

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Bioetika



Mgr. Jana Heřmanová

Filosofické aspekty rozhodování o zdravotní péči v závěru života

Philosophical aspects of health care decision making at the end of life

Disertační práce

Školitel: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Praha, 2013

Ráda bych poděkovala svému školiteli doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za inspiraci a cenné rady, které mi poskytoval při zpracování tématu. Děkuji také doc. MUDr. PhDr. Janu Paynovi, PhD. za kritické připomínky a podněty. Za podporu, kterou mi v průběhu doktorského studia poskytovaly, děkuji kolegyním z Ústavu ošetřovatelství 3. Lékařské fakulty UK v Praze pod vedením přednostky PhDr. Hany Svobodové. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině za to, že mi poskytla podporu a zázemí.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze,

Jana Heřmanová

Podpis

Identifikační záznam:

HEŘMANOVÁ, Jana. *Filosofické aspekty rozhodování o zdravotní péči v závěru života. [Philosophical aspects of health care decision making at the end of life]*. Praha, 2013. 189 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, ÚHSL 1. LF UK v Praze. Školitel doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Abstrakt

Úvod: Základem vztahu lékaře a pacienta je informovaný konsensus o poskytované léčbě a péči. Ten vychází z principu respektu k autonomii pacienta a práva na sebeurčení člověka. V závěru života se rozhodování o zdravotní péči komplikuje zejména v situaci, kdy pacient není schopen vyjádřit své preference a aktuálně podepsat právně platný dokument informovaného souhlasu.

Teze: Vhodná implementace dříve vyslovených přání při použití hermeneutiky jako metody interpretace textu je aplikací informovaného souhlasu v závěru života u pacienta, který není aktuálně schopen podepsat právně platný dokument.

Cíle a metodika práce: Cílem práce je popsat a analyzovat situaci nemocného v závěru jeho života a ukázat etická dilemata v práci pečujících zdravotníků i příslušníků rodiny. Hledat cestu, jak uspořádat péči o vážně nemocného, nekompetentního pacienta, aby byla v souladu s jeho hodnotovým systémem a s jeho přáními. Na základě literárního rozboru byla z filosofického hlediska zhodnocena podstata dokumentu „dříve vyslovených přání“ a možnosti jeho aplikace v konkrétní nastalé situaci. Dále byla analyzována možnost interpretace dříve vyslovených přání hermeneutickou metodou.

Výsledky: Pacient, který formuluje dříve vyslovené přání, vyjadřuje svobodnou vůli rozhodovat o svém životě i o smrti způsobem, který je konzistentní s jeho životními hodnotami. Pro pacienta je zásadní, aby k němu lékař přistupoval jako k autonomní osobě i v případě, kdy není schopen své preference vyjádřit. Pro adekvátní aplikaci dříve vyslovených přání je vhodné, aby je pacient formuloval v rozmluvě s lékařem. V ideálním případě docházejí ke konsensu, který je výsledkem setkání lékaře a pacienta. Text dříve vyslovených přání obsahuje kromě explicitně vyjádřených představ pacienta o péči v závěru života také důvody a hodnoty, které jej vedly k sepsání textu. Ty celému textu dávají smysl a jsou argumentem k tomu, abychom na dříve vyslovené přání brali zřetel. Lékař, který čte dříve vyslovená přání, však často není ten, kterému byl text původně určen. Důvody a hodnoty pacienta není možné poznat pouze na základě letného přečtení textu. K tomu, aby se lékař co nejvíce přiblížil pravdě, musí použít hermeneutickou metodu. Pokud bude postupovat metodou hermeneutického kruhu, s ohledem na význam pojmů i na kontexty pacientova rozhodování, může se přiblížit tomu, co by mu pacient sdělil, pokud by byl kompetentní a mluvil by s ním tváří v tvář.

Klíčová slova: péče na konci života, autonomie, informovaný souhlas, dříve vyslovená přání, hermeneutika

Abstract

Introduction: The relationship of the doctor and his patient is based on informed consent about proposed treatment and care. Informed consent is derived from the principle of respect to patient's autonomy and his right for self-determination. Decision making at the end of life is complicated by the fact that in some situations the patient is not able to state his preferences and sign the legal document of informed consent.

Thesis: Proper implementation of advance directives using hermeneutics as a method of text interpretation represents application of an informed consent at the end of life in a patient who at that time is not able to sign the legal document.

Aim and methods: The aim is to describe and analyze the situation of patients at the end of life and point to ethical dilemmas in the work of healthcare workers and family carers. Other aim was to search for a way how to manage the care of a seriously ill incompetent patient that would be in accord with his previous wishes and value preferences. Review of the relevant literature was used to analyse the philosophical nature of advance directives and their implementation in future concrete situation. The possibility of interpretation of advance directives by hermeneutic method was also addressed.

Results: In writing advance directives a patient expresses his free will to make decisions about his life and death in the way consistent with his values. The physician should respect the patient's autonomy even in the situation when the patient is currently not able to express his wishes. For adequate application of the advance directives is therefore beneficial for the patient to formulate them in the dialog with the physician. In ideal situation the patient, together with the doctor, reaches the consensus which is the result of their encounter. Besides listing care preferences at the end of life, advance directives also express the patient's reasons and values that made him write the text. These give the meaning to the directives and are in themselves the argument to consider the patient's wishes. The doctor who reads the directives is often not the reader the text was originally meant for. The reasons and values cannot be understood by simple reading. The doctor has to use the hermeneutic method if he wants to achieve the best possible understanding of the patient's wishes. If he follows the hermeneutic circle and tries to understand the meaning of the terms and contexts of the patients decision making the doctor might be able to find out what would the patient say had he been competent to do so.

Key words: end of life care, autonomy, informed consent, advance directives, hermeneutics

Obsah

Teze.....	8
Úvod.....	10
1. Vymezení pojmů.....	13
1.1 Problém pojmu dříve vyslovená přání.....	13
1.2 Problém pojmu eutanazie.....	16
1.2.1 Paliativní péče a eutanazie.....	17
1.2.2 Pojem eutanazie.....	24
1.2.3. Existuje dobrá smrt?.....	29
1.2.4 Aktivní versus pasivní eutanazie v současných definicích.....	40
1.3 Odlišení eutanazie od ponechání zemřít.....	43
1.3.1 Marná a neúčelná léčba.....	45
1.3.2 Život prodlužující léčba.....	47
1.3.3 Zabití nebo ponechání zemřít?.....	48
1.3.4 Je rozdíl mezi nezahájením a vysazením marné léčby?.....	49
1.4 Shrnutí.....	50
2. Autonomie a svobodná vůle člověka jako předpoklad autonomního jednání....	52
2.1. Svobodná vůle a důstojnost člověka.....	53
2.2 John Locke - svoboda a lidský rozum.....	54
2.3 David Hume, vliv pocitů a iracionálních představ.....	56
2.4. Immanuel Kant.....	61
2.5 John Stuart Mill.....	65
2.6 Autonomie v době morální plurality.....	69
2.7 Odraz myšlenek filosofů v současné lékařské praxi.....	71
2.8 Autonomie a péče o pacienta v kómatu.....	73
2.9 Autonomie ve vztahu lékaře a pacienta.....	75
2.10 Autonomie a odpovědnost v medicíně.....	80
2.11 Shrnutí.....	86
3. Dříve vyslovená přání v kontextu informovaného souhlasu.....	88
3.1 Etický rozměr informovaného souhlasu.....	88
3.2 Stručná historie a právní kontext informovaného souhlasu.....	90
3.3 Problém kompetence.....	93
3.3.1 Kompetence jako schopnost správně se rozhodnout.....	94
3.3.2 Kompetence a plánování péče do budoucna.....	94
3.3.3 Možnosti posouzení kompetence.....	95
3.4 Informování pacientů.....	98

3.4.1 Informování pacientů v kontextu dříve vyslovených přání.....	99
3.5 Etické dilema v aplikaci dříve vysloveného přání	102
3.6 Shrnutí.....	104
4. Interpretace dříve vyslovených přání perspektivou fenomenologické hermeneutiky	106
4.1. K pojmu hermeneutika.....	106
4.2 Romantické období hermeneutiky	108
4.2.1 Friedrich Schleiermacher – gramatické a psychologické pojetí výkladu	109
4.3 Fenomenologická hermeneutika	113
4.4 Základní pojmy hermeneutiky v kontextu lékařství	117
4.5 Hermeneutika v lékařství	120
4.6 Fronésis v centru lékařské hermeneutiky.....	126
5. Konkrétní řešení dříve vyslovených přání	132
5.1 Advance directives v USA	132
5.1.1 Východiska konceptu dříve vyslovených přání	132
5.1.2 První dokumenty	133
5.1.3 Zákon na seburčení pacienta	137
5.1.4 Five Wishes - nový typ dokumentu dříve vyslovených přání.....	138
5.2 Advance directives v Evropě	142
5.2.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně	142
5.2.2 Postoje zdravotníků k dříve vysloveným přáním.....	143
5.3 Dříve vyslovená přání v České republice.....	144
5.4 Kritika dříve vyslovených přání.....	145
6. Interpretace dříve vyslovených přání u lůžka pacienta.....	151
6.1 Interpretace dříve vyslovených přání u lůžka pacienta	156
6.1.1 Horizont pacienta	157
6.1.2 Horizont lékaře.....	161
6.1.3 Horizont zdravotní sestry	163
6.1.4 Horizont příbuzného.....	165
6.2 Proces interpretace	169
7. Závěr	173
Seznam literatury	178

Teze

Vhodná implementace dříve vyslovených přání při použití hermeneutiky jako metody interpretace textu je aplikací informovaného souhlasu v závěru života u pacienta, který není aktuálně schopen podepsat právně platný dokument.

Nejdůležitějším mravním a právním nástrojem pacienta k prosazení jeho práva na sebeurčení je informovaný souhlas. Ten není v závěru života vždy aplikovatelný, protože pacient často není dostatečně kompetentní, aby mohl činit závažná rozhodnutí o dalším postupu léčebných a diagnostických intervencí. Respekt k dříve vysloveným přáním je dobrým řešením této situace a může umožnit, aby i v závěru života probíhala zdravotní péče v souladu s přáními a hodnotovým systémem pacienta. Informovaný souhlas (věcně lépe informovaný konsensus) není jednostranným aktem buď lékaře, nebo pacienta, ale je obvykle výsledkem domluvy obou. To v případě nekompetence pacienta v terminálním stadiu není možné.

Protože text dříve vyslovených přání není možné aplikovat přímo, ale je nutné jej interpretovat v situaci, která nastala určitý čas po sepsání příslušného dokumentu, je jeho interpretace hermeneutickým aktem. I v případě, kdy pacient nemůže svá přání konkretizovat v aktuálním čase, měl by se lékař pokusit o vedení vnitřního dialogu s pacientem o smyslu dokumentu z hlediska jeho materiálního a formálního obsahu v návaznosti na hodnotový systém pacienta i lékaře.

V rozhodovacím procesu v závěru života nemocného ale nemůže zůstat lékař sám, je nutné propojit jeho znalosti a zkušenosti v oblasti biologické medicíny s různými možnými interpretacemi pacientem vyslovených přání.

V práci budu obhajovat myšlenku, že v duchu aristotelské frónésis a Gadamerova pojetí hermeneutiky se jako optimální verze implementace dříve vyslovených přání pacienta do terminální péče jeví „konference“ členů zdravotnického týmu a zástupců rodiny pacienta. V diskusi zvažují účastníci „konference“ dostupné možnosti

aplikace dříve vyslovených přání pacienta v dané konkrétní situaci a společně interpretují pacientem zanechaný text. Lékař jako expert na biologické stránky medicíny a jako hlavní aktér (on aplikuje příslušnou léčbu a je za ni odpovědný) by měl mít v rozhodování poslední slovo, vždy však s ohledem na nejlepší zájem pacienta, který může být definován jen ve spolupráci s ostatními účastníky debaty.

Úvod

Téma umírání a smrti se dotýká každého člověka. Ačkoli v naší společnosti není otevřeně diskutované, lidé si od nepaměti kladli otázky po smyslu smrti, možnosti posmrtného života a toho, jak tento moment v životě každého smrtelníka oddálit. Dnes již víme, že smrt je nevyhnutelná a ani nejnovější poznatky medicíny, i přes pokusy o kryokonzervaci lidských ostatků, neumožňují biologickou nesmrtelnost. Kromě snahy o prodloužení lidského života prevencí a léčbou život ohrožujících nemocí i úrazů se současná medicína musí zaměřit i na zkvalitnění života a poskytování kvalitní péče umírajícím. Je ovšem nutné mít neustále na paměti, že posouzení kvality života i umírání je velmi individuální záležitost, složitě propojená s hodnotovým systémem pacienta, jeho blízkých, i profesionálních poskytovatelů péče. Pro dobré rozhodování o léčbě a zdravotní péči je tedy důležité, aby si pacient uvědomil, co má pro něj hodnotu, a které hodnoty jsou na pomyslném žebříčku nejvýše. U pacienta, který se nemůže nebo nedokáže vyjádřit, se musí snažit o poznání těchto hodnot jeho okolí. Na vyjádření a poznání systému hodnot pacienta, jež vychází z principu respektu k druhé osobě, je ostatně postavena i základní idea institutu dříve vyslovených přání. Pokud lékař hovoří s pacientem o tom, jak vnímá pojmy zdraví a kvalitní život, může pacientovi pomoci při formulování jeho představ o péči nejen v průběhu života, ale i na jeho konci. Tyto představy je možné zaznamenat písemně a použít jako vodítko pro péči v případě, kdy již pacient není schopen s lékařem takovýto dialog vést v aktuálním čase.

Již v roce 2001 podepsala Česká republika Úmluvu o lidských právech a biomedicině, která ve velmi obecné rovině řeší otázku dříve vyslovených přání pacienta. V českém právním řádu však neexistoval předpis, který by umožnil zavedení dříve vyslovených přání do praxe. Relevantní doporučené postupy odborných společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně z roku 2009 a České lékařské komory z roku 2010¹ nemohly být dle výkladu právníků považovány za obecně platné předpisy, podle kterých by bylo možné označit konkrétní praktiky jako

¹ Srovnej: Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. ČLK, Praha (3/2010) [online].

lege artis či non lege artis.² Lékaři, kteří by chtěli vyhovět dříve vysloveným přáním pacienta, se tak mohli ocitnout v právní nejistotě. Tento etický a právní problém se však nyní dostává do zcela nového kontextu. 1. dubna 2012 vešel totiž v platnost dlouho připravovaný zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který poprvé upravuje podmínky pro respektování dříve projeveného přání pacienta ohledně léčby pro čas budoucí.

I přes zákonnou úpravu se však dá očekávat, že všeobecně rozšířené využívání institutu dříve vyslovených přání bude narážet na neznalost problematiky ze strany pacientů, i opatrný až odmítavý postoj některých lékařů a právníků, kteří narazí na potíže vyplývající nejen z nesnadné interpretace textu dříve vyslovených přání, ale i terminologických nejasností provázejících diskusi, počínaje termínem označujícím tyto dokumenty.

Protože instituce dříve vyslovených přání je mezi laiky i zdravotnickými pracovníky často spojována s problematikou eutanazie, snažím se v práci tyto dvě zcela odlišné kategorie vymezit terminologicky a dokázat, že nenasazení či zastavení marné život prodlužující léčby, což bývá i nejčastější předmět dříve vyslovených přání, není formou eutanazie, ale umožnění pacientovi zemřít podle jeho vlastních představ. Nejedná se vždy pouze o ukončení nebo nezahájení určité léčby, ale i aplikace všech dostupných prostředků paliativní péče.

Dříve vyslovená přání úzce souvisí s konceptem informovaného souhlasu a jsou praktickou aplikací práva pacienta na odmítnutí léčby. Otázky autonomie, svobodného rozhodování a informovaný souhlasu jsou pojaty v samostatných kapitolách.

Cílem práce je popsat a analyzovat situaci nemocného v závěru jeho života a ukázat etická dilemata v práci pečujících zdravotníků i příslušníků rodiny. Ústředním problémem práce je hledání cesty, jak uspořádat péči o vážně nemocného, nekompetentního pacienta, aby byla v souladu s jeho hodnotovým systémem a s jeho přáními. K tomuto účelu bude nutné z filosofického hlediska zhodnotit podstatu

² KOLEKTIV AUTORŮ: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010., str. 61 - 62

dokumentu „dříve vyslovených přání“ a možnosti jeho aplikace v konkrétní nastalé situaci. Bude prokázáno, že filosofická hermeneutika nabízí řešení situace.

1. Vymezení pojmů

1.1 Problém pojmu dříve vyslovená přání

Existují různé překlady anglického termínu Advance Directives, které zastřešuje různé typy dokumentů používaných pro účel rozhodování o zdravotní péči v závěru života. V češtině se v současné době používá termín Dříve vyslovená přání. Tato formulace je použita i v českém překladu jednoho z nejdůležitějších právních dokumentů z poslední doby, který upravuje práva pacientů v Evropě, Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (zkrácený název je Úmluva o lidských právech a biomedicíně). Konkrétně se jedná o článek 9, kapitoly II, ve kterém se uvádí, že „*bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*“.³ Termín dříve vyslovené přání je používán i v jazyce zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.⁴

Otázkou je, nakolik tento překlad vyjadřuje význam původního termínu advance directive. Podle The Concise Oxford Dictionary⁵ slovo directive znamená: 1. přídavné jméno s významem serving to direct, 2. podstatné jméno s významem general instruction for procedure or action. Sloveso (to) direct má v témže slovníku dva významy: 1. Give indication for delivery of (to somebody)...říká, komu je určen například dopis, komu jsou určeny něčí poznámky, pozdravy atd. Jde vlastně o směr/určení/směřování našich myšlenek a činů směrem k určenému objektu, neboli příjemci naší zprávy/sdělení. V tomto smyslu můžeme také směřovat náš pohled, myšlenky, druhou osobu - například dělníka k určitému odvětví, studenta k oboru, pozornost dítěte k něčemu atd. Posílat někoho někam, ukazovat cestu. Ze slova direct je patrná intence toho, který směřuje něco na někoho nebo někoho k něčemu; 2.

³ MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005., str. 89

⁴ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který vešel v platnost dne 1. dubna 2012, upravuje podmínky respektování dříve vyslovených přání pacienta v paragrafu 36, odstavci 1 – 6

⁵ SYKES, J.B.: *The Concise Oxford Dictionary of Current English. The seventh edition*. Oxford: Oxford University Press, 1982.

Řídit, ovládat (pohyby někoho nebo něčeho), radit, nařídit (order somebody do something), dávat příkazy/pokyny (give orders).

Slovo directive v prvním výše uvedeném významu přídavného jména označuje někoho nebo něco jako činitele, který slouží ke směřování, řízení v souladu s vysvětlením významu slovesa (to) direct. Directive jako podstatné jméno můžeme chápat jako pokyn/příkaz. Advance potom znamená ahead in time, tedy před časem, který teprve nastane.

Můžeme tedy polemizovat o tom, zda překlad anglického termínu „directive“ do českého „přání“ je vhodný z hlediska závažnosti sdělení, a chápání takového sdělení, které pacient směřuje k lékaři. Jde o dostatečně silný výraz pro to, aby lékaři obsah těchto dokumentů respektovali? Jak by na druhé straně českého lékaře a jeho přístup k problematice ovlivnil termín závazný pokyn? Vnímá by jej jako právní ochranu v případě, že přáním pacienta vyhoví a někdo (například příbuzný pacienta) si bude na jeho postup stěžovat u soudu (vyhověl jsem pokynu pacienta, který on má právo mi udělit)? Nebo naopak jako útok na autonomní rozhodování lékaře dané jeho vědomostmi, které pacient laik nemá? Radek Polícar řeší podobný problém z hlediska samotné dikce článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, když uvádí, že slova „bude brán zřetel“ jsou atypická pro právní předpis. Podle něj je možné na problematiku nahlížet tak, že lékař má povinnost (slovo, které zná právní řád dobře) zabývat se dříve vysloveným přáním pacienta, i když se nakonec rozhodne je nerespektovat.⁶ Právník tedy, zdá se, neřeší otázku toho, zda bude lékař vnímat jinak slovo přání a jinak závazný pokyn, ale spíše jak bude vnímat svoji roli v celém procesu s ohledem na obecnou dikci jediného právního dokumentu, který do nedávné doby dříve vyslovená přání v ČR zmiňoval.⁷

Ani termín „dříve“ ve spojení se slovem vyslovená nevystihuje přesně anglické slovo advance, neboť v češtině evokuje nejen něco, co bylo učiněno dříve, než něco nastalo (což by v jistém smyslu odpovídalo myšlence předpovědi stavu v budoucnu, „bude-li můj stav nevratný...“), ale také přání vyslovená již dříve, v minulosti, před určitou

⁶ KOLEKTIV AUTORŮ: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010., str. 27 – 28

⁷ Termín „bude brán zřetel“ se používá i v již zmiňovaném zákoně č. 372/2011 Sb.

dobou, takže přání zpochybnitelná, protože se můžeme domnívat, že dnes by pacient možná uvažoval jinak.

V Německu se používá pro označení dříve vyslovených přání termín *patientenverfügung*, což může znamenat závěť, poslední pořízení, ale také nařízení, jež má velmi blízko k anglickému *directive*. Otázkou je, zda v případě, že by převážil překlad ve významu slova závěť, odpovídal by tento významově anglickému termínu *living will*, což se do češtiny často (a dle mého názoru chybně) překládá jako životní vůle. Nakolik tento termín vyjadřuje smysl dříve vyslovených přání, by mohlo být předmětem další polemiky.

Na roztržičnost názvosloví poukazuje i Jaromír Matějka, který vychází z anglického spojení *expressed wishes* používaného ve znění Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. On sám se zamýšlí nad tím, zda je postačující výraz dříve vyslovená (přání) a navrhuje označení dříve projevená (přání), protože to podle něj umožňuje naznačit svoje přání i jinak než řečí.⁸ Pokud ovšem máme na mysli přání projevená dříve a snažíme se jim porozumět nyní, v určitém časovém odstupu, které projevy pacienta budeme mít na mysli? Přání vyjádřené písemně nebo i ústně, ale verbálně, s použitím slov, lze vidět, číst, doložit, reprodukovat. Jaké budou jiné projevy, pokud nebudou řečové? Bude to způsob, jakým pacient reaguje na nepříjemné lékařské zákroky? To, že se brání zavedení sondy na krmení, vytahuje si nitrožilní kanylu apod.? Podle čeho v takovém případě rozlišíme, zda se jedná, nebo spíše jednalo, o stav akutní zmatenosti, neuvědomělou reakci na bolest, nebo o vědomé a dobře promyšlené vyjádření přání nepokračovat v léčbě? Aby mohly být tyto projevy použity v kontextu rozhodování o zdravotní péči, musely by být pečlivě zaznamenávány. Při rozhodování potom musíme zvažovat, zda byly uvedené projevy vyjádřením vůle pacienta nepokračovat v další léčbě, nebo izolovanou epizodou platnou pouze v kontextu daného aktuálního stavu. Je proto potřeba zabývat se interpretací jak verbálně vyjádřených přání, tak i neverbálních projevů pacienta v souvislosti s rozhodováním o poskytnutí či neposkytnutí život prodlužující léčby.

V dalším textu budeme používat termín „dříve vyslovená přání“, a to ne proto, že nejlépe vystihuje podstatu těchto dokumentů s ohledem na respekt k autonomii

⁸ MATĚJEK, J.: *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011., str. 16

pacienta, ale že již byl přijat jako právní termín v zákoně č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

1.2 Problém pojmu eutanazie

Pojem eutanazie dnes není možné vykládat jako izolovaný termín a striktně oddělit od dalších pojmů, které se v diskusi o péči na konci života používají. Na úvod této části práce si dovolím použít následující citaci:

„...to, zda může být člověk s ohledem na jeho kvalitu života usmrcen se svým souhlasem nebo bez souhlasu lékařem nebo jinou osobou, je tak často diskutováno, že veřejnost došla ke dvěma mylným názorům...bud' že jediným cílem paliativní péče je zabránit provždy legalizaci dobrovolné eutanazie, nebo že cílem paliativní péče je skryté provádění eutanazie“⁹

Věta převzatá z publikace dvou autorů, kteří píšou o etických otázkách na konci života, podle mého přesvědčení dobře vystihuje terminologický zmatek, který se týká nejen eutanazie, ale také koncepce dříve vyslovených přání. Hlavními tématy obsaženými v této větě jsou kvalita života, informovaný souhlas, ukončení života, paliativní péče. Není cílem této práce věnovat se obšírně problematice paliativní péče, nicméně je nutné podotknout, že je to téma úzce spojené s otázkami péče na konci života a není překvapující, že i v České republice se kromě právníků k legalizaci dříve vyslovených přání vyslovují veřejně zejména lékaři, kteří se pohybují v kruhu paliativní medicíny. Vždyť i název průlomového doporučení k péči o terminálně nemocné pacienty na odděleních intenzivní péče, které v březnu 2010 vydala v platnost Česká lékařská komora (a které eutanazii okrajově zmiňuje jako nepřipustnou), jasně v takovém případě vymezuje přechod z intenzivní péče na péči paliativní.¹⁰

⁹ RANDALL, F.DOWNIE, R.S.: *Palliative Care Ethics: A Companion for All Specialties. Second Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2003., str. 305

¹⁰ Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. ČLK, Praha (3/2010) [online].

1.2.1 Paliativní péče a eutanazie

Úlohu paliativní péče v kvalitním zaopatření umírajícího člověka vyzdvihuje Marta Munzarová. Ve své knize *Eutanazie, nebo paliativní péče?* dokazuje, že eutanazie nikdy nepovede k řešení problémů umírajících pacientů, které mohou vyplývat jak ze současných postojů západní společnosti k člověku a jeho výkonnosti, ke stáří, nemohoucnosti, tak, paradoxně, ze současných technických možností medicíny zachraňovat a prodlužovat lidské životy.¹¹ Podle definice WHO z roku 2002 „je paliativní péče takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“. WHO v dodatku k definici vytyčuje také tyto základní principy paliativní péče:

1. Poskytuje úlevu od bolesti a dalších nepříjemných symptomů
2. Podporuje život a umírání chápe jako normální proces
3. Nemá v úmyslu urychlovat ani oddalovat smrt
4. Zahrnuje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienta
5. Nabízí systém podpory, který umožní pacientům žít podle jeho možností aktivně až do smrti
6. Nabízí systém podpory, který umožní rodině a blízkým osobám pacienta zvládat situaci v době onemocnění pacienta i po jeho smrti
7. Při uspokojování potřeb pacienta využívá týmový přístup o pacienta i jeho rodinu, včetně poradenství v zármutku, pokud je indikované
8. Zvyšuje kvalitu života a může pozitivně ovlivnit průběh onemocnění
9. Je možné ji aplikovat v počátečních fázích nemoci, ve spojení s dalšími způsoby léčby, jejichž cílem je prodloužit život, jako je například chemoterapie, radioterapie, a zahrnuje vyšetření nezbytná k lepšímu porozumění a léčbě obtížných komplikací¹²

¹¹ MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?* . Praha: Grada, 2004., str. 62

¹² Recommendation Rec 24 (2003) of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. [online].

Při interpretaci jednotlivých principů Munzarová konfrontuje jejich význam s podstatou eutanazie, která se diametrálně odlišuje od takto vyjádřené filosofie paliativní péče. Eutanazie podle ní nepřijímá umírání jako normální období lidského života a neguje je tím, že zabíjí (tedy nepřírozně zkrátí život pacienta). Eutanazie rovněž na rozdíl od paliativní péče ponechá pozůstalé v úzkostech z důsledků jejich rozhodnutí podpořit pacienta v jeho úmyslu ukončit život vnímaný v souvislosti s prožívaným utrpením jako nekvalitní. Z důrazu, který klade na vysvětlení faktu, že odmítne-li pacient léčbu, která je pro něj již nadměrně zatěžující, a lékař mu vyhoví, nejedná se v tomto případě o eutanazii, lze usuzovat, že autorka si je dobře vědoma nebezpečí asociace těchto postupů s takzvanou pasivní eutanazií. Na tuto problematiku lze pohlížet tak, že uvažování o takových postupech, které z morálního i medicínského hlediska oprávněně neprodlužují život pacienta v terminálním stadiu, v intencích pasivní eutanazie, může být nebezpečné, protože může vést jak ke zbytečnému prodlužování života trpících pacientů, tak k možnému zanedbání péče u pacientů, kteří by z takových postupů mohli mít prospěch.¹³ Munzarová v této souvislosti zdůrazňuje zejména tu skutečnost, že není možné uvažovat tak, že by snad eutanazie byla někdy součástí definic paliativní péče.¹⁴

Doporučení Rady Evropy k organizaci a zajištění paliativní péče v zemích Evropy je v České republice vnímáno velmi vážně. Roste počet zařízení, které paliativní péči poskytují, existuje možnost specializovat se v tomto odvětví medicíny jak pro lékaře, tak pro sestry. I s ohledem na skutečnost, že nový zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve výčtu služeb, které je možné poskytovat v sociálním prostředí pacienta, uvádí nově i paliativní péči,¹⁵ lze usuzovat, že se daří zmíněná doporučení pomalu naplňovat. Propagátoři paliativní péče u nás se odvolávají na odkaz Elisabeth Kübler Rossové a Cicely Saundersové. Tyto dvě ženy, každá svým specifickým způsobem, výrazně přispěly k tomu, že se změnila péče o umírající pacienty nejen v zemích, kde působily, tedy v USA a Velké Británii, ale v mnoha zemích celého světa. Přednášky a publikace Elisabeth Kübler Rossové na

¹³ RANDALL, F.DOWNIE, R.S.: *Palliative Care Ethics: A Companion for All Specialties. Second Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2003., str. 102 – 103

¹⁴ MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2004., str. 63 – 64

¹⁵ Srovnej §5, článek 2, odstavec h), a §10, článek 1, odstavec b) ; Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 6.listopadu 2011. [online].

téma komunikace s umírajícími jsou dodnes probírány ve výuce předmětů psychologie, komunikace i ošetrovatelství nejen na školách, které vychovávají sestry a další nelékařské zdravotnické pracovníky, ale i na lékařských fakultách. Za všechny je možné uvést 3. Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Schéma pěti fází vyrovnávání se se smrtí či s jinou náročnou životní situací je dnes již považováno za klasické a kniha O smrti a umírání, která vyšla poprvé v roce 1969, je podle informací na stránkách nadace, která nese její jméno, dodnes nejprodávanější knihou v této oblasti bádání.¹⁶ Cicely Saundersová, kromě toho, že v Londýně založila v roce 1967 Hospic Sv. Kryštofa, který se stal vzorem pro budování hospiců v dalších zemích, přispěla ke zlepšení péče o umírající pacienty zejména svoji teorií celkové bolesti (the whole pain concept), ve které zdůraznila, že pacienti netrpí pouze bolestí fyzickou, ale i psychosociální a spirituální. Z tohoto konceptu vycházejí postupy a principy paliativní péče, která kromě péče fyzické, usiluje také o pomoc uspokojit potřeby pacienta v dimenzích psychosociálních a spirituálních. Zde zřejmě pramení i snaha pečovat nejen o pacienta, ale i jeho blízké, i usilování o pomoc pacientovi v jeho složité existenciální situaci. Takovýmto ušlechtilým cílům lze zcela jistě přitakat, někteří autoři však upozorňují na skutečnost, že dnešním ambiciózním pojetím se paliativní péče odklonila od původního pojetí Cicely Saundersové, které vycházelo z asklepiovského pojetí medicíny¹⁷. Podle Randallové a Downieho se dnešní pojetí s důrazem na využívání strukturovaných dotazníků a dalších vědeckých metod blíží spíše hippokratovské medicíně, která klade větší důraz na objektivitu vyšetřování a léčby než na individuální prožívání pacienta.¹⁸ Oba autoři polemizují se současným pojetím paliativní péče zejména v těchto bodech: ačkoli paliativní péče zdůrazňuje autonomii pacienta, pokud se při péči používají různé hodnoticí nástroje, podle kterých žádáme pacienty, aby odpovídali na otázky, jež jsou jim nepříjemné (například v oblasti psychosociálních a spirituálních potřeb),

¹⁶ Inspiring Life, Confronting Death. Elisabeth Kübler-Ross Foundation, (2012) [online].

¹⁷ Podle Randallové a Downieho hippokratovská škola učila, že každý nemoc má příčinu, která se dá odhalit a léčit, a že tuto znalost je možné obecně uplatnit. Hippokratovská škola se stala základem západní vědecké medicíny. Naproti tomu asklepiovská tradice, která je starší, zdůrazňuje uzdravování a hojení, avšak v kontextu přijetí vlastní mortality. Hojení pocházelo od pacienta samotného, z jeho vnitřku;

RANDALL, F.DOWNIE, R.S.: *Palliative Care Ethics: A Companion for All Specialties. Second Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2003. , str. 7 - 8

¹⁸ Ibid., str. 7, 19 – 20

měli bychom spíše mluvit o paternalistickém uplatňování našich představ správné péče o umírajícího pacienta a „správného“ způsobu umírání. Zájmy rodiny, která je ostatně mnohdy dovede lépe a asertivněji vyjádřit, mohou převážit nad zájmy pacienta. Také otázka specializace a zároveň tendence poskytovat paliativní péči všem pacientům bez ohledu na diagnózu a stupeň pokročilosti onemocnění, ukrývá v sobě rozpor, protože bez jasných hranic není možné vymezit specifické dovednosti a kompetence tohoto odvětví medicíny.¹⁹ Pochybnosti o správnosti používání strukturovaných nástrojů k posouzení spirituálních potřeb pacienta v paliativní péči je možné podpořit i výsledky zkoumání, které bylo provedeno v rámci grantu zaměřeného na etiku v kontextu poskytování ošetrovatelské péče. Jedna z oblastí, která se v rámci tohoto grantu zkoumala, byla otázka pečování a názory sester a pacientů na atributy sestry v této souvislosti. Pacienti dali jednoznačně přednost manuální zručnosti sester při provádění ošetrovatelských výkonů a schopnosti včas zavolat lékaře při ohrožení jejich zdravotního stavu, než schopnosti a ochotě klást otázky zaměřené na obavy, úzkosti, hodnoty či preference pacienta.²⁰ Bylo by zajímavé zkoumat, zda by takto reagovali i v případě, kdy by byl dotazník zaměřen na atributy „pečování“ lékaře. Čeští pacienti i podle výše zmíněného výzkumu vnímají lékaře jako mnohem větší autoritu než sestru, což je pochopitelné vzhledem k tomu, že lékař má mnohem větší kompetence než sestra, lékař diagnostikuje a navrhuje léčbu, lékař je ten, který je schopen, i když ne vždy, odstranit příčinu pacientových obtíží. Zmíněné skutečnosti je však nutno brát v úvahu nejen s ohledem na reálné možnosti pomoci pacientovi v jeho spirituální tísní, ale i s ohledem na situace, kdy lékař s pacientem připravuje text dříve vysloveného přání, nebo jej později interpretuje. K bodu, ve kterém Randallová a Downie zmiňují problémy spojené s interpretací principu paliativní péče, která má být poskytována již v počátečních fázích nemoci, je možné uvést výzkumy a postupy v péči o onkologicky nemocné děti, podle kterých tyto děti vykazují jednak lepší kvalitu života, a jednak delší dobu přežití, pokud se metody paliativní péče aplikují zároveň s kurativními postupy.²¹ I když autoři knihy *The Philosophy of Palliative Care*

¹⁹ Ibid., str. 19 – 21

²⁰ HEŘMANOVÁ, J.: Sestra a odpovědnost., *Vita nostra revue*, 19(4) (2012), 60–64.

²¹ TEMEL, J.S., et al.: Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer, *New England Journal of Medicine*, 363(8) (2010), 733-742.

podrobují kritice současné pojetí paliativní péče, v otázce eutanazie nejen v souvislosti s poskytováním paliativní péče zaujímají stejný postoj jako Munzarová, Evropská asociace paliativní péče (EACP)²² a mnoho dalších: eutanazie by měla i nadále být zákonem zakázána.²³

1.2.1.1 Eutanazie a paliativní péče v Belgii

To, co je nepřijatelné pro většinu lékařů a sester, kteří poskytují paliativní péči, totiž akceptování eutanazie jako součásti péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci, je nejen v myšlenkové rovině, ale i v praxi možné v Belgii, kde od roku 2002 platí zákon upravující eutanazii. Zákon definuje eutanazii jako „záměrné ukončení života někým jiným, než je dotčená osoba, a to na žádost dotčené osoby“.²⁴ Je s podivem, že zákon s tak velkým morálním dosahem definuje eutanazii bez vymezení toho, kdo může být onou osobou, která záměrně ukončí život druhého člověka, aniž by čin mohl být posuzován například jako vynucená vražda. Podle Broeckeaarta je však velmi pozitivní fakt, že tato definice jasně vymezuje eutanazii jako čin aktivní, přímý a dobrovolný.²⁵ Nicméně dále v textu je v souvislosti s provedením eutanazie zmíněn vždy pouze lékař, který nese odpovědnost za to, že při eutanazii budou dodrženy všechny podmínky stanovené zákonem. Zákon vymezuje podmínky, které musí být splněny, aby eutanazie nebyla hodnocena jako kriminální čin. Článek 3, §2 zákona uvádí, že „lékař musí pacienta informovat o jeho zdravotním stavu, očekávané délce života, diskutovat s pacientem o jeho žádosti o eutanazii, možných terapeutických a paliativních postupech a jejich důsledcích...“ Zákon podle belgických autorů řeší nejen eutanazii, ale také významně podpořil rozvoj paliativní péče v této zemi. Podle Jana Berheima et al. si zastánci dvou antagonistických proudů, které staví eutanazii a paliativní péči proti sobě, neuvědomují, že oba koncepty jsou založené na lékařských a morálních hodnotách autonomie na straně pacienta a beneficence a nonmaleficence

²² MATERSTVEDT, L.J., et al.: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force, *Palliative Medicine*, 17(2) (2003), 97-101., str. 98

²³ RANDALL, F.DOWNIE, R.S.: *Palliative Care Ethics: A Companion for All Specialties. Second Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2003., str. 98

²⁴ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th: *Ethical Perspectives*, 9 (2002), 182–188.

²⁵ BROECKAERT, B.: Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia, *European Journal of Health Law*, 8 (2001), 95-107.

na straně ošetřujících. Jak paliativní péče, tak eutanazie vedou podle nich ke zmírnění či odstranění obtížných symptomů. Péče o pacienta na konci života by neměla být dvojkolejná, ale měla by sledovat jeden směr. Všem pacientům má být poskytnuta řádná paliativní péče. Pokud pacient i přes poskytovanou paliativní péči stále vnímá své bolesti či jiné obtíže jako nesnesitelné, měla by na základě jeho preferencí být umožněna eutanazie jako doplněk paliativní péče. Schválení zákona předcházela celospolečenská diskuse na politické i odborné úrovni, která byla zaměřena na eutanazii, ale také zároveň na poskytování paliativní péče. Vědomí, že pacienti budou mít dostupnou paliativní péči, vedlo nakonec k morálnímu i politickému myšlení, které usnadnilo legalizaci eutanazie. Paralelně diskuse o eutanazii vedly k tvorbě zákona na podporu poskytování paliativní péče, což umožnilo rychlý rozvoj tohoto odvětví za morální i finanční podpory belgické vlády. Podle zákona o paliativní péči jsou všechna zařízení, která poskytují akutní i dlouhodobou, včetně ošetrovatelských domů, zařízení pro lidi s demencí a jiným typem postižení, povinna nabízet a poskytovat paliativní péči. Financování této péče z veřejných zdrojů se zdvojnásobilo.²⁶ Od doby, kdy vešel v Belgii v platnost zákon o eutanazii, i zákon o paliativní péči uplynulo deset let. Rozvoj a současný stav poskytování paliativní péče v této zemi nepodporuje argumenty odpůrců eutanazie založené na tom, že legalizace eutanazie zhorší kvalitu péče o umírající pacienty a zpomalí rozvoj paliativní péče. Podle Petera Crosty měla Belgie v roce 2008 třetí nejlépe hodnocený systém paliativní péče, hned po Islandu a Velké Británii.²⁷ Regulovaná eutanazie a paliativní péče se podle zastánců tzv. integrální paliativní péče vzájemně doplňují a mohou působit synergicky. Polovina všech pacientů, u nichž byla provedena eutanazie, užívala služby paliativní péče. Lékaři, kteří jsou vyškoleni v paliativní péči, provádějí eutanazii ve stejné míře jako lékaři, kteří paliativní péči neposkytují. Rozhodování o poskytování péče na konci života včetně možné eutanazie je týmové rozhodnutí. Tam, kde je pacient v pravidelné péči sester, musí lékař ze zákona se sestrami otázku eutanazie konzultovat a zeptat se na jejich pohled na stav pacienta a oprávněnost jeho žádosti o eutanazii. Mullie and Bernheim také vyvracejí obavy kritiků, že legalizace eutanazie povede k ohrožení zranitelných

²⁶ BERNHEIM, J.L., et al.: Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?, *British Medical Journal*, 336(7649) (2008), 864-867.

²⁷ CROSTA, P.M.: In Belgium, Euthanasia and Palliative Care Work Together. (2008) [online].

skupin pacientů. Nejsou doklady o tom, že by došlo k většímu ohrožení starých lidí, žen, lidí bez zdravotního pojištění, lidí s nízkým vzděláním, chudých, lidí s tělesným postižením nebo chronickým onemocněním, dětí, lidí s psychiatrickým onemocněním, příslušníků minoritních, rasových a etnických skupin. Od té doby, co byla eutanazie v Belgii legalizována, se celkový počet provedených eutanazií příliš nezměnil, ale úroveň péče, s kterou se eutanazie provádí, se výrazně zlepšila.²⁸

I když je eutanazie v Belgii za splnění požadovaných podmínek přípustná, neznamená to, že se provádí všude. Zejména katolická zařízení, která poskytují zdravotnickou a sociální péči, s touto praxí nesouhlasí, a i když uznávají právo pacienta na vznesení požadavku na eutanazii, ve většině případů mu nevyhoví. Rozdíly v přístupu k této problematice jsou mezi nemocnicemi a zařízeními dlouhodobé péče či domovy pro seniory. Podle zprávy Federální komise pro kontrolu a posouzení eutanazie z roku 2006 bylo 5% případů eutanazie uskutečněno v zařízeních dlouhodobé péče, 39% v domácím prostředí pacientů a 53% v nemocnicích.²⁹

Postoje belgických lékařů poskytujících paliativní péči ve Flandrech k eutanazii se výrazně liší od postojů lékařů poskytujících paliativní péči v jiných zemích. Podle nedávné studie více než polovina oslovených lékařů považuje dobrovolnou eutanazii za morálně ospravedlnitelnou, měla by se však v praxi používat pouze výjimečně. Nedobrovolná eutanazie je nepřijatelná pro většinu z nich. 74% lékařů je také přesvědčeno o tom, že dobrá paliativní péče by mohla vyloučit většinu žádostí o eutanazii, a 77% se domnívá, že by zákon o eutanazii měl obsahovat požadavek na „paliativní filtr“ (lékař, kterého pacient požádá o eutanazii, by musel konzultovat stav pacienta a možnosti léčby s odborníkem na paliativní péči).³⁰

I když většina představitelů paliativní medicíny považuje koncepty eutanazie a paliativní péče za neslučitelné, příklady z Belgie ukazují, že mnozí zdravotníci i

²⁸ BERNHEIM, J.L.MULLIE, A.: Euthanasia and Palliative Care in Belgium: Legitimate Concerns and Unsubstantiated Grievances, *Journal of Palliative Medicine*, 13(7) (2010), 798-799.

²⁹ LEMIENGRE, J., et al.: Content analysis of euthanasia policies of nursing homes in Flanders (Belgium), *Medicine Health Care and Philosophy*, 12(3) (2009), 313-322.

³⁰ BROECKAERT, B., et al.: The Attitude of Flemish Palliative Care Physicians to Euthanasia and Assisted Suicide: An Empirical Study, *Ethical Perspectives*, 16(3) (2009), 311-335.

pacienti jsou ochotni do uvažování o dobré péči na konci života zahrnout oba přístupy ve vzájemně se doplňujícím vztahu. Také v ošetřovatelské literatuře jsou odkazy na empirické studie, jejichž výsledky poukazují na to, že nejen v zemích, kde je eutanazie legalizovaná, jsou odborníci, kteří považují eutanazii za projev péče o pacienta v jeho utrpení. Dvě z těchto studií pocházely z kolébky paliativní péče, Velké Británie, tři vznikly v USA a jedna v Austrálii.³¹

Problémem terminologie eutanazie a paliativní péče je termín dobrá smrt. Jak obhájci eutanazie, tak obhájci paliativní péče jako alternativy eutanazie dobrou smrtí zdůvodňují svoji oprávněnost a přínos zajištění práv pacienta na zachování důstojnosti v závěru života.

1.2.2 Pojem eutanazie

Současný význam pojmu eutanazie se již dávno nekryje s doslovným překladem. V literatuře lze nalézt různé definice eutanazie, které se od sebe liší tím, nakolik jsou přesné ve vymezení toho, kdo může eutanazii provést, komu je určena a za jakých podmínek. První z definic svým širokým a obecným zaměřením otevírá cestu k mnoha tématům, jež se dotýkají péče na konci života.

*Eutanazie... (řec. dobré umírání), etický, právní, lékařský i náboženský problém uspišení (nebo nebránění – pasivní e.) smrti, aby se omezilo utrpení umírajícího apod.*³²

V tomto slovníkovém hesle autor nepopisuje eutanazii jako konkrétní čin, nýbrž jako abstraktní problém, kterým se zabývají různé oblasti společnosti. Při rozboru hesla se můžeme zabývat tím, co vlastně znamená termín dobré umírání, který je převzat z řeckého významu slova eutanazie. Zajímavé je, že autor zde neuvádí „dobrá smrt“ jak tomu činí mnoho dalších, ale používá termín „umírání“. Chce tím odlišit samotný okamžik smrti a stav po smrti od období umírání, které smrti předchází? V případě eutanazie tak, jak je dnes chápána v medicíně, však jde o velice krátký časový úsek, kdy pacient dostane lék, který jej během několika minut uvede do hlubokého spánku,

³¹ QUAGHEBEUR, T., et al.: Nursing and Euthanasia: A Review of Argument-Based Ethics Literature, *Nursing Ethics*, 16(4) (2009), 466-486.

³² SOKOL, J.: *Malá filosofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. Praha: Vyšehrad, 2007., str. 301

a poté kombinaci léků, jež způsobí téměř okamžitou zástavu srdce. Pacient si již většinou umírání neuvědomuje a nemůže tedy říci, zda je dobré či nikoli. Zůstává pouze fakt, že již necítí žádnou bolest, tedy snad můžeme říci, že jsme ho zbavili utrpení. To už ovšem zpětně posuzují ti, kteří přihlíželi umírání pacienta. Pokud bylo utrpení pro pacienta zlem, můžeme to, že pacienta tohoto zla zbavíme, vnímat jako dobro a označit podle toho eutanazii jako dobrou smrt a způsob, jakým pacient zemřel jako dobré umírání? Eutanazie však není smrt, ale v dnešním pojetí tohoto slova čin, který ke smrti vede. Z tohoto hlediska tedy nelze eutanazii nazvat dobrou smrtí. Když nebudeme používat termín dobrá smrt, můžeme v souvislosti s eutanazií používat termín dobré umírání? Jak již bylo naznačeno, umírání je v případě eutanazie velice krátké a pacient může pouze dopředu spekulovat o tom, že takové umírání, které nebude cítit, bude pro něj dobré. Zpětně to již posoudit nemůže, hodnocení zbývá na ostatní.

Když autor napsal, že eutanazie je...“problém uspišení smrti“...chtěl tím naznačit, že se jedná o kontroverzní téma? Jinak lze totiž vnímat spojení termínů dobré umírání a problém do jedné věty jako samo o sobě problematické. Pokud je něco dobré (v tomto případě umírání ve spojení s eutanazií), proč je to problém? Zvláště v situaci, kdy tento čin omezí utrpení umírajícího pacienta a tedy omezí či definitivně odstraní zlo?

1.2.2.1 Význam slova eutanazie v historickém pohledu

Mnozí autoři při popisu eutanazie automaticky použijí řecký překlad tohoto slova, který ovšem ve své době mohl mít zcela jiný význam než dnes. To, co označujeme jako eutanazii, nemuseli lidé ve starověku nutně chápat jako čin, který vede ke zkrácení života v souvislosti s utrpením a bolestí. Hodnocení smrti se odvíjelo v různém společenském kontextu. Dobrá smrt mohla znamenat smrt v boji za pravdu (Sókratés), v obraně vlastního města či státu, ve válce (Aristotelés zde používá termín krásná smrt).³³ Pythagorejci považovali násilné ukončení života za čin, který je v rozporu s božím řádem. Bolest a utrpení jsou součástí lidského života a mohou být chápány jako odplata za těžké hříchy. Naproti tomu Sókratés viděl v bolesti a utrpení důvod k tomu, aby člověk nelpěl na životě a lékaři neprotahovali proces

³³ ARISTOTELÉS: *Etika Nikomachova*. Praha: Rezek, 2009., str. 75

umírání.³⁴ V knize *Faidón* Platón ústy Sókratovými vyjadřuje myšlenku, že člověk si nesmí vzít sám život, dokud mu bůh nepošle nějaké znamení, nutnost. „*Není nesmyslné, že člověk nesmí sebe dříve usmrtiti, dokud mu bůh nepošle nějakou nutnost, jako je ta, která nyní doléhá na mne*“.³⁵ V tomto díle vidí sebevraždu negativně, v případě těžké a ničující nemoci by však ukončení života schvaloval. Ve spisu *Politeia* uvažuje radikálněji. Nesouhlasí s tím, že člověk vděčí za svůj život bohům a nemá tedy právo si jej vzít a ukončit tak své utrpení. Hodnotu člověku a jeho životu dávají také ostatní lidé, stát. Munzarová poukazuje na utilitaristické pojetí Platonova smýšlení, když píše, že Platon by schvaloval chtěnou eutanazii u pacientů, kteří jsou svou nevléčitelnou nemocí nebo nezpůsobilostí neúčinní pro sebe i pro stát.³⁶ „...*lékaři se budou se starat o ty, co jsou lepší od přírody a dají jim tělesné i duševní zdraví, ale ty, kteří jsou nemocní na těle, nechají umřít*“.³⁷ Lze zde vidět myšlenkový most k činům, které se v rámci ozdravení společnosti odehrávaly nejen v nacistickém Německu před druhou světovou válkou a v průběhu války, ale například i ve Velké Británii na počátku minulého století? Když Aristotelés píše o sebevraždě za účelem vyhýbání se zlu v podobě chudoby, hoře lásky, zármutku, odsuzuje ji jako ne statečný čin. Za zlo, kterého se člověk bojí a snaží se mu vyhnout, považuje v této souvislosti také nemoc.³⁸ Znamená to tedy, že Aristotelés by odsoudil dnešní podobu eutanazie, protože by to nepovažoval za statečné, tedy ctné, jednání? V době, kdy žil Aristotelés, byla medicína jako vědecký obor teprve ve svých počátcích a lékaři nedokázali prodlužovat umírání lékařskými prostředky tak, jak je to možné dnes. O tom, jak by Aristotelés hodnotil situaci člověka v nemoci dnes, se lze jen dohadovat.

Stoikové brali sebevraždu jako čin, který byl v řecké společnosti běžný. Nezabývali se ani tak činem samotným, jako spíše záměrem tohoto činu, který měl být moudrý, aby byl správný. Mezi rozumné důvody patří ochrana vlasti nebo přátel, nebo

³⁴ MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?* . Praha: Grada, 2004., Str. 27. Autorka doplňuje, že Sókrates měl na mysli spíše ponechání zemřít než zabíjení.

³⁵ PLATÓN: *Faidón. Přel. F. Novotný. 6. opravené vyd.* Praha: Oikúmené, 2005., str. 18

³⁶ Ibid.

³⁷ PLATO: *The republic of Plato*, Forgotten Books, 2012., str. 75-116 (kniha III)

³⁸ ARISTOTELÉS: *Etika Nikomachova*. Praha: Rezek, 2009., str. 74 – 77

situace, kdy bude člověk stížen nesnesitelnou bolestí, nebo nevyléčitelnou nemocí.³⁹ Období stoicismu bylo dlouhé a pojetí sebevraždy se v raných, středních a pozdních fázích odlišovalo. Lze nalézt odkazy na Platóna a jeho učení o tom, že nemůžeme spáchat sebevraždu, aniž by na nás bůh seslal určitou nutnost, nebo znamení, které označí správný okamžik pro sebevraždu, i pojetí sebevraždy jako definitivního vyjádření svobodné vůle. Sebevražda byla velmi důležitá pro Seneku. Rist dokonce mluví o posedlosti Seneky sebevraždou. Na rozdíl od raných stoiků, zdůrazňuje podle něj Seneka obecnou platnost práva na sebevraždu⁴⁰. Ve dvanáctém listu Luciliovi Seneca opěvuje stáří a píše, že bychom měli každý nový den přivítat s radostí v srdci. Na konci listu však dodává, že „je špatné žít v nutnosti, ale nikdo není nucen žít v nutnosti“. Všude se otevírá mnoho cest ke svobodě; jsou krátké a snadné. Děkujeme bohu za to, že nikoho nelze násilím držet při životě; nutnosti, která na nás doléhá, se můžeme zbavit.⁴¹

Uvádíme-li v souvislosti s výkladem slova eutanazie myšlenky antických filosofů, musíme zdůraznit, že ve většině případů nemluvili o situacích, kdy lékař ukončí život pacienta, který má nesnesitelné bolesti, ale mluvili v této souvislosti o oprávněnosti nebo naopak neoprávněnosti sebevraždy, tedy činu, kdy si člověk sám vezme život. Otázku eutanazie v dnešním pojetí tohoto slova snad řeší Platón, když v Republice píše, že lékař nechá zemřít ty, jejichž těla jsou nemocná. Nabízí se tu však spíše paralela s termínem pasivní eutanazie, jež by se ovšem podle mnohých etiků neměl již používat, protože ze současně užívaných definic eutanazie jednoznačně vyplývá, že jde o čin aktivní. Nicméně jsou myšlenky antických filosofů pro otázku eutanazie velmi důležité, jak s ohledem na to, že mezi rozumnými důvody pro spáchání sebevraždy vyjmenovávají nesnesitelné bolesti či nevyléčitelnou nemoc, tak s ohledem na požadavek, aby o sebevraždě oprávněně rozhodoval jen člověk rozumný. Mohli bychom snad dnešními slovy říci kompetentní k autonomnímu rozhodování. Pokud se budeme domnívat, že Seneca oněmi nutnostmi, ve kterých je špatné, ale není nutné žít, myslel i fyzické a tělesné utrpení, může to mít významnou spojitost s tím, jak budeme vnímat právo pacienta požádat v případě prožívání takového utrpení o eutanazii nebo asistovanou sebevraždu. Sedmdesátý list Luciliovi,

³⁹ RIST, J.M.: *Stoická filosofie*. Praha: Oikomenh, 1998., str. 249

⁴⁰ *Ibid.*, str. 256

⁴¹ SENECA, L., A.: *Letters from a Stoic*. London: Penguin Books, 1969., list 12

ve kterém Seneca otevřeně oslavuje sebevraždu, může být vnímán jako podpora pro myšlenku eutanazie. V úvodu Seneca píše, že není hodnotou život samotný, ale dobrý život. Myšlenka, že nezáleží na kvantitě, ale na kvalitě života rezonuje v debatách dnešní doby, kdy se zvažuje, zda a podle jakých principů se bude prodlužovat život pacienta s terminálním onemocněním nebo v permanentním vegetativním stavu všemi dostupnými prostředky. Problematický může být v dnešní době výklad rčení, že moudrý muž nežije tak dlouho jak může, ale jak má. Problém je v tom, kdo určí, jak dlouho má druhý člověk žít a na základě jakých kritérií? Nabízí se zde poukázat na obavy filosofů a etiků, kteří upozorňují na možnost zneužití myšlenky eutanazie v tom smyslu, že bude kladen společenský tlak na lidi těžce nemocné, hendikepované, umírající. Věta: „*nemusím čekat na krutost druhého člověka nebo nemoci, mohu tomu uniknout a zbavit se starostí*“ nabádá k sebevraždě a zároveň vyjadřuje možnost svobodného jednání, kontroly nad situací. Nemusím, nikdo mi to nepřikazuje. „*Nejen dobrý život je důležitý, ale i dobré umírání*“.⁴² S tím lze bezesporu souhlasit, i když to, co znamená dobré umírání, může mít pro každého člověka velmi osobitý význam. Příklady mužů, jež si vzali život, a které uvádí Seneka, v nás nemusí vzbuzovat představu dobré smrti (není asi moc příjemné udusit se záchodovou štětkou nebo si dobrovolně vplést hlavu do kola káry, která mě veze spolu s dalšími vězni na popravu). Pro Seneku je však důležité, že si tuto smrt zvolili a vykonali svobodně, v tom vidí dobré umírání, nebo dobrou smrt. Lze si představit, že Senekovy výroky mohou být použity v argumentaci ve prospěch eutanazie, nutno však podotknout, že v textu chybí zmínka o tom, že by k dobré smrti pomohl člověku někdo jiný. Rovněž tak je možné s ohledem na „nutnosti“, ve kterých člověk není nucen žít, pochybovat o tom, nakolik je rozhodování o úniku smrti svobodné, tedy bez vlivu nebo nátlaku oněch nutností.

