smislu života. Često se govori o samoopredjeljenju tad, kad materijalna sredstva postanu skučena, pa ljudi više nemaju vremena za osobe kojima je potrebna njega. To, što ostaje njima, neopravdano se definira kao „samoopredjeljenje“. Odgovornost znači, da čovjeka vidimo u takvim vezama, koje neće tretirati isključivo sve kao jedinke. Zbog toga imamo građansku odgovornost u tom pogledu da ljudi ne ostanu sami, ako je njihov život postao ograničen, te da im se pomogne nositi teret. U tom slučaju mi njima pružamo samoopredjeljenje ne samo zbog toga da bismo sebi uštedjeli odgovornost, nego zbog toga što ih uvažavamo.

Ključne riječi: veze, zajednička odgovornost, izjavljena suglasnost, kvalitet života/smrti, pravila, primanje obveze, umiranje

CZECH ABSTRACTS
TSCHECHISCHE ZUSAMMENFASSUNGEN

ABSTRAKTY

CONSTANCE E. PUTNAM (s. 165)

Jaké právo je vlastně právo na smrt? Ti, kteří argumentují ve prospěch domnělého práva na smrt, se zřídkakdy blíže věnují otázce, jakého druhu by vlastně takové právo bylo? Přitom předpokladem rozhodování o tom, zda disponujeme určitým právem, je principiální objasnění otázky, co vůbec znamená disponovat nějakým právem, resp. jaké druhy práv ve skutečnosti existují. Autor vychází z myšlenek filozofky Judith Jarvis Thomsonové, pojednávajících o pojmu morálního práva, resp. z její obecné analýzy práva, a o ně opírá ve své studii rozbor jedné ze zásadních otázek vztahu mezi lékařem a pacientem, související s péčí na konci života: Existuje-li právo na smrt, jaký typ práva to je? Thomsonová používá pro okruh *morálních* práv táž kritéria, která aplikoval Wesley Newcomb Hohfeld na *zákonná* práva. Stručně řečeno: zdá se, že existují čtyři základní typy práv: *nároky, výsady, moci* a *osvobození*. Autor si za cíl kladl zjistit, jaké výsledky přinese aplikace Hohfeld–Thomsonovy metody právního rozboru při vyhodnocení nejčastěji užívaných argumentů těch, co podporují myšlenku „práva na smrt". Analyzovány byly tři takové argumenty: *argument práva*, *argument autonomie* respektive *argument pomoci*. Všechny čtyři argumenty vedou podle terminologie Thomsona k „právu kumulovanému". Na první pohled by se zdálo, že právo na smrt lze ještě nejlépe podpořit argumentem autonomie. Přesto se zatím jeví tak, že většina lidí se v hovoru o právu na smrt nepřímo opírá o argument pomoci, proto je třeba prioritně se věnovat jemu. Zároveň se ukazuje, že tento argument není příliš povzbudivý a v důsledku toho je zjevné, že pokud by existovalo právo na smrt, zřejmě se bude jednat v konečném důsledku o právo značně omezené. Autor nakonec připomíná, že otázka, zda jde o *správné jednání*, když lékař napomůže pacientovi v aplikaci jeho práva na smrt, v žádném případě nevyplývá z práva na smrt umírajícího pacienta.

Klíčová výrazy: právo na smrt, typy práva, typy argumentů, nápomoc ke smrti, eutanázie

ECKHARD FRICK (s. 181)

Zmanipulované tělo – plánovaná duše? Psychoanalytické a filosofické úvahy o obrazu člověka, vytvořeném lékařskou vědou, se zvláštním zřetelem na německou odbornou literaturu: Psychosomatická antropologie nese na svých bedrech závaží dvou vzájemně se vylučujících ontologií (dualismus tělo-duch nebo mozek-duch). Podle těch, co argumentují ve prospěch komplexní léčby, je třeba se vyhýbat léčbě ducha bez těla stejně tak, jako medicíně těla bez ducha. Předkládaná práce oproti těmto holistickým tvrzením přináší argumenty pro to, aby tradiční metafyzická aporie medicíny byla nahrazena dualitou dvou rozdílných hledisek, a to dualitou živého těla, prožitého v perspektivě první a druhé osoby (*Leib*) na straně jedné a objektivizovaného těla popsaného v perspektivě třetí osoby (*Körper*) na straně druhé. Tato antropo-

logická koncepce se opírá o filosofickou antropologii (Plessner), o fenomenologii těla (Fuchs) a o sociologii těla (Villa). Z dějin lékařské vědy jako příklad pro zvěcnění živého lidského těla poslouží model hysterie, který byl na počátku psychoanalýzy pojímán zcela novým způsobem.

Klíčová výrazy: dualita živého těla a fyzického/zvěcněného těla, zhmotnění, psychosomatická antropologie, hysterie

ISTVÁN VINGENDER, JUDIT MÉSZÁROS & JÚLIA KIS (s. 195)

Migrační potenciál maďarských pracovníků ve zdravotnictví: dynamika přitažlivosti a odpudivosti: Příčinu faktu, že nedisponujeme adekvátním popisem a analýzou migrace odborných pracovníků ve zdravotnictví v Maďarsku, je třeba hledat jednoznačně v autenticitě maďarské společnosti, resp. právě v absenci autenticity. K migračním procesům lze přistupovat z několika teoretických pozic. Každá z nich interpretuje migraci z jiné stránky či z jiného úhlu pohledu. Cílem našeho výzkumu bylo poznat migrační úmysly a aktivity maďarských odborných pracovníků ve zdravotnictví, dále pak sociální, sociopsychologické a kulturně-antropologické charakteristiky této migrace. Daný okruh problémů analyzujeme z důvodů vědeckého zájmu, ale též pro získávání odpovídajících podkladů pro odborně-politická rozhodování a také pro podporu vlastních programů rozvoje institucí. Subkulturní jev, který je tématem práce, lze odvodit z řady faktorů: z rodinného prostředí, odkud odborný zdravotnický personál pochází, z typického modálního hodnotového systému, který je podstatný pro volbu profese, z toho, že dominantně patří k ženskému pohlaví, z absence případných dřívějších zkušeností s inspirací k mobilitě, atd. Na Fakultě zdravovědy Univerzity Semmelweis se snažíme již léta probíhajícími četnými výzkumy přispět ke zmapování migračního potenciálu odborných pracovníků. Ve výzkumu, který jsme realizovali před čtyřmi lety, byl počet těch, co jistě počítali s migrací za účelem získání práce, stejně vysoký jako nyní, ovšem těch, co tuto variantu jednoznačně vylučovali, bylo výrazně více: tehdy pětina odborného personálu ve zdravotnictví takovou kariéru vylučovala, dnes je jejich poměr sotva 5%. Zohledníme-li, že zahraniční nábor zdravotnického odborného personálu probíhá dnes mnohem intenzivněji a organizovaněji, tak lze očekávat, že mnohem vyšší procento dotčených bude možné přesvědčit k přijetí zaměstnání v cizí zemi, než tomu bylo dříve. Zároveň migrační snahy a představy nejsou všezahrnující, nejsou homogenní a fatální. Intervence, která si za cíl klade udržení zaměstnanců doma, ještě má čas k účinkování.

Klíčová výrazy: akulturační problémy, odborný zdravotnický personál, management lidských zdrojů, pracovní trh, mentální poruchy, migrace, migrace žen, motivace, sociální integrace

ROBERT J. BIEL (s. 221)

Charitativní činnosti ve stínu komunistického režimu Polské lidové republiky: Charita patří vedle liturgie a hlásání evangelia k nejdůležitějším úkolům církve. Platí to i pro polskou katolickou církev, kde má dobročinnost bohatou tradici. Již v roce 1915 vznikla v Krakově biskupská komise zabývající se záležitostmi válečných obětí, o 7 let později – v roce 1922 – pak byla založena Společnost Charitas. Církev v Polsku patřila v období před druhou světovou válkou k významným charitativním organizacím. Zvláštní kapitolu v dějinách církevní charitativní činnosti napsala v Polsku II. světová válka. Německá okupační moc zrušila dne 23. čer-

vence 1940 veškeré struktury Společnosti Charitas. Místo toho vzniklo v roce 1940 „RGO“ (Hlavní rada starostlivosti) a „PolKo“ (Polská charitativní komise), které mohly poskytovat charitativní pomoc. Bezprostředně po skončení války v červnu 1945 založila Polská biskupská konference celostátní ústředí Charitas, které okamžitě zahájilo svou oficiální činnost. Nedlouho po převzetí moci byly ovšem zahájeny komunistické útoky proti činnosti Charitas. Těžké období komunistické perzekuce znamenalo stále více zabraňování té složky charitativní činnosti církve, která se projevovala v různých formách charitativní péče o duchovno. V důsledku toho se Charitas ocitla se všemi svými institucemi již v roce 1950 pod nucenou státní správou. Celostátní ústředí Charitas muselo být rozpuštěno, její majetek zabavily státní orgány. Pro rozpuštění celostátního ústředí Charitas v roce 1950 byl na místě církevní organizace jako nová instituce založen „Katolický charitativní spolek“, který již byl plně podřízen komunistické vládě. Jako odpověď na tento akt Polská biskupská konference založila Celostátní sekretariát milosrdenství. Zavedení výjimečného stavu v roce 1981 inspirovalo i církev k zintenzivnění charitativní činnosti. V 80-tých letech nastal v Polsku významný rozvoj institucionální charitativní činnosti, neboť v době prohlubující se ekonomické krize se společenská role církve stále více posilovala. V lednu 1981 byla svolána Charitativní komise a nedlouho po převratu – 10. října 1990 – se po čtyřicetileté přestávce obnovila církevní charita, jejímž úkolem nyní je zvládání výzev nové éry, jako jsou např. nezaměstnanost, sociální nejistota a emigrace.

Klíčová výrazy: diakonie, Polsko, komunizmus, státní socialismus, diktatura, dějiny, přehled, pomocné povolání, duševní péče, doba změn, emigrace

CHRISTIAN EWHRUDJAKPOR (s. 247)

Případová studie, zabývající se citovými vazbami rodinných příslušníků, žijících se schizofreniky v členském státu Delta v Nigerii: Cílem stude je zjistit, zda jsou citové projevy, vyjadřované rodinnými příslušníky, vhodnými prostředky k předpovědi vývoje zdravotního stavu schizofrenického člena rodiny. Zároveň si za cíl klade i stanovení některých charakteristik silných resp. slabých citových vazeb rodinných příslušníků vůči „nemocnému“ členu rodiny. Výzkum zahrnoval jednatřicet takových rodin, v nichž psychiatři, pracující v nemocnicích vlastněných státem, evidovali (za využití diagnostiky DSM-IV-TR) rodinné příslušníky trpící schizofrenií. Výběr vzorku, vycházející z teoretických úvah, byl proveden za účasti sociálních pracovníků. Nástrojem sběru dat byl kontrolovaný a adaptovaný dotazník Camberwell pro rodinné interview, který je zaměřený na tři oblasti: na protikladné city rodinných příslušníků, na jejich kritické připomínky resp. na citové projevy, prozrazující přílišnou dotčenost. Interaktivní setkání byla moderována v jazyce všem dostupném, školenými výzkumnými asistenty, pocházejícími z dané oblasti. Získaná data byla podrobena kvalitativní analýze. Ta prokázala, že z 31 rodin, zapojených do výzkumu, byly silné citové projevy charakteristické pro 25 (tj. 80.65%), zatímco zbývajících 6 rodin (19.35%) charakterizovaly slabé citové projevy. Zároveň bylo zjištěno pouze pět takových „nemocných” rodinných příslušníků, u kterých se po prvním ošetření resp. po propuštění nenastalo zhoršení stavu (relaps). 7 „nemocných” členů rodiny opustilo jednu z 25 rodin, charakterizovaných silnými citovými projevy. Studie osvětlila, že vyjadřované city ve významné míře determinují šanci členů rodiny trpících schizofrenií na návrat, respektive, že pohlaví „nemocného” člena rodiny určuje míru vyjadřovaných citů rodinných příslušníků. Studie také poukázala na skutečnost, že u rodin s nízkou společenskou prestiží

a ekonomickým postavením stojí v pozadí projevovaných citů chudoba. Naopak u rodin s vysokou prestiží je to zahanbení. Studie předkládá model rodinné terapie.

Klíčová výrazy: Nigérie, Camberwell rodinné interview, vyjadřované city, podpora rodiny, predikce, relaps, schizofrenie

DIETMAR MIETH (s. 257)

Sebeurčení a zodpovědnost v posledním úseku života: To, jak smýšlíme o umírání, závisí ve velké míře na našich zkušenostech a představách. Zároveň se smrt obecně pokládá za nejosobnější věc na světě. Za tím je téměř vždy ukryt protest proti takové zažité nebo vyprávěné situaci, která postrádala kvalitu života, resp. umírání. Poté, co v lékařské vědě sebeurčení – právem – prošlo strmou kariérou oproti cizím rozhodnutím učiněným lékaři a ošetřovateli, někteří se pokusili tento cíl ještě překročit. Tak někteří se cítí v bezpečí při zacházení s nemocnými a na ošetřování odkázanými lidmi, když mohou dokázat, že tak činí na základě projevovaného soucitu nebo odmítání. Tam, kde roste nedůvěra, roste i potřeba proti ní se bránit. Je správné dát tedy přednost sebeurčení. Ovšem podobně jako v dopravě, přednost také vyžaduje, abychom jednali ohleduplně a brali ohled i na jiné. Jedna je věc je rozhodovat sám o sobě, druhá zase je, abychom stanovili pravidla na to, jak mohou rozhodovat všichni ostatní. Mnoho lidí si nevšimlo, že se nejedná jen o existenciální pohled, když přijímáme zákony o svobodě ošetřovatelské péče, o doprovod na cestě k smrti, nýbrž o společnou zodpovědnost všech občanů. Kdo sebeurčení považuje jen za ničím neomezenou možnost volby, jíž se musí všichni ostatní podrobit, nebere ohled na to, že zodpovědné sebeurčení vždy musí respektovat i ostatní, se kterými by se mělo nacházet na jedné lodi. Zodpovědnost znamená též závazek vůči sobě samým. Kdo vidí, že je jiným na obtíž a zůstává osamocen, ztrácí smysl svého života. Často se o sebeurčení mluví v době, kdy se nedostává materiálních statků a lidé již nemají čas na ty, co potřebují péči. To, co jim zbývá, bývá často – a bezdůvodně – označováno jako „sebeurčení“. Odpovědnost znamená, že člověka vnímáme v takových vztazích, které nepřistupují ke všemu individuálně. Právě proto je naší občanskou povinností konat v tom smyslu, aby lidé nezůstali sami, pokud se jejich život zásadně omezil, a aby se lidem dostalo pomoci při nesení svého údělu. V takovém případě jim neposkytujeme sebeurčení jen proto, abychom sami sobě ušetřili odpovědnosti, ale i proto, že je respektujeme.