Ve středověku byla za dobrou smrt považována taková smrt, kdy se umírající člověk podle tradice *Ars Moriendi* měl čas připravit a dodržovat určené rituály, včetně rekapitulace vlastního života, které mu měly zajistit věčné spočinutí v nebi.⁴³ S dnešním chápáním eutanazie – dobré smrti, neměla tato praxe nic společného. V novodobých dějinách jsou s eutanazií spojovány zločiny proti lidskosti, ke kterým

⁴² Ibid., list 70

⁴³ SANDMAN, L.: *A Good Death: On the value of death and dying*. Buckingham: Open University Press, 2004., str. 7

docházelo v nacistickém Německu oficiálně v letech 1938 – 1941, neoficiálně i po zastavení programu eutanazie až do konce 2. Světové války.⁴⁴

1.2.3. Existuje dobrá smrt?

V současné době velké množství lidí nevěří nebo pochybuje o tom, zda vůbec existuje nebe a peklo, hodnotu umírání a dobré smrti musí tedy hledat v něčem jiném. Při současném převažujícím postoji ke smrti jako takové se můžeme ptát, zdali je vůbec možné najít na ní něco dobrého. Lidé se většinou smrti obávají, spojují ji s tajemnými výjevy, beznadějí, nicotou, obrovskými ztrátami, které jsou nevratné jak pro ně, tak pro jejich blízké. Člověk v okamžiku smrti ztrácí možná tu největší hodnotu, kterou v životě uctíval, a tou je právě život samotný. Už proto, že si to mnozí uvědomují, nejsou schopni na této skutečnosti najít něco dobrého.

1.2.3.1 Dobrá smrt a teorie well-being

Lars Sandman se v knize *A Good Death: On the Value of Death and Dying* touto otázkou zabývá právě z pohledu hodnot, které mohou, někdy i bez ohledu na to, zda se je podaří dosáhnout nebo ne, ovlivnit to, jak hodnotíme dobro v umírání a smrti. Vychází přitom z teorií well-being, jež zahrnují hédonismus, teorii splněných přání a teorii objektivního seznamu.⁴⁵

Termín well-being se používá ve filosofii k označení toho, co je dobré pro člověka. I když pro každého z nás může well-being, neboli stav pohody, znamenat něco jiného, z hlediska etiky, a zejména pro utilitaristy, je tato kategorie velmi důležitá. Pro ty, kteří zastávají takzvaný welfarismus, je stav pohody jedinou hodnotou. Důležité je také zkoumat, jak se k well-being vztahuje morální charakter člověka.⁴⁶

Podle první z teorií, *hédonismu*, je kritériem zla pro danou osobu pouze vlastní vnitřní zkušenost s bolestí a utrpením. Kritériem dobra jsou vlastní libé pocity. Protože však bolest a pocit libosti jsou v tomto ohledu příliš úzké pojmy, doporučuje

⁴⁴ MUNZAROVÁ, M.A KOL.: *Proč Ne eutanazii aneb Být či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008., str. 32 – 35

⁴⁵ SANDMAN, L.: *A Good Death: On the value of death and dying*. Buckingham: Open University Press, 2004.

⁴⁶ CRISP, R.: Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2008) [online].

Sandman uvažovat v kategorii celkové pohody (well-being). Někdy totiž bolest může sice dočasně snížit úroveň pohody, ale zároveň přispěje ke zlepšení pohody v budoucnosti. Příkladů v medicíně je možné nalézt mnoho, od omezení pacienta v pohybu, aby došlo k rychlému zhojení zlomeniny, až po bolesti spojené s operační či agresivní farmakologickou léčbou, která v daném okamžiku způsobuje pacientovi ne-pohodu v podobě velkých somatických, psychosociálních i spirituálních potíží, ale v konečném důsledku přinese pacientovi pocit pohody v podobě zachované funkce končetiny, zachráněného života či alespoň oddálení terminální fáze nevléčitelné nemoci.

Podle *teorie splněných přání* (desire fulfillment theory) lze velmi zjednodušeně říci, že čím více přání se podaří splnit, tím je to pro člověka lepší, život má pro danou osobu větší hodnotu. Není však možné jednotlivá přání vidět izolovaně a pocit dobra, které jejich splnění přináší, vnímat pouze v aktuálním čase. Dobro, které splněná přání přináší, je nutné vidět v kontextu delšího časového úseku. Často dochází k tomu, že pokud chceme najít v životě stabilní pocit well-being, musíme jednotlivá přání vyvažovat a třeba i dát přednost splnění jednoho před druhým. Lze v této souvislosti hovořit o přáních nižšího a vyššího řádu? Například vypití sklenky bílého vína mi přináší pocit blaha. Nyní jsem ve stresu a toužím po sklenici vína, která mě nejen, jak doufám potěší svou chutí, ale zároveň přinese určitý pocit uvolnění, možno říci spojený s pocitem blaha. Protože však vím, že víno je návyková látka, a nechci se stát alkoholikem (mám přání nestat se alkoholikem), sklenici vína odmítnu. Dám tedy přednost přání vyšší kategorie před přáním nižší kategorie.

Jeden z problémů této teorie spočívá v tom, že člověk někdy může mít více přání, která si mohou odporovat. Pacient například chce být zcela při vědomí, aby mohl komunikovat se svou rodinou a být schopen rozhodovat o tom, co se s ním děje, ale zároveň nechce trpět bolestí. V takovém případě může být někdy těžké mu obě přání zcela splnit. Musíme hledat kompromis a zkoušet takové dávky léků nebo jiných prostředků, které utlumí bolest, ale zároveň udrží pacienta při takové úrovni vědomí, kdy ještě může komunikovat a vyjádřit svá přání ohledně péče. Je však pravděpodobné, že pacient bude stále pociťovat bolest, byť méně než před podáním léků, a zároveň nebude natolik schopen komunikovat se svojí rodinou či zdravotníky, jak by si přál. Ani jedno z jeho přání tedy není naplněno zcela. Otázka je, zda jeho

celkový pocit pohody je proto nižší, než kdyby necítil žádné bolesti. Další otázkou ovšem je, jak by pacient vnímal pocit pohody, když by měl natolik tlumenou bolest, že by nebyl zcela při vědomí. Pokud by na druhé straně byl zcela při vědomí, takže by mohl komunikovat s rodinou, jak si přál, stále by cítil bolest, která jeho pocit pohody z toho, že se mu splnilo přání zůstat při vědomí, může snižovat. To ovšem opět může záležet na tom, jak pacient jednotlivé hodnoty (být při vědomí a necítit bolesti) hierarchizuje. Podle Sandmana může být teorie splněných přání jakýmsi předělovým můstkem mezi hédonismem a teorií objektivního seznamu, protože s nimi sdílí stejné kategorie, například absence bolesti, dobré vztahy, autonomie.⁴⁷

Teorie objektivního seznamu patří do kategorie obecnějších hodnot, které se mohou vztahovat na více lidí. Takovou hodnotou může být například vzdělání. Vzhledem k tomu, že vnímání hodnot a jejich významu pro každého jednotlivce je velmi individuální, není možné pro účely posuzování kvality života a hledání dobra v něm vytvořit jeden seznam, který by byl platný a použitelný pro všechny. Ne pro všechny je vzdělání hodnota, a nebudou kvůli němu chtít obětovat jiné hodnoty, které uznávají, například mít dostatek času na volnočasové aktivity. Mezi objektivní hodnoty, podle kterých je možné posuzovat, zda je život dobrý ve smyslu well-being, ale také zda je, spíše přeneseně, dobrá smrt, Sandman zařadil dosažené osobní úspěchy a intimní vztahy, kontakt s realitou, morální kvality jedince a možnost kontroly nad sebou samým. Osobní úspěchy, kterých jsme dosáhli, i blízké vztahy s druhými lidmi mohou velmi ovlivnit to, jak člověk svůj život vnímá, zda je dobrý nebo špatný, zda jej chce ještě žít, zda v něm vidí nějaký smysl. Znamená to však také, že lidé, kteří nemají stálého partnera, nemají dobrý život? Jak podle tohoto kritéria hodnotí své well-being duchovní, kteří dobrovolně dodržují celibát, lidé, kteří žijí v manželství nebo v registrovaném partnerství, ale nepocítují vztah jako intimní? Jak se vlastně definuje intimní, blízký vztah? V českém i v anglickém jazyce je slovo intimní často vnímáno v souvislosti se sexuálním vztahem, zahrnuje doteky a hluboký cit, tělesnou a emocionální blízkost. Intimní vztahy však také znamenají sociální podporu, umožňují lidem naplňovat potřebu být milován a přináležet k někomu. Nejen jedinec sám může posuzovat své well-being podle toho, zda má dostatek blízkých lidí či funkčních vztahů. Schopnost navázat a udržet vztahy

⁴⁷ SANDMAN, L.: *A Good Death: On the value of death and dying*. Buckingham: Open University Press, 2004., str. 9

s druhými lidmi mohou někteří brát v úvahu, když posuzují morální status jedince. Morální dopad takového posuzování může být ovšem velmi sporný.⁴⁸

Další hodnotu, kterou Sandman zařadil na seznam, označil jako kontakt s realitou. Jaký je v tomto případě význam slova realita a jak kontakt s ní hodnotíme? Jak se kontakt s realitou projevuje? A jak budeme tuto hodnotu posuzovat u velmi malých dětí, dementních, zmatených a pacientů, kteří jsou v kómatu? Můžeme si představit, že ona je realita je vlastně svět kolem nás, lidé, příroda, prostředí, ve kterém žijeme, učíme se, pracujeme, trávíme volný čas. Kontakt s realitou můžeme chápat jako reflexi všech procesů, které se v naší blízkosti i v nás odehrávají. Můžeme však reflektovat také realitu vzdálenou. Je hodnotou samotný kontakt s realitou nebo to, že jsme schopni onu realitu zpracovávat pomocí myšlenkových procesů a správně ji vyhodnotit? Zde již neposuzujeme pouze well-being člověka, ale i schopnosti, podle kterých mohou některé morální teorie upřít člověku jeho morální statut a ochranu.⁴⁹ Podle Sandmana jsme všichni součástí oné reality. Mluvíme tedy o kontaktu se sebou samými? To, jak pociťujeme naše tělesné procesy, jak pociťujeme bolest či naopak libé pocity, i to, jak se vnímáme skrze vlastní či společenský hodnotový systém? Člověk vždycky realitu nějakým způsobem ovlivňuje. Vnímáme potom realitu tak, jak se nám jeví, nebo tak, jak doopravdy je? A jeví se nám stejně jako ostatním? O pacientech, kteří mají bludy, se říká, že ztratili kontakt s realitou. Znamená to automaticky, že jejich život není dobrý, má nižší kvalitu? Oni svůj svět považují za reálný, bludy vyhodnocuje někdo jiný. Sandman cituje Griffina, podle kterého je podmínkou dobrého života to, že jsme součástí reality, vnímáme ji správně, nejsme uvedeni v omyl. To je ovšem velmi obecná kategorie, kterou nemůžeme posuzovat zvnějšku, pro mnoho lidí je příjemnější, když žijí „v omylu“. Naopak pro mnohé je život v autentické realitě bez možnosti úniku zdrojem velkých úzkostí.⁵⁰ Může být velmi obtížné žít takto pojatý „dobrý život“. Na druhé straně je samozřejmě důležité a bezpečné, pokud dokážu vyhodnotit správně situaci (počasí, bezpečnou jízdu, ohrožení někým druhým).

⁴⁸ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2009., str. 79 – 81

⁴⁹ Ibid., str. 64 – 93

⁵⁰ ŠIMEK, J.ŠPALEK, V.: *Filozofické základy lékařské etiky.* Praha: Grada Publishing, 2003., str. 51

Sebeurčení, možnost kontroly nad sebou a tím, co se se mnou děje, je jednou z nejdůležitějších hodnot západního světa a je velmi ceněná nejen v terminální péči, při rozhodování o okolnostech vlastní smrti, ale i v průběhu nemoci a ve zdravotnickém prostředí vůbec. Možnost sebeurčení je hodnota sama o sobě. Není instrumentální. I když může být prostředkem k dosažení well-being, je naším konečným cílem tohoto dosáhnout. Sebeurčení znamená autonomii. Konáme, protože jsem se tak rozhodli, a rozhodli jsme se, protože to chceme udělat. Sebeurčení, autonomii člověka může omezit to, že je zmanipulován, donucen dělat něco jiného než chce. Je nutné odlišit od toho, zda máme hodnotné alternativy (zda si máme z čeho vybírat, zda si můžeme svobodně vybrat) a od toho, zda nakonec získáme, to co chceme (podle teorie splněných přání). Svoboda je hodnota sama o sobě. Je velmi spjata s autonomií a je zaměřená na to, z kolika alternativ si můžeme vybrat. Ty alternativy však musí být důležité, pokud je mi jedno, jaký si koupím jogurt, nezvyšuje automaticky množství jogurtů na regále moji svobodu volby jako hodnotu.

Jak již bylo uvedeno, mají teorie well-being spojitost nejen s posuzováním dobrého života, ale i s posuzováním toho, čemu říkáme dobrá smrt nebo dobré umírání. Pokud je pro člověka velkou hodnotou kontakt s realitou, být při vědomí, moci reagovat na lidi a vše, co se okolo něj děje, být součástí oné reality, je velmi pravděpodobné, že bude pro něj důležitější možnost být při vědomí, než být zcela zbaven bolesti, pokud by to znamenalo, že prostředky na léčbu bolesti by vedly ke snížené hladině vědomí. I když mohou zdravotničtí pracovníci hodnotit život a umírání pacienta v bolestech jako nedobré, měli by respektovat hodnoty a přání pacienta. Pokud byly pro pacienta v životě důležité vztahy a možnost mít své milované na blízku, může se tato hodnota promítnout do přání umírat v kruhu své rodiny nebo přátel, a tato skutečnost se promítne do toho, zda bude umírání hodnoceno jako dobré nebo špatné. Pacient, který si podle teorie well-being cenil dosažených úspěchů, potřebuje příležitost k tomu, aby ještě před smrtí dokončil započatou práci, pokud tomu chce. Uvedené hodnoty a přání, pokud nejsou naplněné, bývají používány jako argumenty jak zastánci, tak odpůrci eutanazie. Podle jedněch, když již nemáme žádné blízké, nemůžeme realizovat své životní cíle, nemáme nic, co by nám působilo příjemné pocity, měli bychom mít právo na to ukončit život sami,

nebo požádat druhé, aby náš život ukončili.⁵¹ Podle druhých bychom nikdy neměli dopustit, aby nenaplnění uvedených přání a hodnot pacienta, vedlo k žádostem o eutanazii. Musíme usilovat o tělesné, psychosociální i spirituální blaho pacientů. Toto musí zajistit nejen rodina pacienta a zdravotničtí pracovníci, ale celá společnost.

Pacient, který je při vědomí, může výše uvedené hodnoty a přání vyjádřit a diskutovat o nich. To, co bylo důležité pro pacienty, kteří jsou nyní v bezvědomí, nebo nám nemohou sdělit svá přání a hodnoty z důvodu demence, se můžeme dozvědět od jejich blízkých či z písemného vyjádření pacienta v dokumentu dříve vyslovených přání. Povědomí o teorii well-being a dalších teoretických koncepcích, které se zabývají hodnotovým systémem lidí a tím, jak hodnoty ať vnitřní nebo dané zvnějšku, ovlivňují to, jak hodnotíme svůj život a smrt v měřítku dobrý zlý, by mělo lékařům pomoci komunikovat s pacienty o otázkách péče na konci života a pomoci pacientům při formulaci dříve vyslovených přání.

1.2.3.2 Smrt nebo umírání?

Jak již bylo zmíněno, někteří autoři používají v souvislosti s eutanazií spojení dobrá smrt a jiní dobré umírání. Bez ohledu na to, zda je vůbec možné takto eutanazii označovat, je důležité tyto dva pojmy jasně vymezit. Budu se zde opět opírat o publikaci Larse Sandmana, protože se mi zdá jeho výklad dostatečně srozumitelný. Z hlediska času je možné v souvislosti s koncem života odlišit tři různá období: umírání, smrt a stav po smrti.

Umírání

Přestože stav po smrti je z časového hlediska nekonečně dlouhý a pro mnohé lidi může být důležité, co bude po smrti, považuji za důležitější pojímat z hlediska dobrá období umírání, které člověk prokazatelně může prožívat a uvědomovat si jej. Může v době umírání hledat nějaký smysl a pátrat po hodnotách, které vnesou i do této části života nějaké dobro. Faktorů, které ovlivní to, jak člověk prožívá umírání, je mnoho. Mezi ty nejčastěji zvažované můžeme zařadit místo umírání a případně i smrti. Doma, v nemocnici, v zařízení dlouhodobé péče, v hospici, ale také na ulici, v autě, v lese atd. Čím více možných příčin smrti budeme zvažovat, tím více míst se

⁵¹ Václav Bělohorský v dokumentu: ŠKRDLANT, T.: Dokumentární film Hledání dobré smrti, Česká televize, Praha 2006, 57 min.

naskýtá. To, jaké dobro každé z uvedených míst může znamenat pro individuálního jedince, závisí velmi na okolnostech úmrtí, které se s oním místem váže. Pro někoho je například vlastní domov tím nejpříjemnějším místem, protože tam může být obklopen svými příbuznými nebo alespoň věcmi, které jsou pro něj hodnotné. Doma má také člověk větší kontrolu nad vnějšími okolnostmi a více prostoru pro vlastní rozhodování. Pro jiného naopak umírání doma není spojeno s dobrem, protože se bojí, že by v podmínkách domova, bez dostupné zdravotnické techniky, nebyla dobře tišena jeho bolest a další symptomy. Příčinou však také může být to, že si ještě nechce přiznat, že umírá.

Kvalitu umírání (pátráme-li po dobru v umírání, můžeme snad tento termín použít) pro mnohé ovlivní i to, či přítomnost je pro umírajícího člověka důležitá a kdo je nakonec v době umírání a okamžiku smrti přítomen.

Důležité je rovněž posoudit, jak dlouho vlastně umíráme, což souvisí i s tím, co umírání definuje. Podle výsledků studie Umírání a paliativní péče v ČR, kterou provedla agentura Cesta domů v roce 2004, vidí čeští zdravotníci období terminálního stavu odlišně od svých zahraničních kolegů a neshodují se v odhadu času ani v rámci ČR. Pokud chápou terminální stav jako období umírání, můžeme říci, že pouze dvacet procent zdravotníků vnímá toto období v délce několika týdnů, více než čtyřicet procent se domnívá, že umírání netrvá déle než několik hodin, maximálně jeden den. Zbylých necelých čtyřicet procent uvádí jeden až několik dnů. V zahraničí mnoho zdravotníků v souvislosti s terminální péčí počítá v řádu až šesti měsíců.⁵² Oslovení zdravotničtí pracovníci se pravděpodobně řídili vlastními profesionálními zkušenostmi a výsledky mohou být ovlivněny i tím, na jakých pracovištích pracují a co je nejčastější příčinou smrti jejich pacientů. Jako delší budou pravděpodobně vnímat proces umírání pracovníci geriatrických zařízení a zařízení hospicového typu, jiné zkušenosti mají lékaři a sestry na odděleních intenzivní a resuscitační péče. Tím se dostáváme k tomu, co definuje umírání.

Sandmann se v souvislosti s umíráním pouští do zajímavých úvah nad externími a interními faktory umírání. Ptá se, zda můžeme například mluvit o umírání již

⁵² KALVACH, Z., et al.: *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004.

v okamžiku, kdy přecházíme silnici, a blíží se k nám auto, které nás nakonec srazí a zabije. Nebo jsou to jenom procesy v našem těle, jež nakonec povedou ke smrti? Pokud budeme brát v úvahu vnitřní faktory, začneme uvažovat o umírání až v případě nějaké nevléčitelné nemoci, nebo již při narození, protože celý život vlastně směřujeme k tomu, že jednou zemřeme?⁵³

Proč vlastně potřebujeme definovat, kdy začíná proces umírání? Pro koho je to důležité? Z pohledu zdravotníků, kteří chtějí poskytovat dobrou péči a zajistit tak dobré umírání a dobrou smrt, je důležité včas rozpoznat, kdy již další léčebné zásahy do organismu nevedou ke zlepšení stavu ani záchraně života, ale spíše k utrpení pacienta. Je to také důležité proto, abychom mohli s pacienty hovořit o jejich dalších plánech, cílech, představách o dalším postupu. Pro mnohé pacienty je důležité být dobře informován a mít kontrolu nad situací, což rovněž předpokládá, že jsme schopni citlivě komunikovat tak, aby si pacient uvědomil, že umírá. Otázkou ovšem je, zda opravdu všichni chtějí toto vědět, a zda vědomí, že umírám, nějak přispěje k tomu, že bude umírání dobré. Z hlediska zmiňovaných teorií well-being to může být důležité pro člověka, který chce dokončit nějaký úkol, splnit si přání, rozloučit se s blízkými, i toho, který chce mít možnost kontroly nad procesem umírání. Není však jisté, zda toto vše zaručí, že bude nakonec umírání dobré. I v případě, že budu bez bolesti, dočkám se narození vnuka, budu obklopen blízkými, mohu stále vnímat zlo v tom, že těchto dober života si nebudu moci po smrti užívat. Už za života tedy truchlím nad tím, co ztratím okamžikem smrti, což může všechna dobra negovat.

Sandman ještě přidává poznámku, která se týká „přípravy“ na smrt. Pokud přijmeme za svoji myšlenku, že vlastně celý náš život je přípravou na smrt a často ani nevíme, že umíráme, nebo můžeme v příštím okamžiku zemřít, měli bychom žít tak, aby naše smrt odrážela dobrý život, kterým jsme žili, a tím byla sama dobrá. Pokud ovšem je pro dobrou smrt a umírání důležité, abychom si toho byli vědomi, anebo jinak, pokud vnímáme umírání jako dobré, když jsme schopni si je uvědomovat (máme kontakt s realitou), musíme mít nějaká kritéria umírání, abychom vůbec poznali, že onen proces nastal. Těmi může být jak nevléčitelná nemoc v terminální fázi, tak například vynesení rozsudku trestu smrti, z kterého není odvolání.⁵⁴

⁵³ SANDMAN, L.: *A Good Death: On the value of death and dying*. Buckingham: Open University Press, 2004., str. 15

⁵⁴ Ibid., str. 16

Smrt

Sandman uvádí dva rozdílné pohledy, jeden náboženský, podle kterého je smrt přechodem, transformací života do jiné formy existence. To, co je na lidské bytosti podstatné, například duše, přetrvává v nějaké formě. Pokud věříme, že existuje něco po životě, snažíme se před smrtí na to připravit, ovlivní to naše představy dobrého umírání a smrti.

Tím druhým je pohled medicínský, podle kterého nastává smrt poté, co dojde k zástavě činnosti životně důležitých orgánů. S vývojem medicíny se toto hledisko mění a začíná nabývat poměrně složitých parametrů. V České republice je medicínským kritériem potvrzení smrti klinicky potvrzená smrt mozku a to včetně mozkového kmene. Podle Sandmana má člověk dvě složky: tělesnou a duševní (vědomí), pokud jedna nebo druhá nevratně nefunguje, není, mluvíme o smrti, o tom, že člověk je mrtvý. Důležitým kritériem smrti je nevratná ztráta vědomí v lidském těle, což ale může mít dvě diametrálně odlišné podoby: 1. v mrtvém těle evidentně nemůže být vědomí, ale 2. může nebýt vědomí v žijícím těle.⁵⁵ Pokud bychom to však měli brát takto doslova, budeme potom pacienti, kteří jsou například v permanentním vegetativním stavu⁵⁶ považovat za mrtvé? Jestliže je podle lékařských poznatků v případě permanentního vegetativního stavu ztráta vyšších mozkových funkcí (a tedy vědomí) ireversibilní, máme jasný příklad ne vědomí v živém těle. Podle současných medicínských kritérií je však podmínkou prohlášení smrti i smrt mozkového kmene, nejen mozkové kůry. O pacientovi je možné mluvit jako o mrtvém z hlediska sociální smrti, ale ne podle biologických ukazatelů. Již tak obtížnou situaci, která je bezpochyby spojená i s problematikou umělého podávání výživy a tekutin, jež bývá často řešena v dříve vyslovených přáních, mohou výrazně

⁵⁵ Ibid., str. 17

⁵⁶ Jako permanentní vegetativní stav (PMVS) se označuje stav, kdy došlo ke ztrátě vyšších mozkových funkcí. Při posuzování PMVS se rozlišuje, zda šlo o netraumatické poškození mozku, zde jsou kritériem 3 a více měsíců trvání ireverzibilních změn a traumatické poškození, kdy označíme stav za PMVS, když ireverzibilní změny přetrvávají déle než 12 měsíců; DOLEŽIL, D.: Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu, *Neurologie pro praxi*, 11(1) (2010), 20 - 22.

zkomplikovat zprávy o výzkumech, podle kterých se podařilo přechíst myšlenky lidí v kómatu.⁵⁷

Po smrti

Pro hodnocení toho, zda jsou umírání a smrt dobré, je pro některé lidi důležité uvědomit si, co je vlastně čeká po smrti, jak vypadá ten časově neurčitelný, nebo spíš neohraničený posmrtný stav, a tomu, v co věří, se snaží přizpůsobit svůj život nebo alespoň jejich poslední dny (pokud ví, že jsou to jejich poslední dny). To, zda se jim podaří přípravu na „stav po smrti“ uskutečnit nebo dokončit, bude jedním z kritérií, podle kterých budou posuzovat, zda jejich umírání je dobré.

1.2.3.3 Je smrt dobrá nebo špatná?

Při posuzování toho, zda, nebo spíše nakolik, je smrt dobrá nebo špatná, lze jistě použít mnoho kritérií. S vědomím toho, že při tématu, který je natolik zatížen emocionálními, kulturními, náboženskými, etickými a dalšími aspekty, není možné stanovit jednoznačný postup a kritéria hodnocení, uvádím tři kritéria, která se používají v současné filosofii.

Teorie, na základě kterých se dnes dokazuje, zda je smrt dobrá nebo špatná, jsou založeny na třech faktorech:

Faktor deprivace (Deprivation factor)

Smrt je špatná, když nás připraví o to dobré, co by nás v budoucnu čekalo (dobrý život), a je dobrá, když nás připraví o to, co by pro nás bylo špatné (špatný život). To zní jednoduše, je však přitom důležité umět si představit, jaký by byl život, kdybychom nezemřeli. Pokud by byl dobrý, je smrt špatná. Pokud by byl špatný, je smrt dobrá. Pokud by byl neutrální, je smrt neutrální, tedy ani dobrá ani špatná. Můžeme uvést hypotetický příklad pacienta, který žádá o eutanazii z důvodu neužitelných bolestí: pokud by pacient nezemřel, byl by pro něj život špatný s ohledem na bolest, tedy smrt by měla být hodnocena jako dobrá. Protože však to, jak posuzuje kvalitu vlastního života, mohou ovlivňovat i jiné hodnoty, například

⁵⁷ DEMERTZI, A., et al.: Attitudes towards end-of-life issues in disorders of consciousness: a European survey, *Journal of Neurology*, 258(6) (2011), 1058-1065.

možnost být s rodinou, je smrt špatná, protože toto dobro již pacient nebude moci prožívat. Tento pacient mohl vidět v budoucnu jak zlo v podobě neutišitelných bolestí, tak dobro v podobě pobývání s rodinou. Lze však říci, že pro pacienta, který pro sebe do budoucna nevidí žádné dobro, je smrt z tohoto důvodu vždy dobrá? Předpokládáme, že pacient, který žádá o eutanazii, rozvažuje kategorie dobra a zla v případě života i v případě smrti. Jaká je situace pacientů, kteří jsou v ireverzibilním kómatu? Můžeme říci, že jsou o dobrý život ochuzeni? Velmi pravděpodobně ano. Někdo může namítnout, jak můžeme vědět dopředu, zda by pacienta čekal dobrý nebo špatný život v případě, že by nezemřel. Toto asi nemůže nikdo dopředu vědět, je však možné se o tom dohadovat s ohledem na posouzení dosavadního života pacienta, jeho rodinných či jiných vztahů, možností společnosti, zkušeností jiných lidí? Přes spekulativní charakter této předpovědi je přesto možné říci, že i kdyby byl život pacienta v budoucnu spíše špatný z hlediska fyzického i sociálního strádání, vždycky bude v jeho životě alespoň nějaké dobro v podobě ideálů, které lze jen těžko zhmotnit, objektivně dokázat. Jedná se o hodnoty, které jsou dobra samy o sobě. Člověk si je ani nemusí uvědomovat, protože jsou obecnějšího, abstraktního charakteru. Smrt bude v takovém případě vždy špatná, protože člověka připraví o tato dobra. Problém však nastane tehdy, když se budeme zamýšlet nad tím, zda je život dobrý již proto, že v něm existují nějaká dobra nezávisle na tom, zda je prožíváme nebo ne.

Faktor promarnění (Waste factor)

Podle této teorie je smrt špatná, protože nás nenechá využít plody našeho úsilí, které jsme v životě vynaložili. Tato myšlenka se odvíjí od toho, ve které fázi života došlo ke smrti. Zlo je větší v případě, kdy již jedinec investoval do života (vyvinul nějaké úsilí), ale ještě nestačil plody svého úsilí využít. Začal například studovat, získal práci, ale zemřel dříve, než mohl těžit z výhod, které mu práce přináší. Pokud budeme při posuzování smrti zvažovat tento faktor, můžeme se domnívat, že smrt je méně špatná u velmi malých dětí, které ještě žádné úsilí nevyvinuly a u starších lidí, kteří již stačili plody svého úsilí okusit a využít. Sandman zde cituje Dworkina, ale namítá, a já s ním souhlasím, že věk by v tomto případě neměl být směrodatný v tom, jestli je smrt více nebo méně špatná, protože i velmi malé děti mohou ve svém životě vyvíjet určité úsilí, a zároveň může být hodně jedinců, kteří ani ve starším věku velké

úsilí nevyvíjejí, o nic se nesnaží. Sandman dále rozvíjí otázku, v čem se faktor promarnění liší od faktoru deprivace. Na jedné straně jde podle něj o subkategorii faktoru deprivace, protože v případě obou přicházíme o potenciální budoucí dobra. Zároveň však tento faktor přesahuje, protože při usilování o dobra budoucí se často, alespoň dočasně, vzdáváme dober současných.⁵⁸

Factor extinkce (Extinction factor)

Třetí teorie nezohledňuje dobro nebo zlo v tom, jaký život žijeme, ale zda jej vůbec žijeme. Buď považuje za zlo samotný fakt, že jsme zemřeli a tedy nejsme, nebo fakt, že jsme zemřeli příliš brzy. Pokud v prvním případě budeme vnímat jako dobro život samotný, může se stát, že budeme obhajovat a udržovat za každou cenu i takový život, který je plný utrpení. Sandman tedy doručuje zaměřit se spíše na skutečnost, že žijeme, že jsme tu co nejdéle. Pokud je náš život dobrý, nebo alespoň neutrální, (vyvážený poměr dobra a zla), je naším zájmem žít co nejdéle. Pokud je hlavní hodnotou co nejdelší život, budeme se snažit jej žít, i když bude špatný, protože dosažená délka života vynahradí dané zlo. Pokud délka života není hodnotou sama o sobě, špatný život nám nestojí za to, abychom jej žili.⁵⁹

Sandman uzavírá, že smrt je obecně špatná, a pokud je dobrá, tak jenom proto, že jsme momentálně v tak špatné situaci, že smrt vnímáme spíše jako menší zlo, než dobro.

Máme tedy odpověď na otázku, zda je správné spojení slov dobrá smrt a eutanazie. Toto spojení správné není, protože i v případě, kdy eutanazie přinese dobro v tom, že utrpení přestane existovat, přináší zároveň smrt, která podle výše uvedeného není dobrá, v tom lepším případě je spíše pouze neutrální.

1.2.4 Aktivní versus pasivní eutanazie v současných definicích

Vrátíme-li se zpět k citovanému slovníkovému heslu, vidíme další problém, který se s uvedeným heslem pojí. Autor v souvislosti s eutanazií používá termíny pasivní, nebránění smrti, apod. Ty totiž mohou být velmi zavádějící při hodnocení takových

⁵⁸ SANDMAN, L.: *A Good Death: On the value of death and dying*. Buckingham: Open University Press, 2004., str. 22 – 23

⁵⁹ Ibid., str. 20 – 21

lékařských zákroků, jejichž vedlejším účinkem může být zkrácení života pacienta, ale z hlediska záměru lékaře a pacienta či člena jeho rodiny, i povahy zákroku samotného, se nejedná o eutanazii. Netýkalo by se to však pouze aktivních činností lékaře, ale také neprovedení zákroků, které by snad v případě úspěchu prodloužily život pacienta, ovšem s velmi pochybnou či nejistou kvalitou života.

Z níže uvedených definic eutanazie ze zahraničních i českých zdrojů vyplývá, že od termínu pasivní eutanazie se v současné době upouští, i když autoři učebnic etiky v tomto nejsou jednotní. Tradičně se eutanazie označovala jako aktivní nebo pasivní, dobrovolná nebo nedobrovolná, a nevyžádaná. Za aktivní eutanazii se označoval takový čin lékaře nebo jiné osoby, který přímo vedl ke smrti pacienta. Jako pasivní eutanazie se označovalo buď opomenutí lékaře, neposkytnutí život zachraňující léčby, nebo vypnutí přístrojů udržujících pacienta při životě. Dobrovolná eutanazie znamenala usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost a s jeho souhlasem, nevyžádaná je taková, o kterou pacient aktivně sám nepožádal a nedal k ní tedy ani souhlas (jedná se zejména o pacienty s demencí nebo v kómatu), a nedobrovolná eutanazie znamenala usmrcení pacienta proti jeho vůli.

V roce 2002 představila Pracovní skupina pro etické záležitosti (Ethics Task Force) Evropské asociace paliativní péče (EAPC) novou definici eutanazie, která vychází z předpokladu, že eutanazie je již z definice aktivní a samozřejmě dobrovolný čin, proto není nutné toto v definici zdůrazňovat. *...Eutanazie je usmrcení na požádání a definuje se jako...záměrné usmrcení pacienta lékařem, který podá léky, na základě dobrovolné a kompetentní žádosti.*⁶⁰

V dokumentu se nedoporučuje používat slovo dobrovolný ve spojení s eutanazií, protože by z tohoto spojení mohlo vyplynout, že existuje i nedobrovolná eutanazie. Usmrcení pacienta bez jeho souhlasu nebo proti jeho vůli je však považováno za vraždu, proto by se tento čin neměl jako eutanazie vůbec označovat.

Poněkud podrobnější definici eutanazie schválila Světová lékařská asociace (WMA).

⁶⁰ MATERSTVEDT, L.J., et al.: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force, *Palliative Medicine*, 17(2) (2003), 97-101., str. 98

...eutanazie je vědomý a záměrný čin s jasným cílem ukončit život člověka a obsahuje tyto elementy: subjekt je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou nemocí, která dobrovolně požádala o ukončení života; vykonávající osoba ví o stavu pacienta a jeho přání zemřít, a provede čin s primárním záměrem ukončení života dané osoby; čin je proveden ze soucitu a bez osobního zisku.⁶¹

Ani tato definice, ač je podrobnější a označuje eutanazii konkrétně jako vědomý čin, ne jen jako abstraktní problém, není zcela přesná. I když definuje, kdo je subjektem, přeneseně jaké podmínky musí splnit člověk, který žádá o eutanazii, neupřesňuje, kdo může eutanazii provést, aby nebyl čin považován za vraždu, ale byl vnímán jako čin ze soucitu, jak je v definici uvedeno. Výraz vykonávající osoba může znamenat kohokoli. Oproti jiným definicím zde chybí prvek utrpení, který je i v zemích, kde je eutanazie podle legislativy za určitých podmínek možná, nezbytným předpokladem toho, aby bylo vůbec vyjádřené přání pacienta bráno v úvahu. V definici Světové lékařské asociace je snad možné ono utrpení vyčíst z termínu nevléčitelná nemoc. Ani slovo aktivní, ani slovo pasivní se ve spojení s eutanazií v definici nevyskytuje. To, že Světová lékařská asociace formulovala a publikovala definici eutanazie, ovšem neznamená, že by eutanazii schvalovala. Oficiální postoj WMA je takovýto: eutanazie neboli záměrné ukončení života pacienta, i v případě jeho vlastní žádosti nebo žádosti příbuzných, je neetická. To však nezabraňuje lékařům respektovat přání pacienta umožnit přirozený proces smrti v terminální fázi nemoci.⁶²

České lékařská komora zmiňuje eutanazii v dokumentu Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Eutanazie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanazie nezná. Uvedené

⁶¹ WILLIAMS, J.R.: *Medical Ethics Manual, 2nd edition*. Ferney-Voltaire: World Medical Association, Inc., 2009., str. 57

⁶² *Ibid.*, str. 5

*jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřípustné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.*⁶³

Ani tato definice neoznačuje konkrétně, kdo v případě eutanazie ukončí život pacienta. Vzhledem k tomu, že ani definice formulovaná Světovou lékařskou organizací nejmenuje lékaře, se lze domnívat, že představitelé lékařské profese se jen snaží pojmenovat a terminologicky vymezit čin, ale nechtějí, aby byl tento čin, který je kontroverzní z morálního hlediska, veřejností automaticky spojován s povoláním lékaře.

Téma eutanazie má souvislost také s ohledem na zaměření této disertační práce, neboť jsou lékaři a sestry, ale i někteří právníci, jež se domnívají, že instituce DNR a living will jsou vlastně formou pasivní eutanazie nebo pasivní eutanazii umožňují, což jmenovaní považují za nepřípustné.⁶⁴

V diskusi o dříve vyslovených přáních je nutné terminologicky i morálně odlišit eutanazii od ponechání zemřít. Termín eutanazie je příliš svázán s rozhodnutími lékaře (poskytnout či neposkytnout léčbu, podat smrtící preparát), v případě dříve vyslovených přání jde o hledání cesty, jak naplnit představu pacienta samotného o závěru jeho života.

1.3 Odlišení eutanazie od ponechání zemřít

Na úvod této části se vrátíme k již zmíněnému dokumentu České lékařské komory s názvem Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Tento dokument, který připravila pracovní skupina České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně, a poté je převzala Česká lékařská komora, je významný nejen proto, že se dotýká velmi složitých eticko-právních otázek péče o pacienty,

⁶³ Srovnej: Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. ČLK, Praha (3/2010) [online].

⁶⁴ GAZDÍK, J.: Nový zákon umožní pacientům odmítnout umělý život na přístrojích. MF dnes, Praha (6.6. 2011) [online].

kteří nereagují na intenzivní léčbu, ale především proto, že se zde lékařská společnost oficiálně hlásí k myšlenkám, které potvrzují slova etiků o tom, že není nutné za každou cenu udržovat život pacienta, pokud to není v jeho nejlepším zájmu. Je nutné připomenout, že tento dokument byl zveřejněn dva roky předtím, než vešel v platnost Zákon č. 372/2011, který přináší významné změny v oblasti rozhodování o péči na konci života. V jednotlivých článcích dokumentu ČLK autoři vymezují, kterých pacientů se doporučení týká. Nejčastěji se jedná o pacienty s multiorgánovým selháním, kdy i přes veškerou snahu lékařů dochází k zhoršování zdravotního stavu a vyvolávající příčiny nejsou léčebně ovlivnitelné, či o pacienty v hlubokém bezvědomí, kdy není odůvodněný předpoklad obnovení integrity mozkových funkcí. Cílem dokumentu je mimo jiné zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta, uchování důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných a omezení marné a zbytečné léčby v situacích, kdy by přínos této léčby nepřevážil riziko bolesti, dyskomfortu a strádání pacienta, a kdy tato léčba nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu či záchrany života. Pro odbornou i laickou veřejnost ČLK vyjádřila své stanovisko k nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby s tím, že pokud je odborně zdůvodněno a dobře zdokumentováno, je v souladu s etickými principy i platnými právními předpisy a nesmí být zaměřováno za eutanazii. Toto stanovisko je velmi důležité, když uvážíme, že v mediích se stále objevují názory laiků i odborníků, podle kterých je nezahájení nebo nepokračování marné léčby formou pasivní (a pro mnohé i aktivní) eutanazie. Dokument v článku 3 vymezuje používané pojmy: terminální stadium nemoci, pacient neschopný o sobě rozhodovat, paliativní léčba, marná a neúčelná léčba, nezahajování léčby, nepokračování v léčbě, eutanazie. Za nepokračování léčby se v dokumentu označuje například ukončení farmakologické podpory krevního oběhu, ukončení hemodialýzy i ukončení ventilační podpory. V textu se dále opakovaně zdůrazňuje, že zahájení léčby, provádění diagnostických výkonů, či pokračování v léčebných postupech, kdy rizika a komplikace těchto postupů nejsou vyváženy přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Neexistuje povinnost marnou a neúčelnou léčbu, pokud je takto odůvodněně označena, indikovat, nebo v ní pokračovat, pokud již probíhá. Dokument dává odpovědi na mnohé pochyby lékařů a sester, kteří se obávají negativních reakcí příbuzných pacientů i odsouzení ze strany ostatních zdravotnických pracovníků v případě, že budou v zájmu zachování důstojnosti

pacienta a neprodlužování umírání podporovat výše zmíněné postupy. Pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky je také významné, že autoři doporučují zahrnout do rozhodování o ukončení intenzivní léčby a přechodu na léčbu paliativní všechny členy ošetřujícího zdravotnického týmu, tedy i nelékařský zdravotnický personál.

1.3.1 Marná a neúčelná léčba

Často diskutovaným tématem je, co vlastně znamenají termíny marná a neúčelná léčba, a zda nezahájení život udržující léčby nebo nepokračování v léčbě (vysazení) je zabití nebo umožnění zemřít. Za život udržující léčbu se považuje plicní mechanická ventilace, farmakologická podpora oběhového systému, hemodialýza, v mnoha případech i uměle podávaná výživa a tekutiny, ale podle konkrétní situace pacienta i takové léčebné postupy, jako je transfuze krve či podání antibiotik. To jsou ovšem postupy, které jsou indikovány v různých fázích nemoci, zotavování z vážného úrazu, po operaci. Ostatně za život udržující léčbu bychom mohli považovat i inzulin, bez jehož podávání by mnoho diabetiků nepřežilo. Kdy se tedy život udržující léčba stává marnou a neúčelnou? Vzhledem k tomu, že jednotlivé lékařské postupy mohou být prospěšné, i když zatěžující a rizikové, pro jednoho pacienta, a zároveň stejně zatěžující, avšak nepřinášející žádný prospěch u jiného pacienta, není kritériem marnosti postup samotný, ale jiné okolnosti. Ve výčtu toho, co lze považovat za marnou léčbu, se objevují tyto situace:

1. Cokoli, co lékaři nemohou provést
2. Cokoli, co nepřinese fyziologické zlepšení
3. Cokoli, při čem je úspěch statisticky velmi nepravděpodobný
4. Cokoli, kde se předpokládá pouze nevýznamný efekt, výsledky budou spíše velmi špatné
5. Cokoli, co bude pacienta více zatěžovat než pomáhat
6. Cokoli, co je velmi spekulativní, protože se jedná o nevyzkoušený postup
7. Cokoli, co po zvážení možného rizika, přínosu a účinnosti svědčí spíše pro nezahájení nebo nepokračování léčby⁶⁵

⁶⁵ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2009., str. 167

Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně složité situace, do kterých zasahují nejen lékaři a další zdravotníci, ale i pacient a jeho příbuzní, osobní hodnoty a náboženské přesvědčení každého ze zúčastněných, je otázkou, zda je termín marná a neúčelná léčba (futile treatment) vhodný. Co vlastně znamená první bod, že lékaři nemohou výkon provést? Může se jednat o to, že je příliš složitý, nemocnice nemá dostatečné vybavení nebo lékaře, kteří by měli dostatečnou praxi, a sestry, které by se dokázaly o pacienta se specifickým problémem dobře postarat? Je možné říci, že výkon nelze provést, protože to nedovolí současný stav pacienta? Nebo nelze výkon provést, protože je příliš drahý a pojišťovny nejsou ochotné proplácet drahou léčbu? Bude v dnešní době označena za marnou i taková léčba, která bude s ohledem na očekávaný přínos v podobě zlepšení kvality života příliš drahá?⁶⁶ Fyziologické zlepšení stavu je jistě velmi důležitý aspekt, který se bere v úvahu při plánování léčby a posuzování toho, jaký bude mít účinek. Lékaři však někdy ordinují i takové postupy, o kterých předpokládají, že žádný fyziologický efekt nepřinesou. Jejich cílem je v takovém případě zmírnění dopadu aktuálních tělesných obtíží na psychický stav pacienta. Příkladem může být podávání krevních transfuzí u pacientky, která je v terminálním stadiu hematologického onemocnění a aktivně krvácí. I když je v tomto případě z fyziologického hlediska podávání transfuzí krve marné, protože příčinu krvácení nevyřeší, pro pacientku, která je při vědomí, je v danou chvíli velice důležitý pocit, že ji lékaři v tak těžké chvíli neopustí. Ordinance této léčby je tedy projevem péče lékařky o psychosociální a spirituální potřeby pacientky. Před každým léčebným krokem je důležité stanovit si jasně cíl léčby a ujasnit si, jaké výsledky od dané léčby očekáváme. Ne vždy se budou cíle týkat fyziologických parametrů. Henk ten Have a David Clark poukazují ještě na jeden aspekt terminologie marných a neúčelných postupů. Zdůrazňují, že je důležité striktně odlišit marnou léčbu (lékařské postupy) od marné péče. I když dojde mezi zdravotníky, či mezi zdravotníky a rodinou pacienta, ke konsenzu ohledně nezahájení nebo nepokračování marné léčby, nikdy nesmí dojít k pozastavení péče, protože by snad byla marná. Tato péče musí být poskytnuta, i když nepřinese žádnou pozitivní změnu ve zdravotním stavu pacienta. Musí se poskytnout prostě proto, že

⁶⁶ Heger se začíná zabývat cenou lidského života. Mladá fronta-Zdravotnické noviny (4.1. 2012) [online].

potvrzuje důstojnost pacienta, uznává jej jako lidskou bytost a utvrzuje vztah člověka k člověku.⁶⁷ Péče tedy nikdy nemůže být označena jako marná a neúčelná.⁶⁸

1.3.2 Život prodlužující léčba

Postupy, které byly zmíněné v předchozím odstavci, jež se zabýval termínem marná a neúčelná léčba, jsou také často na seznamu položek, když se mluví o život udržující (life sustaining treatment) nebo život prodlužující (life prolonging treatment) léčbě. Tyto pojmy se používají zejména tehdy, když se mluví o léčbě a péči o pacienty v terminálním stavu, nebo o pacienty, kteří jsou v ireverzibilním kómatu. Ve své podstatě však můžeme jako život udržující léčbu označit i takové postupy, které nahrazují poškozené nebo chybějící funkce organismu, jak je to například u léčby cukrovky podáváním inzulínu. Bez inzulínu by pacient nepřežil, z tohoto pohledu můžeme zajisté léčbu inzulínem označit jako život udržující. Rozdíl je v tom, že u tohoto pacienta, pokud není pre finem, kdy se očekává, že během několika hodin zemře, nepochybujeme o tom, zda inzulín podat, a nepohlížíme na tuto léčbu prizmatem marné léčby. Randall a Downie se v knize *The Philosophy of Palliative care* v souvislosti s život prodlužující léčbou zabývají otázkou, zda se jedná o prodloužení života nebo prodloužení umírání. Na definici paliativní péče formulované v roce 2009 Světovou zdravotnickou organizací (WHO) ukazují, jak může samotná volba slov umožnit různé výklady a ovlivnit tak péči o mnohé pacienty. V definici se uvádí, že „paliativní péče neoddaluje smrt ani ji neurychluje“. Podle autorů je problém v tom, jak si kdo vysvětlí neoddalování smrti. Můžeme v tom vidět fakt, že nebudeme prodlužovat umírání, ale také to, že nebudeme prodlužovat život. V prvním případě bude rozhodování spíše ve prospěch pacienta, protože lékaři nebudou ordinovat léčbu, která by pacienta zbytečně zatížila, aniž by přinesla pozitivní výsledky. Druhý výklad může ovšem znamenat dva vážné problémy. Za prvé můžeme poškodit terminálně nemocného pacienta tím, že neposkytneme v době, kdy ještě pacient bezprostředně neumírá, léčbu, která by

⁶⁷ HAVE, H.T.CLARK, D.: *The ethics of palliative care: European perspectives*. Buckingham: Open University Press, 2002., str. 217 – 218

⁶⁸ V českých nemocnicích se v této souvislosti používají termíny bazalizace terapeutických postupů a bazální péče, jejímž cílem je zabezpečit úlevu od bolesti a utrpení způsobeného žízní, hladem a dušností. DOLEŽIL, D.: Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu, *Neurologie pro praxi*, 11(1) (2010), 20 - 22.

prodloužila život a zároveň pacientovi přinesla užitek (například zavedení stentů do neprůchodných močovodů, nebo žaludeční sondy u pacienta, který nemůže polykat v důsledku překážky v jícnu nebo následkem mozkové mrtvice). Za druhé by pacientům nebyla nabídnuta léčba, která může zmírnit utrpení, ale jejím vedlejším účinkem je prodloužení života.⁶⁹

1.3.3 Zabití nebo ponechání zemřít?

Mnoho autorů používá argumentaci, že pokud pacienta odpojíme od plicního ventilátoru a on zemře, není to zabití, protože pacient zemřel na následky svého onemocnění nebo úrazu, bylo mu tedy umožněno zemřít. Beauchamp a Childress zpochybňují takovéto argumentace, které se snaží odlišit zabití od ponechání zemřít, protože jsou vágní a matoucí. Mimo prostředí medicíny není zabití vždy hodnoceno jako kriminální nebo morálně špatný čin, zejména v případech kdy jde o zabití v sebeobraně, při obraně druhého člověka, nebo se jedná o neúmyslné zabití. Autoři uvádí, že vražda je horší, než když například odpojíme pacienta v permanentním vegetativním stavu od ventilátoru a necháme jej zemřít, ale na druhé straně neresuscitovat (tedy nechat zemřít) pacienta, kterému by resuscitace pomohla přežít a uzdravit se, může být horší než zabít ze soucitu pacienta, který trpí a sám o to žádá. Vždy je tedy nutné přihlížet k motivaci jednatelce, přáním pacienta a následkům daného činu.⁷⁰ Mohli bychom také dodat, že velmi záleží na zdravotním stavu a prognóze pacienta. Je zcela jistě něco jiného, když odpojíme od přístrojů pacienta, který dal k odpojení výslovný souhlas a bez dané podpory by nemohl z důvodu terminální fáze nemoci nebo permanentního poškození mozkových činností přežít, než když odpojíme od ventilátoru pacienta, který jej potřebuje a chce. Podle Beauchampa a Childresse by měly být kritériem především morální a právní odpovědnost lékaře a skutečnost, zda v konkrétním případě je či není povinen léčit.⁷¹

⁶⁹ RANDALL, F.DOWNIE, R.S.: *Palliative Care Ethics: A Companion for All Specialties. Second Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2003., str. 102-103

⁷⁰ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2009., str. 173 – 174

⁷¹ Ibid., str. 176

Velký problém může nastat, pokud se na nezahájení nebo nepokračování marné léčby díváme stejně jako na eutanazii. Mnozí zdravotníci, ale i laici vnímají odpojení pacienta od ventilátoru, ukončení dialýzy, nebo nepokračování v podávání umělé výživy a tekutin jako na aktivní čin lékaře, který přímo vede ke smrti pacienta, nebo alespoň smrt urychlí. Je pravda, že pokud odpojíme pacienta, který je závislý na ventilátoru, ten pravděpodobně zemře. Stejně tak pokud přestaneme pacientovi v permanentním vegetativním stavu podávat výživu a tekutiny, pacient po nějaké době zemře. Pokud se tyto případy označují jako eutanazie, může docházet k pochybení jak ve smyslu přetěžování pacienta marnou léčbou, tak neposkytování léčby potřebné, jak bude dále uvedeno.

1.3.4 Je rozdíl mezi nezahájením a vysazením marné léčby?

V Doporučení ČLK se zdůrazňuje, že není rozdíl mezi nezahájením a nepokračováním marné léčby, a obojí není možné považovat za eutanazii.⁷² Proč je tak důležité zdůrazňovat, že z morálního hlediska je stejné, když nezahájíme léčbu nebo v ní nepokračujeme? Protože mnoho laiků i zdravotníků v tom rozdíl vidí. Mnozí vnímají jako méně problematické nezahájit léčbu, o které již od počátku pochybují, že by pacientovi pomohla, než ukončit léčbu, která již probíhá. První možnost vnímají jako čin pasivní a pasivní je i jejich role, druhou jako aktivní zapříčinění smrti pacienta. Výsledek je v obou případech stejný, ale příčina a „míra zavinění“ je chápána různě. Je možné, že se toto uvažování odráží i ve znění odstavce 5d), paragrafu 36 zákona č.372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: „dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti“? Znamená to, že pokud jsme pacientovi začali podávat umělou výživu a tekutiny a později se ukáže, že pacient podepsal dříve vyslovené přání, ve kterém odmítá umělou výživu a tekutiny, budeme přesto v této léčbě pokračovat, protože lze předpokládat, že po jejím ukončení pacient zemře? Stejný příklad je možné vytvořit s mechanickou plicní ventilací. Beauchamp a Childress uvádějí, že pokud lékař nemá

⁷² Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. ČLK, Praha (3/2010) [online].

povinnost léčit (v případě, kdy se jedná o marnou léčbu), nebo naopak má povinnost neléčit (třeba právě v případě pacienta, který prokazatelně vyjádřil přání nebýt léčen), bylo by proti morálce nepřerušit léčbu, která již byla započata. Odvolávají se přitom na výrok soudu v USA, podle kterého „lékař nemá povinnost pokračovat v léčbě, která se ukázala být neúčinná“.⁷³ Pokud bude upřednostňováno nezahajování léčby před nepokračováním v léčbě, hrozí to, že pacienti budou podstupovat marnou, neúčelnou a zatěžující léčbu, která povede k velmi pochybným výsledkům. Hrozí však i léčba nedostatečná, protože jak příbuzní tak někteří zdravotníci se mohou obávat toho, že jakmile léčbu zahájí a ona se ukáže být neúčinnou, nebudou ji moci ukončit. Může se tedy stát, že nezahájí léčbu i v případě, kdy by byla ku prospěchu pacienta. Protože často není možné dopředu odhadnout, jak pacient na léčbu zareaguje, měla by být poskytnuta nebo nabídnuta s tím, že pokud se ukáže neúčinnou a neúměrně zatěžující pro pacienta, bude možné léčbu ukončit. Autoři také poukazují na to, že politika upřednostňování nezahájení léčby může vést k závažným porušením principů etiky, pokud budou směrnice nemocnic umožňovat ordinace DNR (do not resuscitate) bez předchozího souhlasu pacienta.⁷⁴

1.4 Shrnutí

Z uvedeného tedy vyplývá, že v diskusi o péči na konci života není vhodné užívat pojmy dobrá smrt, protože: 1. Ve hře není smrt (to je z časového hlediska v dnešním pojetí okamžik) ale umírání; 2. pro současného člověka žádná smrt není dobrá. Eutanazie je tedy ukončení života, a z různých aplikací toho termínu vyplývá, že o eutanazii hovoříme tehdy, když jde o ukončení života na přání pacienta, lékařem, u pacienta, který je v terminálním stadiu nemoci a očekává se, že by v dohledné době zemřel.

Závěry týkající se spojení dříve vyslovených přání a eutanazie jsou tyto: 1. v diskusi o dříve vyslovených přáních je vždy nutné terminologicky i morálně odlišit eutanazii od ponechání zemřít; 2. dříve vyslovená přání nejsou formou pasivní eutanazie a neměla by se tak označovat, neboť to může poškodit jejich statut a ochotu lékařů tuto

⁷³ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2009., str. 158

⁷⁴ Ibid., str. 158

do budoucna vyjádřenou vůli pacientů nejen vykonávat, ale i pacienty o možnosti podílet se na rozhodování o zdravotní péči do budoucna informovat; 3. cílem dříve vyslovených přání není zabití pacienta, ale umožnit mu zemřít podle jeho vlastních představ.

2. Autonomie a svobodná vůle člověka jako předpoklad autonomního jednání

Instituce dříve vyslovených přání je se vyvinula v souvislosti s prosazováním zásady poskytovat léčbu a péči na základě informovaného souhlasu pacienta. Informovaný souhlas je praktickým vyjádřením respektu k autonomii pacienta, zejména v souvislosti s rozhodováním o zdravotní péči. Princip respektu k autonomii člověka je jedním ze základních principů lékařské etiky, na kterých jsou podle anglosaské literatury založena rozhodování o otázkách konce života.

Existuje několik definic či objasnění pojmu autonomie. Od stručných: „*Jsem autonomní, když řídím sám sebe a nikdo jiný mě neřídí*“ po širěji pojaté: „...*autonomie se používá v širokém slova smyslu. Někdy jako ekvivalent svobody, ...někdy jako ekvivalent sebeřízení a suverenity, někdy je identická se svobodou vůle...Přirovnává se ke kvalitám asertivity, kritické reflexe, osvobození od závazků, absenci externí kausality, znalosti vlastních zájmů...Dává se do souvislosti s činy, hodnotami, důvody konání, pravidly, s vůlí jiných lidí, s myšlenkami a principy.*“⁷⁵ Aby mohlo být rozhodování člověka považováno za autonomní, musí daný jedinec splnit určité podmínky. Musí být schopen si na základě racionálního zhodnocení své situace stanovit určitý životní plán. Hodnocení musí být založeno na porozumění relevantních faktů bez logických chyb a člověk si musí být schopen představit, co se bude dít na základě jeho rozhodnutí.⁷⁶ Nezbytnou podmínkou je, aby bylo rozhodování svobodné, bez vnějšího zasahování druhými osobami, bez vlivu nepříznivých okolností vnějších či vnitřních.