Klíčová výrazy: vztahy, společná zodpovědnost, projevený souhlas, kvalita života/smrti, pravidla, přijetí závazku, úmrtí

ENGLISH ABSTRACTS
ENGLISCHE ZUSAMMENFASSUNGEN

ABSTRACTS

CONSTANCE E. PUTNAM (p. 165)

What Kind of a Right is the 'Right to Die'?: Those who argue in favor of a putative right to die rarely look carefully at what kind of a right such a right might be. Yet deciding whether we have a particular right requires understanding what it means to have a right in the first place as well as what kinds of rights in fact exist. In this paper, I use philosopher Judith Jarvis Thomson's discussion of the concept of a moral right and her analysis of rights as a basis for exploring a crucial question in doctor–patient relations when end-of-life care is at issue: If there is a right to die, what kind of a right is it? Thomson applies to the realm of *moral* rights the distinctions Wesley Newcomb Hohfeld made regarding *legal* rights. Briefly put, it turns out there are four different kinds of rights: *claims, privileges, powers,* and *immunities.* The task I have set myself is to see what emerges from using the Hohfeld–Thomson analysis of rights to evaluate common arguments put forward by those who support the idea of a 'right to die'. I will consider three such arguments: the *Argument from Law*, the *Argument from Autonomy*, and the *Argument for Assistance*. Each of these arguments yields what Thomson calls a 'cluster-right'. A right to die seems best supported by the Argument from Autonomy. Yet the Argument for Assistance is the one most people seem implicitly to rely on when they talk about having a right to die; I therefore focus my primary attention primarily on it. This argument remains unpromising, however, as a consequence of which it turns out that even if a right to die exists, it may be a fairly limited right after all. I conclude with a reminder that whether for a physician to give assistance in dying to a patient who invokes a right to die is the *right thing to do* can in any case not be deduced from a dying patient's right to die.

Keywords: right to die, kinds of rights, kinds of arguments, assisted dying, euthanasia

ECKHARD FRICK (p. 181)

Manipulated Body – Planned Soul? Psychoanalytical and Philosophical Considerations Regarding the Image of Man in Medicine, with a Special Focus on German Language Literature: Psychosomatic anthropology carries within it the burden of the duality of two ontologies excluding one another (body–soul or mind–spirit duality). According to those arguing for a holistic approach to therapy, spiritual healing that ignores the body is to be avoided in the same way as corporeal medicine bypassing the soul. As opposed to such holistic statements, this work argues for replacing the traditional metaphysical aporia of medicine with the duality of two points of view, namely the living body (*Leib*) experienced from the first and second person perspective on the one hand and the physical body (*Körper*) described from the third person perspective on the other hand. This anthropological theory is based on philosophical anthropol-

ogy (Plessner), a phenomenological view of the body (Fuchs) and the sociology of the body (Villa). The traditional hysteria model, seized at the dawn of psychoanalysis in a novel way, serves as an example in medical history of the materialization of the living human body.

Keywords: duality of the living body and the physical body, embodiment, psychosomatic anthropology, hysteria

ISTVÁN VINGENDER, JUDIT MÉSZÁROS & JÚLIA KIS (p. 195)

Migration Potential of Hungarian Healthcare Professionals: Dynamics of Attraction and Repulsion: The reason why the migration of healthcare professionals has not been described and analyzed yet in Hungary can obviously be found in the authenticity and the lack of this of the Hungarian society. There are several theoretical approaches to the migration processes. Each and every one of them analyzes and defines migration from a different point of view. Our goal was to find out the nature of the migration willingness and activity of Hungarian healthcare specialists. We intended to concentrate primarily on the sociological, cultural-anthropological and social-psychological aspects of this complex phenomenon. This sub-cultural phenomenon can be derived form numerous factors: (a) the family background of Hungarian healthcare specialists, (b) their typical, modal system of values when choosing a profession, (c) the fact that they are typically women, (d) the lack of former experience and knowledge of inspirations in mobility. At the Semmelweis University Faculty of Health Sciences we have already carried out several research projects and their synthesis might lead to the description of the migration trends of healthcare specialists. Four years ago, when we did a study about migration to work abroad, the number of those who predicted leaving the country for sure was the same as today. But the number of those who rejected the whole idea was far higher than nowadays. At that time 20% of healthcare specialists considered a career like this impossible, while now their number is less than 5%. When taking into consideration the fact that the recruiting processes are far more intensive and organized than they used to be, we can expect that a larger number of people can be convinced than ever before. However, the migration intentions are not definite, homogenous or final. The interventions, aiming to keep healthcare specialists in Hungary, still have a chance.

Keywords: acculturation problems, healthcare professionals, human resource management, labour market, mental problems, migration, migration of women, motivation, social integration

ROBERT J. BIEL (p. 221)

Charitable Activities in the Shadow of the Communist System in the People's Republic of Poland: In addition to liturgy and preaching, charity is one of the most important tasks of the Church. This holds true for the Polish Catholic Church as well, where benevolence has a long-standing tradition. An Episcopal Committee dealing with the affairs of victims of war was established as early as 1915 in Krakow, while only 7 years later, in 1922, the Caritas Association was set up. Before the Second World War, the Church in Poland was considered a major charitable institution. World War II wrote a strange chapter in the history of charitable activities of the Church in Poland. On 23 June 1940, the occupying German forces abolished all structures of Caritas. In their stead in 1940 they established the 'RGO' (Central Welfare Council) and the

'PolKo' (Polish Welfare Committees) that could provide charitable assistance. Right after the end of the war, in June 1945, the Polish Bishops' Conference set up the national centre of Caritas, which immediately restarted its official activities. Not long after the change in power, communist attacks targeting the activities of Caritas started. The difficult times of communist persecution increasingly meant the obstruction of charitable Church activities, which were also manifested in various forms of charitable mental health care. As a result, by 1950, Caritas – along with its institutions – came under the forced control of the state. The national centre of Caritas had to be disbanded, and its assets were confiscated by the state authorities. Following the 1950 dissolution of the national headquarters of Caritas, the church organisation was replaced by the newly founded 'Caritas Association of Catholics' which answered to the communist government. In response, the Polish Bishops' Conference established the National Secretariat for Charity Matters. The declaration of the state of emergency in 1981 also prompted the Church to step up its charitable activities. The 1980s saw a considerable surge in institutional charity work in Poland, when the social role of the Church broadened significantly in the growing economic crisis. The Charity Commission was convened in January 1981, and not long after the overthrow of communism, on 10 October 1990, following a 40-year hiatus, a church-run Caritas was established again, which today needs to be ready to deal with contemporary challenges like unemployment, social insecurity and emigration.

Keywords: diaconate, Poland, communism, state socialism, dictatorship, history, retrospect, helping profession, mental health care, age of changes, emigration

CHRISTIAN EWHRUDJAKPOR (p. 247)

Case Studies of Family Expressed Emotion for Persons Living with Schizophrenia in Delta State of Nigeria: This study is aimed at assessing family expressed emotions as a predictor of health status of family members living with schizophrenia as well as identifying some characteristics for high or low emotions of family members towards a 'sick' member. There were thirty-one families with members suffering from schizophrenia as diagnosed by psychiatrists (using DSM-IV-TR) in government owned hospitals. They were judgmentally sampled with the assistance of social workers. The instrument for gathering data was a validated modified Camberwell Family Interview (CFI) schedule reflecting three major areas: Hostility, Critical comments, and Over-involvement of expressed emotions of family members. The procedure was using trained research assistants from the area to conduct these interactive sessions in their lingua franca. The data generated was subjected to qualitative analysis which shows that out of the 31 families studied, 25 or 80.65% had high expressed emotions while six families or 19.35% had low expressed emotions. However, only five 'sick' members had not experienced a relapse since the first treatment and discharge. Seven 'sick' members were vagrant of the 25 high expressed emotion families. The study revealed that expressed emotions significantly determine the number of relapses of the member living with schizophrenia; that the gender of a 'sick' member does in fact determine the level of expressed emotion from family members. The study also revealed that the poverty of families or shame for families from low and high socio-economic backgrounds respectively are motives for emotions expressed. A model of family therapy was proffered.

Keywords: Nigeria, Camberwell Family Interview, expressed emotions, family care, predictor, relapse, schizophrenia

DIETMAR MIETH (p. 257)

Self-Determination and Responsibility in the Final Stage of Life: The way we think about dying is mostly dependant on our experiences and concepts. In addition to this, passing away is frequently considered the most personal thing in the world. This nearly always reflects protest against some kind of a situation experienced first hand or related by others, which lacked quality of life and quality of death. Once self-determination made a stellar career in medicine, and rightly so, as opposed to foreign decisions made by doctors and nurses, some attempted luring it past this goal. Therefore, some feel safe while caring for sick people and those requiring treatment if they can prove they are acting on express agreement or rejection. With an increase of distrust, the need to take measures against it also increases. Many benefits accrue from self-determination. But as in traffic, this right of way requires one to be circumspect, and to consider others. It is one thing to be able to decide about ourselves, and an entirely different thing to set up rules regarding how everybody else should decide. It escapes the attention of many that passing legislation about the freedom of care, treatment and accompaniment to death is not only about an existential point of view, but also the shared responsibility of society. Those, who regard self-determination only as an unopposed choice, which all other concerned parties need to subject their responsibility to, ignore the fact that responsible self-determination always needs to take others into consideration. Responsibility is, at the same time, an obligation to ourselves. Those who see they are a burden to others and remain isolated will lose some of the meaning they give to life. Self-determination often becomes the focus of discussion when money becomes scarce, and people no longer feel they have time for those requiring care. What they are left with is often – improperly – called 'self-determination'. Responsibility means seeing people in relationships that do not treat everything individually. This is precisely why we have a civic responsibility to ensure that people do not remain on their own and receive help in carrying their burden once their life becomes restricted. In this case we not only honour their self-determination to save ourselves some responsibility, but rather to give them respect.

Keywords: relationships, shared responsibility, declared agreement, quality of life/death, rules, assumption of obligations, dying

GERMAN ABSTRACTS
DEUTSCHE ZUSAMMENFASSUNGEN

ZUSAMMENFASSUNGEN

CONSTANCE E. PUTNAM (S. 165)

Um was für ein Recht handelt es sich bei dem Recht auf den Tod?: Diejenigen, die für ein vermeintlichtes Recht auf den Tod plädieren, untersuchen selten näher, um was für eine Art von Recht es sich dabei handeln könnte. Die Entscheidung darüber, ob wir über ein bestimmtes Recht verfügen, setzt aber voraus, dass wir uns darüber im Klaren sind, was es bedeutet, über ein Recht zu verfügen bzw. was für Arten von Recht es überhaupt gibt. Die Verfasserin untersucht auf der Grundlage der Analysen der Philosophin Judith Jarvis Thomson, die diese zum Begriff des moralischen Rechtes und zu den verschiedenen Rechten durchgeführt hat, eine grundlegende Frage der Arzt-Patienten-Beziehung bezüglich der Sterbebegleitung: Wenn es ein Recht auf den Tod gibt, was für eine Art von Recht ist das? Thomson verwendet für die Sphäre des *moralischen* Rechtes die gleichen Kategorien, wie sie Wesley Newcomb Hohfeld für *gesetzliche* Rechte benutzte. Kurz gesagt: Es scheint vier verschiedene Modalitäten von Recht zu geben: Ansprüche (*claim-right*), Privilegien (*privilege*), Befugnis (*power*) und Freiheit von Verpflichtungen (*immunity*). Die Verfasserin hat sich zum Ziel gesetzt, festzustellen, welche Konsequenzen es hat, wenn man die analytische Rechtstheorie von Hohfeld–Thomson bei der Bewertung jener Argumente verwendet, die von den Verfechtern der These vom „Recht auf den Tod" am häufigsten vorgebracht werden. Drei solcher Argumente werden untersucht: das Argument des Rechtes, das Argument der Autonomie sowie das Argument der Hilfeleistung. Jedes dieser Argumente führt in der Terminologie von Thomson zu einem „Mehrfach-Recht". Man könnte annehmen, dass das Recht auf den Tod am ehesten durch das Argument der Autonomie zu begründen sei. Dennoch ist es das Argument der Hilfeleistung, auf das sich offenbar die meisten Menschen indirekt stützen, wenn sie über das Recht auf den Tod sprechen, so dass man vor allem diesem Aufmerksamkeit schenken sollte. Gleichzeitig stellt sich heraus, dass dieses Argument nicht allzu überzeugend ist, und so wird deutlich, dass, auch wenn es ein Recht auf den Tod geben sollte, dieses ein recht begrenztes Recht ist. Die Verfasserin erinnert daran, dass die Antwort auf die Frage, ob der Arzt *richtig handelt*, wenn er einem, sein Recht auf den Tod in Anspruch nehmenden Patienten zum Tod verhilft, in keinster Weise aus dem Recht des sterbenden Patienten auf den Tod resultiert.

Schlüsselbegriffe: Recht auf den Tod, Rechtsmodalitäten, Argumentationstypen, Sterbehilfe, Euthanasie

ECKHARD FRICK (S. 181)

Manipulierter Körper – verplante Seele? Psychoanalytische Überlegungen zum Menschenbild der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der deutschsprachigen Literatur: Die psychosomatische Anthropologie ist traditionell mit dem Dualismus von zwei sich aus-

schließenden Ontologien belastet (Körper–Seele– oder Gehirn–Geist–Dualismus). Durch Appelle an eine „ganzheitliche" Medizin soll eine körperlose Seelenheilkunde ebenso vermieden werden wie eine seelenlose Körpermedizin. Die vorliegende Arbeit plädiert im Gegensatz zu derartigen holistischen Beteuerungen dafür, die herkömmliche metaphysische Aporie der Medizin durch eine Dualität zweier Aspekte zu ersetzen, nämlich zwischen dem in der Perspektive der Ersten oder Zweiten Person erlebten *Leib* einerseits und dem in der Dritte-Person-Perspektive beschriebenen *Körper* andererseits. Dieser anthropologische Entwurf wird mithilfe der philosophischen Anthropologie, der Leib-Phänomenologie und der Körper-Soziologie begründet. Als medizinhistorisches Beispiel für die Korporifizierung des menschlichen Leibes dient das traditionelle Hysterie-Modell, welches zu Beginn der Psychoanalyse in neuer Weise aufgegriffen wurde.