Autonomie může být pojímána jako charakteristika člověka, vlastnost morálního jedince, stejně jako morální volby. Vždy ji spojujeme s člověkem a jeho chováním.⁷⁷ Od novověku se filosofové zabývali autonomií jedince v souvislosti s náboženským, politickým, kulturním/vědeckým a společenským vývojem v Evropě a později i

⁷⁵ HOPE, T., et al.: *Medical Ethics & Law: The Core Curriculum*. Churchill Livingstone, 2003.

⁷⁶ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

⁷⁷ TAUBER, A.I.: *Patient Autonomy and the Ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press, 2005., str. 84

v USA. Základní teorie se odvíjely od rozumového poznávání a definice svobodného vlastního já. Hlavní roli přitom hrál rozum, cit, osobní potřeby jedince i potřeby druhých.

2.1. Svobodná vůle a důstojnost člověka

“...ty si však budeš, aniž bys byl jakkoli omezován, určovat svou přirozenost podle své vlastní svobodné vůle, do jejíž péče jsem tě svěřil. Abys mohl snáze pozorovat co je na světě, postavil jsem tě do jeho středu, Neučinil jsem tě ani nebešťanem, ani pozemšťanem, ani smrtelníkem, ani nesmrtelným, abys jako svéprávný a vážený sochař a výtvarník mohl utvářet sebe sama do takové podoby, jaké dáš sám přednost. Můžeš poklesnout na úroveň nižší, zvířecí; ale můžeš být také podle vlastního rozhodnutí znovu povznesen k vyššímu, božskému“.

Podle některých výkladů je svobodná volba člověka určovat vlastní přirozenost stěžejním tématem traktátu O důstojnosti člověka, známého díla renesančního filosofa Giovanni Pico della Mirandoly. S použitím metafory zde autor onu přirozenost vnímá jako rostlinu (nerozumná a nic nepocitující přirozenost), zvíře (nerozumná a na smyslech závislá duše), či nebeskou bytost (správné myšlení, duchovní inteligence).⁷⁸ I když jeho ústřední myšlenka nebyla vykládána vždy jednoznačně, je autor považován za předchůdce moderního existencialismu a jeho dílo za jednu z nejvýraznějších proklamací lidské svobody v dějinách evropského myšlení. Svoboda v pojetí Mirandoly je totiž zásadní existenciální volbou. Člověk má možnost „jen tak vegetovat“, má možnost žít „jako zvíře“, ale má také možnost se chopit své svobody, uspořádat svůj život podle rozumného rozvrhu a tak vnést do lidské společnosti to, co jinde nemá obdobu (nepředpokládáme-li svět nadpřirozený), totiž smysl vlastního životního plánu a tím i smysl lidské existence. Teprve na tomto základě má smysl hovořit o tématech jako je spravedlnost, občanská svoboda a morálka vůbec.

⁷⁸ PICO DELLA MIRANDOLA, G.: *O důstojnosti člověka*. Praha: Oikoyomenh, 2005., str. 135

2.2 John Locke - svoboda a lidský rozum

Otázkou svobodné lidské vůle se zabývali mnozí filozofové před Mirandolou i po něm. John Locke ve své polemice se sirem Robertem Filmorem zdůrazňuje svobodu člověka a jeho přirozené právo rozhodovat svobodně, bez závislosti na vůli jiného člověka, o vlastní osobě i majetku.⁷⁹ Člověk je svobodný, ale nemůže zničit sebe nebo jinou bytost (pouze v případě, že by k tomu měl ušlechtlejší důvod, než ji zachovat). Locke také řeší otázku, kdy se vlastně člověk stává zcela nezávislým a svobodným v uvedeném slova smyslu. Svoboda předpokládá rozum a vůli, otázka úplné svobody se tedy týká dospělých, rozumných bytostí. Zatímco rozum je schopnost vnímat ideje, význam znaků a souvislosti mezi jednotlivými idejemi, vůle je schopnost různé činnosti naší mysli a pohyby našeho těla zahájit, pozdržet, pokračovat v nich nebo ukončit na základě myšlenky či přednostního výběru mysli.⁸⁰ Kognitivní schopnosti, a vůle rozhodnout se pro určitý léčebný postup (nebo proti) po rozmyšlení možných důsledků rozhodnutí, jsou i v moderní lékařské etice základními předpoklady uplatnění respektu k autonomii druhého člověka.⁸¹ K tomu, abychom mohli rozhodnutí pacienta chápat jako svobodné, což je dalším předpokladem autonomního jednání, musí být schopen rozhodnout se bez nátlaku vnějšího i vnitřního. Co je však podle Locka svoboda a svobodné rozhodování?

*„...pokud má člověk způsobilost myslet nebo nemyslet, pohybovat se nebo nepohybovat se v souladu s náklonností nebo zaměřením vlastní mysli, potud je svobodný...“*⁸² Idea svobody je idea o způsobilosti *„...Předpokladem svobodného jednání je tedy způsobilost obsažená v každém jednajícím subjektu ke konání nebo k zastavení jakékoli jednotlivé činnosti a to v souhlase s rozhodnutím mysli, přičemž každé z obou alternativ jde dát přednost před druhou“*.⁸³ Aby mohl dát člověk přednost jedné alternativě před druhou, musí být obě uskutečnitelné a mít pro něj

⁷⁹ LOCKE, J.: *Two Treatises of Government. (Reprint 7. edice z roku 1772)*. London: Forgotten Books, 2010.

⁸⁰ LOCKE, J.: *Esej o lidském rozumu*. Praha: Svoboda, 1984., str. 158-159

⁸¹ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

⁸² LOCKE, J.: *Esej o lidském rozumu*. Praha: Svoboda, 1984. Str. 159

⁸³ Ibid., str. 159

nějakou hodnotu. John Locke pojednával otázku svobody člověka jako možnost rozhodovat o své osobě i majetku bez závislosti na vůli jiných lidí (například krále, vlády). Svobodné jednání viděl v souvislosti se způsobilostí myslet, využívat rozum.

John Locke se zabývá svobodou člověka, ale staví se kriticky ke spojení termínů svoboda a vůle v sousloví svobodná vůle. Podle něj jde o dvě samostatné entity, každá stojí sama o sobě a má stejnou hodnotu, nejsou si navzájem nadřazené a nejsou ani atributem jedna druhé. Svoboda není součástí chtění nebo vůle, ale přináleží osobě, která má moc konat, nebo zastavit konání, v souladu s tím, jak se rozhodne či zaměří svoji mysl.⁸⁴ Pokud bychom chtěli přisuzovat vůli svobodu, museli bychom vůli považovat za substanci nebo jednající subjekt. Svoboda nenáleží rozumu, ale jednajícímu člověku. Otázka by tedy měla znít: je člověk svobodný? Člověk je tak dalece svobodný, jak dalece je možné, aby ho sama svoboda svobodným učinila.⁸⁵ Může však svoboda sama o sobě učinit člověka svobodného? Jak chápat to, že svoboda je způsobilost jednat nebo nejednat podle toho, jak si to zvolíme? Člověk žije v různých společenských, kulturních, politických kontextech, je zasazen v určitém prostředí. Všechny tyto skutečnosti determinují jeho motivy, rozvažování, rozhodování. Člověk samozřejmě může něco chtít a na základě toho konat, ale to, zda nakonec bude konat, je ovlivněno tím, zda mu bude ono konání umožněno v kontextech, ve kterých se pohybuje. Locke píše, že chtění nebo zaměření je aktem mysli, usměřující své myšlenky na vyvolání nějaké činnosti, čímž dává průchod své způsobilosti tuto činnost vyvolat. Vůli determinuje mysl na základě pocitů pohody ke klidu a na základě pocitů nepohody k činnosti.⁸⁶ Abychom ovšem nejednali špatně, nemůžeme se ukvapovat, ale musíme zvažovat naše činy, předvídat následky pro sebe i naše okolí. I když tedy něco hodně chceme, ne vždy to uskutečníme. Přemýšlíme, a na základě našich úsudků zvažujeme dobro. Podle toho potom jednáme. Podstatou svobody či toho, co je nazýváno svobodná vůle, je podle Locka skutečnost, že jsme schopni (máme způsobilost) pozdržet realizaci té či oné touhy.⁸⁷ „*Je krajně nesprávným a neracionálním způsobem postupu, když někdo dává*

⁸⁴ Ibid., str. 160

⁸⁵ Ibid., str. 163

⁸⁶ Ibid., str. 165-166

⁸⁷ Ibid., str. 171

*v sázku větší dobro za menší na základě nejistých dohadů a dříve, než dojde k řádnému posouzení, úměrnému závažnosti dané záležitosti a našemu zájmu vystříhat se omylů“.*⁸⁸

John Locke svobodu vidí jako způsobilost konat na základě chtění a rozumu. Dalo by se říci, že člověk, který není rozumný, není svobodný. Svobodu jako způsobilost můžeme v tomto smyslu chápat jako schopnost moci něco učinit, protože mám rozumové nebo i tělesné předpoklady k tomu, abych činil. Zároveň však víme, že tato způsobilost může být ovlivněna omezením či nátlakem. Tam, kde nastane nějaké omezení, kterým je tato způsobilost odstraněna, nebo kde přinucení odnímá oné oboustranné schopnosti jednat či zastavit jednání její nezaujatosti, tam také ihned přestává naše svoboda a naše ponětí o něm.⁸⁹

Svoboda je tedy nejen způsobilost (schopnost) konat na základě chtění nebo rozumu, ale zahrnuje také možnost, moci něco konat tak, jak chceme nebo zvažujeme. Pojmy svoboda, svobodná vůle, svobodné rozhodování zahrnují i možnost konání danou vnějšími i vnitřními okolnostmi. Toto se potom musí nutně odrazit v diskusích o autonomii pacienta.

2.3 David Hume, vliv citů a iracionálních představ

Pro mnohé je rozum základním předpokladem svobody a svobodného jednání. Již mnozí antičtí filosofové ve svých pojednáních o sebevraždě přisuzovali právo a schopnost svobodně se rozhodnout vzít si život pouze moudrému člověku.⁹⁰ Podle Johna Locka můžeme usuzovat, že člověk, který není rozumný, není svobodný. Velký filosof 18. století Immanuel Kant vybudoval svoji etiku na předpokladu, že morální rozhodování se řídí základními morálními principy, které spolu s morálními pojmy mají svůj původ a místo v rozumu.⁹¹

⁸⁸ Ibid., str. 174

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ RIST, J.M.: *Stoická filosofie*. Praha: Oikomenh, 1998.

⁹¹ KANT, I.: *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990., str. 75

Anglický filosof a současník Immanuela Kanta David Hume přišel s teorií, která zpochybňuje úlohu rozumu v morálním jednání a otázkách svobodné vůle. Hume se snažil dokázat, že samotný rozum nikdy nemůže být motivem lidského jednání a tedy jím ani nemůže být podmíněno svobodné jednání. Myslí-li si filosofové před ním, že člověk, který není rozumný, nemůže být svobodný, Hume nabízí jiný pohled. Podle něj právě člověk, který se nechová rozumně (tedy podle nutnosti, kterou mohou být přírodní zákony, nebo společenský úzus), je svobodný.⁹² Jeho chování vykazuje mnohem menší pravidelnost a stálost než chování rozumných lidí, a je vzdáleno od nutnosti, která podle Huma určuje chování ostatních. Hume na tomto příkladu poukazuje na rozpor v myšlení, ke kterému dochází, spojujeme-li svobodu pouze s rozumem. To, čemu říká nutnost, podle něj souvisí nezbytně s kauzalitou. Tím, že svoboda odstraní nutnost (protože se podle ní člověk nechová, odchýlí se od nutnosti), zároveň také odstraní příčinu chování. Stejně je to u náhody. Jak v případě náhody, tak v případě svobodného chování, odporuje jednání člověka přírodní nebo společenské zkušenosti. Svoboda odstraní nutnost, protože je vlastně odchylkou od oné nutnosti, ať se jedná o přírodní zákon (tělesné procesy) nebo společenskou normu.⁹³

Humova morální nauka je spojena s tím, jak chápe otázky příčiny a účinku, což souvisí s jeho pohledem na možnost lidského poznání. Lidská zkušenost je pro něj v tomto ohledu stěžejní. V souvislosti s příčinou a účinkem používá pojem nutnost, který definuje dvěma způsoby 1. stálým souběhem podobných předmětů, a 2. následným vyvozováním jedněch z druhých. Člověku přisuzujeme schopnost hodnotit různé činy na základě zkušenosti, vidíme, že podobné činy mají podobné motivy a odehrávají se za podobných okolností. Pokud by chování lidí nevykazovalo určitou uniformitu, těžko bychom mohli získat poznatky o jejich motivech, charakteru a příčinách chování. Uniformita však neznamená, že se všichni lidé chovají stejně a na stejný impuls bude následovat stejná reakce. Chování lidí je ovlivněno jejich charakterem, předsudky, názory, prostředím, ve kterém žijí, věkem a mnoha dalšími faktory. Pozorováním lidí, jejich chování, výrazu, řeči, získáme

⁹² NORTON, D.F./NORTON, M. (eds.): David Hume: A Treatise of Human Nature. Oxford Philosophical Texts. The complete editions for students. Oxford: Oxford University Press, 2000., str. 260

⁹³ Ibid., str. 262

poznatky o jejich charakteru, motivech a zpětně podle motivů jednání můžeme interpretovat chování člověka.⁹⁴

Větší význam než rozum hrají podle Huma v morálním chování city. Kritizuje předchozí učení filosofů, která se snaží dokázat, že rozum je věčný, neměnný a je božského původu, kdežto city jsou slepé, nestálé a proradné. Tvrdí, že jde o mylné závěry a snaží se dokázat, že rozum sám nikdy nemůže být motivem našemu jednání a nikdy nemůže před vůlí soupeřit s city.⁹⁵ Chování lidí je ovládáno jejich touhami a city, které vycházejí z potřeby dosahovat libosti a vyhýbat se nelibosti. Rozumu přisuzuje Hume pomocnou roli, zapojuje se pouze při rozhodování o tom, kterou cestou se bude naše jednání ubírat, ale není motivem jednání. Rozum může naši volbu zdůvodnit, ospravedlnit, vybrat z několika tu správnou. Motivem jednání jsou ale touhy a osobní cíle lidí. A cíl je daný city, sentimentem.

City nejsou racionální ani iracionální a nemohou nikdy být v protikladu k rozumu při směřování vůle člověka. Pokud se city pojí s něčím skutečným, jde o cit vycházející z reálné situace (například strach) nejedná se o ratio, ale o cit, který je rozumem vysvětlen, avšak z rozumu nevychází. Pokud se city týkají něčeho, co neexistuje (nebo nemůže existovat), nemůže být rozumem ani vysvětlen, nemůže tedy být ani iracionální. City mohou být iracionální pouze ve dvou významech: 1. Když jsou city, jako je například naděje nebo strach, zármutek nebo radost, zoufalství nebo bezpečí, založeny pouze na předpokladu existence objektu, kterého se týkají, ale který ve skutečnosti neexistuje; 2. Pokud pro převedení našich pocitů v činy zvolíme prostředky, které jsou nedostatečné pro potřebné cíle a podvádíme sami sebe v našem úsudku o příčině a účinku. Nejsou-li tedy city založeny na špatném předpokladu a nevolíme nedostatečné cíle, není možné je ani ospravedlnit ani odsoudit. Hume dává příklad, který může být chápán jako velmi kontroverzní, pokud jej budeme vnímat z pohledu odpovědnosti vůči sobě či druhým...*“Není odporující rozumu preferovat destrukci celého světa před škrábnutím na vlastním prstu...není odporující rozumu preferovat zruinování vlastní osoby před způsobením i těch nejmenších potíží pro nějakého Indiána nebo osoby, kterou vůbec neznám...stejně tak není odporující*

⁹⁴ BEAUCHAMP, T.L. (ed.) David Hume: An Enquiry Concerning Human Understanding. Oxford Philosophical Texts. The complete editions for students. Oxford: Oxford University Press, 1999., str. 151

⁹⁵ Ibid., str. 265

*rozumu preferovat pro sebe menší dobro.*⁹⁶ Těmito příklady však chtěl patrně pouze ilustrovat své filosofické konstrukce. City by musely být spojeny se špatným úsudkem, aby mohly být považované za iracionální. I v takovém případě však nejsou špatné city, ale úsudek samotný. Hume tvrdí, že city nemohou být nikdy označené jako nerozumné (unreasonable) pokud se nepojí s falešnými představami nebo špatně zvolenými prostředky k dosažení cíle, nemohou tedy nikdy odporovat rozumu (a naopak), nebo bojovat s rozumem o vládu nad vůlí a chováním člověka. Když totiž zjistíme, že jsou naše předpoklady chybné nebo zvolené prostředky nedostatečné, naše city dají přednost rozumu a jsou pro nás indiferentní.⁹⁷

Hume zdůrazňuje význam emocí, ale vnímá také usměrňující úlohu rozumu, protože je to právě rozum, který pomůže směřovat ty správné city, vnitřní touhy a přání k volbě správných prostředků, které povedou k dosažení žádoucího cíle. Rozum nám také napomůže k získání dobrého pocitu z našeho vlastního konání, pokud se budeme s pomocí rozumu rozhodovat tak, že naše chování bude ku prospěchu druhým. Dobro druhých přináší v důsledku dobro i nám.

Hume ve svých pojednáních nepoužíval slovo autonomie, ale psal o svobodě a nezávislosti. Byl skeptický k tomu, že by rozum mohl být nezávislý na citech a měl takovou moc, aby určoval svobodu člověka. Podle doktríny o nutnosti není chování lidí náhodné, ale vykazuje určitou uniformitu. I když se někdy odchýlíme od dopředu daných konvencí nebo nutnosti, abychom ukázali naši svobodnou vůli, nemůžeme se nikdy od oné nutnosti zcela odpoutat. Svoboda znamená moci konat nebo nekonat podle určení naší vůle. Pokud si zvolíme, že budeme odpočívat, můžeme tak učinit. Pokud si zvolíme, že se budeme hýbat, můžeme tak rovněž učinit. Tato hypotetická forma svobody by měla být přiznána každému, pokud není zrovna uvězněný v řetězech.

To, co se považuje ve statích Huma za kontroverzní, se týká otázky spravedlnosti a odpovědnosti člověka. Hume píše, že všechny lidské zákony jsou založeny na principu odměny a trestu a na tomto principu je založeno lidské chování. Stejně jako

⁹⁶ NORTON, D.F. NORTON, M. (eds.): David Hume: A Treatise of Human Nature. Oxford Philosophical Texts. The complete editions for students. Oxford: Oxford University Press, 2000., str. 267

⁹⁷ Ibid.

společenské, tak i náboženské zákony používají k nastolení poslušnosti princip odměny a trestu. Jednání člověka se však nemůže spravedlivě posuzovat pouze podle závažnosti a druhu jeho činu, bez posouzení příčiny a následku. Pokud chování člověka není spojené s jeho motivy a charakterem, nemůžeme mluvit o tom, že by příčina činu (i těžkého zločinu) byla přímo v člověku. Nemůžeme tedy v takovém případě vinit člověka, ale pouze čin samotný. Činy jsou však samy o sobě, jsou dočasné a mizí, a pokud nepochází z nějaké příčiny, která je v charakteru člověka, který je provedl, netýkají se ho. Na vině je čin a člověk nemůže být potrestán. Podle Huma je základem morálky zákon příčiny a nutnosti. Hume vlastně popírá, že by svoboda mohla řídit mravní chování, protože svoboda odstraňuje nutnost (předurčení) a tím i příčinu chování. Když neprokážeme příčinu v člověku, nemůžeme jej činit zodpovědného a soudit.⁹⁸

To, jak Hume chápe svobodné jednání, koresponduje s představou autonomního jednání, které je bez nátlaku, podle vlastní vůle. Nevyřešenou otázkou u Huma je skutečnost, že není zcela jasné, jak dosáhnout toho, aby rozvažování o ideálním způsobu, jak dosáhnout cílů, bylo správné, a aby potom osobní preference sledovaly to, co zvolil člověk na základě rozumového úsudku. Hume se ve svých úvahách dotýká i toho, zda jsou v morálním životě univerzálně platné a použitelné kategorické imperativy. Protože jsou lidé různí, mají různé pohnutky, různé důvody pro své jednání, nerozhodují se stejně. Málokdy se rozhodují nezaujatě podle uniformních morálních principů, dělají to, co vidí, že je dobré pro ně, což však neznamená, že nebudou také jednat ve prospěch druhých, protože i ten může být kritériem dosažení pocitu blaha.

Pokud bude rozum rozhodovat o cílech, které vycházejí z pohnutek ovlivněných kulturními, osobnostními a historickými faktory, není možné být neutrální a používat obecné principy. Racionalita vychází ze širšího kontextu a je určovaná hodnotami. Morální chování může vyžadovat více, než jen tuto racionalitu. Stručně řečeno, podle Huma nemůže čistý rozum sám zajistit morální odpovědnost, chování nemůže být redukováno na racionální volbu bez ohledu na sociální, existenciální a osobnostní faktory, které hrají při rozhodování roli. Autonomní chování je takové, které odpovídá vůli (volby) jedince, za předpokladu, že není iracionální, tedy nemá špatný

⁹⁸ Ibid., str. 262 – 264

důvod.⁹⁹ Podle Taubera musí být jedinec schopen odhlédnout od svých přání a tužeb, skepticky je posoudit, zvážit hodnotu potřeb. To podle něj Hume nedotáhl do konce.

Humovo první dílo *A Treatise of Human Nature* vyvolalo vlnu kritiku u jeho současníků a pro mnohé jsou některé jeho vývody sporné dodnes. Podle Taubera i přes to jeho myšlenky našly odezvu v současné filosofii. Člověk je motivován a ovládán různými silami, které mohou být vnitřní, vnější, společenské. Mnohé z nich si ani nemusí uvědomovat a těžko je vysvětlí rozumem. Teoretický člověk podle Kanta, který se rozhoduje podle svého rozumu bez ohledu na vlastní přání a potřeby, je příliš daleko od skutečného člověka. S varováním poukazuje na Foucalta, podle kterého se etika stala cvičením se v moci a morálka, jako popravčí racionality, jednoduše opustila hrací pole.¹⁰⁰ Jak uvádí i Tauber, bylo by velmi nebezpečné následovat tyto myšlenky. Pořád je zapotřebí myslet v intencích Kantova kategorického imperativu a hledat roli rozumu v morálním jednání. Při absenci obecných morálních zákonů společných pro všechny, je zde nebezpečí, že se lidé nedomluví, budou si urputně hájit každý svoje vlastní práva, podle vlastní morálky, bez ohledu na potřeby druhých.

2.4. Immanuel Kant

Immanuel Kant vybudoval svoji etiku na předpokladu, že morální rozhodování se řídí základními morálními principy, které spolu s morálními pojmy mají svůj původ a místo v rozumu.¹⁰¹ V rozumu jsou tyto principy uloženy a rozumem jsou také poznávány. Důležité je, že mravní principy nemají empirický původ a nelze je odvozovat z pocitu libosti. Abychom tedy mohli říci o někom, že je to morální jedinec a jeho činy posuzovat jako morální činy, musíme u něj předpokládat rozumovou činnost a využívání rozumu při řízení jeho vlastních činů. Zásadní rozdíl mezi pojmáním morálky u Huma a Kanta je v tom, jakou důležitost přisuzovali rozumu a vnitřním pocitům. Podle Huma morální jednání určují naše vnitřní potřeby,

⁹⁹ TAUBER, A.I.: *Patient Autonomy and the Ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press, 2005., str. 102

¹⁰⁰ Ibid., str. 105

¹⁰¹ KANT, I.: *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990., str. 75

city a touhy. Kant uvažuje zcela opačně. Budeme-li se řídit pouze rozumem oproštěným od našich niterných přání, budeme se rozhodovat správně. Naše niterná přání jsou určitě důležitým motivem jednání, avšak nemůžeme se spolehnout pouze na ně, protože nežijeme ve společnosti sami. Z Kantem postulovaného kategorického imperativu lze odvodit, že Kant předpokládal, že při morálním zvažování budeme vždy brát v úvahu důvody a potřeby druhých lidí.¹⁰² To je velice důležitý aspekt, který do Kantovy teorie vnáší prvek odpovědnosti. Již bylo zmíněno, že by bylo nebezpečné následovat ty filosofy, kteří zpochybnili, nebo zcela odvrhli myšlenku, že morální chování jedince se řídí rozumem. Pokud bychom se spoléhali pouze na vlastní city, přání a touhy, a to, jak naše chování oceňují ostatní lidé (zejména tehdy, pokud schvalují takové naše jednání, které neodpovídá univerzálně platným pravidlům morálky, jež přináší dobro), mohli bychom se snadno dopustit takového jednání, které by ublížilo jak druhým lidem, tak nám. Přesto je však možné zachytit i kritiku teorie kategorického imperativu. Podle některých současných kritiků totiž Kantovy myšlenky odrážejí sociálně, intelektuálně a kulturně homogenní prostředí doby osvícenství a pro dnešního člověka, který žije ve zcela jiném světě, mohou být pravidla jím nastolené morálky příliš rigidní a neuchopitelná.¹⁰³

Podle Kanta existuje v člověku nějaký aparát, který vnímá svět a organizuje představy podle určitého řádu (fundamentálních kategorií poznávání). Tento aparát, který bychom mohli spojit s naším vlastním já, je pro něj ekvivalentem přírodního objektu. To ovšem znamená, že stejně jako přírodní objekt, ani tento aparát nemůže být poznán sám o sobě, takže naše vlastní já zůstává nepoznatelné.¹⁰⁴ Na to, abychom mohli své já poznat, museli bychom z něj vystoupit a podívat se zvnějšku, což však nejde, protože ono poznání nám může umožnit právě jen to já, od kterého bychom odstoupili.

Hume i Kant psali v době osvícenství, kdy se výrazně měnil politický řád i oslabovala moc církve. Kromě otázek lidského poznání a identity řešila filosofie dvě

¹⁰² KORSGAARD, C.: *The Sources of Normativity*. Clare Hall, Cambridge University (1992) [online].

¹⁰³ TAUBER, A.I.: *Patient Autonomy and the Ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press, 2005., str. 101

¹⁰⁴ *Ibid.*, str. 96

základní otázky: pokud již nebude náboženství jediným zdrojem morálky, co jej nahradí; co udrží pohromadě společnost lidí, kteří mají různé zájmy? Podle Kanta je odpovědí na první otázku racionální morální imperativ. Na druhou otázku odpověděl svým pojetím sebevlády na základě používání rozumu. Ačkoli základ morálního zákona leží mimo oblast lidského chápání, jsme přesto díky rozumu schopni jej poznat a následovat. I Kant uznává, že motivy našeho jednání vycházejí z našeho vlastního já. Aby však tyto vnitřní motivy mohly ovládat naše jednání, kterému pak říkáme morální, musíme je podrobit testu rozumu. Pokud rozum říká, že jsou to správné motivy, můžeme se podle nich chovat. Pokud se zdají nerozumné, odmítneme je. Oním testem ověřujeme, zda princip, podle kterého se chceme chovat, může být zákonem nejen pro nás, ale pro všechny. Podle Christine Korsgaardové právě takto uvažuje autonomní morální jedinec.¹⁰⁵ Můžeme samozřejmě podotknout, že podobně uvažoval i Hume, když psal, že úlohou rozumu je vybrat z našich vnitřních motivů ty správné, podle kterých se bude ubírat naše jednání. Podle Korsgaardové však Hume používá test rozumu (test of reflective endorsement) pouze jako filosofické cvičení, které dá normativní váhu našim morálním dispozicím a emocím. Pro Kanta však test není pouze nástrojem k tomu, aby zdůvodnil morálku. To, že rozum zkoumá, zda mohou být naše motivy a principy, na základě kterých jednáme, zákonem pro všechny, je samou podstatou morálky.¹⁰⁶

Kant viděl rozum jako základ autonomie člověka. Svoboda je nezbytná pro morální jednání, protože jinak by člověk nemohl být odpovědný za své činy. Onu svobodu viděl v užívání rozumu. Pokud se rozum užívá svobodně, je i morální volba svobodná. Autonomie vůle je povaha vůle, díky níž je vůle sama sobě zákonem. Pro Kanta je důležité, aby byla vůle oproštěna od jakýchkoliv zákonů chtění a pocitů libosti. Jedině tak může volit podle maxim obecného zákona. Autonomie vůle je tedy těsně spjata s kategorickým imperativem, který ji zároveň podmiňuje.¹⁰⁷

Lidé, kteří jsou obdařeni rozumem, mají vůli, která určuje, jak se budou chovat. Slovy Kanta, je vůle způsobem jejich kauzality. Svoboda je pak vlastností kauzality,

¹⁰⁵ KORSGAARD, C.: *The Sources of Normativity*. Clare Hall, Cambridge University (1992) [online].

¹⁰⁶ *Ibid.*, str. 76

¹⁰⁷ KANT, I.: *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990., str. 103

jež může působit nezávisle na cizích příčinách. Svoboda je tedy vlastně autonomií vůle, což znamená, že vůle si je sama sobě zákonem. Pokud se v chování řídíme vlastní vůlí, o které říkáme, že je svobodná, vyplývá z toho, že jsme zodpovědní za své morální jednání. I když totiž mluvíme o tom, že jednáme z příkazu morálního principu, svobodná autonomní vůle se tomuto mravnímu principu podřizuje dobrovolně. Tento zdánlivý rozpor, totiž že vůle je svobodná, ale zároveň dobrovolně podřízená zákonu, označuje Kant jako princip mravnosti, který však není možné uspokojivě vysvětlit.¹⁰⁸ Pokud však chceme, aby se lidé řídili mravním zákonem, musíme jim jednak přisoudit rozum, protože pouze rozumné bytosti se řídí kategorickým imperativem, a protože rozum využívá vůli, musíme jim také přisoudit svobodu vůle, protože jedině tak se nebudou řídit podněty zvenčí, ale vlastním rozumem, který sám sebe chápe za původce svých principů. Pěkně to shrnuje Alfred Tauber: „*abychom byli morální, musíme být odpovědní za své činy. Abychom mohli být odpovědní, musíme mít schopnost jednat svobodně. Abychom se mohli rozhodnout svobodně, musíme být autonomní. Nástrojem autonomie je rozum.*“¹⁰⁹ Rozum také spojuje lidi, kteří se chovají podle určitých obecných pravidel, pokud zrovna není jejich mysl zakalena. Autonomie je schopnost řídit naše jednání podle vlastního morálního rozumu, který je nezávislý na touhách a potřebách. V tom případě je autonomie vyjádřením individuálního já, důstojného já.

I když Kritika praktického rozumu přináší ucelený názor na moralitu, některá tvrzení se mohou zdát příliš abstraktní či rozporuplná. Například podle Taubera je zajímavé, že Kant chce na jednu stranu, aby byl člověk zcela autonomní ve svém morálním rozhodování, a zároveň se od něj požaduje, aby se rozhodoval tak, aby jej mohli ostatní následovat ve svém chování. Pro udržitelnost lidské společnosti je však tento princip nezbytný. I když si můžeme myslet, že Kant klade na člověka příliš velké nároky, když požaduje, aby se vždy řídil morálním principem, bez ohledu na to, zda je to dobré pro něj, musíme si stále uvědomovat, že bez společnosti druhých lidí se neobejdeme a v rámci společnosti jsme závislí jeden na druhém. Tím, že se budu řídit takovým morálním principem, který budou moci sledovat i ostatní, přináším prospěch nejen těm druhým, ale zpětně i sobě. John Rawls v tomto ohledu navazuje

¹⁰⁸ Ibid., str. 109

¹⁰⁹ Ibid., str. 97

na Kanta a podává interpretaci ze sociálního hlediska. Člověk musí odhlédnout od svých individuálních přání a tužeb, zájmů a cílů, když dělá morální rozhodnutí. Musí se řídit principy prospěšnými všem.¹¹⁰ Christine Korsgaardová mluví o soukromých důvodech, které se mohou sdílet s druhými lidmi, takže z nich potom vznikají důvody společenské. Mám své vlastní důvody, ale mám také zvláštní důvod, sdílet své důvody s lidmi, kteří jsou mi blízcí buď na základě rodinného svazku, přátelství nebo jiného kontraktu, jiné společenské smlouvy. Autonomní jedinec se rozhodne sdílet své důvody s druhými. Není potom ale úplně jasné, kde je hranice mezi soukromým rozumem a společenským rozumem.¹¹¹

Rozum tedy, ne *citty*, hraje u Kanta hlavní roli v morálním rozhodování. Člověk je autonomní tehdy, když se řídí mravními principy, které jsou a priori uloženy v rozumu. Autonomie vůle je povaha vůle, díky níž je vůle sama sobě zákonem. Principem autonomie je nevolit jinak než tak, aby maximy její volby mohly být zahrnuty jako obecný zákon. Tuto podmínku autonomie vůle musí být možné poznat a priori. Zmíněný princip autonomie je jediným principem mravouky.¹¹²

2.5 John Stuart Mill

Představitel utilitarismu John Stuart Mill navázal na Huma a Kanta a dále rozvinul myšlenku autonomie lidské vůle. Mill uznává, že lidé jsou motivováni vlastními iracionálními touhami a cíli, ale zároveň píše, že se jimi nesmí nechat oklamat. Musí při rozhodování a konání používat rozum, protože neracionální představy mohou narušit svobodnou a informovanou volbu, která je nezbytná pro autonomní rozhodování. Mill se tak staví mezi Huma a Kanta, uznává roli skrytých motivů a emocionálních potřeb, ale zároveň zdůrazňuje, že použitím rozumu mohou lidé dospět k etickému jednání, které modifikuje původní inklinace.¹¹³ V úvodu své knihy

¹¹⁰ TAUBER, A.I.: *Patient Autonomy and the Ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press, 2005., str. 98-99

¹¹¹ KORSGAARD, C.: *The Sources of Normativity*. Clare Hall, Cambridge University (1992) [online].

¹¹² KANT, I.: *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990., str. 102

¹¹³ TAUBER, A.I.: *Patient Autonomy and the Ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press, 2005., str. 108

Utilitarismus Mill poukazuje na to, že od samého začátku se filosofové snažili vyřešit spory o tom, co je kritériem správného a nesprávného, otázku nejvyššího dobra, které je založením mravnosti. Odmítá názor těch, kteří tvrdí, že každý má nějaký smysl pro mravnost a přiklání se k těm autorům, kteří poukazují na roli rozumu v mravním rozhodování, jímž je přijetí a aplikace apriorního mravního principu, který je v člověku. Problém vidí v tom, že málokterý z nich se pokusil sestavit seznam mravních principů, které jsou a priori, a pokud ano, nepřišli s principem, který by byl jediný a určoval všechny ostatní. Při té příležitosti poukazuje také na to, že ani Kantova doktrína není logicky bez problémů. Pokud se všechny rozumné bytosti domluví na principu, podle kterého by jednali, ale ten by byl nemravný, těžko by pak chtěli, aby k takovému jednání došlo. A i kdyby došlo, nemůže se mluvit o mravném jednání.¹¹⁴ Pro Milla je oním mravním principem princip nejvyššího štěstí, z kterého dále vyvozuje, že *„posledním cílem člověka je existence prostá bolesti a plná radosti kvantitativní i kvalitativní“*. Normou mravnosti jsou potom pravidla a příkazy lidského chování, jejichž zachováním má být popsána existence zajištěna v co největším rozsahu pro celé lidstvo, i pro veškeré citící stvoření.¹¹⁵ V práci Milla je výrazně patrný apel na sociální citění člověka, starost o druhého a snad můžeme říci i naši vlastní odpovědnost za štěstí druhých. I když má morální jedinec city a vnitřní motivace, které je motivují k dosažení vlastního štěstí, je schopen je ovládat a řídit tak, aby jeho chování neodporovalo štěstí druhého.

Autonomie je výsledkem rozumu, který umožní člověku seburčení a objevení svých vlastních schopností a limitů. Moudrost společnosti a zdravý rozum lidí mohou pomoci odstranit velké zdroje lidského utrpení. Autonomní chování je u Milla spojeno se štěstím. Podle normy utilitarismu se však nejedná o štěstí jednotlivce, ale štěstí všech zúčastněných. Zákony a nařízení, výchova a veřejné mínění by měly pomoci lidem uvést štěstí jednoho v soulad se štěstím celku. Mill uvádí části zlatého pravidla Ježíše z Nazareta: *“Co chcete, aby lidé dělali vám, dělejte vy jim“*; a *„Miluj svého bližního jako sebe“* jako příklady, které tvoří ideální dokonalost utilitaristické mravnosti.¹¹⁶ Když v této souvislosti mluví o utilitaristické mravnosti, má na mysli

¹¹⁴ MILL, J.S.: *Utilitarismus*. Praha: Vyšehrad, 2011., str. 37

¹¹⁵ *Ibid.*, str. 52

¹¹⁶ *Ibid.*, str. 63

to, že když sledováním oněch pravidel budu dělat druhým to, co chci, aby dělali oni mně, nesleduji jen své vlastní štěstí, ale i štěstí druhých, protože pokud chci, aby i oni se ke mně chovali způsobem, kterým se chovám já k nim, nebudu jim působit žádné zlo? Kantův kategorický imperativ může mít stejné důsledky, ale formuluje je mnohem obecněji, bez důrazu na potřebu jednajícího jedince. Podle Kantova obecného principu bychom měli vždy činit dobro, i když to nepřinese nic dobrého nám. Je zajímavé, že Mill poukazuje na to, že podle kritiků je utilitarismus příliš náročný, pokud požaduje od lidí, aby vždy jednali pouze s ohledem na dobro celku. Na podobnou skutečnost totiž Tauber ukazuje v případě Kantových postulátů.¹¹⁷ Mill na tuto kritiku odpovídá, že etika pouze říká, co by mělo být, ale neříká, že naším jediným motivem by měl být cit pro povinnost. Uvádí, že devadesát pět procent našich skutků je z jiných pohnutek, což je v pořádku, pokud neodporují pravidlu povinnosti. Mill si tedy uvědomuje, že lidé se často řídí spíše pohnutkami, které vedou k nižšímu potěšení, jak píše na jiném místě textu.

Svobodu člověka Mill pojímal také ve vztahu ke společnosti. V tomto ohledu je člověk autonomní bytostí, a pokud chce společnost jakkoli zasahovat do osobních záležitostí člověka, nebo jiných lidí skrze tohoto člověka, může tak činit pouze s jeho svobodným, dobrovolným, informovaným souhlasem a účastí. Taková svoboda zahrnuje vnitřní vědomí, vyžaduje svobodu svědomí, svobodu myšlení a pocitů, absolutní svobodu názorů, emocí, včetně svobody morální a teologické. Jediná svoboda, která je hodna toho jména, je ta, kdy usilujeme o vlastní dobro naším vlastním způsobem, za předpokladu, že se nesnažíme ošidit druhé lidi o svobodu, nebo jim bránit v jejich úsilí o získání svobody. Pro zdravotnické pracovníky je zajímavé zmínit, že do výčtu toho, kde by měl být člověk autonomní ve svém rozhodování, zahrnul Mill i otázku zdraví. „Každý je pravým strážcem svého zdraví tělesného, duševního i spirituálního.“¹¹⁸ Mill se ovšem také zabýval tím, co může přimět člověka k tomu, aby se řídil hlavním principem utilitarismu, jímž je největší štěstí. Vnější sankce, jak označuje motivy jednání, naznačují, že pro člověka je důležité uznání Boha nebo blízkých lidí. Jejich jednání motivuje strach z potrestání

¹¹⁷ TAUBER, A.I.: *Patient Autonomy and the Ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press, 2005.

¹¹⁸ MILL, J.S.: Heritage Document On Liberty An (abridged) Introduction, 1859, *Religious Humanism*, 40(1) (2008), 45-57.

nebo naopak náklonnosti Boha, či blízkých lidí. Může to být i naděje na přízeň nebo obava z nelibosti. Vnitřní sankce se projevují tím, že cítíme nelibost při přestoupení povinnosti. Tato nelibost je podstatou svědomí a svědomí je základní sankcí veškeré mravnosti.¹¹⁹ Vráťme-li se zpět ke kritice, že utilitarismus klade na lidi příliš velké nároky, můžeme se domnívat, že to, co činí pro některé lidi těžké řídit se morálními principy utilitarismu, totiž že musíme ve svém jednání brát pořád ohled na štěstí (dobro) druhých, může souviset i s Millovým přesvědčením, že člověk má v sobě zakořeněný pocit společenské bytosti, a že jeho cíle musí být v souladu s cíli a city jiných lidí. Když píše Mill o štěstí druhých lidí, nemá na mysli celé lidstvo, to by bylo příliš abstraktní. Lidi, o jejichž štěstí by nám mělo jít, a většinou jde, tvoří menší uzavřenou jednotku osob, se kterými nás spojují různé svazky. I v této malé skupině však mohou být lidé s odlišnými názory, hodnotami, a dalšími kulturními atributy. Pokud nám tyto skutečnosti znemožňují, abychom sdíleli city druhých lidí, musíme si podle Milla uvědomit, že jejich reálný cíl a naše cíle nestojí proti sobě, že nejsme proti jejich vlastnímu dobru, ale že je naopak podporujeme. To je myšlenka velmi ušlechtilá, ale někdo může namítnout, že by bylo nutné definovat, jaké pohnutky stojí za reálnými cíli druhé osoby, jaké prostředky bude volit k tomu, aby jich dosáhl, protože právě zde se můžu s druhým člověkem rozcházet do takové míry, že nebudu schopná jejich vlastní dobro podporovat. Takový nárok předpokládá, že budu věřit v dobré úmysly druhých lidí, i to že jejich dobro, které bych měla podporovat, bude zároveň dobrem pro všechny. Zejména v dnešní pluralitní společnosti se všemi problémy, které tato pluralita přináší, se mnoha lidem toto nemusí podařit. Mill sám přiznává, že takové cítění, které pořád usiluje o dobro i těch lidí, se kterými mám problém si porozumět, má jen velmi málo lidí. Usilovat o dobro všech lidí je ale podle něj základní sankcí mravnosti největšího štěstí. Tato sankce působí, že každý člověk rozvinutým cítěním jedná ve shodě s vnějšími motivy pro péči o druhé, kterou požadují vnější sankce.¹²⁰ John S. Mill věřil, že správnou výchovou a přesvědčováním můžeme lidi naučit, aby ve svém rozhodování brali v úvahu dobro ostatních.

¹¹⁹ MILL, J.S.: *Utilitarismus*. Praha: Vyšehrad, 2011., str. 86

¹²⁰ *Ibid.*, str. 97

2.6 Autonomie v době morální plurality

Myšlenky práva na sebeurčení člověka, autonomii a svobodné rozhodování v posledních letech výrazně ovlivňují vztahy mezi hlavními aktéry poskytování lékařské a ošetrovatelské péče. Pacienti se dozvídají, že mají nějaká práva a učí se je uplatňovat. Zdravotničtí pracovníci tento proces leckdy vnímají s rozpaky a ne zcela přesvědčivým souhlasem a upozorňují na to, že i oni mají právo rozhodnout podle svého profesionálního a morálního přesvědčení. V debatách se studenty oboru ošetrovatelství a všeobecného lékařství v rámci výuky předmětů, které se zabývají etickými problémy, lze sledovat trend, že studenti se ve snaze o řešení hypotetických kazuistik i reálných případů ze zdravotnické praxe snaží opírat zejména o argumenty zakotvené v legislativě. Při vzájemných diskusích studenti velmi rychle zjistí, že přes příslušnost ke stejné profesi a společně uznávané hodnoty, jež jsou základem jejich profese, se liší v tom, jak vnímají obsah pojmů základních etických kategorií jako je dobro, zlo, ctnost, neřest. Uvědomují si neshodnost řešení a nemožnost opřít se o morální argument, ke kterému by se přiklonili všichni a považovali by jej za závazný.

Podle Engelhardta je nám souzeno žít s rozdíly v morálním a bioetickém uvažování. Tvrdí, že morální a bioetická dilemata není možné vyřešit argumentem vycházejícím z rozumu, protože vycházíme z různých morálních a metafyzických pozic. Z tohoto důvodu nemůžeme mít ani stejné morální prožívání, ani nemůžeme morální situace stejně vnímat. Engelhardt, který je představitelem křesťanské etiky, zároveň upozorňuje na to, že ve společnosti, která neuznává boha jako nejvyšší autoritu, již je člověk za své morální jednání odpovědný, není možné odkázat na žádný závazný morální názor, který by platil pro všechny. Proto podle něj není možné vyřešit etická dilemata z pozice rozumného racionálního argumentu. V nejlepším případě můžeme racionální morální argument nahradit společně sdíleným souhlasem.¹²¹

Slovo autonomie dnes často znamená politickou nezávislost, jednotlivci se sami sdružují a sami si vládou. Tauber, s odvoláním na Engelhardta, píše o morálce vzájemného respektu, principu souhlasu. Základ morálky se přesunul od

¹²¹ ENGELHARDT, H.T.: Confronting Moral Pluralism in Posttraditional Western Societies: Bioethics Critically Reassessed, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(3) (2011), 243-260.

autonomního jedince k jedinci, který souhlasí s tím, že bude součástí kolektivního rozhodování. Současný svět je velmi složitý a člověk musí často rozhodovat o věcech, o kterých nemá dostatek vědomostí, chybí mu zkušenosti. Neočekává se ani, že bude každý znát vše, proto jsme navzájem závislí na pomoci vzdělanějších a zkušenějších. Dnešní člověk chce být autonomní, ale v mnoha životních situacích ponechává svoji individuální volbu na těch, které považuje za informovanější, vzdělanější. I když uznáváme autonomii jednotlivce a snažíme se vytvářet podmínky pro to, aby ji mohl uplatnit, aby mohl sám řídit svůj vlastní život, musíme si uvědomit, že nežijeme sami a vidět autonomii také z perspektivy lidské komunity. Perspektiva autonomie se přesunula od osobní autonomie na společenský pohled; od atomistického autonomního jedince směrem k jedinci s uvědomělou sociální orientací. Pokud hledáme společný základ pro společnou morálku, nesmíme vytvářet společnost jako množinu atomistických jedinců, kteří se snaží uspokojit své vlastní potřeby, ale jako kolektiv lidí, kteří spějí k společným zájmům, potřebám. Vzájemné vztahy jsou zde zásadní a takové pojetí autonomie je základem pro lékařskou etiku.¹²²

Morální jednání je definované podstatou vztahů mezi lidmi a autonomie musí odrážet etiku vztahů. Nezbytnou součástí těchto vztahů jsou povinnosti, závazky, a očekávání obecného rázu. I individuální zájmy jsou zasazeny do společenského kontextu. Společnost, ve které by se prosazoval každý jednotlivě s poukazem na autonomii a potřebu svobodně uspokojovat své individuální zájmy, by byla neudržitelná. Lidská práva nemohou být pouze v rovině přání, ale musí být normativně stanovená, což však znamená, že musí být také určeno, kdo a jak zajistí naplnění práv lidí, kteří je uplatňují. Povinnosti, které jsou na druhém pólu práva, musíme brát vážně. Pokud by byla práva pouze v rovině aspirací, nemohli bychom v případě jejich nenaplnění mluvit o porušení povinností, nikdo by nebyl volán k odpovědnosti, nikdo by nenesl vinu, nikdo by nemusel napravovat chyby, a museli bychom přijmout myšlenku, že lidská práva se vlastně nedají uplatňovat.¹²³ Autonomie definovaná v kontextu sociálního vztahu obsahuje jak práva, tak povinnosti. Jednotlivci mohou existovat pouze ve vztahu s druhými. Ostatně důraz na

¹²² TAUBER, A.I.: *Patient Autonomy and the Ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press, 2005., str. 110 – 112

¹²³ O'NEILL, O.: The dark side of human rights, *International Affairs*, 81(2) (2005), 427-439.

sociální začlenění jedince je i přes rozdílné pohledy, se kterými k autonomii přistupovali, snadno čitelný u Johna Locka, Davida Huma, Immanuela Kanta i Johna Stuarta Milla.

2.7 Odraz myšlenek filosofů v současné lékařské praxi

Zabývali jsme se myšlenkami filosofů o svobodné vůli a autonomii člověka. Pokusíme se nyní některé z nich vztáhnout na současnou lékařskou praxi, zejména s ohledem na témata související s dříve vysloveným přáním, rozhodováním o léčbě a odpovědnosti.

Podle Johna Locka je svoboda spojena se způsobilostí konat nebo zastavit jakoukoli činnost v soulase s rozhodnutím mysli. V případě dříve vyslovených přání se rovněž jedná o to, zda má pacient možnost rozhodovat sám o tom, co se bude nebo nebude dít s jeho osobou, avšak až v budoucnosti, v případě, kdy on sám aktuálně nebude moci o tomto rozhodovat. I když jde o případ budoucí situace, pacient, nebo i zdravý člověk, nyní uplatňuje svoje právo na sebeurčení. Aby však jeho jednání mohlo být posuzováno jako svobodné (a dříve vyslovené přání tak mělo morální platnost), musí splňovat jistá kritéria. Musí být způsobilý konat nebo zastavit či přerušit konání jakékoliv činnosti podle rozhodnutí mysli. Toto můžeme interpretovat tak, že pacient má způsobilost (je schopen se rozhodnout po zvážení všech alternativ a důsledků) odmítnout nebo naopak požadovat určitý typ léčby, protože využívá rozum a myšlenkové procesy. Nabízí se rovněž úvaha, že způsobilost pacientovi dáme i tím, že mu umožníme rozhodnout se pro činnosti budoucí (odmítnout nebo požadovat léčbu) prostřednictvím psaného dokumentu nebo jiné formy vyjádření, které budeme respektovat. Otázkou ovšem je, zda může být člověk svobodný v tom smyslu, že by byl způsobilý k tomu, aby zastavil či přerušil konání jiných, protože v budoucí situaci, kterou dříve vyslovená přání popisují, již on sám nebude způsobilý k tomu, aby jakoukoli činnost konal, přerušil, či zastavil (i když se bude týkat jeho vlastní osoby).

Velkou roli při rozhodování ovšem hrají také city. Podle Huma je úloha rozumu v tom, že z citů, které nás ovládají, nám pomáhá určovat ty, které povedou k dosažení žádoucího (správného) cíle. Pokud naše chování (podle rozumu správné)

bude ku prospěchu druhých, přinese to v důsledku dobro i nám. Otázkou je, nakolik si uvědomujeme, že je to právě rozum, který nám pomáhá ze všech našich různých přání a tužeb vybrat tu správnou potřebu, a že právě díky rozumu máme nyní dobré pocity z toho, že jsme pomohli někomu jinému. Dalším problémem může být to, jak posoudíme, že jsme druhému učinili dobro a že jsme se tedy rozhodli správně, vybrali jsme správné prostředky, které povedou ke správnému cíli. Lékaři se často ocitají v situaci, kdy doporučují pacientům léčbu, kterou oni nechtějí, protože buď nerozumí podstatě léčby a bojí se, nebo nesouhlasí s cílem léčby, který vytyčil lékař (a považuje jej za dobrý). Co jsou vlastně v tomto případě dobré cíle léčby a kdo to posoudí? O tom, že jsme někomu pomohli a učinili dobro, se můžeme přesvědčovat podle vlastních medicínských kritérií – pacient se uzdravil, pacient přežil, pacient, který spáchal pokus o sebevraždu, byl zachráněn. To je dobro viděné pohledem zdravotnických pracovníků, kteří do tohoto pohledu vkládají své osobní i profesionální hodnoty. Pacient však může dobro ve všech jmenovaných příkladech vnímat jinak. Musíme sledovat jeho reakce, ptát se, pozorovat. Na dobro druhého, které jsme my způsobili, a proto se teď sami cítíme dobře, se musíme dívat i očima a prožíváním toho druhého, jinak může být náš pocit dobra mylný. Abychom však mohli analyzovat reakce druhých lidí, potřebujeme nejen rozum, ale také životní zkušenosti, možnost srovnání momentální reakce druhého člověka s jinou, kterou jsme již zažili.

Ideální představa morálního jedince, který se rozhoduje svobodně především na základě vnitřní mravnosti, chceme-li morálních zákonů, jež jsou v našem rozumu, se vyskytuje ve filosofii již od Aristotela. Výrazně se projevuje zejména u Immanuela Kanta. V reálném životě se však ukazuje, že na lidi častěji působí vnější principy morálky. Pro zdravotníky je často mnohem snadnější a bezpečnější rozhodovat se spíše podle regulí zákona, než vlastního morálního uvážení. Sankce, které mohou následovat po porušení zákona, jsou pro ně mnohem hmatatelnější, než abstraktní morální zákon. Jako příklad je možné uvést právě institut informovaného souhlasu, který mnozí nechápou jako nástroj svobodného rozhodování pacienta, ale možnost sejmutí tíhu odpovědnosti z lékaře a přesunout ji na pacienta. Když se něco stane, není to moje vina. Pacient to přece podepsal.

S ohledem na morální pluralismus můžeme předvídat, že otázky autonomie a svobodné vůle budou i nadále vykládány z různých pozic, které budou ovlivněné osobními, profesními i politickými (ve smyslu chápání vlastní role ve společnosti) postoji a názory každého člověka. Chceme-li posílit autonomii jedince v kontextu zdravotnické péče, jeví se nakonec existence odpovídajících legislativních norem jako důležitý nástroj, který by měl zajistit základní práva pacientům i zdravotníkům.

2.8 Autonomie a péče o pacienta v kómatu

Předchozí text se zabýval otázkami autonomie člověka z pozice různých etických směrů, které dodnes formují postoj jednoho člověka k druhému i ke společnosti a naopak. Myšlenky jmenovaných filosofů jsou součástí celkového vývoje evropské kultury v posledních stoletích. S tím, jak se rozvíjejí technologické možnosti a jedinec je stále méně odvislý od společenství, ve kterém žije, klade se stále větší důraz na individuální postoje a na individuální pořadí hodnot. Potřeba společného světového názoru a jednotného hodnotového systému je stále menší. Tento vývoj se odráží v moderních dokumentech, které proklamují jak ochranu všeobecných lidských práv (Všeobecná deklarace lidských práv), tak práv pacientů na rozhodování o zdravotní péči (kodexy práv pacientů, Úmluva o lidských právech a biomedicíně). V oblasti zdravotní péče se dnes již všeobecně přijímá jako samozřejmá skutečnost, že dospělá kompetentní osoba má právo rozhodovat o svém osudu a o prováděné léčbě. Zdravotníci jsou dnes vedeni k tomu, aby respektovali i taková rozhodnutí, která mohou mít negativní dopad na zdraví či život člověka, samozřejmě za předpokladu, že jde o rozhodnutí plně informované. Mnozí pacienti se však dnes dostávají do situací, kdy nejsou dostatečně kompetentní k tomu, aby mohli vyjádřit svá přání ohledně léčby. Důvody mohou být různé: například urgentní stavy, při kterých z pohledu zdravotníků buď není čas ptát se pacientů nebo dohledávat dokumenty typu dříve vyslovených přání, nebo jsou tyto stavy prováděné změnou vědomí pacienta; například demence, analgetická sedace, permanentní vegetativní stav.

Mirandola ve svém traktátu použil podobenství stvoření člověka, aby vyjádřil své přesvědčení o tom, že každý lidský jedinec má svobodnou vůli určovat své postavení ve světě, tedy svou přirozenost. Na otázky volby vlastní přirozenosti je možné

pohlížet z pozice schopností člověka vnímat své okolí, myslet a rozvažovat své činy, posuzovat dobro či zlo, cítit bolest, a také být schopen zajistit si bez pomoci druhých lidí či lékařské technologie základní lidské potřeby. Pokud ale nespĺňujeme podmínky k tomu, abychom se sami mohli, slovníkem renesančního filosofa, označit za nebeské bytosti, můžeme mít právo na to, aby tuto lidskou formu naší existence zajistil někdo druhý? Nebo můžeme určit, že v takovém případě považujeme naši existenci na nižší úrovni za nedůstojnou a předem nedovolit, aby byl náš život uměle prodlužován?

Dobře si uvědomuji nebezpečí paralely lidské existence s podobenstvím rostliny či zvířete a jejího možného dopadu na rozhodování o otázkách života a smrti u jedinců s těžkým tělesným či mentálním postižením. Život rostlin či zvířat nemá takovou ochranu jako život lidský, proto by bylo možné žádat sníženou ochranu i pro nemocné žijící na „nižší“ úrovni (v nedávné historii již byly takové požadavky vzneseny).¹²⁴ Přesto však považuji za nutné zamýšlet se v tomto ohledu nad situací mnoha pacientů (například těch, kteří jsou v permanentním vegetativním stavu), jejichž stav s ohledem na výše uvedené schopnosti mnozí považují za nedůstojný a přinejmenším z hlediska kvality života za velmi problematický. Podle mého názoru důstojnost či „lidskost“ existence těchto nemocných není již pouze věcí jich samotných, ale naší ochoty a schopnosti je jako lidské bytosti uchovat.

Existují u nás zařízení, kde leží pacienti s diagnózou permanentní vegetativní stav (apalický syndrom) skoro nazí, snad dokonce jen pod nemocniční příkrývkou, a to „z důvodu sledování životních funkcí a pro případ možné resuscitace“, připojení k ventilátoru i srdečnímu monitoru, u kterých se i tři roky po zničující hypoxické příhodě každých 60 minut měří fyziologické funkce a každé ráno odebírá kapilární krev na biochemické vyšetření. Jde zde ještě o největší zájem (the best interest) pacienta, nebo spíše o zaběhaný mechanismus funkce zdravotnického zařízení („machen“ v heideggerovském slova smyslu), o „potřebu“ zdravotníků poskytovat péči, či o potřebu rodiny pečovat a udržet při životě milovanou osobu? Jaká je úloha lékařů, kteří rozhodují o péči o tohoto pacienta v situacích, kdy rodina si přeje resuscitaci pacienta v případě selhání životních funkcí, nebo naopak ukončení podpory vitálních funkcí?

¹²⁴ Srovnej: SINGER, P.: All Animals are Equal, in T. Regan a P. Singer (eds.) *Animal rights and human obligations*. New Jersey: Prentice-Hall, 1989.

Immanuel Kant zdůrazňoval respekt k autonomii člověka, který vychází z víry v lidskou důstojnost spojenou s kapacitou každého z lidí určovat si vlastní morální cíle. Nerespektování této autonomie znamená využít danou osobu jako prostředek k dosažení vlastních cílů, bez ohledu na cíle a potřeby osoby samé. Takové „využití“ druhé lidské bytosti je morálně neobhajitelné, je v rozporu s Kantovým kategorickým imperativem, který stojí v základu soudobé morality. Kant mluvil o člověku, který je schopen činit morální rozhodnutí. Pacienti s těžkým poškozením mozkových funkcí tuto kapacitu nemají. Znamená to však, že nebudeme přemýšlet o tom, jak by chtěli určovat svůj život, pokud by toho byli schopni? Není péče daná pouze zájmy zdravotnické instituce a rodiny jen uspokojováním vlastních potřeb osobních, morálních, profesionálních, na úkor autonomie nemocného? Můžeme pacientům poskytnout pro tyto situace nějaké nástroje, které napomohou zdravotnickým profesionálům i rodinným příslušníkům lépe poznat hodnoty a přání člověka, který v určité životní fázi není (a pravděpodobně již nikdy nebude) schopen je sdělit přímo?¹²⁵

2.9 Autonomie ve vztahu lékaře a pacienta

Z respektu k autonomii člověka vychází právo na sebeurčení, které je velmi důležité pro západní společnosti. V roce 1991 vešel v USA v platnost zákon na sebeurčení pacientů (Patient Self - Determination Act), podle kterého mají zdravotnická zařízení povinnost informovat pacienty o jejich právech týkajících se rozhodování o zdravotní péči. Jedním z nástrojů uplatnění práva na sebeurčení je i institut dříve vyslovených přání. Přijetí zákona předcházely mediálně proslavené kauzy pacientek s persistentním vegetativním stavem Karen Ann Quinlan a Nancy Cruzan, v nichž se rozhodovalo o možnosti odpojit tyto ženy od ventilátoru a ukončit asistované podávání výživy a tekutin.¹²⁶ Podle tohoto zákona mají zdravotnické organizace

¹²⁵ Původně autorkou publikováno v časopise *Praktický lékař*, 10/2009. Srovnej: HEŘMANOVÁ, J.ŠIMEK, J.: Dříve vyslovená přání aneb o lidské svobodě a důstojnosti, *Praktický lékař*, 89(9) (2009), 480-482.

¹²⁶ Karen Ann Quinlan upadla po požití sedativ a alkoholu do kómatu a musela být napojena na ventilátor. Po několika měsících, kdy se její stav nezlepšoval, požádali rodiče od odpojení ventilátoru. K tomu došlo v roce 1976, ale Karen poté žila v PMVS ještě deset let kryta antibiotiky a vyživována nasogastrickou sondou. Přestože rodičům i několik představitelů římsko-katolické církve sdělilo, že nejsou z morálního hlediska povinni pokračovat v podávání umělé výživy a antibiotik, rodiče tuto léčbu neukončili, protože byli přesvědčeni o tom, že nasogastrická sonda na rozdíl od ventilátoru

povinnost informovat své zaměstnance i veřejnost o účelu a možnostech dříve vyslovených přání a povinnost informovat o této možnosti každého nemocného, který přichází do zdravotnického zařízení.

S tím, jak se prosazuje autonomie pacientů i v České republice, souvisí i změny v legislativě, která se dotýká poskytování zdravotní péče. Možnost pacientů autonomně vyjádřit své přání ohledně budoucí léčby umožňuje Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Vzhledem k tomu, že se jedná o zákon, který je v platnosti krátkou dobu, není možné zatím odhadnout, nakolik bude autonomii pacientů podporovat (či potlačovat autonomii lékařů). Odstavce věnované problematice dříve vyslovených přání umožňují různý výklad, který se může odvíjet i od toho, jak ti, kteří budou zákon vykládat, vnímají rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií i obecně otázky ukončování život prodlužující léčby a péče na konci života. Přesto je zákon pozitivní v tom, že i českým pacientům je nabídnuta možnost rozhodovat o své péči „do budoucna“ a uplatňovat tak své právo na odmítnutí léčby, která by nebyla v jejich prospěch. Budoucnost ukáže, zda je výhodnější mít zákon, který je méně určitý, dovolující různé výklady, než jednoznačná pravidla znásilňující svědomí některých aktérů. Lze si totiž snadno představit situace, kdy bude mít lékař pocit, že je nucen ukončit léčbu ve chvíli, kdy je to ještě v rozporu s jeho svědomím.

V minulosti se v medicíně uplatňovaly zejména principy dobřečinění, nepoškozování a spravedlnosti. Prosazování principu autonomie člověka v kontextu medicíny začalo se zpochybněním lékařské autority v druhé polovině minulého století a do povědomí širší odborné veřejnosti se dostala v sedmdesátých letech, kdy vyšla poprvé kniha autorů Beauchampa a Childresse *The principles of biomedical ethics*. Od té doby se respekt k autonomii pacienta stal pro mnohé fundamentálním principem bioetiky, který umožňuje pacientům podílet se na rozhodování o vlastní péči prostřednictvím institutu informovaného souhlasu v protikladu k lékařskému paternalismu, který ve své nejrigidnější formě neumožňoval pacientům podílet se na rozhodování. Autonomie pacienta je však také již od prvního vydání jmenované knihy podrobována kritice etiků, filosofů i lékařů, zejména tehdy, pokud je chápána

neboli. Rodiče další pacientky, Nancy Cruzan, se naopak snažili přesvědčit soud, že jejich dcera by nechtěla žít ve vegetativním stavu a usilovali o svolení ukončit podávání umělé výživy. To se jim podařilo v roce 1990, sedm let poté, co Nancy při autonehodě utrpěla ireverzibilní poškození mozku; BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2009., str. 160

jednostranně. Respektování principu autonomie vedlo v mnoha ohledech ke zlepšení péče o pacienty. Byly vyvinuty modely péče, v jejichž centru je pacient, zlepšila se komunikace, místo dřívějšího autoritativního rozhodování lékaře se dnes na rozhodování podílí i pacient, jsou mnohem přísnější kritéria pro informovaný souhlas. Ozývají se však hlasy, které upozorňují na to, že přílišný důraz na individuální autonomii pacienta může poškodit vztah lékaře a pacienta.¹²⁷

V současné literatuře jsou analyzovány tyto modely autonomie: 1. autonomie jako možnost svobodné volby z různých možností bez vnějšího nátlaku. Pacient si může zvolit způsob léčby, a i když by mu zdravotníci neměli bránit v jeho rozhodnutí, nemají automaticky povinnost přání pacienta realizovat. To, co se v tomto modelu zvažuje, je otázka, co vlastně znamená vnější nátlak; 2. autonomie jako morální rozhodování. Podle koncepce principiální autonomie Onory O’Neillové se člověk rozhoduje autonomně na základě principu odpovědnosti; 3. autonomie v souladu se zachováním integrity a identity člověka. Člověk se rozhoduje autonomně v souladu s jeho dosavadním životem; 4. autonomie definovaná procedurálními standardy neřeší hodnoty člověka, který se rozhoduje, ale proces rozhodování. Určuje, jaké podmínky musí pacient splnit, abychom ho uznali kompetentním svobodně se rozhodovat.¹²⁸

Jacob Dahl Rendtorff se zabývá principem autonomie spolu s problematikou důstojnosti, integrity a zranitelnosti v evropském kontextu. Píše, že autonomie se nemůže definovat pouze v liberálním pojetí jako „svolení“¹²⁹ a podává pět důležitých významů autonomie. 1. autonomie jako schopnost vytvářet představy o životě a stanovit si životní cíle; 2. autonomie jako schopnost morálního vhledu, sebeřízení a soukromí; 3. autonomie jako možnost rozhodovat a jednat bez vnějšího omezení; 4. autonomie jako schopnost společenského zapojení a osobní odpovědnosti; 5.

¹²⁷ SLOWTHER, A.M.: The concept of autonomy and its interpretation in health care, *Clinical Ethics*, 2(4) (2007), 173–175.

¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ Rendtdorff má zde na mysli teorii Tristrama Engelhardta, který píše o proměnách koncepce autonomie v kontextu morálního pluralismu. Srovnej: ENGELHARDT, H.T.: Confronting Moral Pluralism in Posttraditional Western Societies: Bioethics Critically Reassessed, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(3) (2011), 243–260.

autonomie jako schopnost a možnost informovaného souhlasu.¹³⁰ Z různých významů pojmu autonomie, které oba autoři shrnuli, je jasné, že autonomie není jen schopnost svobodně se rozhodovat.

Aplikaci uvedeného se můžeme pokusit ilustrovat na příkladu pacienta, který připravuje dříve vyslovené přání, v němž vysloví nesouhlas s poskytováním lékařských postupů, které by ho udržovaly při životě v případě permanentního vegetativního stavu. Člověk, který zvažuje, jakou péči si přeje či nepřeje pro případ, kdyby byl v ireverzibilním kómatu: 1. Jedná v souladu s hodnotami, které jsou pro něj důležité, je schopen stanovit si životní plán a dokáže říct, co od života očekává; 2. Uvědomuje si, že může nastat situace, kdy nebude schopen vyjádřit svá přání ohledně toho, co se má dít s jeho tělem a za jakých okolností bude umírat, a pro tento případ chce učinit rozhodnutí předem, aby měl nad těmito aspekty svého života kontrolu; 3. Představuje si možné budoucí situace, změny ve zdravotním stavu. Snaží se porozumět lékařským termínům, které souvisí s popisem zdravotního stavu a lékařských postupů, o kterých se v dokumentu dříve vyslovených přání zmiňuje. Je schopen analyzovat a zvážit důsledky svého rozhodnutí. Dokáže formulovat hodnoty, na základě kterých se rozhoduje. 4. Očekává, že pokud formuluje dříve vyslovená přání dříve, než dojde ke kritické situaci, může vše v klidu rozvážit a rozhodovat se bez nátlaku okolností vyplývajících z kritického zdravotního stavu; 5. I když si cení možnosti svobodně se rozhodovat, bude dříve vyslovená přání konzultovat se svými blízkými a s lékařem. Bude se tak eliminovat požadování takových postupů, které by byly v rozporu s platnými zákony, obecnou a profesionální morálkou a morální integritou lékaře; 6. Koncept dříve vyslovených přání mu umožní uplatnit informovaný souhlas i pro případ, kdy nebude schopen jej uplatnit v aktuálním čase z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, kómatu nebo poškození kognitivních funkcí.

Onora O'Neillová a její následovníci kritizují individuální pojetí autonomie v současné bioetice a prosazují názor, že lékařská etika má být vždy zasazená do kontextu vztahů a společnosti. Rozhodnutí pacienta by nemělo být chápáno jako dobré jen proto, že je učinil sám pacient. O'Neillová se přiklání ke Kantově pojetí

¹³⁰ RENDTDORFF, J.D.: Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5(3) (2002), 235–244.

autonomie, když píše, že autonomie nemá být formou sebevyjádření, ale jednání podle určitých principů, zejména principu povinnosti. Takovou autonomii označuje jako autonomii založenou na principu (principled autonomy) a dává ji do protikladu s autonomií individuální, která podle ní byla formulována podle učení J. S. Milla. Důraz na individuální autonomii pacienta přináší nerovný vztah mezi lékařem a pacientem, kdy lékař má více povinností a více odpovědnosti za pacienta než pacient sám. „*K pacientům se musí přistupovat s respektem, musí být dostatečně informováni, musí se jim naslouchat, musí se jim umožnit dát souhlas dobrovolně a bez nátlaku, a jejich soukromí a ochrana informací musí být plně respektována*“. *Můžeme se potom ptát, zda má pacient podobné povinnosti?*¹³¹ Stirrat a Gill tvrdí, že pokud by individualisticky pojatá autonomie byla jediným kritériem při rozhodování o zdravotní péči, vztah lékaře a pacienta by byl redukován na vztah mechanika a jeho klienta. Citují O'Neillovou, že koncept individuální autonomie nemůže poskytnout dostatečný a přesvědčivý základ bioetiky, a zdánlivý triumf principu individuální autonomie nad jinými principy je neudržitelná iluze.¹³² O'Neillová se ale rozchází ve svých postulátech, když na jedné straně tvrdí, že autonomie pacienta je pouze ideál, protože nikdy nebude mít dostatek informací k tomu, aby se mohl informovaně rozhodnout, a zároveň zdůrazňuje, že je nutné získat od pacienta před léčbou informovaný souhlas.¹³³ Dworkin ve své kritice zpochybňuje základní postulát O'Neillové, že podpora individuální autonomie pacienta narušuje vztah důvěry mezi lékařem a pacientem. Vyvrací její argumentaci, že individuální autonomie je spojena s takovými vlastnostmi, jako je sebestřednost, sobeckost, a nezájem o potřeby druhých, a takový jedinec bude nejen podporovat kultury nedůvěry, ale bude sám nedůvěryhodný. Vzhledem k tomu, že termín autonomie se používá především v souvislosti s postavením pacienta v systému zdravotnické péče, bychom se potom mohli domýšlet, že je to pacient, kterému není možné věřit, což by byl poněkud absurdní závěr. I když lidé, kteří jednají nezávisle, takové vlastnosti mají, nemá to nutně spojitost s tím, že jednají svobodně. Naopak i autonomní jedinec může být

¹³¹ STIRRAT, G.M.GILL, R.: Autonomy in medical ethics after O'Neill, *Journal of Medical Ethics*, 31(3) (2005), 127-130.

¹³² Ibid.

¹³³ ASHKROFT, R.E.: Kant, Mill, Durkheim? Trust and autonomy in bioethics and politics, *Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci.*, 34 (2003), 359–366.

altruisticky založený jedinec, který vnímá potřeby ostatních. Na základě stanoviska, že individuální autonomie je nejexpresivněji vyjádřená, když člověk jedná bez vnějších omezení, Dworkin interpretuje linii myšlení O'Neillové takto: autonomní jedinec jedná svobodně - svobodný člověk má tendenci odmítnout morální požadavky druhých lidí - svobodní lidé jsou nedůvěryhodní. Podle Dworkina ovšem chybí článek, který by spojoval sobectví s autonomií.¹³⁴ O'Neillová ale neodmítá princip respektu k autonomii pacienta, pouze preferuje kantovské pojetí autonomie v souladu s principy, které zajistí práva nejen pacientovi, ale i ostatním lidem.

2.10 Autonomie a odpovědnost v medicíně

*Pravzorem vši odpovědnosti je odpovědnost člověka za ostatní lidské bytosti.*¹³⁵

V diskusi o dříve vyslovených přáních a dokumentech living wills se často poukazuje na to, že v USA je větší konsensus ohledně respektu k autonomii pacienta a větší důraz na právo na sebeurčení, než v „paternalistické“ Evropě. Randallová a Downie přistupují kriticky především k otázce, zda musí lékař pacientům na jejich autonomní žádost poskytnout i takovou léčbu, která je v rozporu s uznávanými standardy péče i samotným dobrem pro pacienta. Jako příklad používají paralelu mezi lékařem a obchodníkem s obuví, od kterého zákazník požaduje boty z jemné kůže, když předtím požádal o pevné boty k chůzi po polních cestách.¹³⁶ Jak se má (a může) v takovém případě obchodník (lékař) zachovat? Vyhoví zákazníkovi, prodá mu obuv, kterou požaduje, i když ví, že pro původně určený účel jsou boty naprosto nevhodné a jejich nošení může zákazníkovi ublížit, nebo přinejmenším povede ke zbytečnému plýtvání penězi zákazníka? Nebo si má udržet stavovskou čest a zákazníka poslat k jinému obchodníkovi? Ať již zákazníkovi vyhoví nebo ne, odpovědný prodavač alespoň vysvětlí, že boty, které si vybral, jsou pro daný účel nevhodné a jejich nošení může vést k poškození bot i zdraví zákazníka. Významný rozdíl mezi obchodníkem a lékařem spočívá v tom, že obchodník pouze zprostředkovává prodej výrobku, který vyrobil někdo jiný, lékař svou službu aplikuje

¹³⁴ DWORKIN, G.: Can You Trust Autonomy?, *Hastings Center Report*, 33(2) (2003), 42-44.

¹³⁵ JONAS, H.: *Princip odpovědnosti*. Praha: Oikumene, 1997., str. 152

¹³⁶ RANDALL, F. DOWNIE, R.S.: *Palliative Care Ethics: A Companion for All Specialties. Second Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2003., str. 9-10

vlastníma rukama. Přitom ve vztahu lékaře a pacienta jde přímo o zdraví a život nemocného. Tedy o vysoké lidské hodnoty, které podmiňují realizaci všech ostatních hodnot. Zde se jako protiváha autonomie pacienta vynořuje zodpovědnost lékaře. Proto autonomie pacienta nemůže být absolutní. Proti autonomnímu rozhodnutí pacienta stojí lékařova zodpovědnost za jeho osud. Ta ale také nemůže být absolutní. V konkrétních dohodách a rozhodnutích lékaře je nutné oba motivy vyvažovat.

„Představme si pacientku, která jde na rutinní gynekologický zákrok v celkové anestezii a v rámci předoperačního vyšetření sdělí lékaři, že v případě srdeční zástavy si nepřeje být resuscitována. Pacientka je jinak v dobrém zdravotním stavu. Jak bude v takovém případě lékař uvažovat: a) nebudu resuscitovat – pacientka nepřežije (jak s tím budu žít?); b) budu resuscitovat – pacientka přežije (mé svědomí bude uklidněno, protože jsem jednal v zájmu vysoké hodnoty, uchování lidského života, ale bude i pacientka ráda?); c) budu resuscitovat – pacientka přežije, ale zůstane ve vegetativním stavu (jak budu žít s vědomím, že mé jednání v rozporu s přáním pacientky vedlo k tak závažným následkům? Jak bude reagovat rodina?).“¹³⁷

První možnost je podle tohoto lékaře v rozporu s jeho profesionálním i osobním svědomím i s platnou legislativou. Zodpovědný lékař tak postupovat nebude. Zda nastane druhá či třetí možnost odvisí od lékařova odhadu situace a od kvality provedené resuscitace.

Etika odpovědnosti nezdůrazňuje pouze deontologické příkazy a abstraktní principy, ale zvažuje hledisko situace, výsledku, soucitu, pečování. Zdravotník při rozhodování zvažuje různé okolnosti situace. Za zakladatele etiky odpovědnosti je považován sociolog Max Weber, který na počátku 20. století prosazoval teorii, že etika bez zvažování následků je nezodpovědná. Weber rozdělil lidi do tří kategorií podle toho, čím se řídí při morálním rozvažování. Podle první kategorie, *Gesinnungsethik*, se člověk řídí pouze intencemi a univerzálními principy. Podle druhé kategorie, *Verantwortungsethik*, se člověk snaží najít rovnováhu mezi univerzálními principy a konkrétními fakty. Univerzální principy dává do souvislosti

¹³⁷ Z ústní výpovědi osloveného lékaře anesteziologa

s okolnostmi etické situace a možnými následky řešení. Třetí kategorie, *Erfolgesethic*, označuje člověka, který zaměňuje prostředky za cíle svého jednání.¹³⁸

Mít dobré úmysly a řídit se etickými principy je v medicíně zásadní. Intence však mohou být různé a je velmi těžké posoudit, zda byly v dané situaci u konkrétní osoby dobré či zlé. Například lékař, který se při rozhodování o léčbě na konci života řídí principem zachování života za každou cenu, může sice argumentovat tím, že jedná v dobrém úmyslu, ale může se stát, že toto jednání nepřinese pacientovi dobro. Stejně tak je velice těžké poznat pravé úmysly lékaře, který například zvažuje možnost paliativní sedace u nekompetentního pacienta. Základem etiky odpovědnosti je *verantwortungsetik*.

Od druhé poloviny 20. století se objevují myšlenky etiky odpovědnosti v pomáhajících profesích. Podle Carol Gilliganové etické problémy nastávají, když se dostanou do konfliktu povinnosti zúčastněných, spíše než jejich práva. Řešení morálních problémů vyžaduje přemýšlet v kontextu dané situace a spíše použít narativní metodu (naslouchat pacientovi a snažit se porozumět jeho životnímu příběhu), než se zaměřit pouze na formální a abstraktní principy.¹³⁹ Na Carol Gilliganovou navázala Nel Noddingsová, která se zaměřila především na problematiku morálního zvažování žen. Ženy se podle ní rozhodují jinak než muži. Při rozhodování zohledňují především vztahy, pocity, potřeby, podmínky dané situací a osobní ideály, spíše než aplikaci univerzálních principů.¹⁴⁰ Myšlenky obou autorek byly inspirací dalším, kteří se zabývali etikou pečování. Ta předpokládá lásku k bližnímu člověku i k sobě samé, velkou míru soucitu s druhým člověkem, schopnost poznat utrpení a ochotu udělat vše pro to, abychom snížili utrpení druhé osoby. Od principů a stanovených norem však nelze zcela odhlédnout. Pouhý vztah a

¹³⁸ HAVE, H.T. CLARK, D.: *The ethics of palliative care: European perspectives*. Buckingham: Open University Press, 2002., str. 87-91

¹³⁹ *Ibid.*, str. 98

¹⁴⁰ NODDINGS, N.: *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press, 1986.

soucítění bez respektu k principům a normám, bez dobře zvládnutých a vědomostmi podepřených profesionálních, může poškodit pacienta.¹⁴¹

Dle ten Have a Clarka problém jak propojit ideály etiky pečování a etiky principů může řešit právě etika odpovědnosti. V postoji odpovědnosti bereme v úvahu jak morální principy a normy, tak okolnosti konkrétní situace a možné následky daných rozhodnutí. Tento postoj je ostatně možné vysledovat již u Aristotela, který v Etice Nikomachově označuje termínem *fronésis* schopnost nejednat výhradně podle daných pravidel a koncepcí, ale zvážit, co je v určité konkrétní situaci pro danou situaci nejvhodnějším řešením. Nelze než souhlasit s tezí Maxe Webera, že „principy bez (zvažování) následků jsou slepé a následky bez principů jsou prázdné pojmy“.¹⁴² Existence člověka je závislá na prostředí, ve kterém žije. Etika odpovědnosti ve své nejobecnější podobě znamená, že musíme při každém lidském konání zvažovat následky nejen pro ostatní lidské bytosti, ale pro všechny bytosti, s kterými člověk žije v pospolitosti, i když ne vždy blízké.¹⁴³ Nemocní lidé jsou v závěru života stejně zranitelní jako na jeho počátku. Potřebují ochranu a péči druhých. Schopnost poskytovat tuto péči vychází z bytostné podstaty člověka, jíž je povinnost a odpovědnost vůči druhému.

Odpovědnost podle Emanuela Lévinase

Pro etiku odpovědnosti jsou velkou inspirací myšlenky význačného francouzského filozofa 20. století Emmanuela Lévinase. Jeho pojetí odpovědnosti vychází z přesvědčení, že „*k základním zkušenostem a konstitutivním skutečnostem člověka patří vztah*“.¹⁴⁴ Jde o vztah dvou bytostí, které jsou zcela svobodné a oddělené, přesto však pohled na „nahou“ „tvář“ toho druhého, ve které se odráží jeho tichá nevyřčená prosba o pomoc, vzbuzuje ve mně pocit odpovědnosti vůči druhému. Druhý mne ale nemůže žádnou mocí nutit k tomu, abych pomoc poskytl, protože i já jsem svobodná bytost. Postoj provokující k odpovědnosti je směs požadavku a

¹⁴¹ HAVE, H.T.CLARK, D.: *The ethics of paliative care: European perspectives*. Buckingham: Open University Press, 2002., str. 100

¹⁴²Ibid., str. 91

¹⁴³ JONAS, H.: *Princip odpovědnosti*. Praha: Oikumene, 1997., str. 152

¹⁴⁴ ŠIMEK, J.ŠPALEK, V.: *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003., str. 77

prosby. Obojí musí být v rovnováze, jinak by nešlo o etický apel. Lévinas používá ve svých reflexích termín vraždy/zabití. Tvář (a i celé tělo) toho druhého je sice zranitelná, ale také s konečnou platností neovládnutelná. To provokuje chuť zabít, ale zároveň víme, že zabíjet se nesmí a zabití neřeší problém neovládatelnosti. Také „pokora“ vepsaná ve tváři toho druhého nám v tom brání.¹⁴⁵

Pro větší názornost si zkusme dovolit místo slova zabít dosadit slovo jiné. Například poškodit, léčit bez souhlasu, konat proti vůli druhého v jeho domnělý „prospěch“. Tím sice druhého nezabijeme, ale zpředmětníme. Druhý tak přestane být volajícím subjektem a stane se objektem našich činů. Byl by to pro zdravotníky výraz odpovědnosti nebo neodpovědnosti? Odpovědnosti ve smyslu právnickém, kdy jsem odpovědný za to, že budu postupovat lege artis, dodržovat standardy, směrnice? Odpovědnosti nebo neodpovědnosti vůči tomu druhému, který mne žádá o pomoc v utrpení podle jeho vlastních představ? O pomoc poskytnutou někdy takovými prostředky, které podle platných zákonů i svědomí některých profesionálů a laiků neodpovídají zodpovědnému jednání?¹⁴⁶

Lévinas ve své představě odpovědnosti klade na každého z nás vysoké nároky:

„utrpení Druhého, můj soucit s jeho utrpením, jeho utrpení v důsledku mého soucitu, moje bolest, která vychází z tohoto utrpení atd...mohu zastavit jenom já. Při všem tom opakování (v celé této spirále) jsem to já, kdo musí učinit další krok“.

Podle této spirály jsem to já, kdo je odpovědný i za chyby toho Druhého. Nemohu si nevinně mýt ruce nad tím, co dělá ten Druhý, jako by se mně to netýkalo.¹⁴⁷

Podle Lévinase je naše odpovědnost absolutní, odpovídáme za všechny a za všechno, co se jich týká, i za jejich vlastní odpovědnost. Naše Já má ve srovnání s druhým vždy určitou odpovědnost navíc. Sám autor přiznává, že jde o poněkud extrémní a pro Já „nelidskou“ koncepci, avšak zároveň vysvětluje, že na odpovědnosti za

¹⁴⁵ Lévinas, Etika a nekonečno, s.208 – 209

¹⁴⁶ HEŘMANOVÁ, J.ŠIMEK, J.: Advance directives v Evropě, *Praktický lékař*, 90(2) (2010), 78 – 80.

¹⁴⁷ HAVE, H., T., CLARK, D.: The ethics of paliative care: European perspectives. Buckingham: Open University Press, 2002. 258 s. ISBN 978- 0-335-21140-2. Str. 137

druhého je postavena sama identita lidského Já. Odpovědnost je to, co připadá výhradně mně a co nemohu lidsky odmítnout. Odpovědnost ve mně mne teprve dělá někým jedinečným, nezaměnitelným. „Má odpovědnost je nepostupitelná, nikdo mě nemůže nahradit. Já mohu zastoupit všechny, ale nikdo nemůže zastoupit mě. „Jsmo všichni odpovědni za všechny a za všechno přede všemi, a já víc než ti druzí.“¹⁴⁸

Odkaz Emmanuela Lévinase pro zdravotníky je zásadní. Lékař se denně ocitá v situaci, kdy si uvědomuje odpovědnost za pacienta a zároveň ví, že této odpovědnosti nemůže z různých důvodů plně dostát. Lévinasovo oddělení jednotlivých subjektů (lékař a pacient), které jsou zároveň svobodné a zároveň na sobě závislé (pouze v jejich vztahu vzniká etický požadavek pomoci), by mohlo zdravotníkům v jejich morální nejistotě pomoci, protože „vymezuje zdroje a meze odpovědnosti lékařů“, a ostatně i dalších zdravotnických pracovníků.¹⁴⁹ Je ovšem nutné číst Lévinase v jeho původních intencích a jeho teze nezjednodušovat. Jinak mohou jeho výroky uvést zdravotníky do neutuchajících pocitů viny za to, že této výzvě nebudou vždy schopni nebo ochotni dostát. Na druhé straně špatně pochopená odpovědnost může odůvodňovat příliš velkou moc nad těmi, za které se zdravotník cítí být odpovědný. Tak nelze rozumět Lévinasovu absolutnímu pojetí odpovědnosti. Kdo určí, co je pro druhého dobré a co naopak špatné? Čím se druhý sám na sobě provinil, měl bych zasáhnout, abych odčinil jeho „nezodpovědná“ rozhodnutí, či jim předešel?

Pokud rozumíme situaci tak, že na jedné straně stojí pacient, který odmítá léčbu a na straně druhé lékař, který ví, co by pacientovi skutečně pomohlo, zabýváme se pouze určitou oblastí medicíny a lidských potřeb, snad aplikovatelnou v akutní medicíně. V terminálních fázích nemoci a v určitých specifických situacích, kdy je velmi těžké posoudit, zda pacient žije nebo spíše „vegetuje“, neboli zda žije takový život, jaký by opravdu chtěl žít, se vynořuje ona nejistá hranice mezi Lévinasovým pojetím absolutní odpovědnosti a mocí nad osudem druhých. Který z těchto fenoménů mají zdravotníci na mysli, když mluví o profesionálním svědomí?¹⁵⁰

¹⁴⁸ LÉVINAS, E.: *Etika a nekonečno. 2. Vydání*. Praha: Oikumene, 2009., str. 215

¹⁴⁹ ŠIMEK, J.ŠPALEK, V.: *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003.

¹⁵⁰ HEŘMANOVÁ, J.ŠIMEK, J.: Advance directives v Evropě, *Praktický lékař*, 90(2) (2010), 78 – 80.

2.11 Shrnutí

Autonomie člověka a respekt k autonomii jsou fundamentální pojmy bioetiky. V průběhu staletí od doby renesance podnes autonomie člověka byla a je spojována s otázkou důstojnosti, osobní identity a nezávislosti, morální integrity a odpovědnosti vůči sobě i druhým. Stručně lze říci, že autonomie či sebeurčení znamená, že dělám to, co chci dělat, protože jsem se pro to rozhodla, svoboda je o možnosti zvolit si z alternativ. Splnění přání je o tom, zda a kolik dostanu z toho, co chci.

V kontextu lékařské péče se autonomie začala výrazně uplatňovat na konci sedmdesátých let minulého století. Koncept změnil tradiční pohled na roli lékaře a pacienta, a přinesl jak pozitivní změny v přístupu k rozhodování o léčbě a k právům pacientů na informace, tak negativní dopady na některé aspekty vztahu pacienta a lékaře, které z výše uvedeného mohou vyplývat. Zásadní kritiku individuální autonomie pacienta přednesla anglická filosofka Onora O`Neillová, která volá po kantovském pojetí autonomie v souladu s principem odpovědnosti. Přijmeme-li její pojetí autonomie ve zdravotnictví, budeme vztahovat autonomii nejen na pacienta, ale i na lékaře a další zdravotnické pracovníky. Pacient by se měl rozhodovat takovým způsobem, aby se ostatní lidé podle principů jeho jednání chovali k ostatním lidem stejně. Pacient, který vstupuje do vztahu s lékařem, bude nejen očekávat právo na informace a lékařskou péči, ale také si uvědomovat, že má i určité povinnosti jak k lékaři, který mu chce pomoci, tak ke svému vlastnímu zdraví. Obě strany ovšem také mají mít možnost rozhodovat se svobodně na základě vlastního zodpovědného uvážení. I když má pacient právo rozhodovat se svobodně, autonomie lékaře musí být vyjádřena i v tom, že není povinen každé rozhodnutí nebo přání pacienta respektovat, pokud je považuje za ohrožení pacientova nejlepšího zájmu i své morální integrity.

Vzhledem k tomu, že lékař z titulu svého vzdělání a profesionálních zkušeností bude mít vždy informační převahu nad pacientem, lze mluvit o autonomii pacienta i tehdy, pokud pacient rozhodnutí o dalším léčebném postupu vědomě a svobodně přenechá lékaři. Ten potom bude rozhodovat tak, aby navrhované postupy byly v souladu s principem zachování důstojnosti a co nejvíce se přiblížily představám pacienta o důstojném životě.

Přestože je právo na sebeurčení pacienta pevně zakotveno v evropském kulturním a společenském kontextu, lze s ohledem na morální pluralismus předvídat, že otázky autonomie a svobodné vůle budou i nadále vykládány z různých pozic. Chceme-li posílit autonomii jedince v kontextu zdravotnické péče, jeví se existence odpovídajících legislativních norem jako důležitý nástroj, který by měl zajistit základní práva pacientům i zdravotníkům.

3. Dříve vyslovená přání v kontextu informovaného souhlasu

3.1 Etický rozměr informovaného souhlasu

Informovaný souhlas je ústředním pojmem bioetiky, je v centru rozhodování v medicíně. Představuje základní prvek a uplatnění autonomie pacienta v prostředí zdravotní péče a je významným nástrojem spolurozhodování lékaře a pacienta. Tím, že vyjádříme respekt k autonomii pacienta, uznáme jeho právo na vlastní názor, na to, aby činil rozhodnutí, a aby mohl jednat a žít podle vlastních představ. Vyjadřujeme tím vlastně respekt k jeho hodnotám.

Z právního hlediska se na první pohled zdá vše jasné. S výjimkou urgentní situace nelze žádný zdravotní výkon provést bez výslovného souhlasu pacienta. Souhlas pacienta se zdravotním výkonem je platný tehdy, když pacient dostal dostatek informací o své chorobě a o plánovaném výkonu, porozuměl své situaci a nabízenému způsobu řešení jeho problémů a souhlasí s návrhy lékaře. Ve skutečnosti je věc podstatně složitější. Nad informovaným souhlasem se setkává lékař a pacient. V ideálním případě se setkávají ve vztahu vzájemné důvěry, avšak jejich vztah bude vždy asymetrický. Lékař je odborník v medicíně, často s bohatými zkušenostmi, v prostředí zdravotní péče je doma. Pacient přichází s mnoha obtížemi, potřebuje a očekává od lékaře pomoc. Často přitom nerozumí ani nejzákladnějším medicínským pojmům, bojí se, nezřídka má narušené vědomí, nebo trpí psychiatrickou poruchou. Přesto, v souladu s principem respektu k autonomii, má konečné rozhodnutí o léčbě učinit pacient.

V praktické rovině podporuje lékař autonomii pacienta tím, že poskytuje informace, přesvědčuje se, že pacient informacím rozumí, ale přesvědčuje se také zároveň, zda on rozumí informacím, které mu sděluje pacient, i těm, které nevyjádří expresivně. Aby mohl posoudit, zda pacient rozvažuje očekávané cíle léčby v kontextu svého životního plánu, musí lékař ten plán znát, musí se tedy pacienta na něj ptát. Může při tom zjistit, že se jeho hodnoty nepotkávají s hodnotami pacienta.

Již při přijímacích zkouškách na lékařskou fakultu studenti často uvádějí, že si toto povolání vybrali, protože chtějí pomáhat lidem. Během studia získávají nejen klinické dovednosti, které jsou k péči o nemocné potřebné, ale také vědomosti, jež utvářejí jejich názor na to, jaký má být zdravý život a jak se má člověk chovat, aby žil zdravě co nejdéle. V ordinacích se potom setkávají s pacienty, jejichž chování této jejich představě neodpovídá. I když pacienti uposlechnou rady lékaře a snaží se přestat kouřit, zhubnout, více hýbat, ne všichni to vydrží, a velice záhy se vrátí ke svým dřívějším nezdravým návykům. To může vést lékaře k tomu, že začnou na základě svých představ o tom, co je správný život, rezignovat na komunikaci s pacientem a pochybovat o jeho kompetenci, protože „rozumný člověk se takto nechová“. Lékař však musí přijmout fakt, že stejně jako on, i pacient má různé hodnoty, které vytvářejí smysl jeho života, a ne vždy je právě zdraví u pacienta hodnotou nejvyšší. Když potom v procesu získávání informovaného souhlasu posuzuje kompetenci pacienta a schopnost rozhodovat se na základě porozumění informacím a navrženému léčebnému plánu, musí brát v úvahu jedinečnou individualitu pacienta, i když ne vždy se jejich hodnoty budou prolínat.

Teprve v konfrontaci s hodnotami a životním projektem pacienta může lékař pomoci pacientovi zvážit možná rizika a přínos léčby, posoudit důsledky rozhodnutí a rozumně se rozhodnout. Ve smysluplné komunikaci lékaře s pacientem informovaný souhlas umožňuje sebevyjádření pacienta a naplnění jednoho z fundamentálních principů bioetiky. Důraz na zapojení pacienta do procesu rozhodování o lékařské a ošetrovatelské péči a respekt k jeho potřebě mít kontrolu nad tím, co se s ním děje i v době nemoci, posouvá paradigma klinického rozhodování od modelu zaměřeného na rozhodování lékaře k modelům péče zaměřeným na pacienta.¹⁵¹

Koncept informovaného souhlasu není v zahraniční literatuře přijímán jednoznačně pozitivně. V roce 1995 Robert Veatch napsal, že dobro pacienta nezajistí informovaný souhlas, ale hluboký vzájemný vztah lékaře a pacienta založený na sdílených hodnotách.¹⁵² Schneider dává sporný úspěch informovaného souhlasu do souvislosti s tím, že pacienti, od kterých se žádá racionální rozhodnutí na základě

¹⁵¹ HALL, D.E., et al.: Informed consent for clinical treatment, *Can Med Assoc J*, 184(5) (2012), 533-540.

¹⁵² VEATCH, R.M.: Abandoning Informed Consent, *Hastings Center Report*, 25(2) (1995), 5-12.

porozumění nemoci a vlastně i léčby, nemají takové odborné znalosti, aby mohli tomuto požadavku vyhovět. Vytrácí se tak vlastní podstata informovaného souhlasu a zůstává pouze redukováný proces sdělení lékaře následovaný podpisem pacienta.^{153,154} Přes tyto výhrady nelze z různých vážných důvodů informovaný souhlas pominout. K těmto důvodům patří respekt k autonomii pacienta a nutnost konat dobro, chránit soukromí pacienta a neškodit. Cox Whitová a Zimbelman také uvádějí pádný praktický argument: pacienti očekávají, že budeme chtít jejich souhlas s poskytováním léčby, protože v tom vidí vyjádření respektu k vlastní osobě.¹⁵⁵

3.2 Stručná historie a právní kontext informovaného souhlasu

Informovaný souhlas, bez kterého si dnes již nedovedeme představit poskytování zdravotní péče, má chránit zájmy pacientů a účastníků lékařského výzkumu. S nadsázkou lze říci, že historie informovaného souhlasu sahá až do roku 1767, kdy podal pacient žalobu proti dvěma lékařům na základě toho, že jej léčili bez jeho souhlasu.¹⁵⁶ Z roku 1914 je známý výrok amerického soudu, podle kterého „každý zletilý a mentálně zdravý pacient má právo určit, co se smí učinit s jeho vlastním tělem; a chirurg, který provede operaci bez souhlasu pacienta, se dopouští protiprávního činu, za nějž je právně odpovědný“.¹⁵⁷ Potřeba informovaného souhlasu vyplynula i v průběhu Norimberského procesu, který odhalil otřesné případy lékařského experimentování v koncentračních táborech. S ohledem na závěry Norimberského procesu se objevila rudimentární práva pacienta ve dvou dokumentech té doby, Norimberském kodexu z roku 1947 a Všeobecné deklaraci

¹⁵³ SCHNEIDER, C.E.: The best-laid plans, *ibid.*30(4) (2000), 24-25.

¹⁵⁴ PRANATI: Informed consent: Are we doing enough?, *Perspectives in Clinical Research*. October, 1(4) (2010), 124 – 127.

¹⁵⁵ WHITE, B.C.ZIMBELMAN, J.: Abandoning informed consent: An idea whose time has not yet come, *Journal of Medicine and Philosophy*, 23(5) (1998), 477-499.

¹⁵⁶ ŠUSTEK, P.HOLČAPEK, T.: *Informovaný souhlas: Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: APL, str. 6

¹⁵⁷ *Ibid.*, str. 7

lidských práv z roku 1948.¹⁵⁸ I po válce docházelo k poškozování práv člověka v souvislosti s prováděním výzkumu na lidských subjektech. Jedním z nejznámějších případů je Tuskegee Syphilis Study, který probíhal ve Spojených státech amerických v letech 1932 – 1972.¹⁵⁹ Samotný termín informovaný souhlas byl použit až 10 let po Norimberských procesech a významnějšího zájmu se mu dostalo v 70. letech minulého století.¹⁶⁰

V naší zemi je možné dohledat náznak myšlenky souhlasu pacienta s hospitalizací ve vojenském nemocničním řádu z listopadu 1948, podle kterého byl k nastoupení do ústavního ošetřování nutný souhlas nemocného, či jeho zákonného zástupce, pokud byl nemocný mladší 18 let.¹⁶¹ I když se v případě informovaného souhlasu jedná o etický koncept vyjadřující vztah pacienta a lékaře, je nutné jej vnímat i v kontextu české legislativy. V České republice se začal koncept informovaného souhlasu uplatňovat především po ratifikaci Úmluvy Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny v roce 2001. Právní úprava souhlasu s lékařským zákrokem se tak vyskytovala ve dvou dokumentech. V Úmluvě o lidských právech a biomedicíně a v zákonu O péči o zdraví lidu z roku 1966. Oba dokumenty se v podstatě shodovaly v tom, že lékař má poučit pacienta o účelu a povaze poskytované zdravotní péče i každého diagnostického a léčebného zákroku, stejně jako o důsledcích, alternativách a rizicích. Rozdíl byl však v přístupu k rozsahu a způsobu poučení.¹⁶² Náležitosti informovaného souhlasu, včetně toho kdo a komu má podávat informace a žádat souhlas, je poměrně podrobně vymezen v zákoně 372/2012 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. I ve znění tohoto zákona je ustanoveno,

¹⁵⁸ LEINO-KILPI, H., et al.: *Patients autonomy, privacy and informed consent*: . Amsterdam: IOS Press, 2000.

¹⁵⁹ RUSERT, B.: "A study in nature": the Tuskegee experiments and the New South plantation, *J Med Humanit*, 30(3) (2009), 155-71.

¹⁶⁰ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2009., str. 117

¹⁶¹ ŠUSTEK, P.HOLČAPEK, T.: *Informovaný souhlas: Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: API., str. 13

¹⁶² *Ibid.*, s. 16 – 17

že lékař s ohledem na závažnost informace může tuto zadržet, pokud se domnívá, že na základě jejího podání by došlo k újmě pacienta.¹⁶³

Informovaný souhlas je nástrojem ochrany pacienta před neoprávněným zásahem do jeho tělesné a morální integrity. Právo na nedotknutelnost tělesné integrity vyplývá z Ústavy České republiky a Listiny základních práv a svobod, která je součástí Ústavy, i dalších právních norem.¹⁶⁴ Lékaři a sestry si vždy neuvědomují, že poskytování léčby a péče bez souhlasu pacienta je nejen neetické, ale z podstaty výše uvedeného i nezákonné. Informovaný souhlas nemá jen formu písemného dokumentu, ale je vyjádřen i ústně či tzv. konkludentním způsobem.¹⁶⁵ Určitý způsob chování napovídá, že pacient souhlasí s výkonem, a naopak odmítavé chování vyjadřuje nesouhlas. Již tím, že pacient vyhledá lékaře, vyjadřuje minimálně souhlas s tím, že se nechá vyšetřit a očekává i to, že mu lékař poradí, jak situaci řešit. To, jakým způsobem se nechá vyšetřovat a léčit, však již závisí na mnoha faktorech, které mohou způsobit, že se bude názor lékaře a pacienta lišit. Proto je důležité nespolehat se pouze na všeobecný informovaný souhlas s léčbou, který pacient podepisuje při hospitalizaci nebo prvním kontaktu s lékařem, ale podle okolnosti a povahy každého výkonu ověřit, zda, když pacient souhlasil s hospitalizací a léčbou, měl na mysli i tento konkrétní výkon, a pokud ne, zda s ním přesto nyní souhlasí. V každodenní péči není vždy nutné tento proces formalizovat do podoby písemného dokumentu. To, že pacient s výkonem souhlasí, poznáme například podle toho, že dobrovolně natáhne ruku a vyhrne si rukáv, když se chystáme odebírat krev, nebo otevře ústa, když bere lékař do ruky baterku a ústní lopatku. Projevy chování, které napovídají o tom, zda pacient souhlasí nebo nesouhlasí s léčbou, je velice důležité dobře interpretovat zvláště u pacientů zmatených.

Proces informovaného souhlasu musí podle zákona splňovat určité stanovené podmínky. To, že se ne vždy dodržují, má různé důvody. Institut informovaného souhlasu je poměrně nový a přesto, že byl implementován do novelizované verze Zákona o zdraví lidu z roku 1966, který nahradil zákon O zdravotních službách a

¹⁶³ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 6. listopadu 2011. [online]., Paragraf 31, 32 a 33.

¹⁶⁴ ŠUSTEK, P. HOLČAPEK, T.: *Informovaný souhlas: Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: API., str. 22–23

¹⁶⁵ *Ibid.*, str. 37

jejich poskytování z roku 2012, chybí hlubší a dlouhodobá diskuse, ze které by bylo jasné, že informovaný souhlas není jen další z formulářů, které musí pacient při příjmu do zdravotnického zařízení podepsat, ale je především o vztahu lékaře a pacienta. V praxi se tak stává, že vedle nemocnic, kde je podpis pacienta stvrzením toho, že mezi ním a lékařem probíhal rozhovor, na jehož konci došlo ke společnému konsensu, jsou i nemocnice, kde je informovaný souhlas vnímán jako povinnost vynucená zvnějšku, a tak se k němu přistupuje. Výsledkem může být zklamaný a zmatený pacient, který se cítí být méně důležitý než onen podepsaný papír, i frustrovaný lékař, který je překvapen, když nespokojený pacient, který s výkonem souhlasil, později prohlásí, že o zákroku nebyl dostatečně informován. Vypracováním formulářů, i s pomocí právníků, odpovědnost nemocnice nekončí. Tyto formuláře se totiž dostávají k pacientům různým způsobem, který není v souladu s jejich právním i morálním účelem. Pacienti je podepisují před odjezdem na operační sál, kdy jsou již pod vlivem premedikace, v čekárně ambulance, kde čekají na invazivní diagnostický výkon, apod. V obou těchto případech se stává, že jim formulář podá k podpisu sestra s tím, že si jej mají přečíst a podepsat. Ani nemocnice, ani lékař a sestra, a pravděpodobně ani pacient netuší, že takový informovaný souhlas není právně platný. Kromě toho samotný proces postrádá etický rozměr empatie a společné formulace očekávaného cíle.

3.3 Problém kompetence

Proces informovaného souhlasu má především etický rozměr setkání lékaře a pacienta při rozhodování o postupu léčby. Důležitý je však i rozměr právní, který je dovršen podpisem formuláře informovaného souhlasu. Dříve, než k podpisu dojde, musí se však lékař přesvědčit, že je pacient schopen příslušné rozhodnutí učinit. V etice se pro tuto schopnost používá slovo kompetence.¹⁶⁶

¹⁶⁶ V češtině má slovo kompetence jiný význam než v USA, kde institut informovaného souhlasu vznikl. Pro nás je kompetentní ten, komu byla předána nějaká rozhodovací pravomoc. Čeština už však neřeší, zda je pověřená osoba schopna činit správná rozhodnutí. Angličtina má pro pověřeného člověka slovo „authorized“ a teprve pro toho, kdo je schopný činit správná rozhodnutí, užívá termín „competent“. Kompetentní pacient není ten, který je oprávněný dělat rozhodnutí, ale pacient schopný učinit v dané oblasti kvalifikované rozhodnutí.

3.3.1 Kompetence jako schopnost správně se rozhodnout

V souvislosti s informovaným souhlasem v biomedicíně se většinou posuzuje schopnost rozhodovat se o léčbě nebo účasti ve výzkumu. Kompetence se mění v závislosti na charakteru a fázi onemocnění, zejména pokud jde o choroby chronické, s fluktuujícím stavem vědomí, choroby duševní a demence. Změny mohou být postupné a trvalé, nebo kolísají v čase, se změnami nálad a duševního stavu i celkového zdravotního stavu. Starší pacienti mohou být více ohroženi změnami kompetence v souvislosti se zdravotním stavem. Kompetence seniora, který je orientovaný, se může rapidně snížit v průběhu somatického onemocnění, jakým je například zánět močového měchýře nebo dýchacích cest, protože probíhající infekce způsobí zmatenost pacienta. Pokud nejsou rozhodovací schopnosti pacienta v pořádku, nezbyvá lékaři než kompetenci před každým rozhodováním znovu posoudit.

3.3.2 Kompetence a plánování péče do budoucna

Obvykle předpokládáme, že dříve vyslovená přání formulují lidé, kteří jsou kompetentní činit rozhodnutí, a předpokládáme tedy neporušené kognitivní funkce. V posledních letech se v zahraničních zařízeních dlouhodobé péče dostává do popředí koncept plánování budoucí péče (advance care planning). Plánování se často týká pacientů, kteří vykazují známky demence, ale ještě se také dokážou rozhodovat v některých úkonech. Takoví pacienti jsou, pokud je to možné, zahrnuti do plánování péče, jež jim bude poskytována v době, kdy již nebudou kompetentní vůbec.

Aby mohla být i pacientům s problematickou kompetencí přiznána jistá míra autonomie a možnost aplikovat informovaný souhlas pro případ léčby nebo zapojení do lékařského výzkumu, byly vyvinuty nástroje na posuzování kompetence. Pacienti s omezenými kognitivními schopnostmi mají mít stejně jako zdraví lidé možnost profitovat z informovaného souhlasu a je úkolem lékařů, aby ve spolupráci s právníky, psychology, etiky, dalšími odborníky i partnery z komunity, kde pacient žije, těmto pacientům umožnili jejich potenciál využít, dokud je to možné.^{167,168}

¹⁶⁷ STANLEY, B.: Informed consent in psychiatry clinical research: A conceptual review of issues, *Behavioral Sciences and the Law*, 1(4) (1983), 58 – 71.

V odborné literatuře jsou uváděny nástroje, kterými je možné posuzovat kompetenci, včetně běžně používaného Standardizovaného Mini Mental State Examination používaného v kombinaci s jiným testem, který přímo zkoumá, jak pacient rozumí informacím, které jsou relevantní léčbě nebo výzkumu.¹⁶⁹

3.3.3 Možnosti posouzení kompetence

Nástroje hodnocení, které byly vyvinuty k posouzení rozhodovacích schopností pacientů, jsou zaměřeny na jednotlivé složky procesu informovaného souhlasu. Při použití nástrojů se hledají důkazy toho, že pacient rozhodnutí učinil, i v tak minimalizovaném modu jako je kývnutí hlavy nebo zamumlání ano či ne. Na modelu tradičního dělení nástrojů k posouzení kompetence pacienta rozhodovat je možné ukázat, jak posuzovat schopnosti pacienta se senilní demencí, kteří za splnění určitých podmínek mohou splňovat předpoklady pro využití informovaného souhlasu.

1. Schopnost činit rozhodnutí. Pokud pacient dokáže vyjádřit rozhodnutí, říci ano a ne, je podle tohoto kritéria kompetentní. Problém je v tom, že by do této kategorie spadali všichni, kromě těch, kteří trpí tou nejtěžší formou demence. 2. Další kategorií je schopnost porozumění, kdy pacient musí prokázat, že rozumí informacím, které se týkají navrhované léčby (nebo výzkumu). 3. Při posuzování schopnosti racionálně uvažovat se hodnotí kvalita kognitivních procesů. Předpokládá se, že si pacient zapamatuje informace, zváží i rizika a přínos, rozumí podstatě léčby a udělá racionální rozhodnutí. 4. Schopnost posoudit situaci nemoci. Lékař zjišťuje, zda pacient rozumí, že je nemocný, co pro něj nemoc znamená, jaký význam by pro něj znamenala léčba nebo její odmítnutí. 5. Při posuzování schopnosti racionálně se rozhodovat, porovnáváme rozhodnutí pacienta s tím, jak by se v dané situaci rozhodla rozumná osoba.¹⁷⁰

¹⁶⁸ JESTE, D.V., et al.: A collaborative model for research on decisional capacity and informed consent in older patients with schizophrenia: Bioethics unit of a geriatric psychiatry intervention research center, *Psychopharmacology (Berl)*, 171(1) (2003), 68-74.

¹⁶⁹ ETCHELLS, E., et al.: Assessment of patient capacity to consent to treatment, *J Gen Intern Med*, 14(1) (1999), 27-34.

¹⁷⁰ STANLEY, B.: Informed consent in psychiatry clinical research: A conceptual review of issues, *Behavioral Sciences and the Law*, 1(4) (1983), 58 – 71.

Nástroje sice mohou pomoci udělat si obrázek o tom, jak se mění kompetence pacienta, ale mají také svá úskalí. Problémy se mohou vyskytnout například při posuzování toho, co je či není racionální rozhodnutí nebo racionální důvody. O tom, co je racionální, může nakonec rozhodovat subjektivní dojem testujícího. Další problém souvisí s posuzováním schopnosti činit rozumnou volbu. Toto kritérium je velmi důležité hlavně tam, kde je v sázce zdraví a život pacienta, ale zároveň je zatíženo velkým rizikem paternalismu.

Příkladem toho, jak mohou hodnoty lékaře ovlivnit posuzování kompetence pacienta rozhodovat se, může být pacientka, které je osmdesát let, trochu zapomíná, ale jinak vždy vedla samostatný, plodný život, vždy se uměla rozhodovat. Paní má gangrénu nohy a její stav dospěl do takového stadia, že bez amputace hrozí velké riziko smrti způsobené sepsí. Když jí lékaři oznámí, že pouze amputace jí zachrání život, paní s úsměvem odpoví: „Děkuji, ne, chci být pohřbena celá.“ Lékař může v takovém případě uvažovat různě. 1. Přijme rozhodnutí pacientky bez výhrady, protože respektuje její autonomii a nemá důvod zpochybnit její rozhodnutí. 2. To, že pacientka zdůvodnila své rozhodnutí tím, že chce být pohřbena celá, interpretuje lékař tak, že se pacientka rozhoduje v souladu s hodnotou, která konzistentně ovlivňuje její jednání. Bude tedy její rozhodnutí respektovat. 3. Pokud je pro lékaře život nejvyšší hodnota, zpochybní rozhodnutí pacientky na základě standardu rozumné osoby nebo racionálního uvažování. Bude se snažit prohlásit pacientku za nekompetentní a operovat bez jejího souhlasu.

Uvedený test kompetence má tedy určitá úskalí, podle Stanleyové je však možné jej použít i u pacientů s lehčí formou demence, kteří jsou schopni v uvedeném testu kompetence obstát, pokud se jim pomůže. I když si vše nezapamatují dlouhodobě, nemělo by to být překážkou respektu k autonomii. To, že si pacient po nějaké době nevybaví některé informace, neznamená, že nerozuměli informacím a své situaci v době, kdy se rozhodovali.¹⁷¹ Toto je velmi důležité s ohledem na problematiku dříve vyslovených přání u pacientů, kde je jedním z argumentů proti tomu, aby se na dříve vyslovená přání bral zřetel, právě skutečnost, že pacienti v době aplikace již kompetentní nejsou.

¹⁷¹ Ibid.

To, že je člověk starý a trpí psychiatrickým onemocněním, například schizofrenií, jej nemůže automaticky kvalifikovat jako zcela nekompetentního. I dementní pacient se dokáže rozhodnout, zda chce k snídani šálek čaje nebo šálek kávy. Rozhodovací kompetence souvisí s konkrétním rozhodnutím, které se má učinit. Jinak budeme posuzovat pacientovu kompetenci v případě, kdy se rozhoduje o tom, zda si vezme nebo nevezme vitamíny a jinak, pokud jde o akutní operaci slepého střeva. S tím, jak se zvyšuje riziko pro pacienta, zvyšujeme i nároky na jeho schopnosti se rozhodovat.¹⁷² Senioři se schizofrenií vykazují velkou variabilitu ve schopnosti dělat rozhodnutí o účasti ve výzkumu v průběhu času. Jako skupina mají schizofreničtí pacienti horší výsledky než pacienti s jinou psychiatrickou diagnózou, avšak velké rozdíly jsou i mezi pacienty v rámci této skupiny. Pokud se pacientům pomůže, mohou se rozhodovat, nebo se na rozhodování podílet. Kompetence se může zlepšit, pokud selepší proces informovaného souhlasu. Při standardním postupu, kdy se používají formuláře s obsáhlými texty, mají problémy s porozuměním nejen starší lidé a psychiatričtí pacienti, ale vzhledem k náročnosti používaného jazyka, i mladší lidé. Schopnost rozhodovat ovlivňuje jak závažnost psychiatrického onemocnění, tak kognitivní poruchy, či kombinace obojího. Poučením, opakováním a opravováním se schopnost rozhodování může zlepšit. Problém je, když lékaři označí pacienta za nekompetentního pouze na základě toho, že nesouhlasí s jeho rozhodnutím.¹⁷³

Kompetence starých lidí je negativně ovlivněna nejen kognitivními poruchami, ale i v souvislosti s fyziologickými změnami ve stáří a sociálními faktory. I pacienti a klienti komunitních zdravotních a sociálních služeb mohou s pomocí nabýt dostačující kompetenci pro konkrétní úkon.¹⁷⁴ Jiná situace je u osob s pokročilou formou demence. Ty již nejsou schopny ani s pomocí splnit požadavky pro platný informovaný souhlas a vyžadují zástupné rozhodování (substitutive judgment). V případě urgentní situace rozhoduje lékař, pokud nejde o urgentní situaci, je to často příbuzný, nebo jiná osoba, která má platné pověření. Potřeba zástupného

¹⁷² BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2009., str. 112 – 116

¹⁷³ JESTE, D.V., et al.: A collaborative model for research on decisional capacity and informed consent in older patients with schizophrenia: Bioethics unit of a geriatric psychiatry intervention research center, *Psychopharmacology (Berl)*, 171(1) (2003), 68-74.