Schlüsselbegriffe: Leib versus Seele, Verkörperung, psychosomatische Anthropologie, Hysterie

ISTVÁN VINGENDER, JUDIT MÉSZÁROS & JÚLIA KIS (S. 195)

Das Migrationspotential von ungarischem, medizinischem Fachpersonal: Die Dynamik von Anziehung und Abstoßung: Der Grund dafür, dass es in Ungarn keine adäquate Beschreibung und Analyse der Migration von medizinischem Fachpersonal gibt, ist in der Authentizität der ungarischen Gesellschaft bzw. in deren Fehlen zu suchen. Für die Betrachtung von Migrationsprozessen gibt es verschiedene theoretische Ansätze. Jeder davon analysiert die Migration aus unterschiedlichen Perspektiven und von verschiedenen Seiten. Ziel unserer Forschungsarbeit war es, die Migrationsabsichten und -aktivitäten des ungarischen medizinischen Fachpersonals sowie deren soziale, sozialpsychologische und kulturanthropologische Eigenschaften kennen zu lernen. Wir untersuchen diesen Problemkreis einerseits aus wissenschaftlichem Interesse und als Grundlage für berufspolitische Entscheidungen, andererseits zur Unterstützung unseres eigenen Programms zur Institutionsentwicklung. Bei diesem Thema handelt es sich um ein subkulturelles Phänomen, das sich auf zahlreiche Faktoren zurückführen lässt: auf die Herkunft des medizinischen Fachpersonals, sein spezifisches modales Wertesystem, auf dem die Berufsentscheidung basiert, auf die Frage, ob es sich vorrangig um Frauen handelt, auf das Fehlen von Vorereignissen und Erfahrungen, die eventuell zur Mobilität motivieren könnten, usw. An der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Semmelweis-Universität versuchen wir schon seit einigen Jahren, mit unseren Untersuchungen einen Beitrag zur Erfassung des Migrationspotentials von medizinischem Fachpersonal zu leisten. In einer vor vier Jahren durchgeführten Untersuchung fanden sich genauso viele sichere Indikatoren für Arbeitsmigration wie heute, doch die Zahl derer, die diese Möglichkeit klar ablehnten, war deutlich höher: Damals hielt ein Fünftel des medizinischen Fachpersonals eine solche Karriere für ausgeschlossen, heute sind es nur noch knapp 5%. Wenn man berücksichtigt, dass die Rekrutierung von medizinischem Fachpersonal im Ausland heutzutage wesentlich besser organisiert ist und intensiver erfolgt, ist zu erwarten, dass ein größerer Anteil als früher dazu zu bringen sein wird, eine Stelle in einem anderen Land anzunehmen. Gleichzeitig aber lassen die Migrationsbemühungen bzw. -vorstellungen nicht alles andere irrelevant werden, sie sind nicht homogen und nicht fatalistisch. Für Interventionen, die die Arbeitnehmer in der Heimat zurückhalten wollen, ist es noch nicht zu spät.

Schlüsselbegriffe: Akkulturationsprobleme, medizinisches Fachpersonal, Personalmanagement, mentale Störungen, Migration, Migration von Frauen, Motivation, soziale Integration

ROBERT J. BIEL (S. 221)

Die karitative Tätigkeit der Katholischen Kirche im Schatten des Kommunismus in der VR Polen: Caritas gehört neben der Liturgie und der Wortverkündigung zu den wesentlichen Aufgaben der Kirche. Dies gilt auch für die katholische Kirche in Polen, wo die Wohltätigkeit eine reiche Tradition hat. Bereits im Jahre 1915 entstand in Krakau das Bischöfliche Komitee für die Kriegsopfer und 7 Jahre später – im Jahr 1922 – der Caritas-Verein. Die Kirche in Polen galt vor dem Zweiten Weltkrieg als bedeutsamer Wohltätigkeitsträger. Ein besonderes Kapitel in der Geschichte der kirchlichen karitativen Tätigkeit in Polen schrieb der Zweite Weltkrieg. Am 23. Juli 1940 wurden alle Strukturen der Caritas durch die deutsche Besatzungsmacht aufgelöst. Als Ersatz wurden im Jahre 1940 „RGO" (Hauptfürsorgerat) und „PolKo" (Polnisches Fürsorgekomitee) als Organisationen ins Leben gerufen, die die karitative Hilfe leisten konnten. Unmittelbar nach Ende des Krieges schuf die Polnische Bischofskonferenz im Juni 1945 die Landeszentrale der Caritas, die sogleich ihre offizielle Tätigkeit wieder aufnahm. Kurz nach der Machtübernahme starteten die Kommunisten Angriffe auf die institutionelle Arbeit der Caritas. Die schwierige Zeit der kommunistischen Verfolgung bedeutete immer mehr eine Behinderung der karitativen Tätigkeit der Kirche, die sich auch in verschiedenen Formen der karitativen Seelsorge auswirkte. Infolgedessen wurde die Caritas mit ihren Einrichtungen bereits im Jahre 1950 unter die Zwangsaufsicht des Staates gestellt. Die Landeszentrale „Caritas" musste aufgelöst werden und ihr Eigentum wurde von den Staatsbehörden beschlagnahmt. Nach der Auflösung der Landeszentrale der Caritas im Jahre 1950 wurde anstelle der kirchlichen Organisation die neue „Vereinigung der Katholiken – Caritas" gegründet, die der kommunistischen Regierung unterstellt war. Als Reaktion darauf gründete die Polnische Bischofskonferenz das Landessekretariat für Barmherzigkeit. Die Einführung des Kriegszustandes (1981) forderte auch die Kirche zur verstärkten karitativen Aktivität heraus. In den 80er Jahren kam es zum bedeutenden Aufschwung institutioneller Caritasarbeit in Polen, als während der sich verschärfenden Wirtschaftskrise die gesellschaftliche Rolle der Kirche stark zunahm. Im Januar 1981 wurde die Karitative Kommission einberufen und kurz nach der Wende – am 10. Oktober 1990 – entstand nach 40jähriger Pause die kirchliche Caritas, die nun den Herausforderungen der neuen Zeit, wie Arbeitslosigkeit, soziale Unsicherheit und Auswanderung, gewachsen sein muss.

Schlüsselbegriffe: Diakonie, Polen, Kommunismus, Staatssozialismus, Diktatur, Geschichte, Rückblick, helfender Beruf, Seelsorge, Wendezeit, Auswanderung

CHRISTIAN EWHRUDJAKPOR (S. 247)

Fallstudien zu von Familienmitgliedern geäußerten Gefühlen bei Menschen mit Schizophrenie im nigerianischen Bundesstaat Delta: Ziel der Studie ist es, zu untersuchen, inwieweit von Familienmitgliedern geäußerte Gefühle als Prädiktoren für den Gesundheitszustand ihrer mit Schizophrenie lebenden Familienangehörigen geeignet sind. Eine weitere Zielsetzung ist es, bestimmte Charakteristika von starken bzw. schwachen Gefühlen zu bestimmen, die die Familienmitglieder ihrem „kranken" Familienangehörigen gegenüber äußern. Die Untersuchung umfasst einunddreißig Familien, bei denen in staatlichen Krankenhäusern tätige Psychiater (unter Verwendung der DSM-IV-TR-Diagnostik) an Schizophrenie leidende Familienmitglieder registriert haben. Die theoretisch begründete Auswahl der Stichprobe wurde unter Einbeziehung

von Sozialarbeitern durchgeführt. Für die Datenerhebung wurde ein kontrollierter und modifizierter Camberwell Family Interview (CFI) Fragebogen verwendet, der auf drei Hauptbereiche fokussiert: feindselige Gefühle der Familienmitglieder, kritische Bemerkungen und die Äußerung von extreme Beteiligung verratenden Gefühlen. Während der Durchführung wurden die interaktiven Treffen von aus dem jeweiligen Gebiet stammenden ausgebildeten Forschungsassistenten in ihrer gemeinsamen Sprache geleitet. Die erhobenen Daten wurden einer qualitativen Analyse unterzogen. Diese zeigte, dass für 25 (80,65%) der einbezogenen 31 Familien die Äußerung starker Gefühle und für die übrigen sechs Familien (19,35%) die Äußerung schwacher Gefühle kennzeichnend war. Gleichzeitig gab es nur fünf „kranke" Familienmitglieder, bei denen nach der ersten Behandlung bzw. der Entlassung kein Rückfall (relapse) erfolgt wäre. Sieben „kranke" Familienmitglieder haben ihre durch die Äußerung starker Gefühle gekennzeichnete Familie verlassen. Die Untersuchung machte deutlich, dass die geäußerten Gefühle in großem Maße das Rückfallrisiko der Familienangehörigen mit Schizophrenie bestimmen und dass das Geschlecht die Intensität der von den Familienangehörigen geäußerten Gefühle bestimmt. Die Studie zeigte auch, dass bei Familien mit einem gering geachteten gesellschaftlichen bzw. wirtschaftlichen Hintergrund Armut die Grundlage für die geäußerten Gefühle bildet, bei Familien mit einem hoch geachteten Hintergrund jedoch Beschämung. Die Studie bietet ein Familientherapie-Modell an.

Schlüsselbegriffe: Nigeria, Camberwell Family Interview, geäußerte Gefühle, Familienhilfe, Prädiktor, Relapse, Schizophrenie

DIETMAR MIETH (S. 257)

Selbstbestimmung und Verantwortung in der letzten Phase des Lebens: Wie wir über das Sterben denken, hängt viel von unseren Erfahrungen und Voreinstellungen ab. Dabei wird Sterben oft als die individuellste Sache der Welt betrachtet. Man hört: So will ich nicht am Leben bleiben; so will ich nicht sterben. Darin steckt fast stets ein Protest gegen eine erlebte oder erzählte Situation, in der es an Lebens-/Sterbensqualität mangelte. Nachdem in der Medizin die Selbstbestimmung zu Recht eine steile Karriere gegen die ärztliche oder pflegerische Fremdentscheidung angetreten hat, lockt man sie jetzt über dieses Ziel hinaus. So fühlt sich mancher im Handeln bei kranken und pflegebedürftigen Menschen erst dann abgesichert, wenn er nachweisen kann, dass er einer informierten Zustimmung oder Ablehnung gefolgt ist. Wo das Misstrauen wächst, wächst auch das Bedürfnis, sich dagegen zu schützen. Vorfahrt für Selbstbestimmung ist gut. Aber wie im Verkehr verlangt die Vorfahrt auch Umsicht und Rücksicht. Für sich selbst zu entscheiden, ist das eine, Regeln dafür aufzustellen, wie sich alle entscheiden können, ist das andere. Viele übersehen, dass es nicht nur um existentielle Betrachtungen geht, wenn Gesetze zur Pflegekarenz, zur Betreuung, zur Sterbebegleitung gemacht werden, sondern auch um eine gemeinsame Bürgerverantwortung. Wer Selbstbestimmung nur als ungehinderte Wahlmöglichkeit betrachtet, der alle anderen Beteiligten ihre eigene Verantwortung unterzuordnen haben, übersieht, dass eine verantwortliche Selbstbestimmung stets den anderen mit im Blick und mit im Boot haben sollte. Verantwortung enthält auch Selbstverpflichtung. Wer sieht, dass er zur Last fällt und isoliert bleibt, büßt Lebenssinn ein. Oft wird von Selbstbestimmung geredet, wenn die Mittel knapp werden und die Menschen keine Zeit mehr für die Pflegebedürftigen aufbringen. Was ihnen dann noch bleibt, wird zu Unrecht „Selbstbestimmung" genannt. Verantwortung heißt, den Menschen, der als Einzelne nicht alles im Griff hat, in Beziehungen zu sehen. Des-

halb tragen wir eine Bürgerverantwortung dafür, dass Menschen nicht allein gelassen werden, wenn ihr Leben eingeschränkt ist und dass ihnen geholfen wird, ihre Last zu tragen. Dann weisen wir ihnen ihre Selbstbestimmung nicht einfach zu, um uns Verantwortung zu ersparen, sondern wir respektieren sie.

Schlüsselbegriffe: Beziehungen, gemeinsame Bürgerverantwortung, informierte Zustimmung, Lebens-/Sterbensqualität, Regeln, Selbstbestimmung, Selbstverpflichtung, Sterben

HUNGARIAN ABSTRACTS
UNGARISCHE ZUSAMMENFASSUNGEN

ÖSSZEFOGLALÓK

CONSTANCE E. PUTNAM (165. o.)

Milyen jog valójában a halálhoz való jog?: Azok, akik a halálhoz való vélt jog mellett érvelnek, ritkán vizsgálják meg közelebbről, milyen típusú jog is lenne egy ilyen jog. Azt eldönteni ugyanakkor, hogy rendelkezünk-e vajon egy adott joggal, föltételezi, hogy eleve tisztában vagyunk azzal, mit is jelent egy joggal rendelkezni, illetve, hogy milyen típusú jogok léteznek valójában. A szerző a tanulmányban Judith Jarvis Thomson filozófusnak a morális jog fogalmát taglaló gondolatmenetét, valamint a jogokkal kapcsolatban adott elemzését veszi alapul az orvos–beteg kapcsolat egyik alapvető kérdésének vizsgálatakor az életvégi gondozás vonatkozásában: Ha létezik a halálhoz való jog, milyen típusú jog az? Thomson az *erkölcsi* jogok körére ugyanazokat a megkülönböztetéseket alkalmazza, mint tette azt Wesley Newcomb Hohfeld a *törvényes* jogokkal. Röviden: úgy tűnik, hogy négy különféle jogtípus létezik: *igények, kiváltságok, hatalmak* és *mentességek.* A szerző azt a feladatot tűzte ki maga elé, hogy megállapítsa, milyen eredményekkel jár, ha a Hohfeld–Thomson jogelemzési módszert alkalmazza a „halálhoz való jog" gondolatát támogatók által leggyakrabban hangoztatott érvek értékelésére. Három ilyen érv vizsgálatára kerül sor: ezek a *jog érve*, az *autonómia érve*, valamint a *segítség érve*. Ezen érvek mindegyike Thomson elnevezése szerint „halmozott jogot" eredményez. Azt gondolhatnánk, hogy a halálhoz való jog leginkább az autonómia érvével támasztható alá. Mégis a segítség érve az, amelyre úgy tűnik, az emberek többsége közvetett módon támaszkodik, amikor a halálhoz való jogról beszél, ezért erre érdemes elsődlegesen figyelmet fordítani. Ugyanakkor kiderül, hogy ez az érv nem túl bíztató, ennek következtében pedig világossá válik, hogy még ha létezik is a halálhoz való jog, az lehet, hogy végső soron egy eléggé korlátozott jog. A szerző végül arra emlékeztet, hogy az, hogy az-e a *helyes cselekedet*, ha egy orvos a halálba segíti a halálhoz való jogát alkalmazó beteget, semmilyen módon nem következik a haldokló beteg halálhoz való jogából.