¹⁷⁴ GRIFFITHS, M.A.HARMON, T.R.: Aging Consumer Vulnerabilities Influencing Factors of Acquiescence to Informed Consent, *Journal of Consumer Affairs*, 45(3) (2011), 445-466.

rozhodování souvisí s nutností plánovat včas péči do budoucna prostřednictvím dříve vyslovených přání. Kompetenci je možné zlepšit používáním dokumentů, které jsou čitelné a psané jednoduchým jazykem; poskytováním informací podle potřeb pacienta; poskytnutím více času; opakovaným poučením a ověřováním stupně pochopení; navozením vztahu důvěry; zapojením příbuzných, kteří znají slovník pacienta a pomohou s vysvětlováním textu informovaného souhlasu.¹⁷⁵

3.4 Informování pacientů

Není možné redukovat informovaný souhlas a už vůbec ne dříve vyslovené přání na pouhé sdělení informace a podpis pacienta. Tento akt zdaleka neobsahuje všechny části informovaného souhlasu tak, jak je popisují Beauchamp a Childress. Základními předpoklady informovaného souhlasu jsou kompetence a svobodné rozhodování. Další součásti jsou podávané informace, doporučení léčby, porozumění pacienta, samotné rozhodnutí, a souhlas s navrhovaným postupem, nebo lépe řečeno se společně formulovaným cílem léčby.¹⁷⁶

Aby se pacient mohl kvalifikovaně rozhodnout pro léčbu nebo pro odmítnutí léčby, potřebuje informace o všech okolnostech jeho choroby. Povinnost informovat pacienta ostatně lékaři dává i zákon. Pro tuto povinnost existují dva důvody. První (deontologický) vychází z obecných lidských práv, druhý je utilitární, jedině informovaný pacient může při vyšetření a léčbě přiměřeně spolupracovat a může dát kvalifikovaný informovaný souhlas všude tam, kde je to potřeba. Při informování nemocných je nutné mít na paměti, že lékař a pacient mají rozdílné vzdělání (pokud není pacientem rovněž lékař), s čímž souvisí i skutečnost, že mají každý své vlastní slovníky. Lékaři by si tedy měli být vědomi toho, že slovům, která používají, mohou pacienti rozumět zcela jinak, než jsou míněna. Stejně tak lékař nemusí rozumět slovům pacienta. Jestliže má mít informace pro nemocného smysl, pak musí být podána tak, aby jí rozuměl. Lékař je zvyklý používat lékařský žargon s množstvím latinských nebo z latiny převzatých výrazů, kterému laik nerozumí. Je tedy potřeba

¹⁷⁵ STANLEY, B.: Informed consent in psychiatry clinical research: A conceptual review of issues, *Behavioral Sciences and the Law*, 1(4) (1983), 58 – 71.

¹⁷⁶ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

podat informace ve srozumitelné češtině. Ve Spojených státech amerických, kde se v souvislosti s velmi pestrým složením obyvatelstva potýkají s velkou negramotností, se obecně doporučuje pro důležité dokumenty používat jazyk absolventa šesté třídy. V naší zemi, kde je vzdělání považováno za vysokou hodnotu, by se to mohlo někomu zdát jako urážející, ale skutečnost je taková, že jazyk medicíny a práva, který se v dokumentech dříve vyslovených přání kombinuje, může být pro většinu lidí příliš složitý. Zejména u starších pacientů potom může docházet k tomu, že aby si zachovali tvář a důstojnost v prostředí, kde je přikládán velký význam intelektuálním schopnostem lidí, nebudou chtít přiznat, že textu nerozumí a raději jej podepíší bez dalšího dotazování.¹⁷⁷

3.4.1 Informování pacientů v kontextu dříve vyslovených přání

Charakter informací, které potřebuje pacient při formulaci dříve vyslovených přání, je stejný jako v procesu informovaného souhlasu. S ohledem na podstatu dříve vyslovených přání je však nutné zvažovat jistá specifika. Rozdíl bude v tom, zda jsme ve vztahu s pacientem, který již má chronické onemocnění, jehož se dříve vyslovené přání týká, nebo jednáme s pacientem, který si přeje vyjádřit preference k péči pro případ, že by se v budoucnu ocitl ve stavu permanentního vegetativního stavu nebo demence. V prvním případě bude pro lékaře jednodušší predikovat možné situace, podat informace o pravděpodobném vývoji nemoci, možných komplikacích a dopadech nemoci na život pacienta. Vzhledem k bohaté etiologii a klinickým projevům stavů bezvědomí bude muset lékař v případě, kdy pacient formuluje dříve vyslovené přání pro případ ireversibilního poškození mozku či bezvědomí, jasně definovat co je kóma, vegetativní stav, persistentní vegetativní stav, permanentní vegetativní stav i stav minimálního vědomí. Pacienti si tyto odlišnosti neuvědomují, což může velmi nepříznivě ovlivnit nejen budoucí interpretaci dříve vyslovených přání, ale také poškodit pacienta, pokud budou přání aplikována doslovně, bez pečlivé interpretace lékařem. Tyto informace však nestačí. Pacient potřebuje vědět, k jakým jiným stavům kromě ireversibilního poškození mozkových funkcí může dojít a jak léčba těchto stavů ovlivní celkový stav pacienta a prognostický výhled, aby se mohl zodpovědně rozhodnout, zda chce například antibiotika pro léčbu zánětu

¹⁷⁷ GRIFFITHS, M.A.HARMON, T.R.: Aging Consumer Vulnerabilities Influencing Factors of Acquiescence to Informed Consent, *Journal of Consumer Affairs*, 45(3) (2011), 445-466.

plic nebo hemodialýzu v případě selhání ledvin. Stejný charakter informací je nutné poskytovat i v případě demencí.

Představme si například 40letého muže, který aktivně sportuje, v létě jezdí na kole, v zimě na sjezdových lyžích. Uvědomuje si rizika obou sportů a na základě nedávné zkušenosti kolegy v zaměstnání, který je po úrazu hlavy nyní v persistentním vegetativním stavu na oddělení chronické intenzivní péče, se rozhodl napsat dříve vyslovené přání, ve kterém by vyjádřil svůj nesouhlas s napojením na umělou plicní ventilaci a umělou výživu, pokud by měl skončit ve stejném stavu jako jeho kolega. Jaké informace a v jakém rozsahu musí lékař podat, abychom mohli říci, že pacient připravil informovaný text dříve vyslovených přání? A je vůbec možné podat „úplné“ nebo i jen „dostatečné“ informace? Můžeme samozřejmě podat informace tak, jak bylo uvedeno výše, ale bude to stačit, aby bylo rozhodování opravdu kompetentní, použijeme-li jako měřítko kompetence rozhodování na základě zvážení odpovídajících informací a porozumění těmto informacím?

Účelem dříve vyslovených přání je vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s určitým typem léčby. Protože taková rozhodnutí mohou výrazně zasáhnout do morální integrity lékaře, pacienta i jeho rodiny, je nutné zjistit, jaké hodnoty stojí za přáním pacienta. Pokud je v pozadí pacientova přání strach z nedůstojného života či nízké kvality života, musíme zjišťovat, co znamená pro pacienta důstojnost jako taková, a podle čeho poměřuje kvalitu života. Klasickým příkladem je člověk, který se bojí života s demencí. V dnešní době zaměřené na výkon, vzdělání a intelektuální schopnosti, mnoho lidí považuje za nedůstojné chovat se způsobem, který se vymyká představám společnosti o chytrém, vzdělaném a moudrém člověku. Při představě, že by je postihlo degenerativní onemocnění, které by narušilo jejich kognitivní schopnosti, budou raději dopředu volit „důstojnou smrt“ tím, že v dříve vysloveném přání označí, že si v případě demence nepřejí být uměle udržováni při životě. Zodpovědný lékař zjistí, co ví pacient o demenci, vysvětlí, jak demence probíhá, jak může ovlivnit schopnosti pacienta a bude zjišťovat, jaký je vztah pacienta k životu jako takovému. Bude se ptát, zda si pacient dokáže představit, jaký je život člověka s demencí z vnitřku, jinými slovy, zda zvážil i tu eventualitu, že pokud bude dementní, nebude si to vlastně uvědomovat, a tudíž mu to možná ani nebude vadit. Může se zdát, že se těmito otázkami a informacemi snažíme pacienta odradit od jeho záměru odmítnout

postupy, které by jej udrželi při životě. To však naším záměrem není, nejde nám ani o manipulaci, ani o paternalistický přístup. Chceme jen upozornit na to, že rozhodování pacientů může být kromě hodnot ovlivněno i falešnými představami, a pokud jim chceme pomoci zodpovědně se rozhodnout, musíme zjistit, na čem se jejich přání zakládají, a předložit možné budoucí scénáře nemoci.

Jednotlivé součásti informovaného souhlasu se navzájem prolínají a nelze je příliš schematicky oddělovat. Od toho, jaké informace pacienti dostanou, v jakém rozsahu a jakým způsobem jim budou poskytnuty, se odvíjí schopnost rozumět současné i budoucí situaci a kompetentně se rozhodovat. Není možné v této práci vyjmenovávat všechny možné situace, které mohou nastat a jaké konkrétní informace potřebuje pacient k tomu, aby bylo jeho rozhodnutí informované, dobrovolné, zodpovědné a racionálně podložené. Je však důležité vědět, že informace, které pacientům lékař podává, ovlivní to, zda se naplní kritéria kompetence, a zda bude možné dříve vyslovená přání později interpretovat a aplikovat tak, jak si to přál pacient. K tomu musíme pečlivě definovat jednotlivé stavy,¹⁷⁸ v případě postupně se vyvíjejících stavů, jako je například demence, zahrnout všechny fáze nemoci, a co může pacient v jednotlivých fázích očekávat nebo si představovat.¹⁷⁹

Dostatečné informace, kompetentní příjemce, porozumění, svobodné jednání, racionální rozhodnutí. To je takzvaná závazná verze informovaného souhlasu (strong version of informed consent). Tento model bere v úvahu pouze informace, kompetenci pacienta a svobodu rozhodování. Pokud jsou tedy pacientovi poskytnuty informace, je kompetentní a může se svobodně rozhodovat, musí nutně dělat racionální rozhodnutí. Pokud nedělá racionální rozhodnutí, není podle tohoto modelu kompetentní, a informovaný souhlas není validní. Problém ovšem je, že do toho, jak pacient informaci porozumí, vstupují další faktory. Podle nezávazné verze informovaného souhlasu (weak version of informed consent) proces porozumění ovlivňuje například způsob podání informací a očekávání pacienta.¹⁸⁰

¹⁷⁸ STONE, J.: *Pascal's wager and the persistent vegetative state*, *Bioethics*, 21(2) (2007), 84-92.

¹⁷⁹ DRESSER, R.: Dworkin on dementia - Elegant theory, questionable policy, *Hastings Center Report*, 25(6) (1995), 32-38.

¹⁸⁰ LIDZ, C.W.: The therapeutic misconception and our models of competency and informed consent, *Behavioral Sciences & the Law*, 24(4) (2006), 535-546.

Bylo například zjištěno, že u lumbální punkce pacienti přikládají výkonu větší riziko, než je vidí podle medicínského hlediska lékař. Skutečné riziko výkonu nemusí korelovat s tím, jak vnímá výkon pacient.¹⁸¹ Stejně je to s pocity. Pacienti vnímají mnohem hůře slovo rakovina než infarkt myokardu, i když je ve skutečnosti infarkt myokardu může ohrozit více. Do rozhodování o tom, zda pacient podstoupí léčbu, vstupují i sociální faktory, mezilidské vztahy a sebereflexe. Například do rozhodování ženy o tom, zda v menopauze podstoupí hormonální léčbu, zasahuje její přesvědčení, že vypadat staře rovná se být ošklivý.¹⁸² Lidé, kteří vstupují do procesu přípravy dříve vyslovených přání, jsou často pacienti s terminálním onemocněním, chronickým degenerativním onemocněním, i klienti zařízení sociální péče. U těchto pacientů se popisuje symptom demoralizace nebo existenciální tísně. Ten může způsobit, že pacient vnímá informace o jejich stavu a prognóze v mnohem horším světle, než ve skutečnosti jsou. To ovlivní i jejich volbu lékařských postupů zaznamenaných v dokumentu dříve vysloveného přání.¹⁸³

3.5 Etické dilema v aplikaci dříve vysloveného přání

Informovaný souhlas je postaven na principu respektu k autonomii nemocného. Dříve vyslovené přání je specifická forma informovaného souhlasu, která umožní činit rozhodování pro budoucí situace. Platnost takto daného informovaného souhlasu je ale komplikována skutečností, že nemocný rozhoduje o situaci, která ještě nenastala.

Základní dilema spočívá v tom, že pacient, ve chvíli, kdy je plně kompetentní, rozhoduje o léčbě v hypotetické budoucí situaci. Při svém rozhodování nemůže znát všechny významné okolnosti té situace, a protože s ní dosud neměl osobní zkušenost, nedokáže si ji představit a adekvátně zhodnotit na racionální úrovni i emoční úrovni. Tím v jeho volbě chybí podstatná složka kompetence, jíž je co možná plné porozumění situaci, které se dříve vyslovené přání týká.

¹⁸¹ EASTON, R.B., et al.: Defining the scope of implied consent in the emergency department, *American Journal of Bioethics*, 7(12) (2007), 35-38.

¹⁸² STOLJAR, N.: Informed Consent and Relational Conceptions of Autonomy, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(4) (2011), 375-384.

¹⁸³ KISSANE, D.W.: The contribution of demoralization to end of life decisionmaking, *Hastings Center Report*, 34(4) (2004), 21-31.

Problémem dříve vysloveného přání je problém kompetence pacienta a interpretace jeho přání. Problém kompetence samotné spočívá v tom, že není možné najít jednotné měřítko, podle kterého by se posuzovala. Hodnoticí nástroje, které jsou v literatuře zaznamenané, se týkají převážně posouzení kompetence pacientů s demencí či psychiatrickým onemocněním. I když se některé z nich ukázaly být použitelné, nebyla jednoznačně stanovena nejefektivnější metoda, která by se dala v obecném měřítku použít.¹⁸⁴ Lékař se tedy buď rozhoduje s velkou mírou nejistoty, nebo pacienta zcela pomine jako autonomní bytost. Protože respektujeme autonomii pacienta v obecných historických, politických a etických souvislostech již v práci pojednávaných, preferujeme, aby se lékař rozhodoval s určitou mírou nejistoty, než potlačil autonomii pacienta. I když pacient v dříve vysloveném přání nepostihne všechny možné situace, bude mít lékař více informací a lepší představu o tom, jak postupovat.

Pokud bychom posuzovali platnost dříve vysloveného přání pouze na základě kompetence nebo spíše nekompetence, protože pacient nemůže porozumět situaci, ve které by byla jeho přání aplikována, museli bychom celý institut dříve vyslovených přání a potažmo i informovaného souhlasu negovat, protože pacient nemůže porozumět situaci, která ještě nenastala, a v případě dříve vyslovených přání možná ani nenastane. Z důvodů, které jsme již uvedli, to však nelze. Za prvé je tu institut informovaného souhlasu proto, aby chránil nedotknutelnost tělesné a morální integrity pacienta. Za druhé považujeme za důležité, aby pacienti měli možnost za určitých podmínek aplikovat informovaný souhlas i na budoucí situace. Pokud chceme vyřešit dilema dříve vyslovených přání, nezbyvá než odhlédnout od schopnosti pacienta plně porozumět, a pracovat s důvody, proč pacient dříve vyslovené přání formuloval tak, jak je formuloval. Těmi důvody jsou hodnoty pacienta. Některé své hodnoty vyjádří explicitně přímo ve svém přání, jiné můžeme identifikovat při jeho interpretaci.

Nejlepším řešením dilematu dříve vyslovených přání je proto práce s textem dříve vysloveného přání hermeneutickou metodou. Předpokládáme přitom, že tato práce nezačíná až v krizové situaci, kdy se lékař rozhoduje o tom, zda je bude respektovat,

¹⁸⁴ GUPTA, U.C.KHARAWALA, S.: Informed consent in psychiatry clinical research: A conceptual review of issues, challenges, and recommendations, *Perspect Clin Res*, 3(1) (2012), 8-15.

ale již při formulaci textu. Ta nemůže být izolovanou akcí pacienta ani formálním procesem klinické konzultace. Lékař a pacient se musí potkat v rozhovoru. Lékař pacientovi vysvětlí podstatu jeho onemocnění či budoucího stavu, který pacient předvídá, že by mohl nastat, a možnosti řešení. Pacient pak lékaři ukáže, kde se dobré medicínské rady dostávají do sporu s jeho osobními hodnotami, co je a co není schopen přijmout. Vzájemně se pak dohodnou na řešení, které umožní zachovat mravní integritu obou. Pacient si zachová smysl svého života a lékař své čisté svědomí. Později, kdy je již lékař v situaci, kdy se rozhoduje, zda bude přihlížet k dříve vyslovenému přání pacienta, setkává se znovu s pacientem, tentokrát však již ne v promluvě tváří v tvář, ale prostřednictvím textu.

3.6 Shrnutí

Tak jako nikdy nemůžeme myslet dopředu všechny možné situace a alternativy, ke kterým může v budoucnu dojít, nemůžeme ani očekávat, že pacient porozumí budoucí situaci, s kterou dosud neměl žádné zkušenosti. Stejně jako u informovaného souhlasu, ani u dříve vysloveného přání nelze předpokládat ideální, plně informovaný souhlas. Informace, které by pacient potřeboval k tomu, abychom jeho rozhodnutí mohli považovat za plně kompetentní, svobodné a racionální, jsou příliš komprehensivní na to, aby bylo možné vše sdělit a vše pochopit. V procesu rozhodování mohou na pacienta působit různé vlivy fyziologického, psychosociálního i spirituálního charakteru, které mohou významně ovlivnit to, jak bude lékař hodnotit jeho kompetenci. Musíme se tedy zaměřit na hodnoty, které vedly pacienta k formulaci dříve vysloveného přání, a na to, jak jsou tyto hodnoty konzistentní.

Mají-li být dříve vyslovená přání nástrojem podpory autonomie pacientů, musí být informovaný souhlas proces, který probíhá v hermeneutickém vztahu lékaře a pacienta. V kontextu splývání horizontů dojde k dosažení informovaného konsensu. Diskursivní dílo, které lékař s pacientem vytvoří, fixují do písemné formy informovaného souhlasu, který je potom právním dokumentem.

Anglický termín informed consent byl do češtiny přeložen jako informovaný souhlas, a v této formě se ujal v etické a právní terminologii. Termín informovaný souhlas je

však zavádějící, protože ve skutečnosti nevystihuje podstatu teoretického institutu, který má v morální i právní rovině podpořit respekt k autonomii pacienta. Termín informovaný souhlas asociuje pouze jeden element celého procesu, jímž je schválení navrhovaného léčebného plánu. To má formu chování, které vyjadřuje souhlas, nebo, v případě písemného dokumentu, podpis pacienta či jeho zákonného zástupce. Můžeme se jen dohadovat, zda tato terminologická nepřesnost přispívá k tomu, že v mnoha zařízeních je celý proces rozhodování o zdravotní péči zúžen na povinné poučení a získání souhlasu pacienta především proto, aby se učinilo zadost zákonným povinnostem. Měl by se tedy používat termín informovaný konsensus, protože ten lépe vystihuje podstatu tohoto konceptu, který je pevně zakotven ve vzájemném vztahu lékaře a pacienta.

4. Interpretace dříve vyslovených přání perspektivou fenomenologické hermeneutiky

Uznáme-li, že dříve vyslovená přání mohou řešit problém aplikace informovaného souhlasu v závěru života, ve svém prvotním záměru především v době, kdy pacient není schopen svoji vůli vyjádřit aktuálně, je nutné zabývat se nejen otázkou podmínek jejich vzniku a přijetí laickou i odbornou společností, ale především otázkou interpretace pojmového obsahu i smyslu takto označených dokumentů. Víme z literatury i z vlastního pozorování, že i v zemích, kde jsou dříve vyslovená přání legislativně zakotvena, nemá pacient vždy zaručeno, že se lékař bude při rozhodování o léčbě a péči v závěru života řídit pokyny uvedenými v dokumentech typu living will.^{185, 186} Důvody, proč tomu tak je, mohou být různé, mnohdy však vyplývají z toho, že do vzájemných vztahů lékaře a jeho pacienta se promítají nejen individuální hodnoty obou zmíněných, ale také hodnoty uznávané společností, ve které k vzájemným interakcím dochází. Kategorie hodnot je předmětem etiky, jejich vlivem na interpretaci textu se zabývá, mimo jiné, i hermeneutika. Podle Payna je spojení etiky a hermeneutiky a aplikace tohoto sepětí v medicíně možné již proto, že pacientovi se musíme snažit porozumět nejen jako organismu v kontextu biologickém, ale i jako člověku, který má duši, jež zasluhuje naši úctu.¹⁸⁷

4.1. K pojmu hermeneutika

Hermeneutika je nauka zabývající se uměním výkladu. Je také označována jako teorie a praxe interpretace a porozumění.¹⁸⁸ Podle Hrocha a Konečné se termín hermeneutika až do dnešní doby užíval v těchto významech: 1. Umění významové interpretace textů; 2. Proces, jehož pomocí lze zjistit hledisko, které podmiňuje

¹⁸⁵ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2009.

¹⁸⁶ BRAUER, S., et al.: Country Reports on Advance Directives. University of Zurich, Zurich (2008) [online].

¹⁸⁷ PAYNE, J.: *Hermeneutická etika. Jeden filosofický pokus o setkání s lidskou bytostí.* Praha: Triton, 1995. str. 8

¹⁸⁸ CHARALAMBOUS, A.: Interpreting patients as a means of clinical practice: Introducing nursing hermeneutics, *International Journal of Nursing Studies*, 47(10) (2010), 1283-1291.

postoj mluvčího k předmětu rozhovoru; 3. Nauka o předpokladech a fenomenologii rozumění a chápání; 4. Metoda rozumění, tj. hermeneutický kruh: od celku k části, od části k celku; 5. Teorie zdůvodňování procesu rozumění; 6. Filosofická metoda rozumění lidskému bytí a bytí vůbec jakožto základ veškerého poznání.¹⁸⁹ Vyjmenované významy poukazují na to, že hermeneutika se vyvíjela jako nauka praktická (umění, proces, metoda), filosofická (význam, předpoklady, fenomenologie, teorie zdůvodňování, teorie rozumění a chápání, rozumění lidskému bytí jako základ veškerého poznání), s prvky psychologického přístupu (hledisko, které podmiňuje postoj mluvčího, rozumění lidskému bytí). Pojem hermeneutika, který se pojí s významem rozumění a výkladu textů, se odvíjí od řeckého slova hermeneuein. To má spojitost s řeckým bohem Hermem, jenž byl v řecké mytologii poslem bohů. Kromě výše uvedených významů tak hermeneutika označovala také vyjádření božských věcí lidskou řečí.¹⁹⁰ Podle Charalambouse a Dermota byl Hermes „*spojkou mezi bohy a lidmi, který říkal pravdu i lež, sváděl na scestí i vedl správnou cestou. Hermes reprezentuje nedůvěryhodné, ale nezbytné pojítko mezi světy.*“¹⁹¹

Hermeneutika nebyla od svých počátků pojímána jako filosofická disciplína, kterou je dnes. V antice se hermeneutika rozvíjela zejména jako teorie interpretace alegorických mýtů, jež byly v době po Aristotelovi chápány jako pobuřující a odcizující se. Nové interpretace se ovšem neobešly bez jistého znásilňování původních obsahů. Ve středověku byla v centru hermeneutického dění interpretace biblických a antických textů. Od dob renesance se utvářela hermeneutika teologická (hermeneutica sacra), filosofická (hermeneutika profana) a právní. Do současné podoby vykristalizovala filosofická hermeneutika zejména v pracích autorů minulého století Hanse Georga Gadamera a Paula Ricoeura. Filosofové, kteří se zabývali různými aspekty hermeneutiky v 19. a na počátku 20. Století (Ast, Schlegel, Schleiermacher a Dilthey), označuje Grondin jako praotce současné hermeneutiky.¹⁹²

¹⁸⁹ HROCH, J., et al.: *Proměny hermeneutického myšlení*. Brno: CDK, 2010., str. 11

¹⁹⁰ Ibid., str. 11

¹⁹¹ CHARALAMBOUS, A.: Interpreting patients as a means of clinical practice: Introducing nursing hermeneutics, *International Journal of Nursing Studies*, 47(10) (2010), 1283-1291.

¹⁹² GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997., str. 13

4.2 Romantické období hermeneutiky

19. století je Grondinem v souvislosti s hermeneutikou označováno jako století romantické., s výrazným posunem od osvícenství a racionálního přístupu ke světu směrem k chápání subjektivnímu v rámci tzv. hermeneutického kruhu. Tento posun ovlivnil Immanuel Kant, podle kterého pokud to, co není v naší mysli, není ani v našem rozumu, znamená, že nás svět je toliko světem fenoménů, věcí, tak, jak se nám jeví a jsou námi zpracovány. Svět věcí o sobě (jako takový) se nám ztrácí v nepoznatelnosti.¹⁹³ Toto učení významně ovlivnilo rozvoj hermeneutiky, protože pokud poznáváme svět skrze subjektivní výklad nebo názor, musíme se zaměřit na subjekt, tedy toho, kdo svět vykládá. Odtud také vychází otázka po dosažitelnosti objektivity ve vědeckém nebo hermeneutickém postupu.¹⁹⁴ Friedrich Ast, předchůdce Schleiermachera, ve svém díle *Základy gramatiky, hermeneutiky a kritiky*, které předložil roku 1808, s odkazem na řeckou filosofii uvádí, že jakékoli porozumění by nebylo možné bez původní jednoty ducha. Veškeré rozumění je všude se poznávající duch a tomuto duchu není nic cizí. Ast vyslovuje myšlenku, že každý jednotlivý projev má být pochopen z celku ducha, každé místo vysvětlováno ze svého záměru a kontextu. Formuluje tak vlastně myšlenku hermeneutického kruhu, i když ji tak nenazývá. „*Základní zákon všeho rozumění a poznání je z jednotlivostí nacházet ducha celku a skrze celek chápat jednotlivé.*“¹⁹⁵ Předchůdce romantické hermeneutiky, Friedrich Schlegel, se snažil obnovit filosofii prostřednictvím autonomní sebereflexe filologie. Zdůrazňoval přitom význam znalosti starověku, protože starověk byl pro něj arénou filologického umění. Člověk podle něj nemohl zcela porozumět ničemu geniálnímu, protože rozumění implikuje převedení na důvěrně známé a srozumitelné, přičemž tento proces s sebou nese vždy jisté pokřivení. Tuto myšlenku od něj převzal nejznámější představitel romantické hermeneutiky Friedrich Schleiermacher.^{196,197}

¹⁹³ KANT, I.: *Kritika čistého rozumu*. Praha: Oikúmené, 2001.

¹⁹⁴ GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997., str. 89

¹⁹⁵ Ibid., str. 90 – 91

¹⁹⁶ Ibid., str. 92

¹⁹⁷ HROCH, J., et al.: *Proměny hermeneutického myšlení*. Brno: CDK, 2010., str. 191

4.2.1 Friedrich Schleiermacher – gramatické a psychologické pojetí výkladu

I když nikdy nepublikoval své myšlenky v podobě uceleného díla, je Friedrich Schleiermacher považován za autora, který položil základy, na nichž byla vystavěna hermeneutika 20. století. Jeho dílo se zachovalo především v podobě vlastních zápisků a přednášek, které se uskutečnily v období mezi rokem 1805 a 1832. Schleiermacher přednesl celkem devět přednášek o hermeneutice. Zpočátku byla jejich předmětem pouze hermeneutika sacra, od roku 1809 hermeneutika obecná. Podle Grondina není Schleiermacherova hermeneutika zcela nová, ve svém díle navazuje na starší hermeneutiku. Poukazuje přitom na výrok, že „každý akt rozumění je obrácením aktu řeči, jelikož si při něm musíme uvědomit, jaké myšlení bylo základem řeči.“¹⁹⁸ Schleiermacherova hermeneutika se zabývá porozuměním smyslu řeči. Na řeč lze nazírat dvěma způsoby, z hlediska aspektu gramatického a aspektu psychologického. Gramatická stránka interpretace se zabývá zejména tou skutečností, že vykládaná řeč je vlastně vyňata z celkového rámce řeči, jež se užívá v dané společnosti. Každý výraz sleduje předem danou syntax či způsob užívání, a je tím něčím nadindividuálním. Jedná se o gramatickou stránku interpretace. Výraz je však zároveň svědectvím individuální duše. Každý používá slova různě, s různým významem, což může znamenat, že nemyslí stejnými slovy vždy totéž. Touto stránkou řeči se zabývá interpretace technická, která bude později přejmenována na psychologickou. Protože je každý výraz také svědectvím o duši, ze které vychází, je cílem duchovní rozumění.¹⁹⁹

Psychologizující je i Schleiermacherovo rozlišení interpretace na laxnější a přísnější. Při laxnější interpretaci dochází k rozumění samo od sebe. Velký podíl na rozumění zde mají naše intuice. Cíl interpretace je v tomto případě vyjádřen negativně, má se zabránit neporozumění. Podle předpokladu přísnější praxe neporozumění nastává samo od sebe a rozumění musí být chtěno a hledáno.²⁰⁰ Podle Gadamera je psychologická interpretace Schleiermacherovým nejvlastnějším přínosem hermeneutice. Píše o divinačním chování, kdy interpret přesadí sebe sama do

¹⁹⁸ GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997., str. 94

¹⁹⁹ *Ibid.*, str. 95

²⁰⁰ *Ibid.*, str. 96

celkového ustrojení spisovatele, uchopením „vnitřního průběhu“ zhotovení díla, nápodobou tvůrčího aktu.²⁰¹ Jak z gramatické tak z psychologické interpretace ovšem vyplývá, že určité riziko nepochopení existuje v podstatě pořád. I když jsme schopni na základě naší intuice rozumět, nebo snad spíše odhadovat, jaký je význam vyjádření druhého, nemůžeme se spolehnout zcela, protože okolnosti, za kterých dílo vznikalo, se mohou odlišovat od našich dosavadních zkušeností, které podmiňují naši intuici. Z předpokladu přísnější interpretace je zcela jasné, že nepochopení je vždy. Podle dřívější tradice hermeneutiky začala snaha o porozumění teprve tehdy, když rozumění narazilo na překážku. Schleiermacher však zaujímá nový, aktivní přístup, když říká, že musíme základní stav věci vnímat a priori jako nepochopení. Před nepochopením se tedy musí mít hermeneut na pozoru od samého počátku snahy o rozumění. Nepochopení nelze nikdy odstranit, i když si myslíme, že se rozumění daří, nemůže být vyloučen zbytek nepochopení. Co to znamená pro člověka, který se snaží interpretovat nějaké dílo (text, řeč, promluvu)? Podle Schleiermachera se musí od samého začátku snažit porozumět řeči, jako by byl jejím původcem – zpětně ji rekonstruovat. Nejde pouze o smysl řeči, jaký jí vkládám já (interpret), ale o smysl, jak se ukazuje z autorova stanoviska, které je nutno rekonstruovat. Schleiermacher doslova píše: „je nutno rozumět řeči nejdřív stejně dobře a pak lépe než její původce“.²⁰² Toto na první pohled vypadá velmi ambiciózně, a můžeme se ptát, zda není reálnější nebo dosažitelnější úkol rozumět autorovi stejně dobře, jako on sám sobě nebo tomu, co psal. Ve snaze porozumění textu musíme k němu přistoupit, a vždy k němu přistupujeme z jiné pozice než autor. Reprodukce je totiž podle Gadamera vždy odlišná od produkce, není možná prostá identifikace s autorem. Proto spisovatelům musíme rozumět lépe, než si rozuměl on sám. V této myšlence, která se objevuje v různých proměnách po celou dobu novější hermeneutiky, podle něj spočívá vlastní problém hermeneutiky.²⁰³ Protože dnes vnímáme složitou osobnost člověka, a máme často pocit, že nerozumíme ani sami sobě, zdá se nám úkol porozumět druhému člověku lépe, než si rozumí on sám velmi těžký, a může na něj snadno rezignovat. Máme přitom na paměti nejen chování člověka, ale různé

²⁰¹ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Návys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010., str. 172

²⁰² GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997., str. 97

²⁰³ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Návys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010., str. 176

texty, které dnes musíme v procesu péče o pacienta interpretovat. Když však Schleiermacher svoji myšlenku formuloval, byla hermeneutika pojmována především v souvislosti s interpretací a výkladem uměleckých děl, literárních, právnických a náboženských textů. Gadamer udává toto zdánlivě paradoxní rčení do souvislosti s rozuměním básnickému dílu. Zaměřuje se na vztah mezi vnější a vnitřní stránkou řeči. Píše o nevědomé produkci, kdy autor textu volí slova a uplatňuje gramatická pravidla, aniž si je uvědomuje, protože v řeči textu a uměleckých prostředcích vlastně žije. Uvědomělá reprodukce, které podrobuje text čtenář, je zaměřena právě na ony aspekty textu, kterým spisovatel podle Gadamera ani při psaní nemohl rozumět, protože si je neuvědomoval.²⁰⁴ Pokud se interpretovi podaří porozumět tomu, co spisovatel mínil a vyjádřil, pokud porozumění nějakému mínění zahrnuje oproti obsahovému výkonu i nějaký přírůstek v poznání, pak teprve můžeme říci, že textu porozuměl lépe než jeho autor. Z uvedených důvodů, mimo jiné, že autor si při psaní nemusí uvědomovat gramatická pravidla a kompoziční formu, ve které je text ukotven, Gadamer vyvozuje, že autor který tvoří dílo, není jeho nejpovolanějším interpretem, jako interpretovi mu nepřísluší žádná principiální přednost v autoritě před pouhým příjemcem.²⁰⁵ Po Schleiermacherovi opakovali formuli i další autoři. Steinthal vnesl do problematiky rozumění textu výraznější psychologickou dimenzi. Filolog může poznáním psychologické zákonitosti prohloubit poznávající rozumění ještě dále a dojít k rozumění chápajícímu. Předpokladem je to, že interpret pronikne k základům kauzality, geneze řečového díla a mechaniky spisovatelského ducha.²⁰⁶ Gadamer však také poukazuje na velmi důležitou věc a totiž, že formule, podle které musí čtenář rozumět textu lépe, než mu rozumí autor sám, může být zneužívána k tomu, aby jí byla ospravedlněna svévolná interpretace. Poukazuje na to, že tento výrok je možné zachytit již u Kanta a Fichteho. Ti nevnímali podstatu formule jako zásadu filologie, ale jako nárok filosofie překonat větší pojmovou jasností rozpory,

²⁰⁴ V pojednání *Člověk a řeč* z roku 1966 Gadamer píše podobně o řeči. „*Přece nikdo, kdo mluví, si doopravdy neuvědomuje své mluvení. Jsou to výjimečné situace, kdy si člověk uvědomí řeč, již mluví.*“ Člověk si uvědomí svoji řeč, až kdy narazí na nějaké slovo, které se mu zdá podivné a ptá se, zda se to tak dá říct. Stejně tak při psaní textu se nám často stává, že si začneme naši řeči všimnout, až když máme potíže najít správné slovo, zamýšlíme se nad tím, které chceme použít a říkáme si, zda správně vyjádří, co chceme sdělit, či se hodí do kontextu celého textu.
GADAMER, H.G.: *Člověk a řeč: (Výbor textů)*. Praha: Oikúmené, 1999.

²⁰⁵ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Návys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010., str. 176 – 177

²⁰⁶ *Ibid.*, str. 177

kteře se nacházejí v určité tezi. Nabádají interpreta, aby text promýšlel, rozvíjel důsledky, které mohou z pojmů používaných autorem vyplývat. Tím dospějí k náhledům, které autor zamýšlel a musel by je sdílet, pokud by myslel dostatečně jasně a rozlišeně. Kdo toto dokáže a lépe porozumí tomu, co autor říká, může poznat sdělované ve světle pravdy.²⁰⁷ Problémem může být názor Schleiermachera, že lepší porozumění neznamena porozumění věcem, o nichž text mluví, ale pouze tomu, co autor vyjadřuje. V odpověď těm, kteří vytýkají Schleiermacherovi, že rezignuje na hledání smyslu, nesnaží se najít pravdu, ale chce pouze porozumět tomu, co autor říká, Grondin trefně poznamenává, že pokud se snaží Schleiermacher nahlédnout vnitřní průběh kompozice, tedy vytváření díla, řeči, neznamena to, že by odhlížel od pravdivostního obsahu řeči. Ba právě naopak. „*Pravdy je člověk účasten jen tehdy, když smýšlí hermeneuticky, tzn., když je připraven prolomit snadný dogmatismus čistě gramatické roviny a vstoupit do duše slova.*“²⁰⁸

Schleiermacher předpokládá, že za každým vysloveným nebo napsaným slovem stojí něco jiného myšleného, co tvoří vlastní cíl interpretování. Protože však co je myšleno, se dáva najevo pouze ve slovech, kterými jsou myšlenky vyjadřovány, nezbyvá než pouze uhadovat, co chtěl autor říci.²⁰⁹ Protože nikdy nemůžeme vyloučit neporozumění, musíme se neustále snažit o pokračující a co nejhlubší proniknutí do věci. Výklad textu tak probíhá v kruhu od jednotlivých článků k celku a od celku k jednotlivým částem. Smysl něčeho jednotlivého vyplývá vždy jen ze souvislosti, a tedy nakonec z celku. Zásada hermeneutického kruhu byla aplikována ve filosofii a teologii již před Schleiermacherem i Astem. Co je u Schleiermachera nové je to, že tvrzení, které dříve platilo pro gramatické porozumění, on používá na psychologické porozumění, které musí každému myšlenkovému výtvoru rozumět jako momentu života v celkové souvislosti tohoto člověka.²¹⁰

Pro aplikaci hermeneutiky v prostředí zdravotnické péče může být velmi inspirativní dialektický aspekt Schleiermacherovy hermeneutiky, nebo jak jej označuje Grondin,

²⁰⁷ Ibid., str. 179

²⁰⁸ GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997., str. 100

²⁰⁹ Ibid., str. 98

²¹⁰ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Návys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010., str. 175

dialogický horizont.²¹¹ Dialektiku Schleiermacher chápe jako umění vzájemného dorozumívání. Protože nám lidem není k dispozici dokonalé vědění, musíme vést mezi sebou a se sebou samými rozhovory, abychom dospěli ke společným pravdám, které prozatím nevyvolávají spory. Cestou rozhovoru nebo výměny myšlenek s druhými můžeme své vědění vydobýt. Protože navzájem komunikujeme i prostřednictvím psaných textů, musíme chtít a umět vést rozhovor i s textem. Tak jako při přímém osobním rozhovoru tváří v tvář klademe otázky a odpovídáme na otázky jiných, musíme i zde, kde autora nemáme před sebou, klást otázky textu (a jeho prostřednictvím autorovi?) a nechat si klást otázky od textu. Schleiermacherovo pojetí hermeneutického kruhu je zasazeno do rámce tohoto dialogu. Nezkoumáme pouze, jak zapadají jednotlivé znaky do celku slov, jednotlivá slova do celku vět a jednotlivé věty do celku textu, ale také jak zapadají jednotlivé události, problémy, překážky, ale i radosti a úspěchy do celku života autora - pacienta.

4.3 Fenomenologická hermeneutika

Interpretace textu nezačíná v okamžiku čtení, ale má přesahy ještě před tento okamžik. Nejedná se jen o to, že v ideálním případě by měl lékař být s pacientem, když text dříve vysloveného přání komponuje, ale především o skutečnost, že již dávno před interpretací konkrétního dříve vysloveného přání probíhají jak u lékaře, tak u pacienta děje, které budou později určovat, jak bude lékař k interpretaci přistupovat.

Podle Martina Heideggera žijeme v jistém porozumění bytí, ale smysl bytí nám zůstává zahalen.²¹² Chceme-li zkoumat smysl bytí (interpretovat je), budeme na něj vždy hledět z perspektivy jeho vlastního předběžného porozumění. Tedy ptáme-li se na to, co je bytí, pohybujeme se v určitém rozumění, co toto „je“ znamená, aniž bychom mohli pojmově fixovat co toto „je“ znamená.²¹³ Samotný fakt, že se na bytí ptáme, znamená, že již nějaké bytí uvažujeme, jinak bychom se na ně neptali. Vždy

²¹¹ GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997., str. 100

²¹² HEIDEGGER, M.: *Bytí a čas*. Praha: Oikúmené, 1996., str. 20.

²¹³ HROCH, J.: *Filosofická hermeneutika v dějinách a v současnosti*. Brno: Georgetown, 1997., str. 39.

máme nějaké porozumění bytí a je třeba se ptát, odkud takové porozumění máme. A protože bytí, které se ptá, již o bytí uvažuje, musí být zdroj porozumění právě u onoho bytí. Heidegger tedy říká, že ptáme-li se, odkud přichází porozumění bytí, musíme se ptát na způsob bytí onoho jsoucna, které otázku klade.²¹⁴ Proces porozumění tak probíhá v ohledu na nás a na věci, které jsou tu pro nás. V onom rozumění je existenciálně zakotven výklad, pomocí něhož uchopujeme svět. Výklad je založen na tom, co je implicitně rozuměno předem.²¹⁵ Důležitým, existenciálně založeným jevem je řeč. Heidegger rozlišuje mezi řečí, která je charakteristická pro autentické bytí, a řečmi, které jinak nazývá tlacháním, žvaněním, které je příčinou neautentického rozumění. Řeči nám totiž umožňují poznávat věci i bez jejich osvojení. Podílejí se na výkladu každodenního pobytu a překážejí novému tázání a každé diskusi. Člověk je jsoucno, které mluví, je odemčené světu, ostatním jsoucnům. Když mluví, může také naslouchat nebo mlčet. Právě naslouchání určuje mluvení a určuje spolubytí člověka. Když naslouchám, jsem otevřen pro druhého. Naslouchám, protože rozumím.²¹⁶

Heideggerovo učení inspirovalo jeho žáka Hanse-Georga Gadamera k vypracování teorie filosofické hermeneutiky, která je založená právě na spolubytí člověka. Podle Heideggera je pro bytí existenciální a nevyhnutné interpretovat, jedná se o apriorní zkušenost. Být člověkem znamená rozumět, interpretovat sama sebe a svět okolo nás. Na tomto předpokladu vybudoval hermeneutiku Gadamer. Za prostředek rozumění a zároveň hlavní způsob bytí spolu považoval řeč nejen v dialogu dvou lidí, ale i v textech. Výklad je součástí našeho každodenního života - chceme-li rozumět zprávě v novinách, chceme-li rozumět divadelnímu představení, chceme-li pochopit gesta policisty řídícího dopravu, musíme nejprve interpretovat. Výklad je součástí každodenního života lékaře i pacienta a může se odehrávat v situacích, které mají mnohem dramatičtější podtext než rozumění zprávě v novinách či divadelnímu představení. Interpretace měla tradičně tři fáze: porozumění (*subtiliti intelligendi*); interpretace (*subtiliti explicandi*) a aplikace (*subtiliti aplicandi*).²¹⁷ Pro Gadamerovu

²¹⁴ PETŘÍČEK, M.: *Úvod do (současné) filosofie*. Praha: Herrmann & synové, 1997., str. 70

²¹⁵ HROCH, J.: *Filosofická hermeneutika v dějinách a v současnosti*. Brno: Georgetown, 1997., str. 40

²¹⁶ *Ibid.*, str. 41

²¹⁷ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Návys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010., str. 269

hermeneutiku je charakteristické jejich vzájemné propojení. Základními prvky Gadamerovy teorie jsou hermeneutický kruh, problém předsudků, časový odstup textu a princip působících dějin. Tyto prvky a jejich uchopení významně ovlivňují, jak se nám daří interpretovat svět okolo nás.

Protože texty, které čteme, vznikly v minulosti, můžeme mít problém uchopit správně jejich význam. Při snaze o interpretaci narážíme na vlastní horizont, který není identický s horizontem neboli dějinnou situací autora textu. Abychom tedy textu porozuměli, musíme se snažit o co nejbližší přiblížení, až splynutí těchto dvou horizontů. Abychom toho dosáhli, musíme se snažit naučit jazyku dokumentu, vědět, co jednotlivá slova znamenají, znát jejich historický kontext ve světle žitého světa autora.²¹⁸ Struktura předrozumění je následující:

1. předvědění, jež tvoří soubor vědomostí, které se vážou k interpretovanému objektu, a které má subjekt interpretace k dispozici v okamžiku, kdy začíná akt interpretace. 2. předporozumění, které je bránou do hermeneutického kruhu a konkretizuje se do podoby konkrétního očekávání smyslu vykládaného objektu. Gadamer vysvětluje: „*jakmile se někomu v textu nabídne nějaký první smysl, utvoří si představu o smyslu celku. A onen smysl se ukáže jen proto, že s očekáváním určitého smyslu už číst začal.*“²¹⁹

Předsudek, neboli předmínění, je vlastně iracionální částí předrozumění. Představuje soubor hodnotových soudů, předsudků, intuitivních soudů, které má každá vykládající osoba směrem k interpretovanému textu.²²⁰

Slovo předsudek má pejorativní nádech, který ovšem, jak píše Gadamer, získal až v době osvícenství, jež dělilo předsudky na předsudky lidského uznání a předsudky unáhlení. Předsudky lidského uznání pocházejí od druhých, od autority. Uznání druhých nebo naše vlastní unáhlení, nedostatečné používání rozumu, nás může vést

²¹⁸ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 171-189.

²¹⁹ HROCH, J., et al.: *Proměny hermeneutického myšlení*. Brno: CDK, 2010., str. 51.

²²⁰ *Ibid.*, str. 53.

k omylu.²²¹ Je důležité si uvědomit, že osvícenství bylo období velkých společenských změn, kdy na filosofické i společenské rovině docházelo k osvobození člověka od církevních a světských autorit, kladl se důraz na svobodu lidské vůle, užívání vlastního rozumu. Pro představitele osvícenství byla autorita zdrojem předsudků, což Gadamer prezentuje na výroku Kanta: „Měj odvahu používat vlastní rozum“.²²² Gadamer však pohlíží na autoritu z jiného úhlu a odmítá pozitivistický příkaz oprostít se úplně od předsudků z důvodu očištění výsledků interpretace od subjektivity. Ve snaze potkat se s horizontem textu se dostáváme do područí jeho autority, ale zároveň můžeme rozumět pouze z našeho vlastního úhlu pohledu.²²³ Člověk si má „být vědom vlastní předpojatosti, aby text sám vystoupil ve své jinakosti a dostal tím možnost uplatnit svou věcnou pravdu proti našemu předchůdnému mínění.“²²⁴ Předpoklad nelze striktně oddělit od předvedení a předrozumění.

K setkávání horizontů dochází v rámci hermeneutického kruhu. Čtenář musí nutně interpretovat v horizontu své vlastní dějinné situace, předpoklady jsou součástí předporozumění, bez kterého by interpretace nezačala. V kruhu se však neocitá pouze interpret, ale i historicky zasazený text. Při interpretaci postupujeme v kruhu ve dvou rovinách. V první, lingvistické, rovině hledáme význam jednotlivých vět, který poznáváme ze smyslu textu jako celku a z významu textu opět cizelujeme význam jednotlivých vět a slov. Ve druhé rovině se zároveň snažíme poznat horizont textu, dějinnou situaci člověka, který text napsal. Porozumění horizontu textu a jeho přiblížení k horizontu interpreta, v ideálním případě splynutí obou horizontů, nám umožní společné porozumění smyslu textu.²²⁵

²²¹ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Návys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010., str. 241

²²² Ibid., str. 241

²²³ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 171-189.

²²⁴ GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997., str. 143.

²²⁵ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 171-189.

Předmínění, neboli předsudky, sice zahajují proces interpretace, ale aby bylo rozumění opravdové, nesmí být interpretace libovolná. Vykladač, který se pohybuje v hermeneutickém kruhu, přezkoumává jejich původ a platnost.²²⁶ Stále při tom musí být zaměřen na věc, kterou je text samotný. Výklad nasazuje s předpojetími, která jsou nahrazována přiměřenějšími pojmy.²²⁷ Aby se interpret neodchýlil od cesty porozumění a nenechal se neustále zavádět libovlnými předsudky a předvěděním, musí si proces interpretace rozvrhnout na jednotlivé fáze a tohoto rozvržení se držet. V průběhu interpretace si ujasňuje pojmy, získává nové pohledy do situace a z toho potom může vyplynout nutnost dalšího rozvrhování a hledání dalších souvislostí. Protože i každý nový význam je možné nahlédnout díky předporozumění, můžeme říci, že „*předporozumění je vstupem i výstupem procesu.*“²²⁸ Postup směrem k lepšímu porozumění zajistí fenomenologická metoda uzávorkování, kdy se snažíme ponechat pouze ty podstruktury, které povedou k lepšímu porozumění a opustit ty, které budou od porozumění odvádět. Aby se interpret – lékař - v kruhu dalších a dalších rozvrhů neztratil, musí mít stále na paměti hlavní úkol, poznat smysl textu tak, aby toto poznání bylo možné aplikovat v konkrétní situaci autora - pacienta.

4.4 Základní pojmy hermeneutiky v kontextu lékařství

Jakýkoli text vždy tvoří nejen jeho struktura v podobě znaků, slov, věcného obsahu, který se vztahuje ke skutečnosti, ale také autor, který těmto znakům dává určitý význam. Pokud chceme textu dobře porozumět, musíme se zaměřit jak na význam řečeného (v případě dříve vyslovených přání na význam napsaného, i když také v tomto případě nám pacient něco sděluje svojí vlastní řečí), tak na osobu autora a jeho záměr (co zamýšlel řečeným sdělit?). V okamžiku interpretace se součástí textu stává i lékař, který se rozhoduje o dalším léčebném postupu. Ten musí vždy umět zdůvodnit. V případě, kdy se rozhoduje, zda brát či nebrat ohled na dříve vyslovená přání pacienta, nabývá toto direktivum na ještě větším významu, protože

²²⁶ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Návys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010., str. 237

²²⁷ *Ibid.*, str. 237

²²⁸ HROCH, J., et al.: *Proměny hermeneutického myšlení*. Brno: CDK, 2010., str. 53.

rozhodování se týká postupů, jejichž provedení či neprovedení může zásadně ovlivnit stav pacienta na kontinuu zdraví – nemoc – smrt. Lékař tedy pečlivě zvažuje, jaké je největší medicínské dobro pro daného pacienta, ale zároveň také morální otázky uznání autonomie pacienta v kontextu vypjaté situace. Lékař, který zpochybní text dříve vyslovených přání a rozhodne se nenaplnit pokyny pacienta, musí umět vysvětlit, proč takto činí. Ke zpochybnění by mělo dojít, pokud vůbec, až po uvážlivém rozboru textu, kdy lékař vyvinul úsilí a snahu maximálně porozumět záměru autora. Avšak vzhledem k tomu, že do výkladu se nutně promítá předporozumění lékaře (ale i pacienta), může být velmi těžké odhalit stoprocentně pravdu pacienta. Velmi náročný úkol pro lékaře formulují v tomto ohledu Šustek a Holčápek ve svém tvrzení, že lékař se může na pacientovo dříve vyslovené přání spolehnout jedině tehdy, když si je jist, že pacient by se v konkrétní situaci rozhodl stejně.²²⁹ To může totiž lékař předpokládat a snažit se dostat pravdě co nejbližší, stoprocentně si však jist nemůže být nikdy. Tato skutečnost však nesmí vést automaticky k tomu, že nebudeme brát na odkaz pacienta ohled.

Člověk je jsoucno, které mluví, je odemčené světu, ostatním jsoucňům. Když mluví, může také naslouchat nebo mlčet. Právě naslouchání určuje mluvení a určuje spolubytí člověka. Když naslouchám, jsem otevřen pro druhého. Naslouchám, protože rozumím.²³⁰ Pro medicínu, kde úspěch léčby se odvíjí kromě jiných okolností i od dialogického vztahu lékaře a pacienta, jsou tyto Heideggerovy myšlenky velmi inspirativní a odrážejí se například i ve výuce komunikace v medicíně.

Hermeneutika se zabývá interpretací textů. Máme-li na mysli psaný text (nebo chceme-li psanou řeč), nabízí se nám příklad dříve vyslovených přání, jež je jeden z mála textů, ve kterém pacient lékaři něco sděluje písemně. Lékař k textu nepřistupuje z neutrální pozice, jeho přístup je poznamenán předrozuměním, kterému ze samotné podstaty bytí nelze uniknout.

Předporozumění zprostředkovává první kontakt lékaře se smyslem textu. Lékař, který zná institut dříve vyslovených přání, má představu o tom, co znamená DNR, si

²²⁹ CÍSAŘOVÁ, D.: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010., str. 28

²³⁰ HROCH, J., et al.: *Proměny hermeneutického myšlení*. Brno: CDK, 2010., str. 41

dokáže představit, jaký může být obsah dokumentu a již dopředu zvažuje, zda bude respektovat dříve vyslovené přání pacienta s ohledem na právní situaci, vnitřní směrnice daného zařízení, aktuální stav pacienta i prognózu jeho stavu.

Předvedění můžeme chápat tak, že lékař, který přistupuje k dokumentu dříve vyslovených přání, bude rozumět odborným termínům, které pacient použije k popisu zdravotních služeb, jež v textu buď požaduje, nebo odmítá. Tím, že poznává slova, která se v textu vyskytují, zachycuje první významy, od kterých se bude odvíjet další porozumění. Čím více se terminologie pacienta přiblíží k terminologii, kterou lékař běžně používá, a která je jednotná napříč lékařskými obory, tím bude pro lékaře snadnější rozumět významu jednotlivých slov a přiblížit se k porozumění významu celku. Pokud se však pacient nevyjádří jazykem, který lékař zná, objevuje se již na začátku překážka v interpretaci.

Velmi významnou roli v interpretaci hraje předsudek. Velkou výzvou pro lékaře v situaci interpretace dříve vyslovených přání jsou zejména ty části textu, které se nevyslovují ke konkrétním lékařským výkonům, ale k hodnotovým preferencím pacienta. Zde se již mohou světy obou aktérů výrazně rozcházet a lékař musí hledat způsob, jak se pacientovu významu přiblížit. Důvodem, proč dochází k neporozumění, jsou naše vlastní předsudky, které se mohou dotýkat eticky sporné problematiky vysazení nebo nezahájení určitých lékařských postupů, léčby bolesti, umělého podávání výživy a tekutin, vnímání kvality života i postojů k otázce autonomie pacienta.

Rovněž pacient, který dříve vyslovené přání sestavoval, přistupoval k textu z pozice svého vlastního historického zasazení. S ohledem na výše uvedené je jasné, že splynutí horizontů neznamená automaticky, že lékař bude textu rozumět stejně, jako mu rozuměl pacient v době, kdy jej psal. Vždy se bude dívat vlastním pohledem, takže i rozumění bude jiné. V ideálním případě bude jeho porozumění lepší a bohatší, než porozumění autora.²³¹ V případě dříve vyslovených přání snad můžeme myšlenku, že porozumění bude bohatší, rozvinout s ohledem na vědomosti a zkušenosti lékaře, který text interpretuje v okamžiku, kdy pacient již není schopen se k obsahu textu vyjádřit. Texty dříve vyslovených přání se vztahují k budoucí situaci,

²³¹ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 171-189.

kteřou pacient může předpokládat na základě zkušenosti s již probíhající a určitým směrem se vyvíjející nemocí, nebo jde o hypotetickou situaci, které se pacient obává a chce i v případě, kdy taková situace nastane, mít kontrolu nad tím, co se s ním bude dít. I když může být pacient v případě první alternativy poučen lékařem a mít poměrně dobřou představu o tom, jak se bude nemoc dále vyvíjet, nemůže nikdy přesně odhadnout, jaká situace se nakonec vyvine. V případě hypotetické situace to platí ještě důrazněji. Lékař se tedy při interpretaci dříve vyslovených přání v situaci, která již nastala, ocitá ve zcela jiné pozici. Jeho porozumění je bohatší o současné vědomosti a zkušenosti, které promítá do posouzení aktuálního stavu pacienta.

Pokud bychom se snažili předsudku zcela zbavit, museli bychom se také zbavit znalosti odborného jazyka, medicínských vědomostí, získaných praktických zkušeností, což by vlastně negovalo možnost interpretace. Pokud do kategorie předsudků zařadíme i osobní a profesionální hodnoty lékaře, dostáváme se na půdu mravní integrity, na kterou by mohl příkaz odpoutání se od předsudků útočit. Zajisté lze souhlasit s tím, že nemůžeme od lékaře požadovat, aby v zájmu objektivizující interpretace jednal v rozporu s vlastním svědomím. V opačném případě však, při rigidním lpění na vlastních morálních předsudcích, může být ohrožena autonomie pacienta a realizace jeho, v dané situaci oprávněných, dříve vyslovených přání. Předsudků se tedy nelze zbavit, ale je nutné si je uvědomit a umět od nich při interpretaci odstoupit, posoudit jejich vliv v konkrétním případě a vzít na milost při neustálém souběžném usilování o přiblížení se k horizontu pacienta či jím vytvořeného textu.