Kulcsszavak: a halálhoz való jog, jogtípusok, érvtípusok, halálba segítés, eutanázia

ECKHARD FRICK (181. o.)

Manipulált test – eltervezett lélek? Pszichoanalitikus és filozófiai megfontolások az orvostudomány emberképével kapcsolatban, különös figyelemmel a német nyelvű szakirodalomra: A pszichoszomatikus antropológia két egymást kizáró ontológia (test–lélek vagy agy–szellem dualizmus) kettősségének terhét hordozza. A komplex gyógyítás mellett érvelők szerint éppúgy kerülni kell a test nélküli lélekgyógyászatot, mint a lélek nélküli testmedicinát. Jelen munka az ilyen holisztikus állításokkal szemben amellett érvvel, hogy az orvostudomány hagyományos metafizikus aporiáját két nézőpont kettősségével helyettesítsük, nevezetesen egyrészt

az első és második személy perspektívájában megélt élő test (*Leib*) másrészt a harmadik személy perspektívájában leírt tárgyiasult test (*Körper*) közötti dualitással. Ez az antropológiai elgondolás a filozófiai antropológiára (Plessner), a testfenomenológiára (Fuchs) és a testszociológiára (Villa) támaszkodik. Az emberi élő test eldologiasodásának orvostörténeti példájául a hagyományos hisztéria-modell szolgál, amelyet a pszichoanalízis kezdetén új módon ragadtak meg.

Kulcsszavak: élő test és fizikai/eltárgyiasult test dualitása, megtestesülés, pszichoszomatikus antropológia, hisztéria

VINGENDER ISTVÁN, MÉSZÁROS JUDIT & KIS JÚLIA (195. o.)

Magyar egészségügyi szakdolgozók migrációs potenciálja: Vonzások és taszítások dinamikája: Az, hogy Magyarországon az egészségügyi szakdolgozók migrációjának nincs adekvát leírása és analízise, nyilvánvalóan a magyar társadalom autentikusságában, illetve annak hiányában keresendő. A migrációs folyamatok többféle teoretikus megközelítéssel rendelkeznek. Ezek mindegyike más és más oldalról, nézőpontból értelmezi a migrációt. Kutatásunk célja az volt, hogy megismerjük a magyar egészségügyi szakdolgozók migrációs szándékait és aktivitását, annak szociális, szociálpszichológiai és kulturális antropológiai sajátosságait. Részben a tudományos érdeklődés, illetve szakmapolitikai döntések megalapozása, részben pedig saját intézményfejlesztési programjaink támogatása céljából elemezzük ezt a problémakört. A témát képző szubkulturális jelenség számos tényezőből levezethető: az egészségügyi szakdolgozók származási hátteréből, jellemző, modális pályaválasztási értékrendszerükből, abból, hogy dominánsan a női nemhez tartoznak, az esetleges mobilitási inspirációk előzményeinek és tapasztalatainak hiányából stb. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán évek óta folyó számos vizsgálattal törekszünk hozzájárulni a szakdolgozók migrációs potenciáljának feltérképezéséhez. Egy négy évvel ezelőtti kutatásunkban a munkavállalási célzatú migráció biztos előrejelzői ugyanannyian voltak, mint manapság, viszont az ettől a lehetőségtől mereven elzárkózók lényegesen többen: akkor az egészségügyi szakdolgozók ötöde kizártnak tartott ilyen karriert, ma ezek aránya alig 5%. Ha figyelembe vesszük, hogy az egészségügyi szakdolgozók külföldi rekrutációja lényegesen szervezettebb és intenzívebb formában zajlik napjainkban, akkor várható, hogy az érintettek nagyobb aránya győzhető meg a más országban történő munkavállalásról, mint korábban. Ugyanakkor a migrációs törekvések, illetve elképzelések nem mindent elsöprők, nem homogének és nem fatálisak. Az intervenciónak, amely itthon kívánja tartani a munkavállalókat, még van kifutása.

Kulcsszavak: akkulturációs problémák, egészségügyi szakdolgozók, emberi erőforrás menedzsment, munkaerőpiac, mentális zavarok, migráció, női migráció, motiváció, szociális integráció

ROBERT J. BIEL (221. o.)

Karitatív tevékenység a Lengyel Népköztársaság kommunista rendszerének árnyékában: A karitász a liturgia és az igehirdetés mellett az egyház legfontosabb feladatai közé tartozik. Igaz ez a lengyelországi katolikus egyházra is, ahol a jótékonyságnak gazdag hagyománya van. Már 1915-ben létrejött Krakkóban a háborús áldozatok ügyeivel foglalkozó püspöki bizottság, 7 évvel később, 1922-ben pedig a Karitász Egyesület. A lengyelországi egyház a második világ-

háború előtt jelenős jótékonysági intézménynek számított. Az egyházi karitatív tevékenység történetének különös fejezetét írta Lengyelországban a második világháború. 1940. július 23-án a német megszálló hatalom a Karitász valamennyi struktúráját megszüntette. Helyette 1940-ben létrehozták az „RGO"-t (Gondoskodási Főtanács) és a „PolKo"-t (Lengyel Gondoskodási Bizottság), amelyek karitatív segítséget nyújthattak. Közvetlenül a háború vége után a Lengyel Püspökkari Konferencia 1945 júniusában létrehozta a Karitász országos központját, amely azonnal újra megkezdte hivatalos tevékenységét. Nem sokkal a hatalomátvétel után megkezdődtek a Karitász tevékenysége elleni kommunista támadások. A kommunista üldözés nehéz időszaka egyre inkább az egyház ama karitatív tevékenységének akadályozását jelentette, amely a karitatív lelkigondozás különféle formáiban is megnyilvánult. Ennek következtében a Karitász – intézményeivel együtt – már 1950-ben az állam kényszerfelügyelete alá került. A Karitász országos központját fel kellett oszlatni, javait az állami hatóságok elkobozták. A Karitász országos központjának 1950-es feloszlatása után az egyházi szervezet helyett új intézményként megalapították a „Katolikusok Karitász Egyesületét", amely a kommunista kormány alá volt rendelve. Erre válaszul a Lengyel Püspökkari Konferencia megalapította az Irgalmasság Országos Titkárságát. A rendkívüli állapot 1981-es bevezetése az egyházat is erőteljesebb karitatív tevékenységre serkentette. Az 1980-as években Lengyelországban az intézményes karitászmunka jelentős fellendülése következett be, amikor az élesedő gazdasági válságban az egyház társadalmi szerepe jelentősen megnőtt. 1981 januárjában összehívták a Karitatív Bizottságot, és nem sokkal a fordulatot követően – 1990. október 10-én – 40 év szünet után létrejött az egyházi karitász, amelynek immár az új idők olyan kihívásaival kell tudni megbirkóznia, mint a munkanélküliség, a társadalmi bizonytalanság és a kivándorlás.

Kulcsszavak: diakónia, Lengyelország, kommunizmus, államszocializmus, diktatúra, történelem, visszatekintés, segítő foglalkozás, lelkigondozás, változások kora, kivándorlás

CHRISTIAN EWHRUDJAKPOR (247. o.)

A családtagok által kifejezett érzelmeket vizsgáló esettanulmányok a skizofréniával élőkkel kapcsolatban Nigéria Delta tagállamában: A tanulmány célja megállapítani, mennyire alkalmasak a családtagok által kifejezett érzelmek a skizofréniával élő családtagok egészségi állapotának előrejelzőjeként (prediktoraként). Emellett célkitűzése meghatározni a családtagok által egy „beteg" családtag irányában kifejezett erős, illetve gyenge érzelmek bizonyos jellegzetességeit. A vizsgálat harmincegy olyan családra terjedt ki, amelyekben állami tulajdonú kórházakban dolgozó pszichiáterek (DSM-IV-TR diagnosztikát használva) skizofréniában szenvedő családtagokat jegyeztek fel. Az elméleti indíttatású mintaválasztás szociális munkások bevonásával történt. Az adatgyűjtés eszköze egy ellenőrzött és módosított Camberwell családinterjú (Camberwell Family Interview – CFI) kérdőív volt, amely három fő területre fókuszált: a családtagok ellenséges érzelmeire, kritikai megjegyzéseire, illetve a túlzott érintettségről árulkodó, kifejezett érzelmekre. Az eljárás során az adott területről származó képzett kutatási aszszisztensek vezették le a közösen beszélt nyelven az interaktív találkozókat. A kapott adatokat minőségi elemzésnek vetették alá. Ez kimutatta, hogy a vizsgálatba bevont 31 családból 25 (80,65%) családra erős kifejezett érzelmek, míg a fennmaradó hat családra (19,35%) gyenge kifejezett érzelmek voltak a jellemzők. Ugyanakkor csak öt olyan „beteg" családtag volt, akinél az első kezelést, illetve az elbocsátását követően ne következett volna be visszaesés (relapszus). 7 „beteg" családtag elhagyta az erős kifejezett érzelmekkel jellemzett 25 család valamelyikét.

A tanulmány rávilágított, hogy a kifejezett érzelmek jelentős mértékben meghatározzák a skizofréniával élő családtagok esélyét a visszaesésre, illetve, hogy a „beteg” családtag neme meghatározza a családtagok kifejezett érzelmeinek szintjét. A tanulmány arra is rámutatott, hogy az alacsony megbecsülésű társadalmi, illetve gazdasági háttérrel rendelkező családok esetében a szegénység, míg a magas megbecsülésű háttérrel rendelkező családok esetében a megszégyenülés áll a kifejezett érzelmek hátterében. A tanulmány felkínál egy családterápiás modellt.

Kulcsszavak: Nigéria, Camberwell családinterjú, kifejezett érzelmek, családsegítés, prediktor, relapszus, skizofrénia

DIETMAR MIETH (257. o.)

Önrendelkezés és felelősség az élet utolsó szakaszában: Az, hogy miként gondolkodunk a meghalásról, nagyrészt tapasztalatainktól és elképzeléseinktől függ. Emellett a meghalást gyakran a világ legszemélyesebb dolgának tekintik. Ebben csaknem mindig olyan megélt vagy elbeszélt helyzettel szembeni tiltakozás rejlik, amely híján volt az élet-, illetve halálminőségnek. Miután az orvostudományban az önrendelkezés – joggal – fényesen felfelé ívelő karriert járt be az orvosok vagy ápolók által hozott, idegen döntésekkel szemben, egyesek megkísérelték azt túlcsalogatni ezen a célon. Így egyesek a beteg és ápolásra szoruló emberekkel való bánásnál akkor érzik magukat biztonságban, ha bizonyítani tudják: kinyilvánított egyetértés vagy elutasítás alapján cselekszenek. Ahol nő a bizalmatlanság, megnövekszik az ellene való védekezés igénye is. Jó dolog előnyt biztosítani az önrendelkezésnek. De mint a közlekedésben is, az előny is megköveteli, hogy körültekintőek legyünk, és tekintettel legyünk másokra. Egy dolog, hogy magunkról dönthessünk, más dolog pedig, hogy szabályokat állítsunk fel arra vonatkozóan, hogy miként dönthessen minden más ember. Sokak figyelmét elkerüli, hogy nem csak egzisztenciális szemléletről van szó, ha az ápolási szabadságról, gondozásról és halálba kísérésről hozunk törvényeket, hanem a polgárok közös felelősségéről is. Aki az önrendelkezést csak olyan akadályozatlan választási lehetőségnek tekinti, amelynek minden más érintettnek alá kell vetnie saját felelősségét, figyelmen kívül hagyja, hogy a felelős önrendelkezésnek mindig tekintetbe kellene vennie a többieket, és egy csónakban kellene evezniük. A felelősség egyszersmind önmagunkkal szembeni kötelezettséget is jelent. Aki azt látja, hogy másoknak terhére van, és elszigetelt marad, veszít élete értelméből. Gyakran akkor esik szó önrendelkezésről, amikor szűkössé válnak az anyagi eszközök, és az embereknek már nincs idejük az ápolásra szorulók számára. Ami még megmarad nekik, azt szokták – indokolatlanul – „önrendelkezésnek” nevezni. A felelősség azt jelenti, hogy az embert, akinek egyénként nincs minden a hatalmában, kapcsolatokban látjuk. Éppen ezért polgári felelősségünk van a tekintetben, hogy emberek ne maradjanak egyedül, ha életük behatárolódott, és hogy segítséget kapjanak terhük hordozásához. Akkor nem csak azért nyújtunk nekik önrendelkezést, hogy felelősséget takarítsunk meg magunknak, hanem respektáljuk őket.

Kulcsszavak: kapcsolatok, közös felelősség, kinyilatkoztatott egyetértés, élet-/halálminőség, szabályok, kötelezettségvállalás, meghalás

POLISH ABSTRACTS
POLNISCHE ZUSAMMENFASSUNGEN

ABSTRAKTY

CONSTANCE E. PUTNAM (s. 165)

Jakim prawem jest prawo człowieka do decydowania o własnej śmierci?: Zwolennicy domniemanego prawa do śmierci tylko sporadycznie badają wnikliwie do jakiego rodzaju prawa można byłoby zakwalifikować powyższe prawo. Decyzja rozstrzygnięcia czy posiadamy dane prawo zakłada teoretycznie, że jesteśmy w pełni świadomi, co oznacza fakt posiadania prawa oraz znamy istniejące rodzaje praw. Autor studium w badaniu jednego z podstawowych zagadnień, kontaktów lekarz – pacjent na etapie opieki u kresu życia, opiera się na analizie toku myślenia związanego z określeniem pojęcia prawa moralnego przez filozofa Judith Jarvis Thomson'a oraz opracowaną przez niego ogólną analizę prawa: Jeżeli istnieje prawo do śmierci, to do jakiego rodzaju prawa możemy je zakwalifikować? Thomson stosuje takie same formy zróżnicowania w zakresie praw *moralnych*, jak Wesley Newcomb Hohfeld w prawach *ustawowych*. W skrócie: wydaje się, że istnieją cztery róże typy prawa: *wymagania, przywileje, wpływy i zwolnienia.* Autor stosując metodę analizy prawa Hohfeld–Thomson'a wytyczył cel zbadania wyników oceny najczęściej podkreślanych przez zwolenników argumentów „prawa do śmierci". Badania dotyczyły trzech argumentów: *argumentu prawa, argumentu autonomii, argumentu pomocy*. Wszystkie powyższe argumenty, według nazewnictwa Thomson'a, tworzą „prawo zbiorowe". Wydawałoby się, że prawo do śmierci znajduje największe uzasadnienie argumentem autonomii. Jednak argument pomocy okazuje się argumentem, na który w rozmowach o prawie do śmierci bezpośrednio powołuje się większość osób, dlatego też, na ten czynnik należy zwrócić szczególną uwagę. Jednocześnie okazuje się, że argument ten nie napawa zbytnim optymizmem, w związku z tym staje się jednoznaczne, że jeżeli nawet istnieje prawo do śmierci, możliwe, że jest to prawo dość ograniczone. W zakończeniu autor podkreśla, że stwierdzenie, że pomoc lekarza w umieraniu choremu korzystającemu z prawa do godnej śmierci, jest działaniem *właściwym* w żadnym przypadku nie wynika z prawa do śmierci umierającego pacjenta.

Słowa kluczowe: prawo do śmierci, rodzaje prawa, rodzaje argumentów, pomoc w umieraniu, eutanazja

ECKHARD FRICK (s. 181)

Manipulowane ciało – projektowana dusza? Filozoficzne i psychoanalityczne rozważania na temat wizerunku człowieka z medycznego punktu widzenia, ze szczególnym uwzględnieniem niemieckojęzycznej literatury specjalistycznej: Psychosomatyczna antropologia dźwiga brzemię dualizmu dwóch wzajemnie wykluczających się ontologii (duch-ciało oraz dualizm mózg-umysł). Według poglądów zwolenników kompleksowych metod leczenia, należy unikać zarówno sposobów leczenia duszy bez ciała, jak i ciała bez duszy. Niniejsza praca

w przeciwieństwie do teorii holistycznych przytacza argumenty za tym, żeby tradycyjną metafizyczną aporię medycyny zastąpić dualnością dwóch poglądów, mianowicie, dualizmem między ciałem postrzeganym jako żywy organizm, odczuwanym z perspektywy pierwszej i drugiej osoby (*Leib*), a ciałem jako przedmiot opisany z perspektywy trzeciej osoby (*Körper*). Ta antropologiczna koncepcja powstała w oparciu o antropologię filozoficzną (Plessner), fenomenologię ciała (Fuchs) i socjologię ciała (Villa). W historii medycyny za przykład uprzedmiotowania ciała człowieka jako żywego organizmu służy model-histeria, który w początkowej fazie psychoanalizy został wykorzystany w nowy sposób.

Słowa kluczowe: dualizm, żywy organizm cielesny i ciało fizyczne, uprzedmiotowane ciało, wcielenie, antropologia psychosomatyczna, histeria

ISTVÁN VINGENDER , JUDIT MÉSZÁROS & JÚLIA KIS (s. 195)

Dynamika czynników dopingujących i zniechęcających do migracji specjalistów pielęgniarstwa węgierskiej służby zdrowia: Przyczyną faktu, że migracja specjalistów pielęgniarstwa węgierskiej służby zdrowa nie posiada adekwatnej charakterystyki i analizy można doszukiwać się w poczuciu autentyczności węgierskiego społeczeństwa lub też w jej braku. Procesy migracji posiadają wiele teoretycznych koncepcji. Każda z nich pod innym kątem i z innego punktu widzenia interpretuje zjawisko migracji. Celem przeprowadzonych badań było poznanie intencji migracyjnej wśród specjalistów pielęgniarstwa węgierskiej służby zdrowia, aktywności zjawiska oraz charakterystycznych właściwości socjalnych, socjalno-psychologicznych i antropologiczno-kulturowych. Problematykę migracji analizowaliśmy częściowo dla celów naukowych i ugruntowania odpowiednich decyzji polityki zawodowej, częściowo natomiast dla celów wsparcia własnych programów rozwojowych instytucji. Temat migracji, jako zjawisko subkulturowe sprowadza się do wielu czynników: pochodzenie pracownika służby zdrowia, charakterystyczny, moralny system wartości przy wyborze zawodu, dominująca w pielęgniarstwie przynależność do płci żeńskiej, ewentualnie brak przesłanek i doświadczeń w inspiracji do mobilności itp. Na Uniwersytecie Medycznym im. Semmelweisa Wydział Nauki o Zdrowiu prowadząc od wielu lat różorodne badania stara się ocenić wielkość migracji w zawodzie pielęgniarskim. Na podstawie prognozy w naszych badaniach ilość osób zdecydowanych na migrację w celu podjęcia pracy w sontażu sprzed czterech lat równa się ilości ocenianej obecnie, natomiast ilość definitywnie wykluczających taką możliwość kariery była znacznie wyższa: w badaniach przeprowadzonych cztery lata temu jedna piąta specjalistów pielęgniarstwa zdecydowanie wykluczała tę formę kariery, obecnie proporcja ta wynosi zaledwie 5%. Biorąc pod uwagę, że zagraniczna rekrutacja pracowników służby zdrowia w dzisiejszych czasach odbywa się w sposób intensywny i zasadniczo lepiej zorganizowany, można się spodziewać, że znacznie większa część zainteresowanych zdecyduje się na podjęcie pracy w innym kraju, niż miało to miejsce wcześniej. Jednocześnie należy stwierdzić, że dążenia i wyobrażenia migracyjne nie posiadają tendencji o charakterze dominującym, nie są homogeniczne i nie mają symptomów fatalizmu. Interwencja mająca na celu zatrzymanie pracowników w kraju, ma jeszcze duże pole do działania.

Słowa kluczowe: problemy akulturacyjne, specjaliści pielęgniarstwa, management zasobów ludzkich, rynek pracy, zaburzenia mentalne, migracja, migracja kobiet, motywacja, integracja socjalna

ROBERT J. BIEL (s. 221)

Działalność charytatywna w cieniu komunizmu w Polsce Ludowej: Działalność charytatywna ma w Polsce długą i bogatą tradycję. Już bowiem w czasach rozbiorów – w 1915 roku powstał Biskupi Komitet Pomocy dla Dotkniętych Klęską Wojny i zaczęły się tworzyć instytucjonalne zaczątki działalności charytatywnej, których efektem było powstanie w 1922 roku kościelnej organizacji Caritas. Szczególnym wyzwaniem dla kościelnej działalności charytatywnej stał się okres II wojny światowej. Gdy okupanci rozwiązali w 1940 roku Caritas Kościół powołał do życia RGO (Radę Główną Opiekuńczą) oraz Polko (Polski Komitet Opiekuńczy), które koordynowały działania charytatywne Kościoła w trudnym czasie wojny. Zaraz po zakończeniu II wojny światowej Episkopat Polski reaktywował działalność i struktury Caritasu. Nie spotkało się to jednak z przychylnością władz komunistycznych, które chciały również w dziedzinie dobroczynności zachować swój monopol. Po licznych atakach i szykanach również w duszpasterstwie komuniści rozwiązali w 1950 roku kościelną Caritas i upaństwowili większość placówek zakładając jednocześnie kontrolowany przez siebie związek Katolików Caritas. Po zlikwidowaniu kościelnej Caritas Komisja Episkopatu Polski utworzyła w 1950 roku Krajowy Sekretariat do Spraw Miłosierdzia, który odtąd koordynował działalność charytatywną Kościoła. Szczególnym charytatywnym wyzwaniem dla Kościoła był okres stanu wojennego (1981), gdy trzeba było zorganizować pomoc dla internowanych, więźniów politycznych i ich rodzin. Ze względu na nasilający się kryzys gospodarczy w Polsce posługa charytatywna Kościoła nabierała coraz to większego znaczenia i z tej racji Konferencja Episkopatu Polski utworzyła w 1981 roku Komisję Charytatywną, której głównym zadaniem było przyjmowanie i dystrybucja pomocy żywnościowej, medycznej czy gospodarczej napływającej w tamtym czasie z Zachodu do Polski. Po upadku komunizmu Episkopat Polski podjął decyzję o reaktywowaniu kościelnej Caritas, co dokonało się w październiku 1990 roku. Oprócz koniecznej odbudowy struktur Caritas musiał podjąć swoje zadania polegające na niesieniu pomocy ofiarom reform gospodarczych w Polsce po 1989 roku. Dzisiaj Caritas musi sprostać nowym wyzwaniom, które zrodziły się na gruncie przemian cywilizacyjnych spowodowanych wejściem Polski do Unii Europejskiej.

Słowa kluczowe: diakonia, Polska, komunizm, państwo socjalistyczne, dyktatura, historia, przegląd, duszpasterstwo, czas przełomu, emigracja

CHRISTIAN EWHRUDJAKPOR (s. 247)

Studium przypadku w państwie członkowskim Delta Nigeria na temat badania ujawnianych uczuć w rodzinie dotkniętej schizofrenią: Celem przeprowadzonych badań było stwierdzenie w jakim stopniu uczucia ujawnione przez członków rodziny mogą być wykorzystane jako wstępny symptom (predyktor) stanu zdrowia chorego na schizofrenię. Równoległym celem badań było określenie specyfiki wyrażania przez członków rodziny intensywnych i słabych uczuć wobec „chorego". Badanie obejmowało trzydzieści jeden rodzin, w których lekarze psychiatrzy ze szpitali państwowych rejestrowali członków rodzin dotkniętych schizofrenią (wykorzystując diagnostykę DSM-IV-TR). Dobór próby o celach naukowych odbył się z udziałem pracowników socjalnych. Zbieranie danych polegało na wypełnieniu sprawdzonej i przystosowanej ankiety wywiadu rodzinnego Camberwell (Camberwell Family Interview – CFI), która skupiała się na trzech głównych tematykach: wrogich uczuciach członków rodziny, krytycznych

uwagach, a także na ujawnionych uczuciach świadczących o nadmiernym przywiązaniu. Podczas prac badawczych kwalifikowani asystenci naukowi, pochodzący z danego regionu przeprowadzili interaktywne spotkania w języku przystępnym dla ankietowanych. Otrzymane wyniki poddano analizie jakościowej, która wykazała, że spośród 31 badanych rodzin 26 rodzin (80.65%) charakteryzowało intensywne ujawnianie uczuć, natomast pozostałe 7 rodzin (19.35%) przejawiało słabe uczucia wobec „chorego". Jednocześnie stwierdzono tylko 5 przypadków, gdzie po pierwszym zabiegu, bądź też opuszczeniu szpitala nie nastąpił nawrót choroby (relapse). 7 „chorych" członków rodziny opuściło którąś z 25 rodzin, w których dominowało intensywne ujawnianie uczuć. Wyniki badań pozwalają wysunąć wnioski, że uzewnętrznienie uczuć w znacznym stopniu wpływa na ewentualny nawrót choroby członka rodziny dotkniętego schizofrenią. Stwierdzono również, że płeć „chorego" członka rodziny rzutuje na poziom uczuć okazywanych przez jego najbliższą rodzinę. Wyniki badań wskazują również na to, że w kontekście uzewnętrznianych uczuć kryje się bieda w przypadku rodzin o niskim statusie społecznym i ekonomicznym oraz zażenowanie w przypadku rodzin posiadających wyższą rangę społeczną. Studium poleca również model terapii rodzinnej.

Słowa kluczowe: Nigeria, wywiad rodzinny Camberwell, ujawnianie uczuć, wsparcie rodziny, prediktor, relapse, schizofrenia

DIETMAR MIETH (s. 257)

Samostanowienie i odpowiedzialność w końcowym etapie życia: W jaki sposób myślimy o śmierci w dużym stopniu uzależnione jest od naszych doświadczeń i wizji. Poza tym umieranie traktowane jest często jako temat nad wyraz osobisty. Z reguły kryje się za tym sprzeciw wobec sytuacji przeżytych lub znanych z opowiadań, których niedosyt odczuwaliśmy (przejawiał się) w jakości życia/śmierci. Ponieważ samostanowienie zrobiło błyskotliwą karierę w medycynie – zgodnie z prawem – w przeciwieństwie do postronnych decyzji lekarzy czy pielęgniarek, niektórzy podejmowali próby przesadnego traktowania tego zagadniena. Dlatego też opiekując się chorym, czy potrzebującym opieki tylko wtedy czują się bezpiecznie, jeżeli są w stanie udowodnić, że działają w myśl deklarowanej zgody lub protestu. Gdzie rośnie klimat nieufności, tam wzrasta również potrzeba obrony. Słuszną sprawą jest zapewnić przywilej samostanowienia. Lecz podobnie jak w komunikacji przywilej wymaga od nas rozwagi i dbałości o bezpieczeństwo innych ludzi. Łatwo jest podejmować decyzje odnośnie samego siebie, a już zupełnie odmienną sprawą jest tworzenie reguł dotyczących tego, jak mogą decydować inni ludzie. Wielu ludzi nie spostrzega, że przy opracowaniu reguł dotyczących swobody pielęgnacji, opieki i towarzyszenia w umieraniu, w grę wchodzą nie tylko aspekty egzystencjalne, lecz również współodpowiedzialność obywateli. Ten, kto samostanowienie traktuje jako możliwość wyboru bez przeszkód, której wszyscy zainteresowani winni podporządkować własną odpowiedzialność, nie bierze pod uwagę faktu, że odpowiedzialne samostanowienie zawsze ma ma uwadze dobro innych ludzi, wszyscy powinni wiosłować w jednej łódce. Odpowiedzialność oznacza również wszelkie bezwarunkowe zobowiązanie wobec samego siebie. Człowiek mający świadomość, że jest ciężarem dla innych, izoluje się i traci sens życia. Samostanowienie wtedy staje się aktualnym tematem, gdy następuje ograniczenie środków materialnych i ludzie nie mogą poświęcić wiele czasu potrzebującym opieki. To co im pozostało zwykle nazywają – bezpodstawnie – „samostanowieniem". Odpowiedzialność oznacza, że człowieka widzimy przez pryzmat kontaktów, w których nikt nie jest traktowany jako jednostka. Właśnie

dlatego spoczywa na nas obywatelska odpowiedzialność, wsparcia ludzi, by nie czuli się osamotnieni, gdy zawęzi się ich przestrzeń życiowa i uzyskali pomoc w dźwiganiu ciężaru. Nie dlatego zapewniamy im możliwość samostanowienia, żeby zmniejszyć własną odpowiedzialności, tylko po to, żeby ich respektować.