4.5 Hermeneutika v lékařství

Gadamerův model setkávání horizontů je stěžejní pro aplikaci hermeneutiky v medicíně. Svenaeus upozorňuje na to, že ono setkávání a snaha o splynutí vyznívá v medicíně spíše v samotném dialogu, než v textu, na který jsou zaměřeny humanitní vědy.²³² Gadamer se k vypracování hermeneutiky nechal inspirovat učením Heideggera, takže jeho hermeneutika se vyvíjela z ontologie bytí ve světě. Role řeči je zde vyjádřena spíše jako dialogická bytnost, pojmy řeč a rozhovor jsou

²³² Ibid.

zaměnitelné. Gadamer rozlišuje tři rysy, které jsou řeči bytostné. Prvním je sebezapomnění řeči, které souvisí s tím, že si při mluvení neuvědomujeme gramatiku, syntax a další kategorie, kterými se zabývá jazykověda. Vlastní bytí řeči spočívá v tom, co je v ní řečené, skrývá se v ní společný svět, ve kterém žijeme. Druhý bytostný rys řeči zdůrazňuje, že řeč je mezi jedním a druhým, není já, ale my. Pokud budu mluvit jazykem, kterému nikdo nerozumí, nemluvím, protože mi nemá kdo naslouchat. Tento bytostný rys Gadamer označuje jako nepřipoutanost k já. Mluvit znamená mluvit k někomu.²³³ Toto je pro vztah lékaře a pacienta zásadní. Když studentům říkáme, že si musí při rozhovorech s pacienty všimnout, zda jim pacient rozumí, pátrat po náznacích nepochopení a používat k označení pacientových problémů slova, kterým pacient rozumí, máme na mysli právě tento aspekt řeči. Třetím rysem je univerzálnost řeči. Řeč není uzavřená oblast toho, co se dá vyslovit, ale zahrnuje všechno, i neřečené. Vyslovené odkazuje dopředu i dozadu na nevyslovené.²³⁴ Pokud chceme výpovědi rozumět, musíme se ptát i na ono nevyslovené, zjistit, čím jsou výpovědi druhého, odpovědi na naše otázky, motivované.

Otázka rozumění je s řečí bytostně spjata. Nejen veškeré dorozumívání mezi lidmi, ale i proces rozumění má podle Gadamera řečový charakter – nejen mluvené slovo, psaný text, ale i projevy vnímané obecně spíše jako neřečové, nebo spíše mimořečové.²³⁵ V posledních několika letech se objevily v zahraniční literatuře články, jejichž autoři se snaží aplikovat hermeneutickou metodu na rozumění signálům, které vysílá lidské tělo. Lidské tělo chápou jako text, který je možné číst stejným způsobem jako text psaný.²³⁶ Metafora lidského těla jako textu se objevila v souvislosti s přesvědčením postmoderních filosofů, že informace, které lékař o pacientovi získává, jsou neodlučitelně spjata s hodnotami a sociálním prostředím, ve kterém pacient žije. Z toho vyvozují, že lékařství, ošetrovatelství a další zdravotnické

²³³ GADAMER, H.G.: *Člověk a řeč: (Výbor textů)*. Praha: Oikúmené, 1999., str. 27

²³⁴ Ibid., str. 28

²³⁵ Ibid., str. 30

²³⁶ CHARALAMBOUS, A.: Interpreting patients as a means of clinical practice: Introducing nursing hermeneutics, *International Journal of Nursing Studies*, 47(10) (2010), 1283-1291.

obory jsou ve své podstatě hermeneutické disciplíny.²³⁷ Je-li tedy možno medicínu označit jako hermeneutickou disciplínu, je také možné chápat pacienta jako text a číst jej podobně. Daniel s odvoláním na učení Jaspersa a Ricoeura o interpretaci textu uvádí, že text, který je předmětem zkoumání hermeneutiky v medicíně, je „*jakákoli sada prvků, jež tvoří celek a má smysl, který se projeví v interpretaci*“.²³⁸ Dekker k tomu dodává, že stejně tak, jako můžeme číst pacienta, můžeme číst i lidské tělo.²³⁹ Budeme-li vnímat lidské tělo jako text, měníme zásadně tradiční objekt hermeneutického bádání. Pokoušíme se číst text, který nikdo nenapsal, jeho znaky nejsou znaky lidské řeči. Pokud přesto chceme tento „text“ číst, můžeme na problematiku lidského těla jako textu pohlížet dvěma způsoby: 1. Aby mohli lékaři, sestry a další zdravotničtí pracovníci pomoci pacientovi ve stavu nemoci, potřebují neustále informace. Pro úplné porozumění stavu pacienta nestačí informace, které nám pacient sdělí, ostatně v mnoha případech nám je ani sdělit nemůže z důvodu kómatu či pokročilé demence, ale potřebujeme získat i ty, které vysílá jeho tělo. Informací může být teplota, barva kůže, grimasy, které vyjadřují bolest, vysoký krevní tlak, jež může mnohé napovědět o dalších procesech v organismu. 2. Získávání takových poznatků, čtení textu, chceme-li, se neobejde bez vzájemného kontaktu lékaře a pacienta, bez toho, aby je lékař interpretoval. Protože lékař neustále interpretuje slovní výpovědi pacienta, ale i jeho tělesné projevy, můžeme mluvit o hermeneutické zkušenosti. Interpretace v kontextu medicíny se odehrává na pomezí interpretace exaktních dat a textů, které zkoumají humanitní vědy.²⁴⁰

Prakticky myšlenku pacienta jako textu aplikuje americký lékař a filosof Drew Leder. Ten vychází z předpokladu, že pacient jako nemocný člověk (person-as-ill) je ve své podstatě primární text. To, co potom lékař čte, aby rozuměl tomuto primárnímu textu, aby porozuměl situaci pacienta ve zkušenosti nemoci, jsou texty sekundární. 1. Text související s tím, jak pacient prožívá svoji nemoc; 2. Text

²³⁷ Ibid.

²³⁸ DANIEL, S.L.: The patient as text: a model of clinical hermeneutics, *Theor Med*, 7(2) (1986), 195-210.

²³⁹ DEKKERS, W.: Hermeneutics and experiences of the body. The case of low back pain, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19(3) (1998), 277-93.

²⁴⁰ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *ibid.* 21(2) (2000), 171-189.

narativní, který vychází z toho, jak pacient popisuje zkušenost nemoci; 3. Text těla, čili příznaky, které čte lékař v průběhu fyzikálního vyšetření; 4. Instrumentální text, který se skládá z obrazů a čísel získaných při vyšetření pacienta za použití lékařské technologie.²⁴¹ Dalo by se říci, že tato představa odpovídá principům holistické medicíny a péče, která se snaží pojmout potřeby pacienta v dimenzi tělesné, psychické, sociální i spirituální. Zároveň klade na lékaře velké požadavky. Aby lékař mohl takto důkladně přečíst a interpretovat text pacienta v kontextu jeho nemoci, musí mít vědomosti a dovednosti z oblasti přírodních věd, klinické medicíny i věd humanitních. Výuka na lékařských fakultách je však mnohem více zaměřena na předměty přírodovědné a klinické než na předměty humanitní. Vzhledem k zaměření povolání lékaře, které souvisí s textem příznaků a textem obrazů a čísel, je pochopitelné zaměření směrem k přírodním vědám. Vzhledem k dovednostem, které lékař potřebuje k tomu, aby mohl číst první dva jmenované texty, to jak pacient nemoc prožívá a popisuje, je však zastoupení humanitních předmětů nedostatečné.²⁴² S ohledem na tezi, že medicína je ve své podstatě hermeneutická činnost, se tedy můžeme ptát, zda jsou lékaři dobře připraveni na roli interpreta pacienta jako textu, a zda uvedené koncepce odpovídají činností lékaře v prostředí a podmínkách současné lékařské praxe, přeneseně tedy, zda by je samotní lékaři přijali jako filosofické východisko jejich práce. V odpověď na druhou otázku se snad můžeme domnívat, že když si lékaři v reakcích na kritiku, že se dostatečně nevěnují komunikaci s pacienty, stěžují na systémové podmínky, které jim neumožňují věnovat dostatek času rozhovorům s pacienty, nezavrhují tím ve většině případů samotnou koncepci holistické medicíny a lékaři bytostnou roli naslouchat a rozumět. Tím by totiž popřeli samotný princip lékařství, jímž je pomoc druhému člověku v nouzi nemoci.²⁴³ Nicméně výzkumy ukazují, že pokud bychom měli na otázku po připravenosti lékařů interpretovat pacienta jako text odpovědět s ohledem na jejich komunikační dovednosti a postoje, které jsou nezbytným předpokladem pro

²⁴¹ LEDER, D.: Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine, *Theor Med*, 11(1) (1990), 9-24.

²⁴² Šimek uvádí, že humanitní vědy tvoří jen 5 – 7% výuky na lékařských fakultách. Filozofické základy lékařské etiky; ŠIMEK, J.ŠPALEK, V.: *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003.

²⁴³ I od uchazečů o studium medicíny v průběhu přijímacích zkoušek často slyšíme, že si vybrali medicínu proto, aby mohli pomáhat lidem.

porozumění toho, jak pacient nemoc prožívá, museli bychom odpovědět záporně.²⁴⁴ Úspěšné zavádění dříve vyslovených přání do praxe tedy bude vyžadovat nejen znalost právní a etické stránky dané problematiky, ale také zlepšení komunikačních dovedností lékařů.

Základní otázkou ale zůstává, jak je možné aplikovat teorie, které byly vypracované v souvislosti s interpretací textů psaných, tedy textů literárních, na interpretaci „textů“, které vnímáme v medicíně i v humanitních vědách ve zcela jiném kontextu. Autoři uvedených článků se odvolávají na Ricoeura a hermeneutickou funkci odstupů.^{245, 246} Pokud by však tuto podmínku interpretace textu aplikovali doslovně na oblast medicíny a ošetrovatelství, hrozilo by riziko, že se sice budeme snažit přechít pacienta skrze jeho tělesné znaky (budeme vlastně sledovat strukturu textu), ale pacient samotný se nám z našeho pohledu vytratí. Jak lékař, tak sestra nemohou odstoupit od pacienta, aby mu rozuměli, ba právě naopak, musí „být“ s pacientem. Musíme dát pozor, aby při pokusech obohatit teorii medicíny a ošetrovatelství o další filozofické přístupy, nedocházelo zároveň paradoxně k negaci těch koncepcí, které jsou považovány za zásadní například z hlediska etiky péčování. Svenaeus argumentuje tím, že tělo pacienta žije a klinický dialog se mluví, ale ani tělo ani dialog není napsán. Neodpovídá tedy Ricoeurovu pojetí textu, jímž je diskurs fixovaný v písmu.²⁴⁷ Gadamer neřečovými projevy, které je možné interpretovat, myslel spíše smích, pláč, mimiku. Projevy, které vyjadřují duševní rozpoložení člověka. Naproti tomu údaje o projevech těla pacienta, které jsou zapsané v chorobopisu, nejsou takového charakteru, aby vytvářely text, jenž by umožňoval kritickou analýzu a porozumění, ale spíše vede k redukcujícímu porozumění, ve kterém pacient nemá místo. Chorobopis je místo, kde se zapisuje a oznamuje.²⁴⁸

²⁴⁴ PTÁČEK, R., et al.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011., str. 40 – 41

²⁴⁵ CHARALAMBOUS, A.: Interpreting patients as a means of clinical practice: Introducing nursing hermeneutics, *International Journal of Nursing Studies*, 47(10) (2010), 1283-1291.

²⁴⁶ DANIEL, S.L.: The patient as text: a model of clinical hermeneutics, *Theor Med*, 7(2) (1986), 195-210.

²⁴⁷ V kratší stati Úkol hermeneutiky Ricoeur používá termín diskursivní dílo fixované v písmu. RICOEUR, P.: *Úkol hermeneutiky*. Praha: Filosofia, 2004., str. 35

²⁴⁸ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 171-189.

Podle Svenaeuase, který navazuje především na odkaz Gadamera, tedy není vhodné aplikovat hermeneutiku Paula Ricoeura do lékařské praxe, protože nenachází v klinickém prostředí texty, které by mohly být čteny v kontextu jeho učení. Chorobopis, case report, kazuistika, podle něj neobsahují informace, které by umožňovaly odstup.

Je však jeden typ textu, který bychom mohli považovat za text ve smyslu diskursivního díla, a tím je dříve vyslovené přání pacienta. Kde jinde než při interpretaci dříve vyslovených přání dochází v medicíně k tak zásadnímu dialogu mezi lékařem a pacientem prostřednictvím interpretace textu, jehož časový odstup je daný nejen dobou, která uplynula od napsání textu, ale především zásadním rozdílem v uvědomování si současných okolností, současného děje u lékaře a pacienta. Je rozhodně lákavé obracet se při tom k odkazu Schleiermachera a jeho tezi, že pokud chce interpret dojít porozumění, musí rozumět autorovi lépe, než si rozuměl autor sám. Mohlo by k tomu svádět i již zmiňované přesvědčení některých právníků, že lékař se může spolehnout na dříve vyslovené přání pacienta pouze tehdy, když si je jist, že pacient by se v konkrétní situaci rozhodl stejně, protože i v takovém případě musí autorovi rozumět minimálně stejně, jako si rozuměl autor sám, v ideálním případě pak ještě lépe. K tomu ovšem nestačí pouze to, že lékař rozumí lépe aktuální zdravotní situaci pacienta. Dnešním jazykem bychom řekli, že lékař musí být empatický, aby mohl co nejlépe interpretovat text nabitý explicitně i implicitně vyjádřenými hodnotami, jež jsou neodlučně spjaty s pohledem pacienta na dobrý život, dobré umírání, dobrou smrt. Empatický jak v době vzniku dokumentu, tak v době jeho možné aplikace. Lékař pacientovi naslouchá a jeho příběh jej ovlivňuje. Gadamer to popsal tak, že „*bytí v rozhovoru znamená být vně sebe, myslet společně s druhým a vracet se k sobě jako k jinému*“.²⁴⁹ I když současné výzkumy ukazují, že ne všichni lékaři zvládají dobře komunikaci s pacienty a jejich blízkými, samotná podstata lékařské profese, dialogický vztah pacienta a lékaře, činí z medicíny hermeneutickou disciplínu.

²⁴⁹ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda II: Dodatky a rejstříky*. Praha: Triáda, 2011., s. 307

4.6 Fronésis v centru lékařské hermeneutiky

*“Lidé mají osobnost a charakter, žijoucí minulost, rodinu, žijoucí minulost rodiny, kulturní prostředí a společnost, role, vztahy s druhými, politickou dimenzi, aktivity, každodenní zvyky, podvědomou existenci, tělo, tajemství, budoucnost, ve kterou věří, a transcendentální dimenzi.”*²⁵⁰

Slova Erica Cassela dobře vystihují, co všechno chce pacient sdělit lékaři během setkání s ním. Setkání, které může být tváří v tvář, ale také prostřednictvím textu dříve vyslovených přání. Není obvyklé, aby se lékaři na všechny uvedené skutečnosti, které spoludotváří příběh pacientovy nemoci, ptali a aktivně se o ně zajímali. Pokud bychom vnímali medicínu jako praktickou disciplínu ve smyslu aristotelovského techné, jak píše Hofmann,²⁵¹ snad by lékaři stačilo zaměřit se při vyšetření pacienta na ty aspekty jeho výpovědi, které se týkají funkcí těla a pacientem vnímaných odchylek od toho, co považuje za normální. V situaci terminálního onemocnění a interpretace dříve vyslovených přání však lékař potřebuje vědět mnohem více. Položky, které Cassel vyjmenovává, není možné poznat pouze s použitím klasických diagnostických postupů a lékařské technologie. Mnohé z nich mohou být vyjádřeny a popsány pouze vyprávěním, a bez obohacující interpretace lékařem tvoří vlastně nehotový příběh. Interpretace vyžaduje nejen hermeneutické dovednosti, ale i hermeneutické ctnosti. Mravní vědění, frónésis, je v centru Gadamerovy hermeneutiky.

Aristotelés pojednává o frónésis v protikladu k epistémé a techné. Epistémé je vědění univerzálních pravidel, souvisí s vědeckými poznatky, medicínou založenou na důkazech. Techné je zručnost, technická dovednost, která zahrnuje umění a řemesla. Formou techné je například chirurgie. Techné učí, jak provozovat řemeslo a epistémé

²⁵⁰ SCHLEIFER, R.: Narrative Knowledge, Phronesis, and Paradigm-Based Medicine, *Narrative*, 20(1) (2012), 64-86.

²⁵¹ Hoffman argumentuje, že idea techné může být základem teorie moderní medicíny, přístupem k řešení současných konceptuálních problémů. Techné popisuje podle Corpus Hippocraticus: 1. Specifickým předmětem medicíny je nemocné lidské tělo. 2. Cílem medicíny je uzdravovat a pomáhat pacientovi. 3. Produktem medicíny je zdravý konkrétního. 4. Medicína zkoumá své základní principy a podává racionální zdůvodnění pro své činy. Medicína je zaměřená především na léčbu nemocného těla.

HOFMANN, B.: Medicine as techné - A perspective from antiquity, *Journal of Medicine and Philosophy*, 28(4) (2003), 403-425.

určuje pravidla, podle kterých se řemeslo provozuje. Co bude produktem, však určuje frónésis.²⁵² Frónésis, schopnost rozvažovat správné cíle chování v konkrétní situaci a udělat moudré rozhodnutí, je zásadní při etickém rozhodování. Pro Aristotela byl moudrý člověk ve smyslu frónésis spíše politik, který rozhodoval ve složitých případech, kdy stávající zákony neposkytují dostatečnou radu nebo návod, jak správně rozhodnout. Také tehdy, když chceme, aby rozhodnutí vedlo ke správnému jednání a dobrému životu jako takovému, a ne pouze k získání nějaké věci, jako je například zdraví. Podle některých autorů neodpovídá charakter dovedností lékaře pojetí frónésis, ale techné.²⁵³ I když je medicína spíše příkladem techné než frónésis, můžeme podle Svenaeuse i tak ideu frónésis aplikovat na dnešní lékařskou etiku. Aristotelés na jedné straně chápe medicínu jako praktickou ctnost techné, kde dovednosti jsou jiné, než ve filosofii nebo v matematice, na druhé straně se těmto dovednostem lékař musí učit dlouhou dobu, což odpovídá pojetí frónésis. Výsledkem činnosti lékaře, který používá technické dovednosti, jsou vlastně etické ctnosti a dobrý život (eudaimonia), o které usiluje frónésis.²⁵⁴

Podle lékařské hermeneutiky je lékařská praxe interpretativní setkání lékaře a pacienta, jehož cílem je navrátit zdraví. Podle Aristotelova pojetí je frónésis známkou dobrého lékaře, který prostřednictvím interpretace pacientova příběhu pozná, co je nejlepší pro konkrétního pacienta v konkrétní situaci.²⁵⁵ Jak Svenaeus tak Hofmann píšou o frónésis v souvislosti s cílem medicíny navrátit pacientovi zdraví nebo udržet pacienta ve stavu dobrého zdraví. V této práci však pojednáváme o pacientech, u kterých navrácení zdraví již není možné, a úkolem medicíny je spíše eliminovat utrpení, a pomoci pacientovi zemřít způsobem, který on považuje, nebo v minulosti považoval, za důstojný. V mnoha případech pacient ani není schopen svůj příběh vyprávět přímo, ale podává jej lékaři skrze text.

²⁵² FRANK, A.W.: Asking the right question about pain: Narrative and phronesis, *Literature and Medicine*, 23(2) (2004), 209-225.; str. 209

²⁵³ WARING, D.: Why the practice of medicine is not a phronetic activity, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 139-151.

²⁵⁴ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of phronesis, *ibid.*24(5) (2003), 407-431.

²⁵⁵ *Ibid.*

Svenaesus se zabývá problematikou frónésis v medicíně v souvislosti s Gadamerovou hermeneutikou. Té je vlastní dialog mezi dvěma lidmi, kteří se snaží o vzájemné porozumění v řeči. V lékařském prostředí je cílem dialogu dohodnout se na tom, jaké má pacient potíže a jak je bude lékař léčit. Lékař tedy potřebuje správně interpretovat, co mu pacient říká, aby mohl poskytnout správnou léčbu. V otázce přesnosti interpretace Svenaesus vychází z toho, jak Gadamer pracuje s frónésis jako s hermeneutickou ctností. Tak, jako se v mravním vědomí nemůže jednat o přesnost nejvyššího stupně, jako v případě matematiky, tak není cílem hermeneutiky správné rozumění, ale dobré rozumění. Dobré čtení, spíše než správné čtení.²⁵⁶ K otázce dialogu a textu můžeme dodat, že pokud budeme vnímat text dříve vyslovených přání jako diskursivní dílo fixované v písmu, týkají se uvedené cíle dialogu i těchto dokumentů. Zde můžeme narazit na problém vědeckého založení současné medicíny. Lékaři jsou vzděláváni zejména v postupech, jež přinášejí objektivní poznatky, a je pro ně důležité, aby mohli nejen objektivizovat výsledky svých vyšetření, ale také aby výsledky jejich konání mohli být objektivně hodnocené. Otázkou tedy je, nakolik se smíří s tím, že jejich porozumění textu dříve vyslovených přání nebude nikdy vzhledem k mnohobarevným horizontům všech zúčastněných zcela přesné, i když bude dobré. Zastánci objektivismu v narativním přístupu tvrdí, že není možné vymýšlet si libovolně příběh pacientovy nemoci. Potřebujeme správná fakta a relevantní etické principy a pravidla. Podle Schultze a Flasherové, se tato fakta utváří již v diskursu, když dáme prostor otázkám a odpovědím, které osvětlují pravdu o prožívání nemoci u konkrétního pacienta. To, zda pravdu odhalíme, záleží na formulaci a interpretaci příběhu, ne na pouhé kalkulaci faktů.²⁵⁷

Cílem lékaře hermeneuta v pojetí frónésis je usilovat v dialogu s pacientem o dobrý život. Heideggerova fenomenologie zdůrazňovala osamělou autentičnost bytí. Gadamer, který se odkazuje na Aristotela,²⁵⁸ ve své hermeneutice zdůrazňoval bytí s

²⁵⁶ Ibid.,

²⁵⁷ SCHULTZ, D.S. FLASHER, L.V.: Charles Taylor, Phronesis, and Medicine: Ethics and Interpretation in Illness Narrative, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(4) (2011), 394-409.

²⁵⁸ Aristotelés spojoval frónésis s muži, kteří se starají o blaho své i blaho druhých. Když vymezuje rozumnost (frónésis) od vědění (epistémé) a tvoření (techné), píše, že „...rozumnost je s pomocí úsudku pravdivým, prakticky činným stave ve věcech, které jsou pro člověka dobré a zlé. ...Proto Periklea a muže jemu podobné pokládáme za rozumné, že dovedou rozeznat, co jest dobré pro ně a pro lidi: domníváme se pak, že taková jsou odborníci v hospodářství a v politice.“ ARISTOTELÉS: *Etika Níkomachova*. Praha: Rezek, 2009., str. 140

ostatními. Text, fixovaná promluva, je ve své podstatě fundamentálně dialogický, takže hermeneutika se ve své nejčistší podobě nachází v živoucích rozhovorech mezi skutečnými lidmi. Cílem klinického setkání je vzájemné porozumění zaměřené na zdraví pacienta, lékaři se stávají hermeneuty zdraví a nemoci. Vztah, který vzniká, je vztahem asymetrickým nejen s ohledem na informace, které oba mají, ale i v souvislosti s tím, že pacient je ten, který je v tísní, a je závislý na pomoci lékaře. Tato asymetrie vyžaduje od lékaře empatii, schopnost vžít se do pacientovy situace. Porozumění musí být sdílené i nezávislé zároveň. Chceme rozumět, abychom mohli uzdravovat, protože uzdravení je dobrá věc (hodnota).²⁵⁹ Chceme také porozumět, abychom dokázali pomoci pacientovi v závěru života, kdy uzdravení již není reálným. Místo uzdravení ale můžeme usilovat o zajištění pohody, komfortu, absenci strádání. Cílem bude optimální stav well-being. Snad můžeme i říci, že cílem interpretace dříve vyslovených přání bude jak dosažení dobrého života – well-being, tak i dobré smrti. Dříve vyslovená přání totiž neobsahují vždy jen negativní vymezení postupů, které si pacient nepřeje, ale i péči a léčbu, kterou naopak požaduje.

Fronésis je základní hermeneutická ctnost. Je to schopnost morálně se rozhodovat, uplatňovat ctnosti v praktickém každodenním rozhodování, kde nejde jenom o abstraktní pravdy, ale i o konkrétní dobro. Moudrý lékař ví, co je správné udělat pro konkrétního pacienta v konkrétní situaci a ví to, protože získal zkušenosti v praktickém světě medicíny.²⁶⁰ Jedním z nejvíce diskutovaných přístupů k řešení etických problémů je aplikace abstraktních principů na konkrétní případy, jež se ukázala být ne vždy zcela možnou.²⁶¹ Přístupy, které jsou založené na frónésis, zdůrazňují bohatost zkušenosti lékařské praxe. Protože se však frónésis neobjeví sama od sebe jenom proto, že máme nějakou praxi, a protože není možné zcela zatratit normativní principy, potřebujeme podle Svenaeuse jiný přístup. Takový, který více odhalí, více vysvětlí v klinickém prostředí. Tím přístupem může být

²⁵⁹ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of phronesis, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24(5) (2003), 407-431.

²⁶⁰ Ibid.

²⁶¹ SCHULTZ, D.S.FLASHER, L.V.: Charles Taylor, Phronesis, and Medicine: Ethics and Interpretation in Illness Narrative, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(4) (2011), 394-409.

fenomenologická hermeneutika. Gadamer nám ukazuje, jak přistupovat filosoficky k lékařské praxi. 1. Čerpá z Aristotela, na rozdíl od něj ale říká, že lékařská praxe je více frónésis než techné. Gadamer říká, že je důležité se vracet k odkazu antiky, abychom osvětlili strukturu a cíle medicíny současné. 2. Filosofii pro medicínu je fenomenologie. Smrt, život, tělo, duše, úzkost, svoboda a zdraví, to jsou fenomény, které popisoval Heidegger. Heideggerova a Gadamerova filosofie jsou pevně zakořeněné v aristotelském způsobu přemýšlení.²⁶²

Fronésis má kořeny v přátelství, v komunitě společnosti. Cílem dialogického setkání je hledání pravdy, směřování k dobrému životu. Dobrý život však může být pro lékaře příliš obecný. Budeme-li jej konkretizovat na zdravý život, jako jeden z předpokladů dobrého života, můžeme mluvit o medicíně jako o praxi založené na frónésis. Teorie ctností může být jedna cesta, fenomenologická hermeneutika je druhá. Ale fenomenologie a hermeneutika medicíny musí být vypracovaná do detailů, aby mohla zkoumat bohatou zkušenost nemoci, zdraví a lékařské praxe. Fronésis sama o sobě nemůže poskytnout základ lékařské praxe. Pacient přichází do ordinace s různými problémy, různými představami o tom, co mu je, co by chtěl od lékaře. Tomu musí lékař rozumět. Proto se v poslední době vyvíjí model komunikace a péče zaměřené na pacienta. Předpokladem dobrého hermeneuta ve smyslu frónésis jsou lékařské zkušenosti, ale i komunikační dovednosti. Potřebuje poznat zakotvení svého pacienta, což zahrnuje pacientovu vlastní interpretaci jeho situace a jeho specifická přání. Pokud lékař uzná, že pro pacienta bude nejlepší, když nebude dělat to, co chce dělat, musí být i toto předmětem rozhovoru, s ohledem na perspektivu pacienta. Zároveň ovšem musíme dát také pacientovi najevo, že ho slyšíme, že si uvědomujeme jeho vlastní názor. Nemusí být vždy jednoduché s pacientem pracovat, ale lékař musí být otevřený horizontu pacienta. Svenaeus se vrací k odkazu Emanuela Lévinase. Tvář druhého lékaři zakazuje vnucovat pacientovi jeho vlastní interpretaci pacientovy žité zkušenosti se zdravím a nemocí. Pokud má být setkání etické, musíme k druhému přistupovat v jeho absolutní jinakosti. Pro praxi se to může jevit jako příliš nekompromisní požadavek, ale lékaři poskytuje důležitý návod. Setkat se s pacientem znamená setkat se s jeho světem. Dosáhnout porozumění pouze prostřednictvím světa medicíny a spoléhání se pouze na

²⁶² SVENAEUS, F.: Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of phronesis, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24(5) (2003), 407-431.

biologický model poznání na úkor většího porozumění každodenního světa, horizontu pacienta, může být nebezpečné. Lékař nemůže používat pouze objektivní a ověřené klinické postupy, které nabyl zkušenostmi, protože každý pacient je jiný. Moudrý lékař musí toto vědět a být této jinakosti otevřený.²⁶³

O otevřenosti lékaře píše i Schultz a Flasherová. Východiskem pro pojetí klinické frónésis, zejména pro formulaci a interpretaci pacientova příběhu, je pro ně filosofická hermeneutika Charlese Taylora. Taylor chápe interpretaci jako proces zahrnující řeč a diskurs. V tomto diskursu člověk dává tvar a hloubku své žité zkušenosti a poznává vlastní identitu. Tyto procesy jsou základní elementy rozvoje odpovědného člověka. Pro Taylora je důležitá reflexe našich vlastních emocí a tužeb, která nás zavede do samého centra našeho vlastního já, ukáže, jaký život žijeme, jací jsme, nebo jací bychom chtěli být. Pokud chceme nahlédnout a popisovat realitu nově a jasněji, musíme se jí otevřít.²⁶⁴

Aristotelovy antické ctnosti jsou i dnes velmi aktuální. Arthur W Frank přirovnává epistéme k hlavě, techné k ruce a frónésis k srdci. Frónésis jako srdce překonává rozum. Frónésis je podle něj takový typ znalosti, pro který současná angličtina nemá equivalent. Problém, který s tím souvisí, spočívá v tom, že současná společnost si neuvědomuje, že frónésis je nezbytná pro to, abychom v sobě dovršili lidství. Důsledkem je skutečnost, že lidi k frónésis nevychováme.²⁶⁵ Troufám si tvrdit, že stejný problém, který vidí Frank v souvislosti se zapomněním významu slova frónésis v současné angličtině, je možné aplikovat i na českou společnost. Je především úkolem škol, které připravují lékaře a další zdravotnické profesionály, aby se snažili v tomto směru o nápravu.

²⁶³ Ibid.

²⁶⁴ SCHULTZ, D.S.FLASHER, L.V.: Charles Taylor, Phronesis, and Medicine: Ethics and Interpretation in Illness Narrative, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(4) (2011), 394-409.

²⁶⁵ FRANK, A.W.: Asking the right question about pain: Narrative and phronesis, *Literature and Medicine*, 23(2) (2004), 209-225.

5. Konkrétní řešení dříve vyslovených přání

Dříve vyslovená přání se pod názvem living wills (v současné době i Five Wishes) v USA používají od roku 1969, v Evropě (UK) byly tyto dokumenty poprvé představeny o deset let později. Za dobu svého trvání se jim dostalo přijetí i velké kritiky nejen ze strany zdravotníků, ale i laické veřejnosti. Obsah těchto dokumentů se postupně měnil od velmi vágních formulací a obecných pokynů, které se omezily na neurčený stav, kdy pacient nebude schopen vyjádřit svá přání, a žádost, že nechce, aby v takovém případě byl jeho život prodlužován, po konkrétní označení stavů a výkonů, kterých by se přání měla týkat. V posledních letech se objevil dokument, který je v USA znám pod názvem the Five Wishes. Ten kombinuje konkrétní požadavky s obecnějšími formulacemi o charakteru poskytované péče.²⁶⁶

Kritici dříve vyslovených přání poukazují na složitosti při výkladu jejich obsahu i určité praktické problémy spojené například s jejich dostupností (či spíše s nedostupností) v případě potřeby. Přesto některé evropské země zavedly jejich používání, mimo jiné i s ohledem na text Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kterou podepsala a ratifikovala i Česká republika

5.1 Advance directives v USA

5.1.1 Východiska konceptu dříve vyslovených přání

Od konce šedesátých let minulého století, tedy v době, kdy v naší zemi ještě silně převažovalo paternalistické pojetí medicíny, se začala v anglosaských zemích, zejména v USA, výrazně prosazovat otázka práva na sebeurčení (autonomie) pacienta. Prosazení tohoto práva zásadně ovlivnilo rozhodování o lékařských postupech. Až na výjimky (záchrana života, či ochrana pacienta a druhých osob) žádný výkon dnes není možné provést bez souhlasu pacienta. V tomto kontextu se ovšem objevil nový problém, kdo a jak má rozhodovat o osudu bezvědomého nebo jinak nekompetentního pacienta. Pro situace, kde lékařský výkon zachraňuje či významně prodlužuje lidský život, byly dány lékařům široké pravomoci jednat dle

²⁶⁶ Five Wishes. Aging with dignity, Tallahassee (2011), 12 s.

vlastního profesionálního úsudku. Rozvoj medicínské technologie ale v posledních desetiletích umožňuje zachránit či prodloužit život pacienta mnohdy jen na úkor jeho kvality. Objevuje se otázka, zda je správné zachraňovat život za každou cenu a mnozí nemocní jasně deklarují, že to nechtějí. S takovou otázkou se do intenzivní péče dostávají hodnotové soudy (smysl prodloužení života, kvalita života apod.), které rozhodování vážně komplikují. V současné společnosti není shoda o hodnotách, proto v této věci nemůže nikdo rozhodovat za druhého člověka. Tím vznikla neřešitelná situace tam, kde je vážná pochybnost o smyslu poskytovaných zdravotnických služeb. Rozhodnout o dalším postupu může jen pacient, ten ale toho není schopen. Jako jediné přijatelné řešení se ukázalo, když pacient sám, dokud může, vysloví jasná přání, buď co se týká charakteru péče, nebo o tom, kdo má rozhodovat za něj. Tak se do medicíny dostaly termíny jako advance directives,²⁶⁷ DNR (do not resuscitate, „neresuscitovat“), Health care proxy, durable power of attorney (obojí znamená „zmocněnec pro rozhodování o zdravotní péči“)

Termín advance directives (dříve vyslovená přání) zastřešuje všechny dokumenty, které umožňují pacientům předem vyjádřit své přání ohledně léčby a zdravotnické péče v době, kdy o nich nebudou moci sami rozhodovat.

Existují dva základní typy dříve vyslovených přání, a to dokumenty s názvem living wills, které vyjadřují přání pacienta ohledně rozsahu a způsobu léčby, již si pacient v určitých situacích přeje nebo nepřeje, a durable power of attorney (health care proxy), v nichž pacient označí osobu, kterou pověřuje rozhodováním o otázkách souvisejících s léčbou a péčí v případě, že toho pacient nebude sám schopen. Mnohé formuláře, které se dnes v USA používají, již kombinují výčet pacientových přání ohledně léčby spolu s určením osob, které mohou činit za pacienta v případě jeho neschopnosti rozhodnutí o zdravotní péči, do jednoho dokumentu.

5.1.2 První dokumenty

Dokument s názvem Living will byl poprvé sepsán v roce 1969 americkým právníkem Louisem Kutnerem. Český překlad není ustálený, někdy se užívá v podstatě doslovný překlad „životní vůle“, to ale nevyjadřuje podstatu tohoto

²⁶⁷ V českém překladu Úmluvy o lidských právech a biomedicíně i v Zákoně č.327/2011 O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování se používá termín „dříve vyslovená přání“.

dokumentu. Ve většině případů jde spíše o vůli důstojně zemřít, než o vůli k životu. Rovněž termín pacientova závěť se neujal, protože implikuje zcela jiné téma.²⁶⁸ Podle Kutnera měly living wills přispět k řešení situací, které v té době byly aktuální. Jejich účelem bylo: 1. změnit praxi, kdy se činy jedinců, kteří zabili ze soucitu, posuzovaly stejně jako činy nemilosrdných vrahů, kteří zabili se zlým úmyslem; 2. zajistit pacientům legální cestou „právo zemřít“, pokud si to přejí; 3. umožnit pacientům vyjádřit své přání zemřít i pro situaci, kdy nebudou schopni poskytnout souhlas; 4. zajistit uspokojení prvních tří jmenovaných potřeb poskytnutím nástrojů, jež budou řešit situaci nemocných způsobem, který bude dobře proveditelný.²⁶⁹

Kutner vycházel z právního předpokladu, že pacient má právo odmítnout léčbu, když je „in extremis“ (v terminálním stavu), za předpokladu, že je dospělý a je schopen dát souhlas. Na základě tohoto předpokladu navrhl dokument, podle kterého by mělo dojít k ukončení léčby v případě, že tělo jedince je ve vegetativním stavu, a je jisté, že již nedojde k obnovení fyzických a mentálních funkcí. Organizace Euthanasia Educational Council²⁷⁰ dokument převzala a upravila podle dokumentu nazvaného the British Bill a dřívějších návrhů Charlese Killicka Millarda, britského lékaře, který v roce 1935 založil ve Velké Británii organizaci s názvem the Voluntary Euthanasia Legalisation Society.

Prvním státem, ve kterém living wills získaly právní podporu, byla Kalifornie. V roce 1976 tam byl přijat "Natural Death Act" (Zákon o přirozené smrti), který podpořil možnost ukončení léčby a zahrnoval také living wills podle vzoru dokumentu, jež šířila organizace Euthanasia Education Council. Věta "DIRECTIVE

²⁶⁸ MATĚJEK, J.: *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011., str. 14

²⁶⁹ WERNOW, J., R.: *History of the Advanced Directive*. The Northwest Center for Bioethics. The Northwest Center for Bioethics, (2003).

²⁷⁰ Organizace Euthanasia Educational Council vznikla v roce 1972. Jejím cílem byla prevence utrpení umírajících pacientů. V roce 1978 se přejmenovala na Concern for dying. V současné době nese název Choice in Dying (od roku 1991) a je jednou z organizací, které v USA hájí práva pacientů na důstojnou smrt, vzdělávají veřejnost v otázkách rozhodování o péči na konci života a roli dříve vyslovených přání. Distribuují formuláře dříve vyslovených přání. Snaží se podporovat komunikaci mezi laickou a odbornou veřejností. Viz citace a-c.

^a What's an Advance Directive? Pearson Education, Inc., (2001) [online].

^b Concern for Dying Papers. University of Rochester, River Campus Libraries Rochester [online].

^c HUMPHRY, D.: *Chronology of Right-to-Die Events During the 20th Century and into the Millenium: 1900 - 2010*. ERGO, Junction City (2010) [online].

TO PHYSICIANS“ (pokyny pro lékaře) na začátku textu zdůrazňuje, komu byly living wills určeny. Podobné zákony byly postupně přijaty i v dalších státech USA. V roce 1990 se dokument používal již ve 38 státech.²⁷¹

Podle Kastenbauma měly living wills velký význam v tom, že se začalo více hovořit o otázkách, které se týkaly smrti a umírání. Lidé začali přemýšlet o vlastních postojích, pocitech, přáních. Podpořila se komunikace mezi laiky a zdravotníky, v rámci rodin i profesionálních uskupení. Lidé si navzájem kladli otázky, co je living will a co znamená termín „heroic measures“ (heroické prostředky), který se v dokumentu vyskytoval.

I když organizace, která měla v té době přímo ve svém názvu termín eutanazie, pomohla šíření myšlenky living wills, tyto dokumenty v USA nikdy neobsahovaly a ani v současné době neobsahují nařízení, která by vedla k eutanazii či asistované sebevraždě. Takový dokument by byl neplatný.

Problém prvních dokumentů living will spočíval zejména v příliš obecných a vágních formulacích:

...,v případě, že dojde k vážnému poškození mých tělesných a mentálních schopností a nebude žádná naděje na jejich obnovení, nařizuji, aby mi bylo umožněno zemřít a abych nebyl udržován při životě pomocí léků, umělé podpory nebo heroických zákroků (heroic measures). Žádám však, aby mi byly podány léky, které mi uleví v mém utrpení i s vědomím toho, že mohou zkrátit můj život....“

...,chci, aby zde vyjádřené direktivy byly vykonány v souladu s platnými zákony a v případě, kdy by nemohly být právně vymahatelné, doufám, že ti, kterým jsou tyto direktivy určeny, se jimi budou cítit morálně zavázáni...“²⁷²

Lékař, který by se měl těmito direktivy řídit, je postaven před situaci, kdy musí velmi pečlivě zvažovat zda:

²⁷¹ KASTENBAUM, R.J.: *Death, Society and Human Experience. 8th Edition.* Boston: Pearson Education Inc., 2004.

²⁷² Ibid.

1. aktuální zdravotní stav pacienta odpovídá stavu, který měl pacient na mysli, když dokument podepisoval
2. zákony, které řídí lékařskou praxi v dané zemi, umožňují postupovat podle přání pacienta (například podat takovou dávku léku, jejímž nechtěným, ale dopředu známým účinkem může být zkrácení života pacienta)
3. pokud bude postupovat podle vůle pacienta a poruší platné zákony, bude se moci dostatečně obhájit tím, že jednal v souladu se svým morálním přesvědčením (jímž je respekt pro autonomii a dobro pacienta).²⁷³

Další problémy souvisí s tím, že různí lékaři mohou chápat výklad direktiv různě: co jsou heroické zákroky, jaký je názor na podávání umělé výživy a tekutin, jde o základní péči, která se musí vždy poskytnout, nebo léčbu, kterou pacient může odmítnout, co je život udržující léčba a které léky, přístroje, zákroky jsou do ní zahrnuty? Pokud nastane urgentní situace a pacient se ocitne ve zdravotnickém zařízení, kde jej neznají, nebo v zemi, kde living wills nejsou uznávané, či v domácím prostředí, kde nemusí být vždy dokument po ruce, aby se mohl okamžitě předložit lékařům či zdravotnickým záchranářům, nemusí dojít k naplnění direktiv pacienta již z toho prostého důvodu, že se o nich nikdo nedozví, nebo nedozví včas. Kritici se také ptají, zda je možné rozhodnutí, která jsme učinili před určitou dobou, považovat za platné dnes, kdy mohlo dojít nejen ke změně osobnosti v důsledku demence, psychiatrického onemocnění či psychického vývoje, ale také ke změně hodnot a životních cílů.

Tím, že státy přijaly zákony na podporu living wills (natural death acts, living will acts, death with dignity acts), přenesly na jednotlivce pravomoci, které byly dříve určeny pouze státu. Dospělá kompetentní osoba získala právo odmítnout zákroky na udržování života (například přístroje na podporu dýchání a krevního oběhu) a mohla si určit zástupce, který se postará o to, aby instrukce dané osobou byly vyplněny, pokud ona sama není schopna toto zajistit, nemůže se například vyjádřit.²⁷⁴

Ani tyto zákony však nezajistily respektování direktiv v praxi. Zejména v prvních letech odborná veřejnost řešila otázky, na které nebyla zvyklá. Nebylo (a dosud

²⁷³ Ibid.

²⁷⁴ Ibid.

mnohdy není) běžné, aby si lékaři nechali říkat od pacientů, co mají dělat; nebylo zcela jasné, kde se mají dokumenty uchovávat a jak zajistit jejich dostupnost, kolik kopií od každého dokumentu by mělo existovat a kdo by k nim měl mít přístup. Vzhledem k tomu, že text prvních living wills byl velmi obecný, jejich problémem byla nejednoznačnost a nejasnost direktiv. Některé z těchto problémů nejsou vyřešeny dodnes.

5.1.3 Zákon na sebeurčení pacienta

Do roku 1991 se mohli jak pacienti a jejich blízcí, tak lékaři, sestry a další zdravotničtí pracovníci v USA sami rozhodovat o tom, zda se budou zabývat otázkami práva na odmítnutí léčby, nebo zda budou tuto část jejich osobního i profesionálního života ignorovat. 1. prosince 1991 však vešel v platnost federální zákon Patient Self – Determination Act (PSDA), který měl významným způsobem zasáhnout do problematiky rozhodování o zdravotní péči na konci života. Podle tohoto zákona všechny instituce, které poskytují zdravotnickou péči a jsou dotované z federálních zdrojů, musí informovat všechny pacienty o jejich právu na souhlas s léčbou nebo odmítnutí léčby. Kromě možnosti souhlasit nebo nesouhlasit s léčbou dostávají pacienti také možnost sepsat dříve vyslovené přání a určit zástupce, který bude rozhodovat o jejich zdravotní péči v případě, že pacienti sami nebudou toho schopni (durable power of attorney, health care proxy).

Zákon, který vychází z principu informovaného souhlasu, měl pomoci pacientům i zdravotníkům vyrovnávat se s otázkami života, umírání a smrti. Nezbytným předpokladem k tomu, aby se pacient mohl rozhodovat, je jeho informovanost o nemoci, možných způsobech léčby, jejich předpokládaném efektu. Zákon měl také podnítit diskusi k tématům týkajících se terminálního stavu a zdravotní péče na konci života. Od pacientů se očekává, že se budou zamýšlet nad vlastními hodnotami, postoji a očekáváními. Zdravotnická zařízení by měla být vnímavá vůči přáním a hodnotám pacienta.

Výše uvedená očekávání ovšem předpokládají dostatečně vzdělaný personál, který bude schopen hovořit s pacienty o tak citlivém tématu, jakým jsou životní hodnoty každého z nás, a získat si důvěru pacienta ve chvíli, kdy může být pln obav z hospitalizace, neznámé situace, důsledků změny zdravotního stavu a dalších

faktorů. Proto zdravotnická zařízení řeší praktické náležitosti vyplývající ze zákona různě. V některých zařízeních s pacienty o dříve vyslovených přáních hovoří při příjmu sestry, jinde jsou to sociální pracovníci, či personál přijímací kanceláře. V mnoha případech se ze strany přijímacího pracovníka může jednat pouze o vyplnění další kolony v příjmovém formuláři. Při příjmu pacienta do nemocnice nebo zařízení dlouhodobé péče je velmi těžké vytvořit podmínky k tomu, aby se pacient mohl v klidu a zodpovědně zamýšlet nad otázkami, které se týkají konce života. Scénář je často takovýto: sestra či sekretářka se pacienta zeptá, zda má sepsané dříve vyslovené přání a zvoleného zástupce pro rozhodování o zdravotní péči. Pokud pacient living will má, je požádán o kopii, která se založí do chorobopisu. Pokud pacient living will nemá, je mu nabídnuta možnost konzultovat její sepsání se sociálním pracovníkem. Pacienti reagují různě. Pokud se jedná o starší osobu, či o pacienta s chronickým či život ohrožujícím onemocněním, je možné, že již tyto možnosti zvažoval a living will sepsal. Je však velké procento pacientů, kteří na podobné otázky reagují úzkostně a nerozumí, co se od nich žádá. Zejména pacienti, kteří přicházejí do nemocnice na jednoduchý zákrok a očekávají, že budou v krátké době propuštěni, nechápou, proč se jich někdo ptá, jak agresivní léčbu by si přáli v případě selhání životních funkcí.²⁷⁵

Cíle zákona na seburčení pacientů se tak i z výše uvedených důvodů nedaří zcela naplnit. Podle Kastenbauma, který se zabývá otázkami terminální a paliativní péče, pacienti stále váhají s uplatňováním svých práv na omezení kurativní léčby a lékaři mají problém přeorientovat se včas na paliativní péči.²⁷⁶

5.1.4 Five Wishes - nový typ dokumentu dříve vyslovených přání

V roce 1996 založil právník Jim Towey²⁷⁷ neziskovou organizaci s názvem Aging with Dignity. Tato organizace představila v roce 1997 na Floridě a o rok později

²⁷⁵ Uvedený popis praxe vychází z osobní zkušenosti autorky ve státě Maryland

²⁷⁶ KASTENBAUM, R.J.: *Death, Society and Human Experience. 8th Edition.* Boston: Pearson Education Inc., 2004., str. 189

²⁷⁷ Jim Towey je právník, který byl 12 let právním konzultantem Matky Terezy, znal prostředí péče v jejích zařízeních a jeden rok působil jako dobrovolník v Domě Matky Terezy ve Washingtonu, kde se staral o pacienty, kteří umírali na AIDS.

v dalších státech USA nový typ dříve vyslovených přání s názvem Five Wishes. Na textu dokumentu spolupracovala Komise pro právní problémy seniorů Americké advokátní komory (American Bar Associations Commission on the Legal Problems of the Elderly) a přední experti na otázky péče na konci života.²⁷⁸

Princip Five Wishes vychází ze skutečnosti, že předchozí dokumenty a zákony nezlepšily komunikaci zdravotníků s pacienty a sepsalo je pouze 20% populace. Problematika terminální péče se na lékařských fakultách probírala (a dosud probírá) pouze okrajově a studenti nemají mnoho příležitostí s těmito pacienty hovořit a lépe poznat jejich hodnoty a postoje. Jedním z cílů tohoto hnutí je rozšířit diskusi o otázkách péče v závěru života z „oddělení emergency do obývacích pokojů“ obyvatel v USA.²⁷⁹ Five Wishes jsou podle autorů psány jazykem, kterému každý pacient rozumí, neobsahuje složitou medicínskou terminologii a lékařský žargon. V roce 2007 byl dokument platný již ve 40 státech USA včetně DC (District of Columbia). Tam, kde dosud není legální, je možné text použít jako přílohu k právně uznávaným formám advance directives. Dokument se stal velmi populární, využilo jej již 1,5 milionu rodin.²⁸⁰ Jednou z výhod dokumentu Five Wishes je také to, že kombinuje living will s možností určit osobu, která bude obhajovat přání pacienta v době aplikace.

Podle autorů se dokument liší od ostatních forem advance directives v tom, že pohlíží na otázky péče v závěru života jak z hlediska medicínského, tak i personálního, emocionálního a spirituálního. Pacientům umožňuje detailně vyjádřit svá přání ohledně péče a určit jednu nebo více osob, které za ně mohou v případě potřeby rozhodovat o zdravotní péči. Dokument musí podepsat dva svědci, v některých státech i notář. V případě pacientů a klientů zařízení dlouhodobé péče, psychiatrických institucí, ústavů pro mentálně handicapované mohou být stanoveny specifické podmínky pro to, kdo může jako svědek dokument podepsat.

²⁷⁸ Five Wishes. Aging with dignity, Tallahassee (2011), 12 s.

²⁷⁹ Ibid.

²⁸⁰ KASTENBAUM, R.J.: *Death, Society and Human Experience. 8th Edition.* Boston: Pearson Education Inc., 2004., str. 189

Jedním z nejvýraznějších znaků Five Wishes je detailní seznam položek, které pacient může označit, případně doplnit vlastním přáním. Každý z pěti odstavců obsahuje stručný úvod k seznamu přání. Například druhý odstavec, který se týká lékařské péče, je uveden těmito slovy: „Můj život je drahocenný a zasloužím si, aby se o mě pečovalo s důstojností. Až budu velmi nemocný a nebudu schopen za sebe mluvit, přeji si, aby byla respektována následující přání a další instrukce, které jsem dal svému zástupci“ (Health Care Agent určený v první části dokumentu).

Obsah dokumentu je rozdělen do pěti částí (přání), které umožňují pacientovi detailně se vyjádřit k těmto otázkám: 1. Kdo může za pacienta rozhodovat o zdravotní péči, 2. Které lékařské zákroky si pacient přeje nebo nepřeje na konci života, které zákroky spadají pod označení život udržující léčba, zda pacient chce nebo nechce život udržující léčbu v případě umírání, kómatu bez naděje na procitnutí, permanentního těžkého poškození mozku, v případě jiného stavu, kdy pacient nechce být udržován při životě (tento stav jmenuje pacient sám, v ostatních případech vybírá z nabízených možností), 3. Jakou míru pohodlí chce mít pacient zabezpečenou (léčba bolesti a dalších symptomů, péče o kůži, dutinu ústní, osobní hygienu, pouštění oblíbené hudby, čtení oblíbených náboženských textů), 4. Jak chce pacient, aby k němu lidé přistupovali v okamžiku umírání (osoby, které chce mít pacient u sebe, preferované místo úmrtí, chování lidí), 5. Poslední odstavec souvisí se spirituálními potřebami pacienta, možností požádat o odpuštění a odpustit, vyjádřit lásku ke svým blízkým, touhu po urovnání rodinných vztahů i vyjádření osobní síly a odvahy tváří v tvář smrti.

Stejně jako jiné formy advance directives ani dokument Five Wishes nebyl přijat bez výhrad. Za problematická se považovala zejména některá přání v odstavci 4 a 5. Těžko si lze představit, že truchlící členové rodiny budou vždy schopni přistupovat k umírajícímu vesele či brát umírání a smrt jako příležitost k osobnímu rozvoji a růstu. Ve verzi z roku 2007 je proto již upravený úvodní odstavec ke třem posledním odstavcům: „*Tato tři přání se týkají mých osobních, emocionálních a spirituálních potřeb. Jsou pro mě důležitá. Chci, aby se o mě na konci mého života pečovalo důstojně, proto bych byl rád, kdyby lidé postupovali podle mých přání v odstavci 3, 4 a 5, pokud to půjde. Chápu, že moje rodina, lékaři a další zdravotničtí pracovníci, moji přátelé a jiní nemusí být schopni chovat se podle mých přání, nebo to od nich*

nevyžaduje zákon. Neočekávám, že mnou vyjádřená přání přinesou nové nebo další právní povinnosti lékařům a zdravotnickým pracovníkům. Také nechci, aby má přání zabránila lékařům a zdravotnickým pracovníkům poskytnout mi péči, kterou jim přikazují zákony.“²⁸¹

I Five Wishes mají svá úskalí, která mohou činit interpretaci textu obtížnou. Edward J. Furton, zástupce katolického směru bioetiky, poukazuje s odkazem na vyjádření Jana Pavla II. – On Life sustaining treatment and persistent vegetative state (O život udržující léčbě a persistentním vegetativním stavu) na to, že Five Wishes nepřímo vybízejí k pasivní eutanazii „due to omission“, pokud pacient zaškrtně, že si v případě těžkého poškození mozku nepřeje umělé podávání výživy a tekutin. Argumentuje tím, že dokument nevysvětluje, co znamená těžké poškození mozku a že jsou i jiné stavy, kdy pacient nemůže otevřít oči, mluvit či rozumět. Furton dále poukazuje na to, že je v dokumentu uplatněno kritérium kvality života a zdůrazňuje, že potrava a tekutiny jsou prostředky základní péče, které nelze nikomu upřít, i když jsou podle něj situace, kdy by to bylo ospravedlnitelné.²⁸² Nutno podotknout, že formulace uvedené ve formuláři nejsou vždy přesné, zřejmě měly pomoci laikům lépe si představit možnou budoucí situaci.

V roce 2004 Kastenbaum ve své knize *Death, Society and Human Experience* napsal, že další osud Five Wishes bude záležet na tom, jak citlivě se bude k dokumentu přistupovat; aby jej nepostihl stejný osud jako dosavadní living wills (často pouze vyplněná kolonka ve formuláři). Podle ohlasů na oficiálních webových stránkách zdravotnických, vzdělávacích i právních institucí v USA lze usuzovat na to, že tyto obavy se zatím nepotvrdily. Mnohé zdravotnické organizace začínají dokument upřednostňovat před tradičními formami living wills. Vzdělávací instituce pořádají kurzy pro seniory i občany ostatních věkových kategorií, kde vysvětlují, proč je vhodné, aby každý dospělý člověk tento dokument vyplnil. Struktura Five Wishes se

²⁸¹ Five Wishes. *Aging with dignity*, Tallahassee (2011), 12 s.

²⁸² FURTON, E.J.: A critique of the five wishes: comments in the light of a papal statement, *Ethics Medics*, 30(3) (2005), 3-4.

stala modelem pro formuláře dříve vyslovených přání, která jsou připravená pro každý stát USA s ohledem na legislativní specifika daného státu.²⁸³

Používání dokumentu stále roste. Studie z roku 2008 ukázala, že Five Wishes může přispět ke zmírnění úzkosti u dospívajících a mladých pacientů s život limitujícím onemocněním. Tak, jak se komunikuje s mladými pacienty v průběhu léčby, je nutné s nimi mluvit i o jejich obavách ze smrti a přáních, která se této fáze života týká. Wishes mohou být prostředkem pro to, aby mohli tito pacienti sdělit své názory a přání. Podle autorů dokument podporuje komunikaci, rozhodování, důstojnost a respekt pro autonomii mladého člověka tváří v tvář smrti.²⁸⁴

5.2 Advance directives v Evropě

5.2.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Do Evropy pronikly advance directives přibližně o deset let později, první living wills byly sepsány ve Velké Británii. V roce 2009 bylo legislativně upraveno používání předem vyslovených přání v celkem 11 evropských zemích, ze zemí bývalého sovětského bloku bylo ve výčtu zastoupeno pouze Maďarsko.²⁸⁵ Z toho, že některé země (například Francie, Německo, Rakousko) přijaly zákony, které umožňují pacientům sepsat dříve vyslovené přání, po roce 2000, lze usuzovat na skutečnost, že k šíření této myšlenky významně přispělo schválení a uvedení do praxe jednoho ze zásadních právních a etických dokumentů poslední doby, Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (často se používá zkrácený název Úmluva o lidských právech a biomedicíně). Dokument byl přijat Výborem ministrů Rady Evropy v roce 1997. Česká republika jej podepsala již v roce 1998 a v roce 2001 zařadila do sbírky

²⁸³ Jednotlivé dokumenty jsou k dispozici na stránkách organizace Národní organizace hospicové a paliativní péče:

Caring Connections. National Hospice and Palliative Care Organization, [online].

²⁸⁴ WIENER, L., et al.: How I Wish to be Remembered: The Use of an Advance Care Planning Document in Adolescent and Young Adult Populations, *Journal of Palliative Medicine*, 11(10) (2008), 1309-1313.

²⁸⁵ BRAUER, S., et al.: Country Reports on Advance Directives. University of Zurich, Zurich (2008) [online].

mezinárodních smluv pod číslem 96/2001 a 97/2001. V kapitole II, která se týká souhlasu pacienta s léčbou, se v článku 9 uvádí: „Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“²⁸⁶

5.2.2 Postoje zdravotníků k dříve vysloveným přáním

Jak již bylo napsáno, do evropské legislativy se living wills dostávají s podstatně větším zpožděním oproti USA. Většina evropských zemí přijímá příslušnou legislativu až po r. 2000. Je tedy na místě otázka, v čem je Evropa jiná, především co se týká pořadí hodnot.

Zkušenost ukazuje, že i v zemích, kde je používání dříve vyslovených přání legislativně upraveno, a lékaři by měli na přání pacientů brát zřetel, je podle dostupných informací patrné, že pro mnohé z nich je velmi obtížné se s těmito dokumenty ztotožnit a řídit se přáním pacienta. V červnu 2008 uspořádal The Institute of Biomedical Ethics of the University of Zurich seminář s názvem The Exploratory Workshop on Advance Directives. Účastníci setkání z řad právníků, lékařů a etiků se sešli zejména proto, aby se navzájem informovali o statutu a praktických otázkách dříve vyslovených přání ve svých zemích. Celkem byli přítomni zástupci 19 zemí Evropy a USA. Ze setkání vzešla poměrně rozsáhlá písemná zpráva o současném stavu AD v Evropě a USA. Autoři z jednotlivých zemí se vyjadřovali nejen k tomu, zda a jakým způsobem jsou dříve vyslovená přání právně vymahatelná, někteří z nich se zabývali i tím, jak jsou dokumenty přijímány lékaři a laickou veřejností. V mnoha zemích chybí studie, které by se touto problematikou zabývaly, někteří autoři i tak poskytly informace, které čerpali z probíhajících studií, rozhovorů s lékaři či vlastních zkušeností. Autorka zprávy o stavu living wills v Rakousku například uvedla, že lékaři mají problém přijmout myšlenku dříve vyslovených přání a „jsou jimi iritováni“. V Maďarsku musí projevené přání i zcela kompetentního pacienta prověřit speciální komise a i v Nizozemí se lékaři často řídí spíše svým vlastním úsudkem, než living will

²⁸⁶ MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005., str. 87

pacienta, již nepovažují za závaznou.²⁸⁷ Mezi nejčastěji uváděnými důvody nesouhlasného postoje nebo obtížného přijetí toho, že o lékařských zákrocích by mohl rozhodovat pacient, patří mimo jiné strach z obvinění ze zavinění smrti pacienta, stále nevyjasněná terminologie (aktivní a pasivní eutanazie, vysazení nebo nenasazení život udržující léčby), otázka lékařova svědomí a zodpovědnosti za pacienta.

Lze z popisovaných skutečností usuzovat, že lékaři v Evropě cítí větší zodpovědnost za osud nemocných, a to především co se týká života a smrti? Nechat zemřít pacienta prostě proto, že si to přeje, je, zdá se, pro lékaře v Evropě velkým problémem.

5.3 Dříve vyslovená přání v České republice

V České republice dosud pacienti neměli možnost vyjádřit písemně souhlas nebo nesouhlas s léčbou v budoucnu. Zákon č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který vešel v platnost 1. 4. 2012, však může tuto situaci radikálně změnit. Podle znění paragrafu 36 může pacient „pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit“. Zákon používá termín dříve vyslovené přání a v dalších odstavcích paragrafu vymezuje podmínky, za kterých bude na dříve vyslovené brán zřetel. Jedná se o tyto podmínky: dříve vyslovené přání bude mít písemnou formu; součástí dokumentu bude písemný doklad toho, že byl pacient poučen lékařem o důsledcích svého rozhodnutí; dokument bude obsahovat úředně ověřený podpis pacienta. V zákonu se dále uvádí, že poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, pokud v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje. Aby tedy mohla být vůle pacienta vykonána, bude se muset pacient v dokumentu co nejkonkrétněji vyjádřit jak ke stavu, ve kterém by chtěl nebo nechtěl být léčen, tak ke službám (lékařským postupům), se kterými chce vyslovit nesouhlas. To bude ovšem vyžadovat, aby lékaři a pacienti byli ochotni spolu vést otevřený rozhovor na téma nevyhlášených stavů, nepříjemných symptomů, bolesti, umírání a smrti, tedy témat,

²⁸⁷ BRAUER, S., et al.: Country Reports on Advance Directives. University of Zurich, Zurich (2008) [online].

kterým se v současné době jak mnozí zdravotníci, tak laici vyhýbají. Dříve vyslovená přání by tak na druhou stranu mohla být významným nástrojem k zahájení dialogu o tom, co je marná a neúčelná léčba, co znamená nezahájení či vysazení marné léčby, jaké životní hodnoty jsou pro pacienta důležité a jak podpořit autonomní rozhodování pacientů i členů ošetřujícího týmu.

5.4 Kritika dříve vyslovených přání

Dříve vyslovená přání mají své nesporné výhody v tom, že: 1. Podporují autonomii pacienta a umožňují využití konceptu informovaného souhlasu i pro situace budoucí; 2. Podporují mezi lékaři a pacienty komunikaci, která není zaměřená pouze na biologické aspekty nemoci, ale i na psychosociální a spirituální kontext; pokud pomáhají rodičům připravit dokument jejich dospělé děti, podporuje se sdílení názorů, hodnot a přání mezi členy rodiny, tato skutečnost může vnést do dynamiky vztahů v rodině zcela novou a pozitivní dimenzi; 3. Pokud jsou dříve vyslovená přání připravena s časovým předstihem, nejsou pacienti v době, kdy se rozhodují, pod tlakem fyzického a psychického strádání. Rozhodnutí je tak více autonomní. 4. Zdravotnickým pracovníkům poskytují informace o hodnotách a přáních pacienta a pomáhají nacházet nejlepší řešení v konkrétní situaci. I když někdy mohou být dříve vyslovená přání chápána spíše jako právní ochrana zdravotníků, než jako ochrana práv pacienta, pořád zůstává fakt, že lékař má alespoň základní představu o tom, s jakou péčí by pacient souhlasil.

Je však třeba se zamýšlet i nad problémy, které s dříve vyslovenými přáními mohou souviset. Jak vyplývá ze zahraničních zkušeností, bývá častým problémem, který může znemožnit aplikaci dříve vyslovených přání pacienta, prostý fakt, že v okamžiku kdy dojde k situaci, která se vztahuje na dříve vyslovená přání, není tento dokument zdravotnickým pracovníkům k dispozici. I u nás tedy budeme muset hledat způsoby, jak komunikovat tuto důležitou skutečnost v systému zdravotnické péče. Snadnější situace bude nastávat v nemocnici, kde pacient, který již dříve vyslovené přání má, jej odevzdá při příjmu a to se založí do chorobopisu, který se může řádně označit. Problém ovšem může nastat na těch pracovištích, kde se vede veškerá dokumentace v elektronické podobě. Kromě toho, že by se informace o dříve vysloveném přání pacienta důsledně předávala mezi sestrami i lékaři při každé

výměně služby, musel by i tak být vyvinut způsob rychlé identifikace pacienta pro případ, že by na oddělení byl pracovník s nedostatečnými informacemi o všech pacientech, nebo by k predikované situaci došlo v prostoru nemocnice mimo oddělení, kde je pacient hospitalizován. Ne všichni pacienti jsou ovšem přijímání v bdělém stavu, kdy mohou sdělit a doložit existenci dokumentu. V takovém případě by mohl pomoci národní registr dříve vyslovených přání, kde by byla informace z příjmové kanceláře nemocnice snadno dosažitelná. K mnohem složitějším situacím bude docházet, pokud dojde k zástavě životních funkcí mimo prostředí zdravotnického zařízení, například doma nebo na ulici. Lékaři a záchranáři, kteří jsou k takovému pacientu přivoláni, přijíždějí zachraňovat život. V kritické situaci nepátrají po tom, zda pacient vyslovil dříve nesouhlas s resuscitací. Podobné příklady ze zahraničí jsou dobře zdokumentované.²⁸⁸ Kromě uvedených způsobů sdílení informace se nabízí identifikační kartičky, náramky, nebo přívěsky na krk, které by mohly jasně indikovat, že osoba, která náramek nebo přívěsek nosí, si nepřeje život zachraňující postupy.²⁸⁹

Kromě praktických problémů souvisejících s uchováváním dokumentu, předávání informací a přístupem zdravotníků k dokumentu v kritické situaci, se etici i filosofové zabývají především otázkou autonomie pacienta, obzvláště u pacientů s demencí. Kritika respektu k autonomii jako argumentu na podporu respektování dříve vyslovených přání je v literatuře ilustrována na případě dementní Margo, již student geriatric popíše jako nejšťastnější ženu, kterou zná, přesto, že trpí Alzheimerovou nemocí.²⁹⁰ Uvedení autoři se ve svém zdůvodnění, proč přiznat či

²⁸⁸ MULLER, D.: Do NOT Resuscitate, *Health Affairs*, 24(4) (2005), 1317-1322.

²⁸⁹ Příklad z USA je uveden na stránkách: Out of Hospital Do Not Resuscitate Program. Texas Department of State Health Service, (2012) [online].
Výkony, které pacient může odmítnout v rámci Out of hospital DNR, jsou kardiopulmonální resuscitace, rozšířená péče o dýchací cesty (intubace), defibrilace, umělá ventilace a transkutánní kardiostimulace. Pacient nemůže obdržet náramek nebo přívěsek bez platné formy dříve vyslovených přání. Out of hospital DNR řeší pouze odmítnutí resuscitace, neřeší otázky podávání umělé výživy a tekutin, transplantace, hemodialýzy a dalších lékařských postupů, které prodlužují život pacienta. Zásadní rozdíl mezi OOH DNR a dříve vysloveným přáním je v tom, že dříve jmenovaný nevyžaduje interpretaci, protože je důsledkem lékařské ordinace. Srovnej:
FAGERLIN, A.SCHNEIDER, C.E.: Enough - The failure of the living will, *Hastings Center Report*, 34(2) (2004), 30-42.

²⁹⁰ DRESSER, R.: Dworkin on dementia - Elegant theory, questionable policy, *ibid.*25(6) (1995), 32-38.

nepřiznat pacientovi s dementním onemocněním autonomii, opírají o princip integrity života, integrity osoby, utilitarismus a etiku práv.

Dworkin na případu Margo postuluje otázku, zda je možné respektovat její dříve vyslovené přání, ve kterém uvedla, že pokud bude trpět Alzheimerovou chorobou, a vyvine se u ní život ohrožující onemocnění, nepřeje si být léčena a chce, aby její život byl co nejdříve a bez bolesti ukončen. Dworkin říká, že ano, a svoji pozici obhajuje na základě principu respektu k autonomii, beneficence a posvátnosti života. Autonomii člověka respektujeme, protože člověk ví sám, co je pro něj nejlepší. Tento argument Dworkin rozšiřuje o myšlenku autonomie na základě integrity. Každý z nás má představy o tom, co je dobrý život a s tím souvisí také představa dobré smrti. Dobrá smrt je taková, která koresponduje s názory a hodnotami, které jsme žili. I když je tedy Margo nyní dementní a nemůže vyjádřit, jaké jsou její současné představy o dobrém životě a dobré smrti, měli bychom její dříve vyslovené přání respektovat, protože do něj vtiskla hodnoty, podle kterých posuzovala, co je dobrý život. Respektování jejích přání tak umožní dokončit příběh jejího života v souladu s tím, jak jej žila a co pro ni bylo důležité.

Na závěry Dworkina reagovala Dresserová, která uvádí, že argument Dworkina neodpovídá formálním požadavkům na dříve vyslovená přání. Na modelu informovaného souhlasu ukazuje, že, aby bylo jednání Margo při přípravě dříve vysloveného přání autonomní, musí být dobře informovaná o tom, jaké změny demence přináší a jak nemoc probíhá. Dresserová poukazuje na to, že většina pacientů nemá projevy, podle kterých bychom usuzovali na to, že jim demence přináší utrpení, a je přesvědčená o tom, že v tomto duchu bychom měli Margo informovat. Její hlavní argument proč nerespektovat dříve vyslovená přání pacientky však spočívá v teorii osobní integrity. Ztráta paměti a další psychologické změny, které se u současné Margo projevují, může vést k tomu, že Margo je nyní jiná osoba. Její spojení s dřívější Margo je slabé, nebo žádné. V takovém případě dříve vyslovená přání nemají žádnou morální sílu.²⁹¹

Argument osobní integrity je často používán kritiky dříve vyslovených přání. Furbergová však zpochybňuje relevantnost tohoto argumentu při rozhodování o tom,

²⁹¹ Ibid.

zda v případě dementního pacienta bude mít dříve vyslovené přání morální váhu. Argument osobní integrity kritizuje ve světle utilitarismu a etiky práv. Podle ní se argument osobní integrity vztahuje pouze na některé pozice a konkrétní normativní premisy. Morální váhu dříve vysloveným přáním podle ní nedává pouze samotný princip osobní integrity, ale normativní teorie, ke kterým se hlásíme, a ke kterým princip osobní integrity vztahujeme.²⁹²

Widershoven a Berghmans přistupují ke kritice anglosaského pojetí autonomie z pozice evropského myšlení, kterému je bližší hermeneutické pojetí dříve vyslovených přání. Důraz na respekt k autonomii pacienta potlačuje komunikaci a pečlivé rozvažování všech možností. Pokyny pacienta, které adresuje lékaři, snad mohou napovídat, jaké výkony si pacient přeje či nepřeje, ale není možné aplikovat dříve vyslovené přání bez jejich interpretace. Pro rozhodování je tedy důležitá interpretace, vzájemná komunikace a společné hledání smyslu. Autoři zcela v duchu gadamerovské hermeneutiky docházejí k závěru, že v perspektivě kombinace interpretace a intersubjektivit není rozhodování záležitostí logické dedukce, ale společného hledání a utváření smyslu dříve vyslovených přání. Aby mohl být zvolen určitý způsob léčby, musí lékař a pacient najít společnou odpověď na otázku, která vyplývá ze situace, v níž se pacient nachází. Rozhodování neznámá abstraktní žonglování s jednotlivými možnostmi, ale posuzování nabízených možností v interaktivním procesu rozvažování a pátrání po smyslu.²⁹³

Pro komunikaci s pacienty, kteří nejsou zcela kompetentní, potřebujeme nástroje, které jim pomohou uchopit situaci a dělat různá rozhodnutí. Jako příklad Widershoven uvádí použití jídelního lístku, při jehož každodenním vyplňování si pacient vytváří rituál, který může být součástí jeho identity. S pomocí druhého člověka a v klidu si dokáže vybrat jídlo. Podle vzoru jídelního lístku je možné vytvořit nástroje, které pomohou v plánování dalších denních aktivit, jež jsou důležitou součástí života.²⁹⁴

²⁹² FURBERG, E.: Advance Directives and Personal Identity: What Is the Problem?, *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(1) (2012), 60-73.

²⁹³ WIDDERSHOVEN, G.A.M.BERGHMANS, R.L.P.: Advance directives in dementia care: from instructions to instruments, *Patient Education and Counseling*, 44(2) (2001), 179-186.

²⁹⁴ Ibid.

Jako nástroj plánování péče je možné chápat také dokument dříve vyslovených přání za předpokladu, že se práce s ním stane součástí každodenní praxe zdravotníků. Příkladem takového dokumentu mohou být již zmiňované Five Wishes. L. Emanuel a E. Emanuel však vytvořili dokument ještě konkrétnější, který nabízí pacientům čtyři scénária, popisující situace kómatu a takové poškození mozku, kdy pacient nerozeznává své blízké ani okolí. U každé situace mohou označit výkony a rozsah jejich poskytování.²⁹⁵ Pokud se s ním naučí lékaři pracovat, mohou s využitím dokumentu pomoci pacientovi plánovat péči do budoucna. Dokument, ač je z roku 1989, odpovídá současným trendům advance care planning, které se uplatňují v zařízeních dlouhodobé péče. Současné dokumenty také umožňují obyvatelům zařízení zvolit si, kde bude poskytována péče na konci života.²⁹⁶

Autoři článků a statí o dříve vyslovených přáních často uvádí, že tyto dokumenty nenaplnily očekávání, a že i přes lepší se informovanost je jen málo lidí, kteří je nakonec vyplní a podepíší. I když je podepíší, mnozí lékaři se jimi z různých důvodů neřídí. Mezi důvody je neznalost problematiky dříve vyslovených přání ze strany lékařů, neochota lékaře řídit se pokyny pacienta, obtížnost interpretace příliš obecného vyjádření, odpovědnost lékaře za finální rozhodnutí. Lékaři vnímají dříve vyslovená přání pouze jako nástroj, ve kterém může pacient sdělit své hodnoty, ale rozhodovat bude nakonec lékař.²⁹⁷

V současné době se pro plánování péče do budoucna používá v anglosaské literatuře termín advance care planning. Vzhledem ke stárnoucí populaci, prodlužující se době života, častějšímu výskytu život limitujících onemocnění, a zvyšujícímu se výskytu demence, se však dá předpokládat častější používání dříve vyslovených přání jako nástroje plánování budoucí péče. S ohledem na odborný charakter situací a aktivit, které jsou obsahem dokumentu, bude více než aktuální úloha lékařů v komunikaci s pacienty a jejich příbuznými při interpretaci jim předloženého dokumentu a zároveň v interpretaci toho, co pacient říká slovy či vyjadřuje neverbálním chováním.

²⁹⁵ EMANUEL, L.L.EMANUEL, E.J.: The Medical Directive - a New Comprehensive Advance Care Document, *Jama-Journal of the American Medical Association*, 261(22) (1989), 3288-3293.

²⁹⁶ DE GENDT, C., et al.: Nursing home policies regarding advance care planning in Flanders, Belgium, *Eur J Public Health*, 20(2) (2010), 189-194.

²⁹⁷ WIDDERSHOVEN, G.A.M.BERGHMANS, R.L.P.: Advance directives in dementia care: from instructions to instruments, *Patient Education and Counseling*, 44(2) (2001), 179-186.

Komunikace o dříve vyslovených přáních by se měla stát běžnou součástí každodenní praxe lékařů i každodenního kontaktu s klienty zařízení dlouhodobé péče i s pacienty v systému nemocniční a ambulantní péče. Při vzájemné komunikaci a interakci může dojít k nalézání smyslu života, smyslu dříve vyslovených přání. Advance care planning je přirozeným naplněním hermeneutického vztahu lékaře a pacienta na konci života.

6. Interpretace dříve vyslovených přání u lůžka pacienta

V předchozí kapitole jsme spolu s Widershovenem dospěli k názoru, že dříve vyslovená přání není možné aplikovat slepě, bez interpretace textu a snahy o společné nacházení smyslu. Z kapitoly o hermeneutice již také víme, že při interpretaci textu je nutné brát v úvahu kontext, ve kterém byl text psán, a horizonty lékaře a pacienta.

Dříve než pojednám o interpretaci dříve vyslovených přání právě s ohledem na horizont pacienta a lékaře, pokusím se analyzovat, co předchází samotné interpretaci při aplikaci textu na klinickou situaci pacienta.

Podle Ricoeura je „*první a nejzákladnější úlohou interpretace vytvořit relativně jednoznačnou promluvu pomocí polysémických slov a odhalit při přijímání sdělení tuto intenci jednoznačnosti*“.²⁹⁸ Jak se tento požadavek filosofické hermeneutiky odráží v praxi dříve vyslovených přání, můžeme ilustrovat tím, jak se vyvíjely obsah a forma těchto dokumentů. První dokumenty, které vznikaly na konci 60. let minulého století, byly co do obsahu velmi obecné.

*„V případě, že dojde k vážnému poškození mých tělesných a mentálních schopností a nebude žádná naděje na jejich obnovení, nařizuji, aby mi bylo umožněno zemřít a abych nebyl udržován při životě pomocí léků, umělé podpory nebo heroických zákroků (heroic measures). Žádám však, aby mi byly podány léky, které mi uleví v mém utrpení i s vědomím toho, že mohou zkrátit můj život.“*²⁹⁹

Při výkladu takového textu naráží lékař hned na několik slov, která nabízejí různou interpretaci: případ, vážné, poškození, tělesných, mentálních, schopností, umožněno, léků, umělé podpory, heroických zákroků, utrpení... Jak je zde vyjádřena skutečnost, ke které se text vztahuje? Pokud tou skutečností budeme vnímat svět medicíny a zdravotní stav pacienta, je tato skutečnost pojímána stejně lékařem i pacientem?

²⁹⁸ RICOEUR, P.: *Úkol hermeneutiky*. Praha: Filosofia, 2004., str.5–6

²⁹⁹ KASTENBAUM, R.J.: *Death, Society and Human Experience. 8th Edition*. Boston: Pearson Education Inc., 2004.

Nacházejí zde společnou řeč? V řeči mluvené je možné se na toto mluvčího otázat a ověřit si, zda rozumím správně. V řeči psané není možné „ukázat věc, o které se mluví, jako něco, co přísluší ke společné situaci účastníků dialogu“.³⁰⁰ Pokud to není jednoznačně pojmenováno, bude se lékař pouze dohadovat, co myslel pacient skutečností vážného poškození tělesných a mentálních schopností. Jak vážné poškození měl na mysli? Takové, které zcela vylučuje fungování některých nebo všech tělesných systémů? Pokud pouze některých, potom kterých? Příkladem může být pacient po cévní mozkové příhodě: pokud dojde k expresivní afázii, která znemožní pacientovi mluvit, jedná se již o vážné poškození tělesné a potažmo i mentální funkce? U jiného pacienta mohou být tělesné funkce neporušené a pacient trpí nějakou formou demence. Jaký stupeň demence bude lékař považovat za natolik závažný, aby bylo pacientovi umožněno zemřít? Pokud uzná, že poškození mentálních funkcí je v tomto ohledu dostatečně vážné, jakým způsobem umožní pacientu zemřít? Nepodáním výživy a tekutin? Nepodáním antibiotik v případě zápalu plic, který se u pacienta vyvine nezávisle na poškození mentálních funkcí? Stejně tak můžeme rozvažovat, jaký je přesný, a z pohledu pacienta jediný, význam slovních spojení umělá podpora, heroické zákroky a slova utrpení.

Určitý posun ve vývoji dokumentů dříve vyslovených přání může v tomto směru znamenat hnutí, které ve Spojených státech amerických propaguje dokument nazvaný Five Wishes. Více se tímto dokumentem zabývám v jiné části práce, zde jej pouze zmiňuji v souvislosti s tím, že připravená osnova dokumentu nabízí pacientům vybrat si při psaní pokynů z předem daného souboru termínů, jež by měly jasně označit jak stav, který bude v budoucnu vytvářet rámec pro rozhodování o léčbě a péči, tak jednotlivé položky lékařských a ošetrovatelských výkonů včetně těch, které pacient odmítá. I tento text však přes všechny snahy o jednoznačnost vykazuje možnou různou interpretaci u některých termínů.³⁰¹

Z výše řečeného vyvstává úkol nejen pro lékaře, od kterého se očekává, že bude „správně“ interpretovat, ale i pro pacienta, který by měl text dříve vyslovených přání

³⁰⁰ RICOEUR, P.: *Úkol hermeneutiky*. Praha: Filosofia, 2004., str. 36

³⁰¹ Strukturu dříve vyslovených přání podle dokumentu Five Wishes je možné vysledovat i v dokumentech, které připravila s ohledem na specifika daná legislativou jednotlivých států USA National Hospice and Palliative Care Organization; Caring Connections. National Hospice and Palliative Care Organization, [online].

napsat co nejjednoznačněji. Požadavek na co nejpřesnější vyjádření pacienta a jeho doslovné naplnění vychází jak z právního tak z morálního kontextu. Jak právní tak morální hledisko sleduje zajištění práv pacienta. Snaha doslovně naplnit text dříve vysloveného přání může vycházet i z ohledu na morální princip respektu k autonomii člověka, v našem případě pacienta v terminálním stadiu onemocnění. Otázkou však je, zda co nejjednoznačnější vyjádření bude opravdu v zájmu pacienta. Přes výhody, které precizní vypracování dokumentu přináší v podobě snadnějšího určení situace, na kterou je možné aplikovat dříve vyslovené přání, a skutečnosti, že takové dříve vyslovené přání je průkazem toho, že pacient situaci pečlivě zvažoval, upozorňuje Matějka na některá rizika. Ta souvisí jednak s tím, že kontexty pacientova života jsou proměnlivé v čase, a s tím, že k textu, který je zaměřen převážně biomedicínsky, není možné přistupovat bez interpretace. Detailní popis budoucí situace by také při současném požadavku na doslovnou aplikaci dokumentu mohl vést k tomu, že by i malá odchylka od situace popisované v textu znemožnila aplikaci dříve vyslovených přání. Na opačném pólu tohoto problému je možnost, že by došlo k poškození pacienta, pokud by se jeho dříve vyslovená přání implementovala doslova, podle textu, bez interpretace kontextů, ve kterých byl dokument sestavován.³⁰² Souhlasím s tím, že přílišná přesnost textu může zabránit aplikaci dříve vyslovených přání pacienta, pokud se bude přihlížet k požadavku jejich doslovného naplnění. Zároveň se však domnívám, že není možné rezignovat na možnost interpretace dříve vyslovených přání jenom proto, že se jedná o dokument vytvořený a aplikovaný v prostředí přírodních věd, s odkazem na odlišnost metodiky věd humanitních. I když je medicína přírodovědný obor, v jejím centru je člověk, a podstatu jeho bytí zkoumají nejen přírodní vědy, ale i vědy humanitní. Uplatnění poznatků psychologie a sociologie v medicíně jsou toho důkazem. Pokud bychom zavrhlí možnost interpretace dříve vyslovených přání na tomto podkladě, nemělo by smysl se těmito dokumenty vůbec zabývat. Tím bychom však porušili právo pacienta na odmítnutí léčby, které je mu dáno morálně i legislativně.

Protože pacient často nemá lékařské vzdělání a může se tedy stát, že při pozdějším dialogu lékaře s pacientem skrze text bude složité hledat společnou řeč, „věc textu“, bylo by ideální, kdyby byl text napsán společným úsilím pacienta a lékaře. Tomu se potom bude lépe posuzovat, zda text psaný v minulosti odpovídá momentálnímu

³⁰² MATĚJEK, J.: *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011., str. 69-71

stavu pacienta, v aktuálním čase a prostoru, který již není pro pacienta a lékaře společný, a lépe zasadí text do současného kontextu. Zdálo by se, že tuto myšlenku podporuje i zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, podle kterého „bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o následcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí“.³⁰³ Mechanismus, který má toto zajistit, je vyjádřen v dalším odstavci paragrafu 36 zákona, kde se požaduje, aby bylo písemné poučení pacienta součástí dříve vysloveného přání. Otázkou ovšem je, nakolik tato formule povede lékaře k tomu, aby s pacientem vedli hermeneutický rozhovor a snažili se spolu formulovat text dříve vyslovených přání, který by pacientovi umožnil sebevyjádření ve smyslu fenomenologické etiky a zároveň odrážel sdílené hodnoty pacienta i lékaře. Jako problematický bod zde vidím možné zúžení obsahu dialogu na poučení pacienta o následcích jeho rozhodnutí. Je sice možné spatřovat zde jeden z požadavků platnosti informovaného souhlasu, nicméně i informovaný souhlas vyžaduje daleko obsažnější diskusi než jen poučení o následcích pacientova rozhodnutí. Zaměření se pouze na toto poučení naznačuje, že tvůrci zákona považovali za důležité, aby pacient neprováděl tak závažná rozhodnutí bez náležitého poučení lékařem o medicínské stránce věci, avšak nepoukazuje dostatečně jasně na důležitost důkladného rozhovoru, který bude zaměřen i na pocity, hodnotové postoje, touhy, nevyjasněné obavy a další dimenze pacientova přístupu k péči na konci života.

Zákon tedy určuje, že součástí dříve vysloveného přání musí být dokument, ze kterého vyplývá, že se lékař nějakým způsobem podílel na přípravě dokumentu.³⁰⁴ Jak bude taková konzultace s pacientem probíhat, a o čem spolu budou hovořit, je však na lékaři samotném. Je proto důležité, aby se lékař neomezil pouze na dikci zákona ve smyslu poučení pacienta o následcích jeho rozhodnutí, ale snažil se spolu

³⁰³ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 6.listopadu 2011. [online].

³⁰⁴ Česká praxe se tak bude významně odlišovat od praxe v jiných zemích, kde není možné, aby byl pacient povinen konzultovat lékaře při sepisování dříve vyslovených přání. Viz Matějek 2011. Mohli bychom se v této souvislosti ptát, zda uvedený zákon neodporuje základním právům pacienta, když omezuje jeho rozhodování o vlastní osobě tím, že tak nesmí činit samostatně, bez konzultace s lékařem;
MATĚJEK, J.: *Dříve projevovaná přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011.

s pacientem připravit takový text, který bude umožňovat co nejjednoznačnější interpretaci v případě potřeby v budoucnosti. Co nejjednoznačnější v tom smyslu, že lékař, který bude dříve vyslovené přání číst, a je velmi pravděpodobné, že to nebude táž osoba, která se na přípravě dokumentu podílela, se bude moci slovy právníků „na dříve vyslovené přání spolehnout“. Péče, kterou poskytne na základě interpretace textu a vlastního klinického a morálního úsudku, který interpretaci textu obohatí, tak bude směřována v souladu s nejlepším zájmem pacienta.

I když je v zákonu stanoveno, kdo má být autorem poučení o následcích pacientova rozhodnutí, není striktně určeno, kdo může být finálním interpretem dříve vyslovených přání a ani to není žádoucí, protože by to v mnoha případech aplikaci dokumentu v praxi znemožnilo. Nikdy není možné s jistotou určit, jaké budou nakonec okolnosti situace, kdy bude dříve vyslovené přání čteno. I když praktický lékař může rozhodovat o zahájení nebo nezahájení resuscitace v případě, kdy je pacient s terminálním onemocněním ošetřován doma, může tak dojít pouze v hypotetické situaci, kdy zrovna vykonává návštěvu u tohoto pacienta. V opačném případě bude rodina v situaci, kdy dojde k selhání životních funkcí, volat lékaře rychlé záchranné služby. Stejně tak, i když pacient sepíše dříve vyslovené přání ve spolupráci s ošetřujícím lékařem, například onkologem, nemusí to být tento konkrétní lékař, který bude později o pacienta pečovat ve zdravotnickém zařízení nebo domácím prostředí. Je tak velmi pravděpodobné, že dříve vyslovené přání bude interpretovat lékař, který pacienta v době, kdy byl při vědomí a mohl tak vést s lékařem dialog v aktuálním čase, neznal. Je proto nanejvýš vhodné, aby lékaři nevníмали text dříve vyslovených přání pouze jako písemný seznam zdravotních služeb, které si pacient přeje nebo nepřeje, s poučením, jež snad sejme tíhu právní odpovědnosti za rozhodování z lékaře, protože pacient svým podpisem stvrdil, že byl poučen a je si vědom následků svého rozhodnutí, ale jako text, který je nutné číst pečlivě, uvědomovat si horizonty pacientova rozhodnutí i horizonty lékařova rozhodování.

6.1 Interpretace dříve vyslovených přání u lůžka pacienta

Interpretace dříve vyslovených přání v intencích fenomenologické hermeneutiky probíhá v hermeneutickém kruhu. Již při prvním čtení naráží lékař nebo jiná osoba, která s dokumentem pracuje, na významy, od kterých se odvíjí další porozumění. I kdyby lékař neměl žádnou předchozí zkušenost s dříve vysloveným přáním, bude alespoň podle minimálních požadovaných znalostí zdravotnického práva, případně ze směrnic vypracovaných v nemocnici vědět, že má v ruce důležitý dokument, který se týká rozhodování o péči na konci života pacienta. Již tato skutečnost vede k jistému předporozumění, které povede lékaře k hledání hlavního smyslu dokumentu. Pro účel postupu v hermeneutickém kruhu můžeme smysl textu označit jako celek, ze kterého budeme odvozovat jednotlivé části, a ke kterému se na základě analýzy jednotlivých částí budeme opět vracet. Lékař se tedy zamýšlí nad smyslem dříve vysloveného přání a přemýšlí, zda chtěl pacient tím, že podstoupil proces přípravy dříve vysloveného přání, vyjádřit, že je pro něj důležité, aby umíral důstojně, aby jeho život nebyl prodlužován. Pokud by stav pacienta neodpovídal jeho představě o dobrém životě, aby měl kontrolu nad tím, co se s ním bude dít v případě, že on sám již nebude moci rozhodovat. Hlavní smysl textu, celek, tedy můžeme vyjádřit stručně jako důstojné umírání, neprodužování utrpení a autonomie pacienta. Text může přitom obsahovat všechny jmenované položky nebo jen některé.

Při zkoumání jednotlivých částí celku se lékař zaměří na termíny, kterými pacient označil lékařské a ošetrovatelské činnosti, jež se týkají: a) zajištění tělesného komfortu. Zde se jedná o způsoby léčby bolesti, podávání výživy a tekutin, péči o kůži, komplementární metody, ale i prostředí, ve kterém si pacient přeje umírat; b) udržování nebo naopak neudržování pacienta při životě postupy kardiopulmonální resuscitace, umělé plicní ventilace, umělým podáváním výživy a tekutin, ale i dalšími postupy, které pacient vyjmenuje, například podávání antibiotik, či transfuze krve. Pacient se může také dotknout hodnocení kvality života, vyjádřit, jaký život je pro něj důstojný a jak je podle něj jeho vlastní důstojnost ovlivněna bolestí, stavem bezvědomí, nesoběstačností, či nemožností o sobě rozhodovat. Mezi jednotlivé části, jež souvisí s celkovým smyslem textu, patří také vztahy s osobami, které jsou pro pacienta důležité. Lékař, který se snaží o interpretaci, nechte pouze jednotlivé výrazy,

kteře potom přemění ve skutek poskytnutí nebo neposkytnutí příslušné péče podle pokynu pacienta, ale zamýšlí se nad tím, v jakém kontextu pacient ona slova pojímal, zda dobře rozuměl faktickému významu odborných nebo i laických termínů, které použil, jak vyjmenované činnosti odráží celkový smysl dokumentu, jak zpětně celkový smysl dokumentu podporují. I když lékař nemůže nikdy stoprocentně uhadovat, jestli pacient rozuměl významu slov, která používal, není tato část interpretace bezpředmětná. Lékař totiž zvažuje i tu možnost, že by doslovné vyplnění přání pacienta nevedlo k jeho prospěchu, pokud by se ukázalo, že dříve vyslovená přání sepisoval bez porozumění toho, jaký je například rozdíl mezi podáváním antibiotik za účelem úplného vyléčení pneumonie na jedné straně a zmírnění potíží, které s pneumonií souvisí, na straně druhé.

V průběhu celého procesu hermeneutické interpretace se lékař pohybuje v kruhu mezi horizontem pacienta a horizontem svým. Pojmy, které analyzuje s ohledem na hodnotový postoj pacienta k jednotlivým částem textu, porovnává nejen s celkovým významem textu, ale i v perspektivě vlastních hodnot. Snaží se z textu vyčíst obavy, pocity, postoje, morální přesvědčení pacienta i principy, které pacient implicitně podporuje. Lékař se snaží vztahovat jednotlivé části k celku a celek k jednotlivým částem, obojí zářamované do vztahu pacienta k nemoci a utrpení, k životu, umírání a smrti. Zároveň se dívá na význam celku i jednotlivých částí pacientova sdělení skřze prisma vlastních vědomostí, zkušeností, obav a úzkostí, morálních postojů a přesvědčení, jež tvoří horizont lékaře. Oba dva aktéři dialogu, pacient prostřednictvím textu, i lékař, který jej interpretuje, chtějí předejít utrpení pacienta, oba chtějí zajistit pacientovi důstojné umírání, a oba chtějí zaručit pacientovi autonomii, ale oba vycházejí z jiných kontextů, jejich horizonty se liší. Úkolem interpretace je přiblížit tyto horizonty tak, aby došlo ke společnému porozumění. Je velmi pravděpodobné, že lékař bude potřebovat pomoc dalších osob. Kromě pacienta to budou jeho blízcí a také další členové zdravotnického týmu, zejména sestřy.

6.1.1 Horizont pacienta

To, co v této práci označuji v souvislosti s interpretací dříve vyslovených přání jako horizont pacienta, nazývá Matějka kontexty interpretace. Tyto kontexty odvozuje ze základního požadavku na ochranu důstojnosti pacienta, a označuje je jako lidskou

tělesnost, vztahovost a transcendenci. Kontexty jsou podle něj „*interpretačním klíčem k porozumění pacientova prohlášení*“.³⁰⁵

Chce-li lékař porozumět textu, který pacient napsal, je důležité, aby rozuměl tomu, jaký je vztah pacienta k nemoci. Lékař může chápat zdraví jako stav absence patologických příznaků, odchylek od normálních fyziologických parametrů, správného fungování tělesných systémů. Pacient se však na své zdraví dívá skrze činnosti, které mu zdraví umožňuje vykonávat, a životní plány, které, jak se domnívá, jenom ve zdraví může naplnit. I tento pohled se však bude měnit v průběhu pacientova života. Pohled člověka, který býval zdravý a nedokázal si představit, že by snášel jakákoli omezení, která nemoci přináší, se může radikálně změnit v okamžiku, kdy situace nemoci nastane. Zejména u chronických onemocnění pacient přehodnocuje své postoje a očekávání, a učí se žít i s omezeními, kterých se obával. Mnozí pacienti, kteří jsou chronicky nemocní, se považují za zdravé, protože i s nemocí dokážou naplňovat své životní plány.

Pacientovi chybí vědomosti a zkušenosti lékaře v rozpoznávání a léčbě nemoci, ale vzhledem k tomu, že je to právě pacient, který nemoc prožívá, stává se v určitém smyslu odborníkem na svoji nemoc, která se, stejně jako zdraví, stává součástí životního příběhu pacienta. Každá kapitola tohoto příběhu může mít jiný děj a být pacientem různě interpretována. Křížová uvádí tři způsoby interpretace nemoci pacientem, přičemž se zaměřila zejména na faktory, které mohou nemoc způsobovat a ovlivnit: 1. Internal health locus of control, kdy pacient věří, že on sám může ovlivnit determinanty zdraví a nemoci; 2. V případě external health locus of control pacient vidí příčinu nemoci ve vnějších faktorech prostředí a v autoritách; mohli bychom sem zařadit i faktory ekonomické a sociální; 3. Třetí typ souvisí s transcendentálním rozměrem nemoci a může se projevovat jako fatalismus.³⁰⁶ Pacient si tedy nevytváří vztah k nemoci pouze podle toho, jak souvisí s jeho definicí životního štěstí a well-being, ale také podle toho, jak vnímá možnost svůj zdravotní stav ovlivňovat pozitivně i negativně. Pro lékaře je tedy důležité posuzovat nemoc pacienta nejen z hlediska pohledu biologického, ale i z hlediska prožívání nemoci

³⁰⁵ Ibid., str. 31

³⁰⁶ KRÍŽOVÁ, E.: Jak si lidé vysvětlují své nemoci (Jaké jsou laické interpretace faktorů zdraví a nemoci) in J. Payne a Kol. (eds.) *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005., str. 620

pacientem. To, že svět lékaře je svět nemoci, kdežto pacient se pohybuje ve světě prožívané nemoci,³⁰⁷ může ovlivňovat interpretaci dříve vyslovených přání dvojitým způsobem. Na jedné straně lékařovo biologicky zaměřené předporozumění může bránit úplnému porozumění pacientova vztahu k nemoci a tím celkovému smyslu textu dříve vyslovených přání, na straně druhé však jeho biomedicínské zaměření může zabránit tomu, že se bude dříve vyslovené přání vykládat zcela svévolně bez ohledu na důležité biologické parametry a aktuální stav pacienta. Pokud k interpretaci dříve vysloveného přání dochází již v procesu tvorby dokumentu, mohou se tyto dva světy, biomedicínský svět nemoci lékaře a pacientův svět prožívání nemoci, začít potkávat dříve, než dojde k situaci interpretace u lůžka těžce nemocného či umírajícího pacienta.

Mnoho pacientů s chronickým nebo onkologickým onemocněním trpí bolestí, která se může i v terminálním stadiu zhoršovat. Strach z bolesti a utrpení nebo existence těchto fenoménů v současném životě pacienta mohou hrát významnou roli při rozhodování o účelu dříve vysloveného přání a volbě lékařských postupů.³⁰⁸

S pojmem nemoci úzce souvisí kvalita života nemocného člověka. O významu posuzování kvality života při rozhodování o péči byly napsány nesčetné studie, články, knihy. Mnozí autoři uzavírají své statě tvrzením, že kvalitu nemůže dobře posoudit nikdo kromě pacienta samého.³⁰⁹ Pacientův názor je velmi důležitý při interpretaci dříve vyslovených přání, protože právě v této oblasti se může horizont lékaře, sestry, pacienta i příbuzného významně rozcházet. K posuzování kvality života pacientů dnes existuje mnoho hodnoticích nástrojů, které se snaží fenomén kvality života objektivizovat. I tyto dotazníky vykazují velké rozdíly v tom, jak

³⁰⁷ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 171-189.

³⁰⁸ TILDEN, V.P., et al.: Out-of-hospital death: Advance care planning, decedent symptoms, and caregiver burden, *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4) (2004), 532-539.

Podle autorů může nejen silná bolest, ale i dušnost, zácpa a další symptomy, kterým je možné předejít, předpovídat, že pacient bude zvažovat urychlení smrti, včetně zvažování eutanazie a asistované sebevraždy.

³⁰⁹ RANDALL, F.DOWNIE, R.S.: *Palliative Care Ethics: A Companion for All Specialties. Second Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

kvalitu života vnímá lékař a jak ji vnímá pacient.³¹⁰ Jeden z nejčastěji používaných dotazníků, známý i českým zdravotníkům pod zkratkou QOL, hodnotí tato kritéria kvality života pacienta: pracovní schopnost, fyzická nezávislost na druhých lidech, finanční situace, způsob trávení volného času, vnímání bolesti a nepohodlí, nálada, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci, komunikace pacienta s okolím, vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou.³¹¹ Posuzování důležitosti těchto kritérií pacientem se odrazí v tom, jaké situace označí pro aplikaci dříve vyslovených přání a jaké postupy bude preferovat nebo odmítat. Posuzování kvality života může být velmi složitou částí procesu interpretace dříve vyslovených přání, protože pacient, který je v bezvědomí, či trpí pokročilou demencí, může vzbuzovat u zdravotnických pracovníků i příbuzných pacienta pocit, že jejich život má velmi nízkou kvalitu. Pohled na položky QOL dotazníku tuto domněnku může podporovat. Pacienti mohou měnit dříve vyslovená přání s tím, jak se mění jejich život s nemocí. Ve studii, která zkoumala postoje k provedení kardiopulmonální resuscitace a umělé plicní ventilace u ambulantních pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí, městnavým srdečním selháním a chronickým srdečním selháním, pacienti měnili své preference k poskytování těchto výkonů v průběhu jednoho roku. Podle autorů studie se preference pro kardiopulmonální resuscitaci a umělou plicní ventilaci mění v souvislosti se závažností onemocnění, stupněm mobility, úzkostí, depresí a rodinným stavem. Zhoršení jmenovaných faktorů však nevedlo automaticky ke snížení preference pro resuscitaci a umělou plicní ventilaci. Pacienti se sníženou mobilitou, kteří původně tyto postupy odmítali, s nimi po čase souhlasili. Janssenová to vysvětluje tím, že ztráta mobility je zpočátku velmi těžce vnímaná, ale pacient si na ni dokáže zvyknout.³¹² Vliv prožívání nemoci na rozhodování pacientů o péči na konci života je nutné brát při interpretaci dříve vyslovených přání v úvahu.

³¹⁰ KŘIVOHLAVÝ, J.: Měření kvality života objektivními ukazateli in J. Payne a A Kol. (eds.) *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005., str. 287

³¹¹ Ibid., str. 286

³¹² Zmiňovaná studie zkoumala, jak se pacienti rozhodují pro život udržující výkony v průběhu jednoho roku od prvního setkání s výzkumníky. V té době své preference změnilo 38 procent pacientů. Na začátku studie bylo 74 procent pacientů pro resuscitaci a 76 procent pro mechanickou ventilaci. Po roce sledování 38 procent pacientů změnilo svůj názor. U 14 procent pacientů se snížila preference KPR a UPV, u 11 procent zvýšila a u 13 procent pacientů byly preference proměnlivé. Podle JANSSEN, D.STAPLETON, Y.: Patients frequently change their advance directives, *Annual Congress of European Respiratory Society, Amsterdam 24.-28. 9. 2011*. Abstract 1889, prezentováno 26. září 2011.

Příprava i interpretace dříve vyslovených přání neprobíhá ve vakuu. Důležitým horizontem, který není možné opomenout, jsou vztahy pacienta k sobě i druhým lidem. Pacient při psaní dříve vyslovených přání žil v konkrétním sociálním a kulturním prostředí, a v sociálních vztazích je zasazen i v situaci, kdy se zvažuje aplikace textu. Nejedná se pouze o vztah pacienta, který měl kdysi ke své osobě a k ostatním lidem, ale i o vztah druhých lidí k pacientovi. Pacientova nemoc se stala součástí příběhu života lidí okolo něj a ti všichni mohou být svým způsobem součástí interpretace textu, který fixuje pacientova přání i dialogy s těmito lidmi. Lékař si při interpretaci uvědomuje, že i on je součástí těchto vztahů.

Transcendentální rovina pacientova horizontu je pro interpretaci nejobtížnější. Podle Matějka se jedná o výsostně teologický rozměr pacientova života³¹³. Tomu zajisté dobře rozumí ti, kteří se v takto definovaném transcendentálním prostoru pohybují. Pro mnohé zdravotníky i pacienty v České republice je však takto zúžené pojetí transcendentna slepou uličkou. Je důležité si uvědomit, že spirituální dimenze pacienta nesouvisí pouze s náboženstvím, ale také s otázkami po smyslu nemoci, utrpení, smyslu života a smrti, naděje i rezignace. Je založena na osobní morálce a vztahu k nějaké vyšší moci. Pokud si toto lékaři či sestry, kteří neuznávají žádná definovaná náboženství, neuvědomí, bude pro ně interpretace dříve vyslovených přání v kontextu spirituality o to obtížnější. Matějek v této souvislosti píše o víře jiné, než je víra opřena o tradiční církve, a popírá možnost interpretace dříve vyslovených přání v kontextu této víry, pokud lékař neznal pacienta již dříve.³¹⁴

6.1.2 Horizont lékaře

Jestliže pacient vnímá nemoc v kontextu toho, jak nemoc ovlivňuje jeho možnost uskutečnit své životní projekty a cíle, lékařův pohled je povětšinou přísně biologický, zaměřený na fyziologické parametry zdraví a patologické projevy nemoci. Pacient je vypravěč, lékař je vědec, který aplikuje vědomosti z oblasti biologie, anatomie, fyziologie, patologie. Lékař se pohybuje ve světě čísel a obrazů získaných empiricky a na základě experimentu. Tyto údaje potom v rámci diagnostického procesu skládá do celkového biologického obrazu nemoci. Součástí horizontu lékaře je lékařova

³¹³ MATĚJEK, J.: *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011., str. 32

³¹⁴ Pro více informací o otázkách spirituality a nemoci srovnej: *ibid.*, str. 80 – 91

expertiza, která se projevuje ve výběru metod diagnostiky i terapie. Úkolem lékaře je zachraňovat životy, léčit onemocnění a zmírňovat utrpení. I široký pojem utrpení si může lékař přeložit do řeči, které lépe rozumí: bolest, dušnost, ochrnutí, atd. Na bolest a dušnost jsou léky, ochrnutí lze zmírnit kompenzačními pomůckami.

Lékařovu interpretaci ovlivňují dva základní mody lékařského myšlení, empirická a experimentální medicína. Empirická medicína vychází ze zkušenosti, zejména klinického pozorování, ze kterých byly vyvozovány lékařské teorie. Na konci 19. století se vyvinula medicína experimentální, která dominuje dodnes.³¹⁵ Empirická data se již nezískávají pouze pozorováním barvy a teploty kůže pacienta, poslechem projevů činnosti vnitřních orgánů, pohmatem a hodnocením pulsu, či poklepem, který odliší duté útvary od pevných. Postupy získávání empirických dat kontrolují experimentální protokoly.³¹⁶ I když jsou experimenty schvalované etickými komisemi, může se stát, že člověk propadne sítím pečlivě sbíraných čísel a údajů, které se porovnávají s čísly a dalšími údaji velkých skupin jiných lidí.

Tauber zasazuje horizont lékaře do spektra morálních postojů a hodnot, které se týkají různých aspektů péče o nemocné. Na jednom pólu tohoto spektra je historické pojetí lékařství jako umění pečovat, jež je vyjádřeno souborem hodnot souvisejících se schopností empatie. Na opačném pólu je dnes vládnoucí vědecký „ethos“ medicíny, identifikace lékařské disciplíny s moderní vědou. Tomu odpovídají i kurikula vzdělávacích programů v medicíně. I když jsou od lékaře očekávány dovednosti, které se rozprostírají od subjektivního konce pečování k vědeckému pólu exaktních věd, jak v kurikulu, tak v praxi převládají hodnoty vědecké. Propojení hodnot, které se pojí s oběma póly, do jednoho celku, vidí Tauber jako velký, náročný, ale dosažitelný cíl.³¹⁷

I když si Tauber uvědomuje morální rizika, která mohou vyplynout z přísně vědecké orientace medicíny, neodsuzuje paušálně tento modus myšlení, ale klade důraz na nutnost propojení hodnot medicíny pečování a medicíny vědecké. Tento jeho názor

³¹⁵ PETRŮ, M.: Mody lékařského myšlení, in L. Fialová, et al. (eds.) *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha: Galén, 2008., str. 110 – 112

³¹⁶ Ibid., str. 112

³¹⁷ TAUBER, A.: Lékařství jako morální epistemologie, in L. Fialová, et al. (eds.) *Medicína v kontextu západního myšlení* Praha: Galén, 2008., str. 53 – 54

se plně ztotožňuje s požadavky na dobrého lékaře hermeneuta, který dokáže využít obě stránky medicínského myšlení, lékařova horizontu, k obohacení interpretace dříve vyslovených přání, jež primárně vychází z empatického zájmu, o biomedicínský rozměr.

Svenaues ještě doplňuje horizont lékaře o aspekty, které zatím v souvislosti s rolí lékaře zmiňovány nebyly. Mezi lékařem a pacientem může být bariéra v podobě odlišné ekonomické situace, příslušnosti k jiné společenské skupině, i rozdílnost pohlaví.³¹⁸

6.1.3 Horizont zdravotní sestry

Až do konce 80. let minulého století převládalo ve vzdělávání sester vyučování metodám a poznatkům převzatých z empirických biomedicínských věd a procvičování ošetrovatelských postupů.³¹⁹ Tento přístup však již dnes neodpovídá potřebám pacientů, sester a obecně ani způsobu fungování ošetrovatelské profese v současném prostředí zdravotní péče. Každý pacient je jedinečný, nemoc prožívá ve složitém kontextu svého života. Současné ošetrovatelství klade důraz na poskytování individuální péče a zajištění potřeb pacienta na pozadí holistického pojetí člověka, tedy v rámci bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Vzdělávací programy ošetrovatelství tedy kromě biomedicínských věd, které se zdají být z hlediska praxe stále zásadní, ve větší míře než dříve obsahují předměty věd humanitních, psychologii, sociologii, filosofii, etiku. I když jsou sestry stále výrazně zaměřené na správné provádění výkonů přímé péče, zdůrazňují ve své profesi právě ty aspekty péče, které vyžadují empatii, soucit a schopnost komunikace.³²⁰

Zdravotní sestry hrají zásadní roli v péči o pacienty na konci života. Sestry, které pečují o pacienty s chronickým a terminálním onemocněním, si často vytvoří dlouhodobé vztahy jak s pacienty, tak s jejich příbuznými. Specifický charakter těchto vztahů je staví do jedinečné pozice, ve které mohou pomoci pacientům a jejich

³¹⁸ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 171-189.

³¹⁹ CHAN, E.A.: A lived experience of dualism between the natural and human science paradigms in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 40(6) (2002), 739-746.

³²⁰ HEŘMANOVÁ, J.: Sestra a odpovědnost., *Vita nostra revue*, 19(4) (2012), 60-64.

blízkým, jež se potýkají s mnoha složitými informacemi a řeší závažné problémy. K diskusím s pacienty v emočně vypjatých situacích potřebují profesionální dovednosti, vědomosti i zaujetí pro věc tak, aby mohli uspokojit individuální potřeby pacienta. Důležitým principem ošetřovatelství, který je zakotven i v etických kodexech pro sestry, je obhajoba práv pacienta, je však otázkou, nakolik jsou sestry ze školy na tuto roli připravené. Jako hlavní kompetence v péči na konci života označují sestry komunikaci s pacienty a jejich příbuznými o umírání a smrti, znalost metod léčby bolesti, a zajištění komfortu pacienta.³²¹

Jedním z výrazných kontextů významu dříve vyslovených přání je utrpení pacienta, často také utrpení jeho blízkých. Zdravotní sestry se s utrpením, nemocí, bolestí denně setkávají. V reakci na utrpení se snaží tišit pacientovu bolest. Zejména v prostředí poskytování hospicové a paliativní péče tuto bolest pojmají holisticky. Pro sestru je charakteristické vztahování se k bolesti pacienta. Svojí přítomností, pomocí pacientovi a soucitem, pomáhá pacientovi vyrovnat se s utrpením a vede ho k poznání, že není sám a opuštěný. V utrpení a ve zmírňování utrpení si uvědomujeme, že člověk je odkázán na vzájemnou pomoc mezi lidmi, na pomoc druhého. Soucit sestry se primárně projevuje její přítomností vedle pacienta a tím, že se aktivně podílí na péči o pacienta. Proto je soucit důležitou součástí poskytované profesionální péče. Soucit a projevy soucitu mohou kladně podporovat vztah sestra-pacient. Tento vztah vyrůstá z pomoci a podpory, kterou sestra pacientovi poskytuje. Soucit vnáší do tohoto často nerovného vztahu osobní prvky, které mohou doplňovat profesionální přístup sestry. Kvalitní ošetřovatelská péče se bez pozornosti k pacientovi, bez nasazení vyžadující city, soucit, zájem o pacienta, neobejde.³²² Sestra vnímá bolest pacienta v konceptu celkové bolesti, jež přinesla do medicíny a ošetřovatelství Cicely Saundersová.³²³ Jelikož s fyzickou bolestí souvisí i bolest

³²¹ BRIGGS, L.COLVIN, E.: The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families, *Geriatric Nursing*, 23(6) (2002), 302-310.

³²² ZVONÍČKOVÁ, M.SLOVÁK, J.: Problematika utrpení a soucitu v ošetřovatelské péči., *Jihlavské zdravotnické dny 2012*. Jihlava 2012, 1039–1043.

³²³ Cicely Saundersová anglická lékařka, která v roce 1967 otevřela v Londýně Hospic svatého Kryštofa. Je považována za zakladatelku novodobé hospicové péče.

psychická, sociální a spirituální, může empatická sestra skrze úlevu od fyzických bolestí tišit i psychickou, sociální a spirituální tíseň, což zpětně zmírní i bolesti fyzické. Důležitým aspektem ošetrovatelské péče je blízkost k druhému člověku, sestry odpovídají na utrpení nemocného především svojí přítomností. Utrpení nemocných prožívají jako svoji morální tíseň a jako napětí vycházející z bezprostřední blízkosti s trpícím člověkem. Může se jednat o situaci spojenou s koncem života a emoční náročnost této situace, ale i fakt, že sestry vnímají etickou problematiku prodlužování života za každou cenu, nebo podávání neúčinné, marné léčby (často zmiňované sestrami intenzivní péče jako nejvíce stresový moment) jako formu utrpení nemocného člověka.³²⁴ Sestra má možnost reagovat na utrpení pacienta rozvíjením svých komunikačních dovedností, nasloucháním pacientovi, rozpoznáním příčin bolesti a utrpení, tedy tím, že fakticky utrpení pacienta *rozpozná* a *setká* se s ním. Stane se tedy někým, kdo nejenom pacientovi pomáhá, podává léky a provádí ordinace lékaře, ale je tím, kdo je přítomen tváří v tvář utrpení, kdo je vtažen do osobního vztahu s pacientem.³²⁵

Zkušenost s utrpením pacienta posouvá sestru do role partnera lékaře při interpretaci dříve vyslovených přání pacienta.