Słowa kluczowe: kontakty, współodpowiedzialność, deklaracja zgody, jakość życia/śmierci, reguły, podejmowanie zobowiązania, umieranie

RUMANIAN ABSTRACTS
RUMÄNISCHE ZUSAMMENFASSUNGEN

ABSTRACTE

CONSTANCE E. PUTNAM (pag. 165)

Ce fel de drept este dreptul la moarte?: Cei care argumentează lângă presupusul drept la moarte, rareori analizează detaliat cel fel de drept ar fi dreptul la moarte. Totodată, să decidem dacă dispunem sau nu de un drept anume, presupune că ştim ce înseamnă să avem sau nu un drept şi ce drepturi există în realitate. În acest studiu autorul preia analiza filozofului Judith Jarvis Thomson despre dreptul moral pentru a cerceta o problemă de bază în relaţia medic-pacient: îngrijirea la sfârşitul vieţii. Dacă există dreptul la moarte, ce fel de drept este acesta? Thomson în cazul dreptului moral utilizează aceeaşi delimitare ca şi Wesley Newcomb Hohfeld în cazul drepturilor legale. Pe scurt, există patru tipuri de drepturi: exigenţă, privilegiu, putere şi imunitate. Autorul are ca scop să stabilească care sunt rezultatele metodei de analiză a drepturilor Hohfeld–Thomson pentru evaluarea argumentelor cele mai frecvente legate de „dreptul la moarte". În cadrul articolului sunt analizate trei argumente: argumentul dreptului, al autonomiei şi al ajutorării. Fiecare argument, pe baza denumirii lui Thomson, are ca şi rezultat „drepturile acumulate". Am putea presupune că dreptul la moarte poate fi susţinut cu argumentul autonomiei. Totuşi, argumentul ajutorării este cel la care majoritatea persoanelor fac referire când discută despre dreptul la moarte, de aceea merită să-i acordăm atenţie deosebită. Totuşi, iese la iveală faptul că, chiar dacă există dreptul la moarte, este un drept foarte limitat. Autorul ne aminteşte, dacă medicul îl ajută pe pacient să moară, acest fapt nu rezultă din dreptul bolnavului care agonizează.

Cuvinte cheie: dreptul la moarte, tipuri de drepturi, tipuri de argumente, ajutarea în moarte, eutanazie

ECKHARD FRICK (pag. 181)

Trupul manipulat – sufletul planificat? Cugetări psihoanalitice şi filozofice legate de imaginea omului, din prisma bibliografiei germane: Antropologia psihosomatică poartă greutăţile a două ontologii care se exclud (trup-suflet sau minte-spirit). Cei care argumentează lângă vindecarea complexă susţin că trebuie evitat vindecarea sufletului fără a lua în calcul trupul, cât şi medicina trupului fără suflet. Prezentul studiu argumentează că faţă de afirmaţiile holistice abordările metafizice ale medicinei tradiţionale trebuie înlocuite cu dualitatea celor două puncte de vedere, pe deoparte cu trupul trăit din perspectiva primei şi persoanei a doua (*Leib*) şi trupul obiectivizat (*Körper*). Această închipuire antropologică se sprijină pe antropologia filozofică (Plessnesr), fenomenologia trupului (Fuchs) şi sociologia trupului (Villa). Pentru a exemplifica din punct de vedere al istoriei medicinale obiectivarea trupul uman, poate fi adus ca şi exemplu modelul clasic al isteriei, care a fost prezentat la începutul psihanalizei într-o abordare nouă.

Cuvinte cheie: dualitatea trupului viu şi al trupului obiectivat, întruchipare, antropologia psihosomatică, isterie.

ISTVÁN VINGENDER, JUDIT MÉSZÁROS & JÚLIA KIS (pag. 195)

Potenţialul migrator al forţei de muncă specializat în domeniul sanitar maghiar: Dinamica atracţiei şi al respingerii: Faptul că în Ungaria nu există o descriere şi o analiză adecvată a migraţiei forţei de muncă specializat în domeniul sanitar poate fi căutat în autenticitatea societăţii maghiare şi mai bine-zis în lipsa acesteia. Procesul migrator are multe abordări teoretice, care analizează migraţiei din diferite perspective. Scopul cercetării a fost de a cunoaşte intenţia şi activitatea muncitorilor din domeniul sanitar, caracteristicile sociale, socio-psihologice şi cultural-antropologice. Analizăm această problemă pe o parte din interes ştiinţific şi pentru fundamentarea deciziilor politice de specialitate, iar pe de altă parte pentru sprijinirea programelor noastre legate de dezvoltarea instituţională. Procesul subcultural poate fi dedus din mai mulţi factori: din originea persoanelor din domeniul sanitar, din sistemul de valori, din faptul că aparţin predominant sexului feminin, din lipsa experienţei legate de mobilitate. În cadrul Universităţii Semmelweis Facultatea de Ştiinţele Sănătăţii contribuim de ani de zile prin mai multe cercetări la cartografierea potenţialului migrator ai muncitorilor specializaţi în domeniul sanitar. În cercetarea efectuată cu câţiva ani în urmă cei care semnalau cu precizie migraţia erau ca şi număr aproximativ cât sînt azi, dar erau mai multe persoane care nu doreau să trăiască cu această posibilitate. O cincime dintre muncitorii din domeniul sanitar excludeau o asemenea carieră, iar azi proporţia acestora este de 5%. Dacă luăm în calcul faptul că în zilele noastre recrutarea muncitorilor specializaţi din domeniul sanitar este mult mai organizată şi mai intensivă, se poate aştepta la faptul că cei afectaţi pot fi convinşi într-o proporţie mult mai mare să se angajeze în alte ţări, decât în perioada precedentă. Totodată tendinţele şi închipuirile migratoare nu sunt omogene şi fatale. Intervenţia care se referă la păstrarea angajaţilor are perspective.

Cuvinte cheie: probleme aculturale, muncitori specializaţi în domeniul sanitar, managamentul resursei umane, piaţa forţei de muncă, probleme mentale, migraţia, migraţia feminină, motivaţia, integrarea socială**.**

ROBERT J. BIEL (pag. 221)

Activităţi caritative în Republica Poloneză din umbra comunismului: Caritatea, pe lângă liturgie şi slujbă este una dintre cele mai importante sarcini ale bisericii. Acest lucru este valabil şi în cazul bisericii catolice poloneze, unde caritatea are tradiţii bogate. În anul 1915 în Cracovia s-a înfiinţat comitetul episcopal, care se ocupa cu problemele victimelor de război, iar cu 7 ani mai târziu în 1922 Asociaţia Caritas. Înainte de cel de-al doilea război mondial biserica poloneză a fost considerată o insituţie semnificativă de caritate. Cel de-al doilea război mondial a scris un capitol interesant în activitatea caritativă bisericească. În 1940 pe 23 iulie puterea germană a suprimat fiecare structură al Caritasului. În locul acesteia a fost înfiinţat în 1940 RGO-ul (Consiliul de Îngrijire) şi PolKo (Comitetul de Îngrijire Polonez), care oferea ajutor caritativ. Imediat după sfârşitul războiului, în iulie 1945 Conferinţa Episcopală Poloneză a înfiinţat centrul naţional al Caritasului, care şi-a reluat activitatea oficială. După preluarea puterii au început atacurile comuniste faţă de activitatea Caritasului. Perioada grea de persecuţie a însemnat împiedicarea activităţii caritative a bisericii, fapt care a fost vizibil în diferitele forme ale îngrijirii sufleteşti. Datorită acesteia, Caritasul-împreună cu instituţiile lui, încă din 1950 a ajuns sub supravegherea forţată a statului. Centrul naţional al Caritasului a fost desfiinţat, bunurile au fost confiscate de către autorităţile statului. După desfiinţarea din 1950 al Caritasului,

în locul organizaţiei bisericeşti, a fost înfiinţată ca şi o instituţie nouă Asociaţia Catolică al Caritas-ului, care a funcţionat sub guvernul comunist. Ca răspuns, Conferinţa Episcopală Poloneză a înfiinţat Secretariatul Naţional Milostiv. Introducerea din 1981 al acestei situaţii neobişnuite a impulsionat biserica spre o activitate caritativă accentuată. În Polonia în anul 1980 munca caritativă instituţională a prosperat vizibil şi rolul social al muncii caritative s-a dezvoltat semnificativ în criza economică. În ianuarie 1981 a fost convocat Comitetul Caritativ şi nu după mult timp după această întorsătură în 1990 pe 10 octombrie, după 40 de ani de pauză, s-a înfiinţat caritasul bisericesc, care a trebuit să facă faţă provocărilor unei noi perioade, ca şomajul, incertitudinea societăţii, emigraţia.

Cuvinte cheie: diaconie, Polonia, comunism, socialism de stat, dictatură, istorie, retrospectivă, profesie de ajutorare, epoca schimbării, emigraţie

CHRISTIAN EWHRUDJAKPOR (pag. 247)

Studii de caz referitoare la exprimarea sentimentelor faţă de schizofrenici în Nigeria statul Delta: Scopul acestui studiu este de a stabili cât sunt de potrivite sentimentele exprimate de familie, ca şi predictori ai sănătăţii, în cazul membrilor schizofrenici ai familiei. Lângă acesta are ca şi scop determinarea caracteristicilor sentimentelor familiei faţă de un membru bolnav al familiei. Cercetarea este extinsă pe 31 de familii în care psihiatrii din spitale aflate în proprietatea statului (utilizând diagnostica DSM-IV-TR) au luat în evidenţă bolnavi schizofrenici. Eşantionarea teoretică a fost efectuată cu ajutorul asistenţilor sociali. Instrumentul colectării datelor a fost un chestionar de familie (Camberwell Family Interview – CFI) verificat şi modificat, care a focusat pe trei domenii: sentimentele duşmănoase, observaţii critice şi sentimente legate de afectiune exagerată. Pe parcursul procedurii întâlnirile interactive au fost conduse de asistenţi specializaţi în acest domeniu. Datele obţinute au fost prelucrate cvalitativ. S-a demonstrat faptul că din 31 de familii care au participat, pentru 25 (80.65%) de familii au fost caracteristice sentimentele exprimate puternic, iar pentru cele 6 familii rămase (19.35%) au fost caracteristice sentimentele exprimate slab. Totodată au fost numai cinci membrii de familie „bolnavi", la cei care după primul tratament şi după externare nu s-a produs recidivă. 7 membrii de familie „bolnavi" au părăsit cele 25 de familii caracterizate cu sentimente puternice. Studiul a luminat faptul că sentimentele exprimate determină într-un mod însemnat posibilitatea spre recidivă ai membrilor de familie care trăiesc cu schizofrenie şi nivelul sentimentelor exprimate este determinat de sexul membrului de familie „bolnav". Studiul ne prezintă şi faptul că în familiile care au un nivel de apreciere socială şi fundal economic scăzut, sărăcia este ceea ce stă în spatele sentimentelor exprimate, în cazul familiilor cu apreciere socială ridicată acest sentiment este ruşinea. Studiul ne oferă un model de terapia familiei.

Cuvinte cheie: Nigeria, interviu familial Camberwell, sentimente exprimate, ajutarea familiei, predictor, recidivă, schizofrenie

DIETMAR MIETH (pag. 257)

Autodispoziţie şi responsabilitate în ultima perioadă a vieţii: Faptul cum ne raportăm la moarte depinde de experienţa şi închipurile noastre. Moartea este privită ca şi cel mai intim eveniment din viaţa noastră. Acest fapt conţine protestul nostru faţă de evenimentele trăite sau

evocate. După ce ştiinţa medicinei a parcurs o carieră ascendentă şi strălucitoare legat de dreptul de autodispoziţie, unii au încercat să-l ademenească peste scopul prestabilit. Sunt persoane care se simt în siguranţă în legătură cu tratarea oamenilor bolnavi numai atunci dacă pot dovedi că acţionează conform consensului sau conform respingerii. Unde creşte neîncrederea, acolo va creşte şi nevoia de a ne apăra împotriva acesteia. Este un lucru bun dacă acordăm prioritate autodispoziţiei. Dar ca şi în cazul circulaţiei, această prioritate atrage după sine grija şi consideraţia faţă de ceilalţi. Un lucru e să decidem despre noi înşine şi este total altceva să construim reguli despre faptul cum să decidă celelalte persoane. Mulţi nu sunt atenţi la faptul că ar trebui să aducem legi despre libertatea îngrijirii şi însoţirea bolnavului în moarte cât şi despre responsabilitatea civică. Cei care privesc autodispoziţia ca şi o posibilitate de alegere neîmpiedicată, unde cei afectaţi trebuie să-şi supună responsabilitatea, ignoră faptul că autodispoziţia responsabilă trebuie să ia în considerare şi pe ceilalţi şi toţi ar trebui să vâslească înace aşi barcă. Responsabilitatea este totodată şi un angajament faţă de noi înşine. Bolnavul care vede că este o povară pentru ceilalţi rămâne izolat şi va pierde esenţa vieţii. Vorbim deseori despre autodispoziţe atunci când resursele materiale sunt limitate şi persoanele nu au timp pentru cei care necesită îngrijire. Acel lucru ce le-a mai rămas este numit, fără argumente, autodispoziţie. Responsabilitatea înseamnă să vedem oamenii în relaţii în care nu sunt trataţi ca şi indivizi. Avem o responsabilitate civică ca oamenii să nu rămână singuri în cazul în care viaţa lor este limitată şi să primească ajutor în purtarea aceastei poveri. În acest caz autodispoziţia nu este oferită numai pentru a scăpa de responsabilitate, ci pentru a respecta bolnavii.