6.1.4 Horizont příbuzného

Horizont příbuzné osoby pacienta tvoří její vztah k sobě, vztah k pacientovi, vztah k nemoci a k zdravotnickým pracovníkům. Do těchto vztahů se promítají morální hodnoty, potřeby příbuzného, schopnost vyrovnat se se složitou situací. Příbuzný, který poskytuje laickou péči pacientovi, potřebuje nejen informace o jeho zdravotním stavu, prognóze, ale také množství informací, které se týkají léků, ošetrovatelských výkonů i možností pomoci ze strany zdravotnických profesionálů. Těmto informacím musí příbuzný porozumět, což vyžaduje zodpovědný a trpělivý přístup zdravotníků. Pro pochopení dosahu aplikace dříve vyslovených přání na bytí či nebytí pacienta, je důležité, aby měl příbuzný správnou představu o tom, co znamená život prodlužující léčba, marná léčba, které výkony máme na mysli, když mluvíme o nezahájení marné

³²⁴ ZVONÍČKOVÁ, M.SLOVÁK, J.: Problematika utrpení a soucitu v ošetrovatelské péči., *Jihlavské zdravotnické dny 2012*. Jihlava 2012, 1039–1043.

³²⁵ FERRELL, B.R.COYLE, N.: *The nature of suffering and the goals of nursing*. New York: Oxford University Press, 2008., str. 9

léčby. Příbuzný však také musí vědět, že na informace o pacientovi nemá automaticky právo, což ovšem může být zdrojem konfliktů mezi zdravotníky a příbuzným.

Příbuzní na sebe často berou odpovědnost za péči o pacienta v domácím prostředí, pokud je pacient hospitalizován, chtějí být přítomni a účastnit se na péči. Z intimního partnera se stává pečovatel a tato dvojí role může být jak naplněním dlouholetého vztahu, kdy chtějí vrátit všechnu lásku, kterou dostali, tak zdrojem velké zátěže fyzické, ale především psychické. Tato zátěž může přinést i negativní projevy chování, které zase zpětně vyvolávají v pečujícím příbuzném pocity viny. Pokud mají nedostatek informací důležitých pro poskytování péče, a nedostává se jim psychické a profesionální pomoci zdravotníků, mohou příbuzní trpět nejistotou a pocity selhání.³²⁶ Pro příbuzné je důležité, aby pacient netrpěl. Pokud je pacient hospitalizován, starají se o to, aby dostal co nejlepší možnou péči. I toto úsilí může být zdrojem napětí mezi zdravotníky a příbuznými. Pokud se včas a dostatečně neřeší bolest, dušnost a další symptomy pacienta, vnímá příbuzný velké utrpení, které pacient má. Tato skutečnost je jedním z nejzávažnějších aspektů, které způsobují vyčerpání příbuzného.³²⁷

Důležitá je otázka, jakou má příbuzný roli v rozhodování o vysazování léčby. Bez ohledu na limity dané legislativou můžeme příbuzné vnímat jako osoby informující nás o přáních pacienta (samozřejmě pouze tehdy, pokud ona přání zná), nebo jako advokáty pacientových preferencí, kde je činnost příbuzného aktivnější. Ne vždy lze očekávat, že budou příbuzní dobrými advokáty pacienta. Příbuzní mohou mít jiné potřeby, nemusí s přáními pacienta souhlasit. Účast na rozhodování pro ně může být velmi zatěžující, zvláště tehdy, pokud si uvědomují, že ne zahájení léčby nebo její nepokračování povede ke smrti pacienta. Proto nepřekvapí výsledky německé studie, podle které se u blízkých osob pacienta, jež byly zahrnuty do rozhodování o léčbě pacienta na jednotce intenzivní péče, ve velké míře vyskytoval posttraumatický

³²⁶ BROBACK, G. BERTERO, C.: How next of kin experience palliative care of relatives at home, *European Journal of Cancer Care*, 12(4) (2003), 339-346.

³²⁷ TILDEN, V.P., ET AL.: OUT-OF-HOSPITAL DEATH: ADVANCE CARE PLANNING, DECEDENT SYMPTOMS, AND CAREGIVER BURDEN, *JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 52(4) (2004), 532-539.

stresový syndrom. Autoři článku se zabývali zapojením příbuzných do rozhodování o léčbě u pacientů na jednotce intenzivní péče. Pokud došlo k nesouhlasu mezi lékaři a příbuznými, týkalo se to cílů léčby. Lékaři rovněž pochybovali, zda to, co příbuzní obhajují, je opravdu autentické přání pacienta, jejich pochyby však nebyly ničím podložené. Rozpory byly patrné i v preferencích pacientů a příbuzných, zejména ve volbě místa, kde by se o pacienta mělo pečovat. Když chtěl být pacient propuštěn domů, rodina naléhala na lékaře, aby pacienta nepropouštěl. Podle citované studie se přání pacientů a jejich příbuzných rozcházela až ve dvaceti procentech. Příbuzní častěji vyžadovali agresivnější léčbu, než preferoval pacient.³²⁸ Na rozpory v přání pacientů a příbuzných i příbuzných a lékařů poukazují také norské autorky. Ty vidí jako velmi problematické, když lékaři ustoupí naléhání rozrušených příbuzných, kteří při rozhodování upřednostňují svoje potřeby a úzkosti a nerozhodují tak, jak by se býval rozhodl pacient. Příbuzní seniorů si často na rozdíl od zdravotníků přejí, aby se pokračovalo v život prodlužující léčbě, a jen v menším procentu požadovali ukončení léčby v protikladu s doporučením lékaře.³²⁹

Vztahy příbuzného k pacientovi a zdravotnickému personálu vyjadřuje teoretický koncept zapojení příbuzných do paliativní péče podle Andershedtové a Ternestedtové. Pro příbuzného je důležité: 1. Moci se smysluplně zapojit do péče na základě vztahu důvěry mezi příbuzným a zdravotníky. 2. Získávat dostatek informací o pacientovi, léčbě, možnosti zapojit se. 3. Být přítomen, což znamená, že vztahy v rodině mohou pokračovat, i když je její člen nemocný a umírá. Partner a děti pečují o pacienta a komunikují s ošetřujícím personálem. Rovněž to znamená, že příbuzní mohou více ovlivňovat péči a obhajovat zájmy pacienta. 4. Moci poskytovat péči, provádět výkony, být aktivní.³³⁰

Nejen pacienti, ale také jejich příbuzní očekávají od zdravotnických pracovníků oporu v těžké situaci terminálního stavu jejich milované osoby. Potřebují, abychom

³²⁸ HAUKE, D., et al.: The role of relatives in decisions concerning life-prolonging treatment in patients with end-stage malignant disorders: informants, advocates or surrogate decision-makers?, *Annals of Oncology*, 22(12) (2011), 2667-2674.

³²⁹ GJERBERG, E., et al.: Staff and family relationships in end-of-life nursing home care, *Nursing Ethics*, 18(1) (2011), 42-53.

³³⁰ KAARBO, E.: End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions, *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8) (2011), 1125-1132.

je uklidnili, vše vysvětlili, podávali informace, mluvili s nimi otevřeně o prognóze stavu pacienta, zdůvodňovali péči, kterou poskytujeme. Pokud se lékařům a sestřám podaří vybudovat si s příbuznými vztah založený na důvěře, empatii a společném zájmu o blaho pacienta, mohou příbuzní přispět svou znalostí hodnot a dřívějšího života pacienta k interpretaci dříve vyslovených přání a pomoci rozhodovat v zájmu pacienta a při vzájemném konsensu.

Je však nutné uvědomit si, že se někdy při poskytování péče na konci života pohybujeme v myšlenkových schématech, která popisují ideální situaci. Ne všichni příbuzní (kteří mohou plnit roli neformálního i formálního informátora) nebo formálně pověřené osoby budou dobře obeznámeni s hodnotovým systémem pacienta a jeho představami o důstojném konci života. Do interpretace dříve vyslovených přání a účasti na rozhodování se také mohou promítat nevyřešené vztahové problémy z minula, o kterých nemusí zdravotníci vědět. Důvody, proč bude příbuzný interpretovat dříve vyslovené přání pacienta ve prospěch takového rozhodnutí, jehož konsekvencí bude smrt pacienta, mohou být vnímány jak pozitivně (altruismus, snaha nezpůsobovat utrpení, obhajoba pacienta a respekt k jím vyjádřeným přáním), tak negativně (nezájem o blaho pacienta, citová indiference, ekonomické důvody, které mohou být stratifikovány od touhy po zisku k obavám z ekonomické zátěže pro rodinu). Některé z uvedených důvodů ale mohou motivovat příbuzného i k takovému rozhodování, jehož důsledkem bude nerespektování přání pacienta a pokračování v postupech, které jej udrží při životě. Spory mohou vznikat nejen mezi rodinou a pacientem, rodinou a zdravotnickým personálem, ale i uvnitř rodiny pacienta, mezi jednotlivými členy.³³¹

Stejně jako pacienti, tak i příbuzní procházejí určitým schématem vyrovnávání se s pacientovým onemocněním. Každý se však pohybuje svým tempem. To, jak příbuzný chápe smrt, jaké má znalosti a zkušenosti se smrtí, ovlivňuje, jak bude empatický k přáním pacienta. Vztahy v rodině mají dopad na to, jaký bude soulad při rozhodování o zdravotní péči. Předchozí dynamika vztahů udává tón pro současné rozhodování v rodině. Ve většině případů příbuzní především obhajují zájmy

³³¹ Vlastní zkušenosti z ošetřování seniorů a ZHANG, A.Y.SIMINOFF, L.A.: Silence and cancer: Why do families and patients fail to communicate?, *Health Communication*, 15(4) (2003), 415-429.

pacienta a starají se o to, aby mu byla poskytnuta dobrá péče. Názory rodiny mají zásadní dopad na to, jak se pacient rozhoduje, na jeho psychologickou pohodu.

6.2 Proces interpretace

V předchozí části textu jsme se zabývali hlavními aktéry, kteří jsou zapojeni do procesu interpretace dříve vyslovených přání. Ze tří významových směrů slova hermeneutika můžeme odvodit, jakým způsobem se bude každý z nich na interpretaci podílet.³³² Úkolem pro pacienta je vyjadřovat (vypovídat, mluvit). Aby mu bylo rozuměno, měl by se snažit vyjádřit co nejsrozumitelněji. Úkolem lékaře je interpretovat text vytvořený pacientem. K interpretaci může docházet jak při přípravě dokumentu dříve vysloveného přání, kdy je pacient při vědomí, tak v situaci, kdy již pacient při vědomí není a mnohé věci není schopen upřesnit a vztahovat k různým kontextům. Pro lékaře bude proto interpretace mnohem obtížnější. V obou případech však bude přistupovat stejně, s cílem dojít porozumění, které bude aplikováno v rozhodování o postupech lékařské a ošetrovatelské péče. Protože existuje reálná možnost, že lékař, který bude interpretovat dříve vyslovená přání, nebude pacienta znát, nebude mít dobrou nebo žádnou představu o hodnotových preferencích pacienta, které spoluutvářely interpretovaný text. Bude tedy k interpretaci potřebovat tlumočníka. Tím budou nejčastěji příbuzní nemocného, kteří znají jeho životní příběh zasazený do kontextu nemoci i příběh nemoci zasazený do kontextu pacientova života. Pokud dochází k interpretaci textu při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení nebo zařízení poskytujícím sociální péči, jsou k diskursu přizvány i sestry a další zdravotničtí pracovníci, kteří se na péči o pacienta podílejí. Zejména při dlouhodobém nebo opakovaném pobytu pacienta v daném zařízení vznikají těsné vztahy mezi sestrou a pacientem. Sestra, která tráví s pacientem více času než lékař, má možnost poznat pacienta, jeho názor na život, přístup k nemoci, umírání, smrti. V diskursu dochází k prolnutí čtyř horizontů. Horizontu pacienta, lékaře, příbuzných, sestry. Výsledkem není úplné poznání toho, co by si pacient přál, kdyby to dokázal v přítomné situaci vyjádřit, ale poznání toho, co si pacient přál, a podle jakých

³³² Grondin uvádí tři významové směry: vyjadřovat, vykládat a interpretovat. Vzápětí píše, že slova vykládat a interpretovat mají v podstatě stejný význam, protože překlad je v podstatě interpretace. Překladatel musí učinit srozumitelným, co chce cizí smysl říci.
GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997., str. 36

hodnot se rozhodoval, když při vědomí byl. Na základě tohoto poznání potom může lékař společně s ostatními aktéry plánovat péči.

Vztah lékaře a pacienta je hermeneutickým vztahem od samého začátku. Podle Gadamera musí akt rozumění činit vědomým mnohé, čeho si původce sám nemusí být vědom.³³³ Máme tomu rozumět tak, že pokud pacient píše dříve vyslovená přání sám, bez možnosti být v dialogickém kontaktu s druhou osobou, nejenom že nemá možnost si ozřejmit mnohé věci, které si neumí představit, ale nemusí si také uvědomit motivy zasunuté v podvědomí? V tom případě by bylo úkolem interpretace kromě přečtení a analýzy věcného obsahu vytáhnout na světlo pohnutky, které pacienta k sepsání dříve vyslovených přání vedly. Ty budou souviset s jeho tělesnou, psychosociální a spirituální dimenzí. V tomto procesu ovšem nemůže lékař zůstat s pacientem sám. V praktické rovině bude muset dojít k setkání lékaře, příbuzných, sester, případně dalších zdravotnických pracovníků. Ti potom ve společné diskusi nad textem pacienta rozebírají obsah i smysl textu dříve vysloveného přání, přičemž do tohoto procesu vkládají vlastní předsudky a předvědění. Abychom dobře porozuměli procesu, ke kterému v průběhu setkání všech účastníků dochází, dovoluji si zde citovat z knihy Jaromíra Matějky *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*.

„Pacientovo prohlášení musíme interpretovat v kontextech, jak z nich tento text postupně vychází. Pacientovo prohlášení vyvstává v souvislosti s jeho nemocí. Existuje tedy jakýsi vztah a kontext mezi pacientovou nemocí a vznikem textu pacientova prohlášení. Abychom však mohli porozumět, co pacientova nemoc znamená, musíme postoupit dále, do celku pacientova života, abychom mohli interpretovat kontext vztahu pacientovy nemoci a života, v němž se nemoc odehrává. Ani celku pacientova života nebudeme rozumět dokonale, pokud pomineme vztahy, ve kterých se tento život jako celek odehrává. Těmito vztahy, kontexty jsou především sociální a spirituální kontexty pacientova života. Všechny tyto vztahy mají svoji vlastní dynamiku, proměnlivost, rozdílnou předvídatelnost jejího vývoje. Také mezi

³³³ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Návys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010., str. 176

*těmito kontexty neplatí vztahy přímé úměrnosti nebo nějaké jiné jednoduché matematické funkce. Je tomu právě naopak.*³³⁴

Aniž by Matějek zmiňoval slovo hermeneutika, vyjadřuje jeho text aplikaci hermeneutického kruhu na situaci interpretace dříve vyslovených přání pacienta. Předpokládá při tom, že text dokumentu souvisí s konkrétní nemocí, jíž pacient trpí. To by ovšem znamenalo, že pacient si stačil před tím, než se dostal do situace, na kterou by měl být text aplikován, vytvořit vztahy jak s lékařem, tak s ostatním zdravotnickým personálem. Proto je tak důležité, aby se do procesu interpretace zapojily i sestry. Protože je však v konečném důsledku za léčbu pacienta odpovědný lékař, a protože lékař vzhledem ke svým vědomostem a zkušenostem dokáže nejlépe posoudit patofyziologický stav pacienta a jeho možný vývoj, bude to lékař, který po zvážení všech okolností rozhodne o dalším postupu. Aby i z morálního hlediska mohlo být jeho rozhodnutí považováno za legitimní, musí mít podle Habermasovy teorie diskursivní etiky všichni ostatní účastníci diskursu možnost promluvit bez toho, aby byl někdo mocensky umlčen.

Plánování péče do budoucna se může odvíjet od konkrétní nemoci nebo hypotetické situace. V prvním případě se jedná o texty, které vznikají v souvislosti s konkrétním onemocněním, kdy lze do určité míry odhadovat, jak se bude stav pacienta vyvíjet, jaká je prognóza a jaké patofyziologické problémy mohou nastat na samém konci života. Takový text může být lépe interpretovatelný než text, který vznikl na základě obav pacienta z hypotetické situace, která by mohla v budoucnu nastat. Příkladem druhého typu textu může být dříve vyslovené přání, které a) formuluje polymorbidní pacient s představou, že se v důsledku komplikací některého z onemocnění může dostat do situace, kdy nebude schopen rozhodovat o poskytované léčbě, b) zdravý člověk, který se obává, že se ocitne v situaci, kdy bude v permanentním vegetativním stavu z různých příčin, například v důsledku autonehody, sportovního úrazu, akutní srdeční či mozkové příhody, apod. Pokud by se měla naplnit litera zákona a pacienti měli sepsat dříve vyslovené přání v průběhu konzultace s lékařem, v tomto případě pravděpodobně s praktickým lékařem, u kterého je registrován, protože si lze v současné době těžko představit, že by pacient oslovil jakéhokoli jemu neznámého lékaře v oboru anestezie, resuscitace a intenzivní

³³⁴ MATĚJEK, J.: *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011., str. 32-33

medicíny, může podstata a účel konzultace vnést do jejich vztahu zcela novou dimenzi. Lékař bude muset jednat jinak, než byl dosud zvyklý. Nebude již stačit klást otázky, které vyžadují odpovědi ano či ne, a jsou zaměřené převážně na biologické faktory. Při vzájemném setkávání lékaře a pacienta v průběhu konzultací bude lékař „číst“ narativní příběh, k jehož vyprávění bude pacienta podněcovat. Ke čtení narativního příběhu je nezbytný empatický přístup, schopnost komunikace a ctnost frónésis. Frónésis je ústřední myšlenkou Gadamerovy hermeneutiky. Hermeneutická metoda je cesta, jak interpretovat dříve vyslovená přání v průběhu jejich utváření pacientem a především pak při aplikaci v konkrétní budoucí situaci rozhodování o lékařské péči.

7. Závěr

Při zpracování práce jsem vycházela z této teze:

Vhodná implementace dříve vyslovených přání při použití hermeneutiky jako metody interpretace textu je aplikací informovaného souhlasu v závěru života u pacienta, který není aktuálně schopen podepsat právně platný dokument.

V úvodu práce jsem se zabývala základními pojmy, které s dříve vysloveným přáním a situací pacienta v závěru života souvisí. V české literatuře se vyskytují různé verze překladu anglického názvu advance directives, nejčastěji je používán termín dříve vyslovené přání. Z rozboru slova directive s použitím výkladového slovníku The Concise Oxford Dictionary vyplývá, že slovo přání nevystihuje zcela původní význam slova directive, a mělo by se nahradit slovem pokyn. I když termín dříve vyslovené přání neodpovídá původnímu významu slova directive (pokyn pro lékaře, který bude o pacienta v závěru života pečovat), ve své práci jej přesto používám, protože tento překlad byl přijat jako právní termín v zákoně č.372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jediným kladem této verze překladu je to, že lépe vystihuje předpoklad, že pacient se v dokumentu vyjadřuje k hodnotám, které dávají smysl jeho životu.

Dříve vyslovená přání se aplikují v závěru života a přístup zdravotníků i právníků k nim je ovlivněn diskusí o lékařem asistované smrti. Zabývala jsem se proto také pojmy týkajícími se této problematiky a došla k těmto závěrům: 1. v diskusí o dříve vyslovených přáních je vždy nutné terminologicky i morálně odlišit eutanazii od ponechání zemřít; 2. cílem dříve vyslovených přání není ukončení života pacienta, ale umožnit mu zemřít podle jeho vlastních představ. 3. proto vyhovění dříve vysloveným přáním není formou pasivní eutanazie a nemělo by se tak označovat. Užívání pojmu eutanazie může poškodit statut dříve vyslovených přání a být překážkou pro ochotu lékařů tuto do budoucna vyjádřenou vůli pacientů nejen vykonávat, ale i pacienty o možnosti podílet se na rozhodování o zdravotní péči do budoucna informovat.

Pro mou základní tezi svědčí následující argumenty:

1. Argument práva na sebeurčení

Informovaný souhlas a dříve vyslovená přání vycházejí z fundamentálního práva člověka na sebeurčení. Právo na sebeurčení nelze pojímat bez autonomie pacienta. V průběhu staletí od renesance po dnešní dobu byla a je autonomie spojována s otázkami důstojnosti, osobní identity a nezávislosti, morální integrity a odpovědnosti vůči sobě i druhým. Pokud přiznáme pacientům právo na sebeurčení, musíme jim přiznat také právo na rozhodování o tom, jak o ně bude pečováno v době, kdy nebudou kompetentní k tomu, aby své právo na sebeurčení prosazovali. Pacient, který formuluje dříve vyslovené přání, vyjadřuje svobodnou vůli rozhodovat o svém životě i o smrti způsobem, který je konzistentní s jeho životními hodnotami. Pro západní společnost je svobodná vůle vysoká hodnota a ve vztahu lékaře a pacienta je zásadní, aby lékař přistupoval k pacientovi jako k autonomní osobě i v případech, kdy je pacient v bezvědomí, či se z důvodu závažné poruchy kognitivních funkcí nemůže vztahovat ke svému okolí, nemůže dát najevo své hodnoty a nemůže ani svobodně rozhodovat o každodenních věcech života.

Situace dříve vysloveného přání je specifická v tom, že v situaci ztráty kompetence nemocného je text dokumentu dříve vysloveného přání a konfrontace názoru lékaře s názory dalších osob, které pacienta znají, jedinou zpětnou vazbou, která zajišťuje, aby lékař rozhodoval v zájmu pacienta. Pokud by lékař nebral ohled na přání pacienta, popřel by autonomii pacienta a tím i podstatu dříve vysloveného přání. Institut dříve vyslovených přání se tak ukazuje být nejvhodnějším nástrojem pro uplatnění práva na sebeurčení nemocného v situaci ztráty jeho kompetence.

2. Argument informovaného konsensu

Dokumenty dříve vyslovených přání vyjadřují kromě postojů ke konkrétním lékařským postupům zejména hodnoty pacienta, které dávají smysl jeho životu. Právě tuto stránku textu je obtížné interpretovat. Proto je pro adekvátní aplikaci dříve vyslovených přání vhodné, aby pacient formuloval dříve vyslovená přání v rozmluvě s lékařem. Kompetentní pacient v diskursu s lékařem sdílí své hodnoty a vyjadřuje přání ohledně péče do budoucna. V ideálním případě společně s lékařem

docházejí k dohodě, konsensu, který je výsledkem setkání lékaře a pacienta. Ten se posuzuje podle různých měřítek kompetence pacienta. Informovaný souhlas k aplikaci zdravotních výkonů v budoucí době však není možné posuzovat pouze na základě aktuální kompetence založené na racionálním úsudku, protože pacient nemůže plně porozumět situaci, ve které budou jeho přání aplikována. Negovat z těchto důvodů institut dříve vyslovených přání a informovaného konsensu nelze, protože jak informovaný souhlas tak dříve vyslovené přání zajišťují nedotknutelnost tělesné a morální integrity pacienta a jeho právo na sebeurčení. Informovaný souhlas je tedy platný, pokud lékař s pacientem došli ke společnému konsensu ohledně hodnot a lékařských postupů v předem určené situaci. Pokud by lékař později takové dříve vyslovené přání nerespektoval, popřel by samotnou podstatu informovaného konsensu, jež je výsledkem vzájemné rozmluvy lékaře s pacientem.

3. Argument hermeneutické interpretace

Lékařská praxe je interpretativní setkání lékaře a pacienta, jehož cílem je navrátit zdraví. U pacientů v terminálním stadiu nemoci je úkolem medicíny eliminovat utrpení a pomoci pacientovi zemřít způsobem, který považuje, nebo v minulosti považoval, za důstojný. Péči do budoucna je možné plánovat. I když je rozhovor, který spolu vedou lékař a pacient, ovlivněn předsudky obou, vzájemnému dorozumění napomůže trpělivost, citlivost, empatie a důvěra v rozum, jenž je částí nás všech. Podle Gadamera rozumět jeden druhému znamená rozumět si v něčem.³³⁵ V případě plánování péče na konci života je velmi důležité dokázat se domluvit o hodnotách, které jsou pro nás podstatné v této mezní životní situaci. Teprve, když o umírání mluvíme, vychází najevo, jak ona „věc“ umírání jest. Advance care planning je naplněním hermeneutického vztahu pacienta a lékaře.

Pravdu hledá lékař v životním příběhu pacienta. V závěru života pacient nemusí být schopen vyprávět svůj příběh přímo, ale podává jej lékaři skrze text. V případě dříve vysloveného přání pacienta, které není výsledkem předchozího konsensu pacienta a lékaře, a v případě kdy došlo k delší časové prodlevě mezi získáním konsensu a jeho uplatněním v nastalé konkrétní situaci, není možné přímé použití informovaného konsensu či textu dříve vyslovených přání. Kromě toho, že ve chvíli podpisu

³³⁵ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda II: Dodatky a rejstříky*. Praha: Triáda, 2011., s. 54

pacientova textu nemohly být známy všechny okolnosti situace, která ještě nenastala, jde také o situaci, kdy text nečte původně míněný čtenář. Proto je nutné zvážit aplikaci textu v nastalé situaci. To je možné pouze na základě interpretace tohoto textu.

Text dříve vyslovených přání obsahuje kromě explicitně vyjádřených představ pacienta o lékařské a ošetrovatelské péči v závěru života, také důvody a hodnoty, které jej vedly k sepsání textu. Ty celému textu dávají smysl a jsou argumentem k tomu, abychom na dříve vyslovené přání brali zřetel. Důvody a hodnoty ovšem není možné poznat na základě letného přečtení textu. K tomu, aby se lékař co nejvíce přiblížil pravdě o přáních pacienta, musí použít hermeneutickou metodu. Ta se nezabývá pouze analyzováním napsaných pojmů, ale i hledáním toho, co je „za textem“. Pokud bude postupovat metodou hermeneutického kruhu, s ohledem nejen na význam pojmů, ale i na kontexty pacientova rozhodování, může se přiblížit tomu, co by mu pacient sdělil, pokud by byl kompetentní a mluvil by s ním tváří v tvář.

Z textu se dozvíme, pro co se pacient rozhodl v době, kdy dříve vyslovené přání psal. Otázkou je, zda by se tak rozhodl i nyní. Pokud pacient například vyjádřil ve svém dříve vysloveném přání, že nechce být udržován při životě umělou výživou, když bude ve stadiu pokročilé demence, budeme postupovat tak, abychom zvážili, zda by se tak pacient rozhodoval i nyní, když už demenci má a může mít jinou zkušenost, než tu, kterou předvídal v době sepsání dokumentu. Lékař se tedy bude snažit najít v textu doklad konzistence důvodů, které vedly pacienta k tomu, že odmítl být v případě demence udržován při životě umělou výživou. A bude zvažovat, zda jsou tyto důvody pro pacienta platné i v nastalé situaci.

Stejně jako v případě posuzování kompetence pacienta, mohou i při interpretaci textu ovlivňovat posuzování lékaře jeho vlastní předsudky. Pokud však vědomě postupuje hermeneutickou metodou, je si této skutečnosti vědom, a své předporozumění (předsudky) koriguje v setkání s horizontem pacienta, a tak se posouvá blíže k pravdě.

Protože však v horizontu lékaře převládají hodnoty, znalosti a zkušenosti z oblasti biologické medicíny, je vhodné konfrontovat lékařovo předporozumění nejen s horizontem pacienta, ale i s horizonty dalších aktérů, kteří tvoří společenský

kontext péče o pacienta. Z těchto důvodů se jako optimální verze implementace dříve vyslovených přání pacienta do terminální péče jeví „konference“ členů zdravotnického týmu a zástupců rodiny pacienta. V diskusi zvažují účastníci „konference“ dostupné možnosti aplikace dříve vyslovených přání pacienta v dané konkrétní situaci a společně interpretují pacientem zanechaný text. Ve vzájemné promluvě se uvádí do hry předsudky všech zúčastněných, mohou o nich pochybovat, vznášet námitky. Lékař jako expert na biologické stránky medicíny a jako hlavní aktér (on aplikuje příslušnou léčbu a je za ni odpovědný) by měl mít v rozhodování poslední slovo, vždy však s ohledem na nejlepší zájem pacienta, který může být definován jen ve spolupráci s ostatními účastníky debaty. Aby i z morálního hlediska mohlo být jeho rozhodnutí považováno za legitimní, musí mít podle Habermasovy teorie diskursivní etiky všichni ostatní účastníci diskursu možnost promluvit, a nikdo nebude mocensky umlčen.

Pro hledání pravdy používá medicína metody přírodních věd. Důraz je kladen na přesnost, objektivitu, měřitelnost. Interpretace textu je však doménou věd humanitních. V humanitních vědách není možné vždy dojít k přesně měřitelnému výsledku tak jako ve vědách přírodních. Snaha o přesnou interpretaci by mohla skončit rezignací na interpretaci jako takovou. Spíše než o přesnou interpretaci bude tedy lékař usilovat o dobrou interpretaci.

Hermeneutická metoda pomůže rozpoznat hodnoty, které tvoří rámec, od něhož se odvíjí rozhodnutí pacienta. Pokud by lékař rezignoval na interpretaci dříve vysloveného přání pacienta, popřel by význam samotného informovaného souhlasu, jenž vychází z uznání hodnot pacienta a práva na sebeurčení člověka.

Seznam literatury

1. ARISTOTELÉS: *Etika Nikomachova*. Praha: Rezek, 2009, 305 s., ISBN 978-8086-027296.
2. ASHKROFT, R.E.: Kant, Mill, Durkheim? Trust and autonomy in bioethics and politics, *Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci.*, 34 (2003), 359–366.
3. BEAUCHAMP, T.L. (ed.) David Hume: An Enquiry Concerning Human Understanding. Oxford Philosophical Texts. The complete editions for students. Oxford: Oxford University Press, 1999, 296 s., ISBN 0-19-875248-2.
4. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2009, 418 s., ISBN 13:978-0-19-533570-5.
5. The Belgian Act on Euthanasia of May 28th: *Ethical Perspectives*, 9 (2002), 182–188, DOI 10.2143/EP.9.2.503P56
6. BERNHEIM, J.L., DESCHEPPER, R., DISTELMANS, W., MULLIE, A., BILSEN, J., DELIENS, L.: Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?, *British Medical Journal*, 336(7649) (2008), 864-867, ISSN 0959-8146, ISI:000255136800031.
7. BERNHEIM, J.L., MULLIE, A.: Euthanasia and Palliative Care in Belgium: Legitimate Concerns and Unsubstantiated Grievances, *Journal of Palliative Medicine*, 13(7) (2010), 798-799, ISSN 1096-6218, DOI 10.1089/jpm.2010.0039, ISI:000279977300009.
8. BRAUER, S., BILER-ANDORNO, N., ANDORNO, R.: Country Reports on Advance Directives. University of Zurich, Zurich (2008) [online], <http://www.ethik.uzh.ch/ibmc/newsarchiv/advance-directives/Country_Reports_AD.pdf>, [cit. 28.5. 2009].
9. BRIGGS, L., COLVIN, E.: The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families, *Geriatric Nursing*, 23(6) (2002), 302-310, ISSN 0197-4572, DOI 10.1067/mgn.2002.130271, ISI:000180260200011.
10. BROBACK, G., BERTERO, C.: How next of kin experience palliative care of relatives at home, *European Journal of Cancer Care*, 12(4) (2003), 339-346, ISSN 0961-5423, ISI:000186752500017.
11. BROECKAERT, B.: Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia, *European Journal of Health Law*, 8 (2001), 95-107.
12. BROECKAERT, B., GIELEN, J., VAN IERSEL, T., VAN DEN BRANDEN, S.: The Attitude of Flemish Palliative Care Physicians to Euthanasia and

- Assisted Suicide: An Empirical Study, *Ethical Perspectives*, 16(3) (2009), 311-335, ISSN 1370-0049, Doi 10.2143/Ep.16.3.2042717, ISI:000208181200003.
13. Caring Connections. National Hospice and Palliative Care Organization, [online], <<http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>>, [cit. 3.2.2012 2012].
 14. ČÍSAŘOVÁ, D.: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, 97 s., ISBN 9788087146316.
 15. Concern for Dying Papers. University of Rochester, River Campus Libraries Rochester [online], <<http://www.lib.rochester.edu/index.cfm?page=3129>>, [cit. 15.6. 2012].
 16. COUNCIL OF EUROPE: Recommendation Rec 24 (2003) of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. [online], <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=3KJ5U3BQLVY%3d&tabid=1709>>, [cit. 12.3. 2012].
 17. CRISP, R.: Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2008) [online], <<http://plato.stanford.edu/entries/well-being/>>, [cit. 11.6. 2012].
 18. CROSTA, P.M.: In Belgium, Euthanasia and Palliative Care Work Together. (2008) [online], <<http://www.medicalnewstoday.com/articles/104629.php>>, [cit. 10.6. 2012].
 19. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA: Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. ČLK, Praha (3/2010) [online], <http://merkur4.issa.cz/nw/www.lker-old.cz/document3.php?param=news_file,NEWS_FILE_ID,,TYPE,NAME,D ATE_AKT&id=89222>, [cit. 12.6. 2012].
 20. DANIEL, S.L.: The patient as text: a model of clinical hermeneutics, *Theor Med*, 7(2) (1986), 195-210, ISSN 0167-9902
 21. DE GENDT, C., BILSEN, J., VANDER STICHELE, R., DELIENS, L.: Nursing home policies regarding advance care planning in Flanders, Belgium, *Eur J Public Health*, 20(2) (2010), 189-194, ISSN 1101-1262, DOI 10.1093/eurpub/ckp121, ISI:000276351000014.
 22. DEKKERS, W.: Hermeneutics and experiences of the body. The case of low back pain, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19(3) (1998), 277-93, ISSN 1386-7415.
 23. DEMERTZI, A., LEDOUX, D., BRUNO, M.A., VANHAUDENHUYSE, A., GOSSERIES, O., SODDU, A., SCHNAKERS, C., MOONEN, G., LAUREYS, S.: Attitudes towards end-of-life issues in disorders of

- consciousness: a European survey, *Journal of Neurology*, 258(6) (2011), 1058-1065, ISSN 0340-5354, DOI 10.1007/s00415-010-5882-z, ISI:000290985300014.
24. DOLEŽIL, D.: Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu, *Neurologie pro praxi*, 11(1) (2010), 20 - 22, ISSN 1213-1814.
 25. DRESSER, R.: Dworkin on dementia - Elegant theory, questionable policy, *Hastings Center Report*, 25(6) (1995), 32-38, ISSN 0093-0334, ISI:A1995TK54900028.
 26. DWORKIN, G.: Can You Trust Autonomy?, *Hastings Center Report*, 33(2) (2003), 42-44, ISSN 0093-0334, ISI:000185974700020.
 27. EASTON, R.B., GRABER, M.A., MORMAHAN, J., HUGHES, J.: Defining the scope of implied consent in the emergency department, *American Journal of Bioethics*, 7(12) (2007), 35-38, ISSN 1526-5161, Doi 10.1080/15265160701710196, ISI:000252018000016.
 28. EMANUEL, L.L., EMANUEL, E.J.: The Medical Directive - a New Comprehensive Advance Care Document, *Jama-Journal of the American Medical Association*, 261(22) (1989), 3288-3293, ISSN 0098-7484, ISI:A1989U836800031.
 29. ENGELHARDT, H.T.: Confronting Moral Pluralism in Posttraditional Western Societies: Bioethics Critically Reassessed, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(3) (2011), 243-260, ISSN 0360-5310, Doi 10.1093/Jmp/Jhr011, ISI:000292562400003.
 30. ETCHELLES, E., DARZINS, P., SILBERFELD, M., SINGER, P.A., MCKENNY, J., NAGLIE, G., KATZ, M., GUYATT, G.H., MOLLOY, D.W., STRANG, D.: Assessment of patient capacity to consent to treatment, *J Gen Intern Med*, 14(1) (1999), 27-34, ISSN 0884-8734, ISI:000078157900005.
 31. FAGERLIN, A., SCHNEIDER, C.E.: Enough - The failure of the living will, *Hastings Center Report*, 34(2) (2004), 30-42, ISSN 0093-0334, ISI:000221181000017.
 32. FAMILY EDUCATION: What's an Advance Directive? Pearson Education, Inc., (2001) [online], <<http://life.familyeducation.com/aging-parents/death-and-dying/50441.html>>, [cit. 14.6. 2012].
 33. FERRELL, B.R., COYLE, N.: *The nature of suffering and the goals of nursing*. New York: Oxford University Press, 2008, 127 s., ISBN 978-0-019-533312-1.
 34. Five Wishes. Aging with dignity, Tallahassee (2011), 12 s., [online], <<http://www.agingwithdignity.org/forms/5wishes.pdf>>, Publikováno online 6/11/2011, [cit. 15.4.2012].

35. FRANK, A.W.: Asking the right question about pain: Narrative and phronesis, *Literature and Medicine*, 23(2) (2004), 209-225, ISSN 0278-9671, ISI:000226372500002.
36. FURBERG, E.: Advance Directives and Personal Identity: What Is the Problem?, *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(1) (2012), 60-73, ISSN 0360-5310, Doi 10.1093/Jmp/Jhr055, ISI:000299786600005.
37. FURTON, E.J.: A critique of the five wishes: comments in the light of a papal statement, *Ethics Medics*, 30(3) (2005), 3-4, ISSN 1071-3778.
38. GADAMER, H.G.: *Člověk a řeč: (Výbor textů)*. Praha: Oikúmené, 1999, 154 s., ISBN 80-86005-76-3.
39. GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Narys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010, 415 s., ISBN 978-80-87256-04-6.
40. GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda II: Dodatky a rejstříky*. Praha: Triáda, 2011, 471 s., ISBN 978-80-87256-44-2.
41. GAZDÍK, J.: Nový zákon umožní pacientům odmítnout umělý život na přístrojích. MF dnes, Praha (6.6. 2011) [online], <http://zpravy.idnes.cz/novy-zakon-umozni-pacientum-odmitnout-umely-zivot-na-pristrojich-1d8-/domaci.aspx?c=A110605_210616_domaci_abr>, [cit. 14.6. 2012].
42. GJERBERG, E., FORDE, R.,BJORNDAL, A.: Staff and family relationships in end-of-life nursing home care, *Nursing Ethics*, 18(1) (2011), 42-53, ISSN 0969-7330, Doi 10.1177/0969733010386160, ISI:000286804000006.
43. GRIFFITHS, M.A.,HARMON, T.R.: Aging Consumer Vulnerabilities Influencing Factors of Acquiescence to Informed Consent, *Journal of Consumer Affairs*, 45(3) (2011), 445-466, ISSN 0022-0078, DOI 10.1111/j.1745-6606.2011.01212.x, ISI:000295097100005.
44. GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997, 247 s., ISBN 80-86005-43-7.
45. GUPTA, U.C.,KHARAWALA, S.: Informed consent in psychiatry clinical research: A conceptual review of issues, challenges, and recommendations, *Perspect Clin Res*, 3(1) (2012), 8-15, ISSN 2229-5488, 10.4103/2229-3485.92301, 22347696.
46. HALL, D.E., PROCHAZKA, A.V.,FINK, A.S.: Informed consent for clinical treatment, *Can Med Assoc J*, 184(5) (2012), 533-540, ISSN 0820-3946, Doi 10.1503/Cmaj.112120, ISI:000303149700030.
47. HAUKE, D., REITER-THEIL, S., HOSTER, E., HIDDEMANN, W.,WINKLER, E.C.: The role of relatives in decisions concerning life-

prolonging treatment in patients with end-stage malignant disorders: informants, advocates or surrogate decision-makers?, *Annals of Oncology*, 22(12) (2011), 2667-2674, ISSN 0923-7534, DOI 10.1093/annonc/mdr019, ISI:000297351700020.

48. HAVE, H.T., CLARK, D.: *The ethics of palliative care: European perspectives*. Buckingham: Open University Press, 2002, 258 s., ISBN 978-0-335-21140-2.
49. Heger se začíná zabývat cenou lidského života. Mladá fronta-Zdravotnické noviny (4.1. 2012) [online], <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/heger-se-zacina-zabyvat-cenou-lidskeho-zivota-462856?category=z-domova>>, [cit. 10.6. 2012].
50. HEIDEGGER, M.: *Bytí a čas*. Praha: Oikúmené, 1996, 477 s., ISBN 8086005127.
51. HEŘMANOVÁ, J.: Sestra a odpovědnost., *Vita nostra revue*, 19(4) (2012), 60–64, ISSN 1212-5083.
52. HEŘMANOVÁ, J., ŠIMEK, J.: Dříve vyslovená přání aneb o lidské svobodě a důstojnosti, *Praktický lékař*, 89(9) (2009), 480-482, ISSN 0032-6739.
53. HEŘMANOVÁ, J., ŠIMEK, J.: Advance directives v Evropě, *Praktický lékař*, 90(2) (2010), 78 – 80, ISSN 0032-6739.
54. HOFMANN, B.: Medicine as techne - A perspective from antiquity, *Journal of Medicine and Philosophy*, 28(4) (2003), 403-425, ISSN 0360-5310, ISI:000185900900002.
55. HOPE, T., SAVULESCU, J., HENDRICK, J.: *Medical Ethics & Law: The Core Curriculum*. Churchill Livingstone, 2003, 236 s., ISBN 78-0443062551.
56. HROCH, J.: *Filosofická hermeneutika v dějinách a v současnosti*. Brno: Georgetown, 1997, 204 s., ISBN 80-210-1709-0.
57. HROCH, J., KONEČNÁ, M., HLOUCH, L.: *Proměny hermeneutického myšlení*. Brno: CDK, 2010, 420 s., ISBN 978-80-7325-231-1.
58. HUMPHRY, D.: Chronology of Right-to-Die Events During the 20th Century and into the Millenium: 1900 - 2010. ERGO, Junction City (2010) [online], Aktualizováno 28.8. 2010, [cit. 15.6. 2012].
59. CHAN, E.A.: A lived experience of dualism between the natural and human science paradigms in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 40(6) (2002), 739-746, ISSN 0309-2402, ISI:000179748400019.
60. CHARALAMBOUS, A.: Interpreting patients as a means of clinical practice: Introducing nursing hermeneutics, *International Journal of Nursing Studies*,

47(10) (2010), 1283-1291, ISSN 0020-7489, DOI
10.1016/j.ijnurstu.2010.02.011, ISI:000281995600011.

61. Inspiring Life, Confronting Death. Elisabeth Kübler-Ross Foundation, (2012) [online], <<http://www.ekrfoundation.org/>>, [cit. 14.6. 2012].
62. JANSSEN, D., STAPLETON, Y.: Patients frequently change their advance directives, *Annual Congress of European Respiratory Society, Amsterdam 24.-28. 9. 2011*. Abstract 1889, prezentováno 26. září 2011, [online], <<http://www.medscape.com/viewarticle/750997>>, [cit. 3. 2. 2012].
63. JESTE, D.V., DUNN, L.B., PALMER, B.W., SAKS, E., HALPAIN, M., COOK, A., APPELBAUM, P., SCHNEIDERMAN, L.: A collaborative model for research on decisional capacity and informed consent in older patients with schizophrenia: Bioethics unit of a geriatric psychiatry intervention research center, *Psychopharmacology (Berl)*, 171(1) (2003), 68-74, ISSN 0033-3158, DOI 10.1007/s00213-003-1507-x, ISI:000186978900010.
64. JONAS, H.: *Princip odpovědnosti*. Praha: Oikumene, 1997, 318 s., ISBN 80-86005-06-2.
65. KAARBO, E.: End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions, *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8) (2011), 1125-1132, ISSN 0962-1067, DOI 10.1111/j.1365-2702.2009.03171.x, ISI:000288166500024.
66. KALVACH, Z., MAREŠ, J., PRUDKÝ, L., PTÁČEK, O., SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š.: *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004, 103 s., ISBN 80-239-2832-5.
67. KANT, I.: *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990, 129 s., ISBN 80-205-0152-5
68. KANT, I.: *Kritika čistého rozumu*. Praha: Oikúmené, 2001, 567 s., ISBN 8072980351.
69. KASTENBAUM, R.J.: *Death, Society and Human Experience. 8th Edition*. Boston: Pearson Education Inc., 2004, 535 s., ISBN 0-205-38193-6.
70. KISSANE, D.W.: The contribution of demoralization to end of life decisionmaking, *Hastings Center Report*, 34(4) (2004), 21-31, ISSN 0093-0334, ISI:000223305700019.
71. KOLEKTIV AUTORŮ: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 97 s., ISBN 978-80-87146-31-6.
72. KORSGAARD, C.: *The Sources of Normativity*. Clare Hall, Cambridge University (1992) [online], <<http://tannerlectures.utah.edu/lectures/documents/korsgaard94.pdf>>, [cit. 12.6. 2012].

73. KŘIVOHLAVÝ, J.: Měření kvality života objektivními ukazateli in J. Payne a Kol. (eds.) *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, 281-287, ISBN 80-7254-657-0.
74. KŘÍŽOVÁ, E.: Jak si lidé vysvětlují své nemoci (Jaké jsou laické interpretace faktorů zdraví a nemoci) in J. Payne a Kol. (eds.) *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, 615-629, ISBN 80-7254-657-0.
75. LEDER, D.: Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine, *Theor Med*, 11(1) (1990), 9-24, ISSN 0167-9902.
76. LEINO-KILPI, H., VALIMAKI, M., ARNDT, M., DASSEN, T., GASULL, M., LEMONIDOU, C., SCOTT, P.A., BANSEMIR, G., CABRERA, E., PAPAANGELOU, H., MC PARLAND, J.: *Patients autonomy, privacy and informed consent*. Amsterdam: IOS Press, 2000, 166 s., ISBN 0929-6743.
77. LEMIENGRE, J., DE CASTERLE, B.D., DENIER, Y., SCHOTSMANS, P., GASTMANS, C.: Content analysis of euthanasia policies of nursing homes in Flanders (Belgium), *Medicine Health Care and Philosophy*, 12(3) (2009), 313-322, ISSN 1386-7423, DOI 10.1007/s11019-008-9176-5, ISI:000272270300010.
78. LÉVINAS, E.: *Etika a nekonečno. 2. Vydání*. Praha: Oikumene, 2009, 231 s., ISBN 978-80-7298-394-0.
79. LIDZ, C.W.: The therapeutic misconception and our models of competency and informed consent, *Behavioral Sciences & the Law*, 24(4) (2006), 535-546, ISSN 0735-3936, Doi 10.1002/Bsl.700, ISI:000240161200012.
80. LOCKE, J.: *Esej o lidském rozumu*. Praha: Svoboda, 1984, 407 s., ISBN 25-051-84.
81. LOCKE, J.: *Two Treatises of Government. (Reprint 7. edice z roku 1772)*. London: Forgotten Books, 2010, 392 s., ISBN 978-1440058639.
82. MATĚJEK, J.: *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011, 190 s., ISBN 978-80-7262-850-6.
83. MATERSTVEDT, L.J., CLARK, D., ELLERSHAW, J., FORDE, R., GRAVGAARD, A.M.B., MULLER-BUSCH, H.C., SALES, J.P.I., RAPIN, C.H.: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force, *Palliative Medicine*, 17(2) (2003), 97-101, ISSN 0269-2163, Doi 10.1191/0269216303pm673oa, ISI:000182204300004.
84. MILL, J.S.: Heritage Document On Liberty An (abridged) Introduction, 1859, *Religious Humanism*, 40(1) (2008), 45-57, ISSN 0034-4095, ISI:000266961900010.

85. MILL, J.S.: *Utilitarismus*. Praha: Vyšehrad, 2011, 182 s., ISBN 978-80-7429-140-1.
86. MULLER, D.: Do NOT Resuscitate, *Health Affairs*, 24(4) (2005), 1317-1322, ISSN 0278-2715, Doi 10.1377/hlthaff.24.5.1317.
87. MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?* . Praha: Grada, 2004, 108 s., ISBN 80-247-1025-0.
88. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005, 156 s., ISBN 80-247-1024-2.
89. MUNZAROVÁ, M., A KOL.: *Proč Ne eutanazii aneb Být či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, 88 s., ISBN 978-80-7195-258-9.
90. NODDINGS, N.: *Caring: A Feminine Approach o Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press, 1986, 216 s., ISBN 0-520-05747-3.
91. NORTON, D.F., NORTON, M. (eds.): *David Hume: A Treatise of Human Nature*. Oxford Philosophical Texts. The complete editions for students. Oxford: Oxford University Press, 2000, 622 s., ISBN 0-19-875173-7.
92. O'NEILL, O.: The dark side of human rights, *International Affairs*, 81(2) (2005), 427-439, ISSN 0020-5850, Doi.10.1111/j.1468-2346.2005.00459.x, ISI:000228064800011.
93. Out of Hospital Do Not Resuscitate Program. Texas Department of State Health Service, (2012) [online], <<http://www.dshs.state.tx.us/emstraumasystems/dnr.shtm>>, Aktualizováno 27.4. 2012, [cit. 3.1. 2012].
94. PAYNE, J.: *Hermeneutická etika. Jeden filosofický pokus o setkání s lidskou bytostí*. Praha: Triton, 1995, 109 s., ISBN 80-858575-07-1.
95. PETRŮ, M.: Mody lékařského myšlení, in L. Fialová, P. Kouba a M. Špaček (eds.) *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha: Galén, 2008, 110-112, ISBN 978-80-7262-513-0.
96. PETŘÍČEK, M.: *Úvod do (současné) filosofie*. Praha: Herrmann & synové, 1997, 178 s., ISBN neuvedeno.
97. PICO DELLA MIRANDOLA, G.: *O důstojnosti člověka*. Praha: Oikoymenh, 2005, 135 s., ISBN 80-7298-164-1.
98. PLATO: *The republic of Plato*, Forgotten Books, 2012, (původní rok vydání 1888), [online], <http://www.forgottenbooks.org/info/The_Republic_of_Plato_1000002799.php>, [cit 12.6. 2012].

99. PLATÓN: *Faidón. Přel. F. Novotný. 6. opravené vyd.* Praha: Oikúmené, 2005, 112 s., ISBN 80-86005-26-7.
100. PRANATI: Informed consent: Are we doing enough?, *Perspectives in Clinical Research. October*, 1(4) (2010), 124 – 127, ISSN 2229-3485, Doi 10.4103/2229-3485.71769.
101. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., A KOLEKTIV: *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-3976-2.
102. QUAGHEBEUR, T., DE CASTERLE, B.D., GASTMANS, C.: Nursing and Euthanasia: A Review of Argument-Based Ethics Literature, *Nursing Ethics*, 16(4) (2009), 466-486, ISSN 0969-7330, Doi 10.1177/0969733009104610, ISI:000266937900010.
103. RANDALL, F., DOWNIE, R.S.: *Palliative Care Ethics: A Companion for All Specialties. Second Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2003, 312 s., ISBN 0-19-263068-7.
104. RENDTDORFF, J.D.: Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5(3) (2002), 235–244, ISSN 1386-7423.
105. RICOEUR, P.: *Úkol hermeneutiky.* Praha: Filosofia, 2004, 44 s., ISBN 80-7007-185-0.
106. RIST, J.M.: *Stoická filosofie.* Praha: Oikomenh, 1998, 343 s., ISBN 978-8086-005737.
107. RUSERT, B.: "A study in nature": the Tuskegee experiments and the New South plantation, *J Med Humanit*, 30(3) (2009), 155-71, ISSN 1573-3645, 10.1007/s10912-009-9086-4.
108. SANDMAN, L.: *A Good Death: On the value of death and dying.* Buckingham: Open University Press, 2004, 184 s., ISBN 978-0335-214112.
109. SENECA, L., A.: *Letters from a Stoic.* London: Penguin Books, 1969, 254 s., ISBN 0140442103.
110. SCHLEIFER, R.: Narrative Knowledge, Phronesis, and Paradigm-Based Medicine, *Narrative*, 20(1) (2012), 64-86, ISSN 1063-3685, ISI:000298774000004.
111. SCHNEIDER, C.E.: The best-laid plans, *Hastings Center Report*, 30(4) (2000), 24-25, ISSN 0093-0334, ISI:000088835400009.
112. SCHULTZ, D.S., FLASHER, L.V.: Charles Taylor, Phronesis, and Medicine: Ethics and Interpretation in Illness Narrative, *Journal of Medicine and*

- Philosophy*, 36(4) (2011), 394-409, ISSN 0360-5310, Doi 10.1093/Jmp/Jhr032, ISI:000295682600008.
113. SINGER, P.: All Animals are Equal, in T. Regan aP. Singer (eds.) *Animal rights and human obligations*. New Jersey: Prentice-Hall, 1989, 148–162.
 114. SLOWTHER, A.M.: The concept of autonomy and its interpretation in health care, *Clinical Ethics*, 2(4) (2007), 173–175, ISSN 1477-7509, Doi 10.1258/147775007783560166.
 115. SOKOL, J.: *Malá filosofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. Praha: Vyšehrad, 2007, 411 s., ISBN 978-0-7021-884-6.
 116. STANLEY, B.: Informed consent in psychiatry clinical research: A conceptual review of issues, *Behavioral Sciences and the Law*, 1(4) (1983), 58 – 71, ISSN 1099-0798, Doi 10.1002/bsl.2370010409.
 117. STIRRAT, G.M., GILL, R.: Autonomy in medical ethics after O'Neill, *Journal of Medical Ethics*, 31(3) (2005), 127-130, ISSN 0306-6800, DOI 10.1136/jme.2004.008292, ISI:000227470200002.
 118. STOLJAR, N.: Informed Consent and Relational Conceptions of Autonomy, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(4) (2011), 375-384, ISSN 0360-5310, Doi 10.1093/Jmp/Jhr029, ISI:000295682600006.
 119. STONE, J.: Pascal's wager and the persistent vegetative state, *Bioethics*, 21(2) (2007), 84-92, ISSN 0269-9702, ISI:000243232400004.
 120. SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 171-189, ISSN 1386-7415, ISI:000088360700004.
 121. SVENAEUS, F.: Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of phronesis, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24(5) (2003), 407-431, ISSN 1386-7415, ISI:000186999800004.
 122. SYKES, J.B.: *The Concise Oxford Dictionary of Current English. The seventh edition*. Oxford: Oxford University Press, 1982, 1268 s., ISBN 19-561491-7.
 123. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V.: *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003, 113 s., ISBN 80-247-0440-4.
 124. ŠKRDLANT, T.: Dokumentární film Hledání dobré smrti, Česká televize, Praha 2006, 57 min, M22057 [Film], <http://new.artfilm.uh.cz/film/M22057>.
 125. ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T.: *Informovaný souhlas: Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: API, 244 s., ISBN 978-80-7357-268-6.

126. TAUBER, A.: Lékařství jako morální epistemologie, in L. Fialová, P. Kouba aM. Špaček (eds.) *Medicína v kontextu západního myšlení* Praha: Galén, 2008, 53-54, ISBN 978-80-7262-513-0.
127. TAUBER, A.I.: *Patient Autonomy and the Ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press, 2005, 328 s., ISBN 9-780262-701129.
128. TEMEL, J.S., GREER, J.A., MUZIKANSKY, A., GALLAGHER, E.R., ADMANE, S., JACKSON, V.A., DAHLIN, C.M., BLINDERMAN, C.D., JACOBSEN, J., PIRL, W.F., BILLINGS, J.A., LYNCH, T.J.: Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer, *New England Journal of Medicine*, 363(8) (2010), 733-742, ISSN 0028-4793, ISI:000280996600007.
129. TILDEN, V.P., TOLLE, S.W., DRACH, L.L., PERRIN, N.A.: Out-of-hospital death: Advance care planning, decedent symptoms, and caregiver burden, *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4) (2004), 532-539, ISSN 0002-8614, ISI:000220355000007.
130. VEATCH, R.M.: Abandoning Informed Consent, *Hastings Center Report*, 25(2) (1995), 5-12, ISSN 0093-0334, ISI:A1995QQ10200007.
131. WARING, D.: Why the practice of medicine is not a phronetic activity, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 139-151, ISSN 1386-7415, ISI:000088360700002.
132. WERNOW, J., R.: History of the Advanced Directive. The Northwest Center for Bioethics. The Northwest Center for Bioethics, (2003), [online], <http://www.ncbioethics.org/publications/AdvanceDirInfo/History.htm#_ftnref2>, Publikováno online 11.12. 2003, [cit. 15.6.2012].
133. WHITE, B.C., ZIMBELMAN, J.: Abandoning informed consent: An idea whose time has not yet come, *Journal of Medicine and Philosophy*, 23(5) (1998), 477-499, ISSN 0360-5310, ISI:000078014900003.
134. WIDDERSHOVEN, G.A.M., BERGHMANS, R.L.P.: Advance directives in dementia care: from instructions to instruments, *Patient Education and Counseling*, 44(2) (2001), 179-186, ISSN 0738-3991, ISI:000170502700009.
135. WIENER, L., BALLARD, E., BRENNAN, T., HAVEN, B., MARTINEZ, P., PAO, M.: How I Wish to be Remembered: The Use of an Advance Care Planning Document in Adolescent and Young Adult Populations, *Journal of Palliative Medicine*, 11(10) (2008), 1309-1313, ISSN 1096-6218, DOI 10.1089/jpm.2008.0126, ISI:000262085900009.
136. WILLIAMS, J.R.: *Medical Ethics Manual, 2nd edition*. Ferney-Voltaire: World Medical Association, Inc., 2009, ISBN 92-99028-1-9.

137. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 6.listopadu 2011. [online],
<<http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=13695&typ=application/pdf&nazev=z%C3%A1kon%20o%20zdrav.%20slu%C5%BEB%C3%A1ch.pdf>>, [cit. 14.6. 2012].
138. ZHANG, A.Y.,SIMINOFF, L.A.: Silence and cancer: Why do families and patients fail to communicate?, *Health Communication*, 15(4) (2003), 415-429, ISSN 1041-0236, ISI:000186223900003.
139. ZVONÍČKOVÁ, M.,SLOVÁK, J.: Problematika utrpení a soucitu v ošetrovatelské péči., *Jihlavské zdravotnické dny 2012*. Jihlava 2012, 1039–1043, ISBN 978-80-87035-8.