Cuvinte cheie: relaţii, responsabilitate comună, acord declarat, calitatea vieţii şi a morţii, reguli, luarea responsabilităţii, moarte

RUSSIAN ABSTRACTS
RUSSISCHE ZUSAMMENFASSUNGEN

РЕЗЮМЕ

CONSTANCE E. PUTNAM (165. стр.)

Что значит в действительности право на смерть?: Те, кто выступают за то, что называется правом на смерть, редко разбирают подробнее, каким же видом права оно является. В то же время решить, располагаем ли мы данным правом, это значит в первую очередь отдавать себе отчёт в том, какие виды права существуют в действительности. Автор исследования, философ Юдит Ярвис Томсон (Judith Jarvis Thomson), при анализе одного из основных вопросов отношений врача-пациента, касающегося ухода за умирающими берёт за основу ход суждений, истолковывающий понятие морального права – если существует право на смерть, какого вида это право? Томпсон к сфере *нравственного* права применяет те же различия, которые Везли Ньюкомб Хофельд (Wesley Newcomb Hohfeld) применял к *законным* правам. Выражаясь кратко, похоже, что существует четыре различных вида права: потребность, привелегия, власть и освобождение (напр. от обязанностей). Автор поставил перед собой задачу определить, какими будут результаты, если использовать приёмы правового анализа Хофельда-Томсона для оценки аргументов, чаще всего приводимых теми, кто поддерживает мысль о «праве на смерть». Три таких аргумента подвергаются анализу: *аргумент права*, *аргумент анатомии* и *аргумент помощи*. Каждый из этих аргументов приводит, согласно Томсону, к «совокупности прав». Возможно кто-то подумает, что право на смерть поддерживается прежде всего анатомическим аргументом. И тем не менее, похоже, именно на аргумент помощи, опирается большинство людей, когда разговор косвенно касается права на смерть, поэтому стоит обратить внимание в первую очередь на это. В то же время выясняется, что это не слишком обнадёживающий аргумент, и вследствие этого становится ясным, что даже если и существует право на смерть, возможно в конечном итоге, это довольно ограниченное право. В заключении, автор напоминает, что вывод – тот ли *поступок* врача *правилен*, когда он помогает умереть больному, пользующемуся правом на смерть – ни коим образом не следует из самого права умирающего больного на смерть.

Ключевые слова: право на смерть, виды права, типы аргументов, помочь умереть, эвтаназия.

ECKHARD FRICK (181. стр.)

Манипулируемое тело – спланированная душа? Психоаналитические и философские соображения по поводу изображения человека с точки зрения медицины, с особым вниманием к немецкоязычной специальной литературе: психосоматическая антропология несёт нагрузку двойственности двух типов онтологии, исключающих друг

друга (дуализм тела-души или мозга-духа). Согласно мнению сторонников комплексного лечения следует избегать терапию души без исцеления тела точно так же, как и лечение тела без терапии души. Данное исследование в противовес таким холистическим утверждениям высказывается за то, чтобы традиционную метафизическую апорию медицины заменить двойственностью двух точек зрения, в частности, дуализмом между живым телом, побывавшим в перспективе первого и второго лица (*Leib*) с одной стороны, и овеществлённым телом, описанным в перспективе третьего лица (*Körper*) с другой стороны. Это антропологическое рассуждение опирается на философскую антропологию (Plessner), феноменологию (Fuchs) и социологию тела (Villa). Примером воплощения живого тела человека в истории медицины служит традиционная модель истерии, которую на заре психоанализа переняли на новый манер.

Ключевые слова: дуализм живого и физического/овеществлённого тела, воплощение, психосоматическая антропология, истерия.

ISTVÁN VINGENDER, JUDIT MÉSZÁROS & JÚLIA KIS (195. стр.)

Миграционный потенциал венгерских специалистов – работников медицины: Динамика притяжений и отталкиваний: Причины того, что в Венгрии нет адекватного описания и анализа миграции специалистов системы здравоохранения, явно надо искать в аутентичности венгерского общества. Миграционные процессы располагают несколькими теоретическими подходами. Каждый из них с разных сторон, с разных точек зрения истолковывает миграцию. Цель данного исследования состояла в том, чтобы ознакомиться с намерениями и активностью миграции венгерских работников здравоохранения, с социальными, социально-психологическими и культурно-антропологическими особенностями этого процесса. Мы анализируем этот круг проблем отчасти из-за научной заинтересованности, или по-другому, из-за обоснования профессионально-политических решений, а отчасти для поддержки собственной программы развития учреждения. Субкультуральное явление, являющееся основой темы, складывается из многочисленных факторов: происхождение медицинских работников, характерная система ценностей модального выбора профессии, доминирование женского пола, отсутствие предпосылок и опыта возможных инспираций мобильности и т.д. На медицинском факультете Университета им. Семмелвейса уже много лет, проводя многочисленные исследования, мы стараемся вносить свой вклад в учёт миграционного потенциала медработников. В одном нашем исследовании четыре года назад убеждённых мигрантов с целью найти работу было столько же, сколько и сегодня, однако количество тех, кто отрицал для себя такую возможность существенно больше: тогда пятая часть медицинских работников исключала для себя такую карьеру, сегодня их процент едва ли достигает 5%. Если принять во внимание, что рекрутирование работников здравоохранения за границу в наши дни протекает в гораздо более организованной и интенсивной форме, тогда можно ожидать, что больший чем раньше процент затронутых в этом деле лиц поддастся на уговоры наняться на работу в другой стране. В то же время, миграционные стремления, или представления невсесметающие, нецелостные и нефатальные. У интервенции, которая желает держать работников дома, ещё есть выход.

Ключевые слова: проблемы аккультурации, профессиональные медицинские работники, менеджмент людских ресурсов, рынок рабочей силы, умственные расстройства, миграция, миграция женщин, мотивация, социальная интеграция

ROBERT J. BIEL (221. стр.)

Благотворительная деятельность в Польской Республике под сенью коммунистического режима: Благотворительность, наряду с литургией и проповедью, относится к самой главной деятельности церкви. Это верно и для польской католической церкви, которая имеет богатые традиции оказания помощи нуждающимся. Уже в 1915-ом году в Кракове была создана епископская комиссия, занимавшаяся делами пострадавших от войны, а 7-ю годами позже, в 1922-м – Благотворительное Общество. Вторая мировая война – особая глава в истории церковной благотворительной деятельности в Польше. 23-го июля 1940-го года немецкие окупационные власти упразднили все благотворительные структуры. Вместо них в 1940-м году были созданы „RGO" (Главный Попечительский Совет) и „PolKo" (Польский попечительский Комитет), которые оказывали благотворительную помощь. Непосредственно после окончания войны Конференция Коллегии Польских Епископов учредила в июне 1945-го года Национальный Центр Каритас, который сразу возобновил официальную деятельность. Вскоре после захвата власти начались нападки коммунистов на деятельность Каритаса. Тяжёлый период преследования коммунистами всё больше означал препятствие церковной благотворительной деятельности, которая проявлялась и в различных формах заботы о душе. Вследствие этого организация Каритас – вместе со своими учреждениями – уже в 1950-м году оказалась под вынужденным надзором государства. Национальный центр Каритаса пришлось распустить, его имущество было конфисковано представителями государственной власти. После роспуска Национального центра Каритаса в 1950-м году вместо церковной организации было основано как новое учреждение «Католическое Общество Каритас», которое было подчинено правительству коммунистов. В ответ на это Конференция Коллегии Польских Епископов основала Национальный Секретариат Милосердия. Введение чрезвычайной ситуации в 1981-ом году побудила и церковь к более интенсивной благотворительной деятельности. В 1980-х годах в Польше последовал значительный подъём деятельности благотворительных учреждений, когда в период обострённого финансового кризиса общественная роль церкви значительно выросла. В январе 1981-го года была созвана Благотворительная Комиссия и вскоре после переворота – 10-го октября 1990-го года – после 40-летнего перерыва был создан церковный Каритас, которому уже нужно справляться с такими трудностями нового времени, как безработица, общественная неопределённость и эмиграция.

Ключевые слова: дьяконство, Польша, коммунизм, государственный социализм, диктатура, история, ретроспекция, вспомогательная деятельность, забота о душе, эпоха перемен, эмиграция

CHRISTIAN EWHRUDJAKPOR (247. стр.)

Исследование, анализирующее эмоции, выраженные членами семей, живущими с шизофрениками в штате Дельта в Нигерии: цель исследования – установить, насколько способны эмоциональные проявления членов семьи служить параметром (предиктором), характеризующим состояние члена семьи, больного шизофренией. Другая целевая установка – определить некоторые характерные черты сильных, или наоборот, слабых эмоций, выраженных членами семьи «больного» по отношению к нему. Исследование

затронуло 31 семью, в которой психиатры государственных больниц зафиксировали (используя диагностику DSM-IV-TR) больных шизофренией. Выбор прототипа на теоретической основе производился путём привлечения социальных работников. Средством сбора данных было проверенное и видоизменённое семейное интервью-тест типа «Camberwell» (Camberwell Family Interview – CFI), который имел три основных направления: враждебные эмоции членов семьи, критические замечания и выраженные эмоции, которые свидетельствуют о чрезмерной мнительности. В течение исследования специально подготовленные в одной конкретной области научные ассистенты проводили интерактивные встречи на общем для них языке. Полученные данные подвергли тщательному анализу. Он показал, что из 31 семьи, участвующей в исследовании для 25-ти (80.65%) были характерны сильно выраженные эмоции, а для остальных шести семей (19.35%) – слабо выраженные. В то же время было только пять «больных» членов семейств, у которых после первой терапии и выписки не произошло рецидива (релапс). Семеро (7) «больных» оставили свои семьи из тех 25-ти, для которых были характерны сильно выраженные эмоции. Исследование ясно показало, что выраженные эмоции в значительной степени определяют шансы рецидива у больных шизофренией, а также что пол «больного» определяет уровень выраженных эмоций остальных членов семьи. Исследование выявило также и то, что за выраженными эмоциями у семей с низкой общественной или материальной оценкой стоит бедность, тогда как у семей с высокими оценками – ощущение позора, чувство стыда. Исследование предлагает модель семейной терапии.

Ключевые слова: Нигерия, семейное интервью типа Camberwell, выраженные эмоции, семейная помощь, предиктор, релапс, шизофрения

DIETMAR MIETH (257. стр.)

Самоопределение личности и чувство ответственности на последнем этапе жизни: то, как мы размышляем о моменте смерти зависит по большей части от нашего жизненного опыта и от наших представлений. Наряду с этим уход из жизни часто считают глубоко личным делом каждого. В этом почти всегда кроется протест против такой пережитой или рассказанной ситуации, в которой жизнь и смерть не имели ценности. После того, как в медицине самоопределение – по праву – сделало стремительную блестящую карьеру посредством решений врачей или медперсонала, принятых в противовес решениям извне, нашлись такие, кто перегнул палку в этом деле. Так некоторые в обращении с больными и теми, кому необходим уход, чувствуют себя уверенно тогда, когда могут доказать, что они действуют на основе ясно выраженного согласия либо отказа. Там, где растёт недоверие, увеличивается и потребность защититься от него. Хорошее дело – обеспечить приоритет самоопределению. Но как и в движении транспорта, приоритет обязывает нас быть осмотрительными и внимательными к другим. Одно дело, когда мы можем выносить решения о нас самих, и совсем другое, когда мы устанавливаем правила относительно того, как могут выносить решения все другие. Многие не замечают, что речь идёт не только об экзистенциальном подходе, когда мы выносим законы о свободе ухода за больными, о попечении и о сопровождении ухода из жизни, но речь идёт и об общей ответственности. Тот, кто смотрит на самоопределение только как на беспрепятственную возможность выбирать, которой все, кого это касается, должны подчинить свою ответственность, забывают, что ответственное самоопределение всегда должно принимать

во внимание остальных и преследовать совместные цели. Между прочим, ответственность означает наше обязательство и по отношению к самим себе. Тот, кто видит, что в тягость другим и держит себя обособленно, теряет смысл жизни. Часто самоопределение упоминается тогда, когда скудеют материальные средства, и у людей уже не остаётся времени для ухода за теми, кто в нём нуждается. Всё, что у них остаётся, это обычно – необоснованно – и называют «самоопределением». Ответственность означает, что мы видим человека в среде таких отношений, которые не ко всему относятся по отдельности. Именно поэтому на нас лежит гражданская ответственность в том смысле, что люди не должны оставаться в одиночестве, когда их жизнь становится ограниченной, и что они должны получать помощь в преодолении своих трудностей. Тогда мы не только затем предоставляем им право на самоопределение, чтобы накопить себе ответственности, но и чтобы уважать их.

Ключевые слова: отношения, общая ответственность, ясно выраженное согласие, ценность жизни и смерти, правила, принятие обязательства, уход из жизни

SLOVAKIAN ABSTRACTS
SLOWAKISCHE ZUSAMMENFASSUNGEN

ABSTRAKTY

CONSTANCE E. PUTNAM (str. 165)

Aké právo je právo na smrť?: Tí, ktorí argumentujú za predpokladané právo na smrť, iba zriedkavo skúmajú podrobnejšie, akým typom práva by bolo také právo. Pre posúdenie, či máme alebo nemáme určité právo, sa predpokladá porozumenie, čo znamená disponovať určitým právom a aké typy práv existujú v skutočnosti. Autor vo svojej štúdii vychádza z myšlienok filozofky Judith Jarvis Thomson opisujúcich pojem „morálne právo“, resp. z jej všeobecnej analýzy práva a opiera sa o ne pri skúmaní základnej otázky vzťahu medzi lekárom a pacientom v súvislosti so starostlivosťou na konci života: Ak existuje právo na smrť, akým typom práva je? Thomsonová používa na okruh morálnych práv tie isté diferenciácie ako Wesley Newcomb Hohfeld v súvislosti so zákonnými právami. Stručne: zdá sa, že existujú 4 rôzne typy práv: *nároky, výsady, moci a výnimky*. Autor si dal za úlohu určiť, aké výsledky sa objavujú v prípade uplatňovania metodiky právneho rozboru Thomsonovej a Hohfelda na hodnotenie najčastejších argumentov tých, ktorí podporujú ideu „právo na smrť“. Skúmajú sa 3 takéto argumenty: argument práva, argument autonómie a argument pomoci. Výsledkom každého z týchto argumentov podľa Thomsona bude tzv. „kumulatívne právo“. Dalo by sa predpokladať, že právo na smrť môže byť dokladané predovšetkým argumentom autonómie. Zdá sa však, že väčšina ľudí si vyberie argument pomoci ako nepriamy podklad, keď ide o právo na smrť, preto najmä tomu je potrebné venovať pozornosť. Pritom sa ukáže, že tento argument nie je veľmi dôkladný a v dôsledku toho je zjavné, že aj keby existovalo právo na smrť, toto právo je v skutočnosti značne obmedzené. Nakoniec nás upozorní autor na to, že dilema lekára, či môže pomáhať so smrťou pacientovi uplatňujúcemu svoje právo na smrť, nijakým spôsobom nevyplýva z práva zomierajúceho pacienta na smrť.

Kľúčové pojmy: právo na smrť, typy práv, typy argumentov, pomáhať so smrťou, eutanázia

ECKHARD FRICK (str. 181)

Manipulované telo – naplánovaný duch? Psychoanalytické a filozofické úvahy týkajúce sa poňatia človeka lekárskou vedou so zvláštnym dôrazom na odbornú literatúru v nemčine: Psychosomatická antropológia zahŕňa dualitu dvoch vzájomne sa vylučujúcich ontológií (dualita tela a ducha alebo dualita mozgu a duše). Podľa argumentujúcich v prospech komplexnej medicíny treba odmietnuť tak duchovnú medicínu bez tela, ako aj telesnú medicínu bez ducha. Táto štúdia argumentuje proti takýmto holistickým názorom v prospech toho, aby bol tradičný metafyzický paradox lekárskej vedy nahradený dualitou dvoch hľadísk, a to dualitou medzi, na jednej strane, živým telom prežívaným z hľadiska prvej a druhej osoby (*Leib*) a, na druhej strane, hmotným telom opísaným z pohľadu tretej osoby (*Körper*). Táto antropologická teória

je založená na filozofickej antropológii (Plessner), fenomenológii tela (Fuchs), sociológii tela (Villa). Ako príklad dejín lekárstva o materializácii živého ľudského tela slúži tradičný model hystérie, ktorý bol novým spôsobom uchopený na začiatku psychoanalýzy.

Kľúčové pojmy: dualita živého tela a materializovaného/hmotného tela, stelesnenie sa, psychosomatická antropológia, hystéria

ISTVÁN VINGENDER, JUDIT MÉSZÁROS & JÚLIA KIS (str. 195)

Migračný potenciál odborných pracovníkov v maďarskom zdravotníctve: Dynamika príťažlivosti a odpudivosti: Zjavným dôvodom toho, že v Maďarsku neexistuje adekvátny opis, ani analýza migrácie odborných zdravotníckych pracovníkov, môže byť autentickosť alebo skôr nedostatok autentickosti maďarskej spoločnosti. Migračných procesov sa týkajú rôznorodé teoretické prístupy. Každý z nich chápe migráciu z odlišného hľadiska. Cieľom nášho výskumu bolo pochopiť migračné zámery a aktivity maďarských odborných zdravotníckych pracovníkov a ich sociálne, sociálno-psychologické a kultúrno-antropologické vlastnosti. Tento okruh problémov je analyzovaný s dvojakým cieľom. Na jednej strane kvôli vedeckému záujmu a v záujme vytvorenia podkladu pre politické rozhodnutia, a na druhej strane s cieľom podporovať naše vlastné programy inštitucionálneho rozvoja. Predmetný subkultúrny jav môže byť odvodzovaný z početných činiteľov: z rodinného pozadia odborných zdravotníckych pracovníkov, ich charakteristického modálneho hodnotového systému v súvislosti s voľbou povolania, z toho, že dominantne patria k ženskému pohlaviu, z nedostatku predchádzajúcich skúseností s možnými mobilitnými inšpiráciami atď. Početnými prieskumami prebiehajúcimi už niekoľko rokov na Fakulte zdravotnej starostlivosti Univerzity Semmelweis sa usilujeme o prispievanie k zmapovaniu migračných potenciálov odborných pracovníkov. V prieskume vykonanom pred štyrmi rokmi bol počet presvedčivých prognostických znakov migrácie za účelom prístupu k zamestnaniu rovnaký ako dnes, ale počet tých, ktorí určite odmietli túto možnosť, bol významne väčší. Pätina odborných zdravotníckych pracovníkov vtedy pokladala takúto kariéru za vylúčenú a dnes pomer takýchto názorov je menej ako 5 percent. Vzhľadom na to, že sa zahraničný nábor odborných zdravotníckych pracovníkov koná dnes vo významne organizovanejšej a intenzívnejšej forme, očakáva sa, že teraz možno presvedčiť o zamestnaní v zahraničí vyššie percento dotyčných ľudí ako predtým. Migračné úsilia a výhľady však nie sú absolútne, nie sú homogénne, ani fatálne. Zásahy s cieľom udržať pracovníkov doma takto ešte majú čas na účinkovanie.

Kľúčové pojmy: akulturačné problémy, odborní zdravotnícki pracovníci, riadenie ľudských zdrojov, trh práce, mentálne poruchy, migrácia, migrácia žien, motivácia, sociálna integrácia

ROBERT J. BIEL (str. 221)

Charitatívne aktivity v tieni komunistického režimu v Poľskej ľudovej republike: Okrem liturgie a hlásania evanjelia je charitatívna činnosť jednou z najdôležitejších úloh cirkvi. Toto sa týka aj katolíckej cirkvi v Poľsku, kde má dobročinnosť bohatú tradíciu. Už v r. 1915 bol založený biskupský výbor v Krakove, ktorý sa zaoberal záležitosťami obetí vojny a o 7 rokov neskôr bol založený spolok Charitas. Poľská cirkev pred druhou svetovou vojnou bola pokladaná za významnú dobročinnú inštitúciu. Obdobie druhej svetovej vojny znamená zvláštnu kapi-

tolu dejín cirkevných charitatívnych aktivít v Poľsku. Dňa 23. júla 1940 boli nemeckou okupačnou mocou zrušené všetky štruktúry Charity. Namiesto týchto boli v r. 1940 založené „RGO" (Hlavná rada sociálnej starostlivosti) a PolKo (Poľský výbor pre sociálnu starostlivosť), ktoré mohli poskytovať charitatívnu pomoc. Hneď po skončení vojny, v júni 1945 zriadila Konferencia biskupov Poľska ústrednú charitu krajiny, ktorá okamžite začala svoju oficiálnu činnosť. V krátkom čase po prevzatí moci sa začali komunistické útoky proti aktivite Charity. Ťažké obdobie komunistickej perzekúcie znamenalo stále väčšie bránenie tej charitatívnej činnosti cirkvi, ktorá sa prejavovala aj v rôznych formách duchovnej starostlivosti. Následkom toho sa už v r. 1950 Charita, spolu s jej inštitúciami, dostala pod nútenú kontrolu štátu. Ústredná charita krajiny mala byť rozpustená a jej majetky boli štátnymi orgánmi skonfiškované. Po rozpustení ústrednej charity krajiny v r. 1950 bola namiesto cirkevnej organizácie založená nová inštitúcia s názvom „Spolok katolíckej charity", ktorá pôsobila pod kontrolou komunistickej vlády. Na toto zareagovala Konferencia biskupov Poľska založením Celoštátneho sekretariátu Milosrdenstva. Vyhlásenie výnimočného stavu v r. 1981 povzbudzovalo aj cirkev k účinnejšej charitatívnej aktivite. Inštitucionálna charitatívna aktivita v Poľsku významne rozkvitla v 80-ych rokoch, keď sa spoločenská rola cirkvi významne posilnila počas rastúcej hospodárskej krízy. V januári 1981 bol zvolaný Charitatívny výbor a v krátkom čase po zmene systému, nasledovaním 40-ročnej pauzy, dňa 10. októbra 1990, vznikla po 40-ročnej prestávke cirkevná charita, ktorá by mala čeliť už takým výzvam našej doby, ako sú napr. nezamestnanosť, spoločenská neistota a vysťahovalectvo.

Kľúčové pojmy: diakónia, Poľsko, komunizmus, štátny socializmus, diktatúra, história, reflexia minulosti, pomáhajúce povolanie, duchovná starostlivosť, obdobie zmien, vysťahovalectvo

CHRISTIAN EWHRUDJAKPOR (str. 247)

Prípadová štúdia skúmajúca citové prejavy rodinných príslušníkov osôb žijúcich so schizofréniou v členskom štáte Delta v Nigérii: Cieľom tejto štúdie je určiť, do akej miery sú city vyjadrované rodinnými členmi použiteľné ako prognostické ukazovatele (prediktory) na určenie zdravotného stavu člena rodiny žijúceho so schizofréniou. Ďalším cieľom je identifikovať určité charakteristické črty silných, ako aj slabých citových prejavov vyjadrených rodinnými členmi smerom k „pacientovi". Tento prieskum zahŕňal 31 rodín, v ktorých boli zaznamenaní rodinní členovia trpiaci schizofréniou psychiatrami pracujúcimi v štátnych nemocniciach (používaním diagnostiky DSM-IV-TR). Výber vzoriek na teoretické ciele bol vykonaný zapojením sociálnych pracovníkov. Prostriedkom zberu dát bol overený a upravený dotazník rodinného interview „Camberwell" (Camberwell Family Interview – CFI), ktorý sa zameral na tri hlavné oblasti: nepriateľské city rodinných členov, ich kritické poznámky a vyjadrené city odzrkadľujúce ich prepiatu osobnú dotknutosť. Interaktívne stretnutia počas výskumu boli riadené v spoločnom jazyku skúsenými výskumnými asistentmi špecializovanými na danú oblasť. Získané údaje boli spracované kvalitatívnou analýzou. V tejto sa ukázalo, že z 31 rodín zapojených do prieskumu boli silné citové prejavy typické v prípade 25 rodín (80.65%), zatiaľ čo ostatných 6 rodín (19.35%) charakterizovali slabé citové prejavy. Pritom bolo iba 5 „chorých" rodinných členov, v prípade ktorých nedošlo k recidíve (relapsus) po prvej liečbe alebo ich prepustení. 7 „chorých" rodinných členov opustilo svoju rodinu z 25 rodín charakterizovaných silnými citovými prejavmi. Štúdia ukázala, že vyjadrovanie citov vo významnej miere ovplyvňujú možnosť recidívy rodinných členov trpiacich schizofréniou a že pohlavie „chorého" rodinného člena

určuje mieru vyjadrených citov rodinných členov. Štúdia poukázala aj na to, že v prípade rodín s nízkou spoločenskou prestížou alebo ekonomickým postavením stojí za vyjadrenými citmi chudoba, naopak u rodín s vysokou spoločenskou prestížou je to zahanbenie. Štúdia predstavuje model rodinnej terapie.

Kľúčové pojmy: Nigéria, rodinný interview typu „Camberwell“, citové prejavy, pomoc rodinám, prediktor, relapsus, schizofrénia

DIETMAR MIETH (str. 257)

Sebaurčenie a zodpovednosť v poslednom úseku života: To, ako chápeme smrť, závisí predovšetkým od našich skúseností a predstáv. Okrem toho sa smrť pokladá za najosobnejšiu vec na svete. Takmer vždy stojí za týmto protestovanie proti takej prežívanej alebo rozprávanej situácii, ktorú charakterizuje nedostatok kvality života, resp. umierania. Následne po tom, čo sebaurčenie dosiahlo, právom, veľký úspech v lekárskej vede proti cudzím rozhodnutiam prijatým lekármi alebo ošetrovateľmi, niektorí sa pokúsili nadmerne presiahnuť tento cieľ. Takto, niektorí sa počas starostlivosti o chorých ľudí potrebujúcich ošetrenie cítia bezpečne iba v prípade, keď môžu dokázať, že konajú na základe vyjadreného dorozumenia alebo odmietnutia. Kde sa posilní nedôvera, zvýši sa aj potreba ochrany proti nej. Uprednostniť sebaurčenie je užitočné. Ale, ako aj v doprave, prednosť vyžaduje, aby sme boli obozretní, so zreteľom na iných ľudí. Na jednej strane môžeme mať moc rozhodovať sami o sebe, ale na druhej strane potrebujeme nastaviť pravidlá týkajúce sa toho, ako sa môže rozhodnúť každý iný človek. Pozornosti mnohých uniká, že nejde iba o existenciálny aspekt, keď vynesieme zákony o slobode ošetrenia, starostlivosti, opatere zomierajúcich, ale ide aj o spoločnú zodpovednosť občanov. Ak niektorý pokladá sebaurčenie iba za neobmedzenú možnosť voľby, unikne jeho pozornosti, že zodpovedné sebaurčenie by malo v každom prípade brať do úvahy ostatných, s ktorými by sa malo zaobchádzať ako na jednej lodi. Zodpovednosť tiež znamená povinnosť voči sebe. Kto konštatuje, že je na ťarchu iným, zostane izolovaný, stratí zmysel svojho života. Sebaurčenie sa často spomína, keď sa materiálne zdroje stanú obmedzenými a ľudia nemajú čas pre chorých potrebujúcich ošetrenie. To, čo im zostáva, sa často ale bezdôvodne nazýva „sebaurčenie“. Zodpovednosť znamená, že vidíme človeka v takých vzťahoch, ktoré sa nezaoberajú ľuďmi v každom prípade ako indivíduami. Práve preto máme občiansku zodpovednosť v tom zmysle, aby sa ľudia nestali osamelými, ak sa ich život ohraničí a potrebujú pomoc pre nosenie svojej ťarchy. Vtedy im poskytneme sebaurčenie nie len s cieľom vyhnúť sa zodpovednosti, ale tiež za účelom ich rešpektovania.

Kľúčové pojmy: vzťahy, spoločná zodpovednosť, vyjadrené dorozumenie, kvalita života/smrti, pravidlá, niesť povinnosť, úmrtie