

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Katolická teologická fakulta

Katedra teologické etiky a spirituální teologie

MUDr. ThLic. Jaromír Matějka, Ph.D.

Institut dříve projevených přání pacientů. Rizika a přínos.

Dizertační práce

Vedoucí práce: Prof. Dr. Albert-Peter Rethmann

PRAHA 2010

„Quoniam apud te est fons vitæ:
et in lumine tuo videbimus lumen“

Ps 35,10

Prohlašuji, že jsem dizertační práci vypracoval samostatně a v seznamu literatury uvedl veškeré informační zdroje, které jsem použil.

V Praze dne 23. května 2010

Obsah

1. Úvod.....	6
1.1 Metodologická východiska.....	6
1.2 Poděkování.....	8
2. Pojem, historie pojmu.....	10
2.1 Vznik pojmu a právní situace v České republice.....	10
2.2 Názvosloví užívané v České republice.....	12
2.3 Diskuze a východiska problematiky „dříve projevených přání pacientů“ ve Spolkové republice Německo.....	13
2.4 Závěr.....	18
3. Teoretická východiska „dříve projevených přání pacientů“.....	20
3.1 Autonomie pacienta, právo na sebeurčení jako předpoklad svobody jednání.....	20
3.2 Právo na ochranu lidské důstojnosti jako jedno z východisek „dříve projevených přání pacientů“.....	29
3.3 Nedotknutelnost osoby jako východisko „dříve projevených přání pacienta“.....	36
3.4 Závěr.....	43
4. Přístup k interpretaci pacientova prohlášení.....	45
4.1 Historický kontext vzniku institutu pacientova „dříve projeveného přání“.....	46
4.2 „Pacientovo dříve projevené přání“ a jeho místo v komunikaci mezi lékařem a pacientem.....	48
4.3 Kontexty interpretace pacientova prohlášení.....	50
4.4 Pojem nemoci a jeho význam pro interpretaci pacientova prohlášení.....	52
4.5 Nemoc jako objekt přírodovědeckého zájmu a interpretace nemoci pacientem.....	56
4.5.1 Nemoc jako objekt přírodovědeckého zájmu.....	57
4.5.2 Interpretace nemoci pacientem.....	60
4.6 Význam pro problematiku dříve projevených přání pacientů.....	62
4.6.1 Otázka biomedicínského poradenství ve vztahu k „dříve projeveným přáním pacientů“.....	64
4.6.2 Adresáti pacientova textu.....	65
4.6.3 Rozsah biomedicínské konzultace mezi lékařem a pacientem.....	69
4.6.4 Problematika požadavku na co nejpřesnější znění pacientova prohlášení a požadavku na doslovnost jeho interpretace.....	73
4.6.5 Vnímání nemoci pacientem a souvislost s jeho „dříve projeveným přáním“.....	77
4.6.6 Jednostrannost v obsahu pacientova prohlášení.....	80
4.7 Závěr.....	84
5. Spiritualita a nemoc.....	86
5.1 Vztahy mezi „pneuma“, „psyché“ a „sarx“.....	88
5.2 Rysy soudobé spirituality.....	92
5.2.1 Některé charakteristické známky spirituality dnešní doby.....	93
5.3 Spiritualita jako způsob prožití života a jako postoj k životu.....	101
5.4 Závěr.....	110
6. Problematika institutu „dříve projevených přání pacientů“ v souvislosti s otázkami	

týkajících se konce života.....	113
6.1 Zabít nebo nechat zemřít?.....	114
6.2 Řádné a mimořádné prostředky v souvislosti s „dříve projevenými přáními pacienta“.....	119
6.3 Problematika umělé ventilace.....	126
6.4 Problematika hydratace a výživy pacientů.....	129
6.5 Závěr.....	138
7. Koncept péče o pacienta v napětí v souvislosti s institutem „dříve projevených přání pacientů“.....	141
7.1 Požadavky, které institut „dříve projevených přání pacienta“ klade na vztah mezi lékařem a pacientem.....	142
7.2 Napětí mezi respektem k pacientově autonomii a požadavkem péče, jak vyplývá z lékařské profese.....	146
7.3 Dopad institutu „dříve projevených přání pacientů“ na souvislost vztahu požadavku k respektu k pacientově autonomii a požadavku péče.....	150
7.4 Závěr.....	153
8. Závěr.....	156
Seznam zkratk.....	173
Anotace.....	175
Cizojazyčné resumé.....	177
Seznam literatury.....	179

1. Úvod

Tato doktorská práce tématicky navazuje na rigorózní práci, kterou na KTF UK autor obhájil v roce 2009. Byla tehdy jedinou publikací svého druhu v českém prostředí, věnující se problematice „*dříve projevených přání pacientů*“. Vystala tak řada obtíží. Především byla výše uvedená problematika „*dříve projevených přání pacientů*“ v českém prostředí na okraji zájmu odborné veřejnosti jak lékařské i právnické a také na okraji zájmu odborníků zabývajících se kteří se problémy lékařské etiky vědecky. Obtížnou se ukázala uchopitelnost tématu, identifikace problémů, které text pacientova prohlášení přináší. Velmi náročně se hledal klíč k systematickému uchopení celé tematiky.

Některé z uvedených problémů vzešlých z této rigorózní práce chce řešit tato práce dizertační. Především je nutno najít hlavní tezi, již se bude práce zabývat a měla by vystihovat hlavní problém práce. Dalším úkolem bude vypracovat přístupy umožňující nám hlavní otázku práce řešit. Těmito momenty se zabývá následující podkapitola

1.1 Metodologická východiska

1. Hlavní otázky práce: Jaký smysl má institut „*dříve projevených práv pacientů*“ v celém komplexu medicínské komunikace a jak tomuto institutu rozumět? Jak máme k tomuto textu přistupovat? V jakých kontextech se interpretace tohoto textu odehrává? Jaká jsou rizika a jaký je přínos tohoto institutu.
2. Nejprve shrneme situaci v České republice, a to zvláště z terminologických a právních důvodů.
3. Situací v Německu se budeme zabývat zvláště z ústavněprávních

a lidskoprávních důvodů. Ukážeme také zakotvenost německého institutu „*Patientenverfügung*“ v oblasti opatrovnického práva. Právní řešení problému však není náplní této práce.

4. Z analýzy ústavněprávního a lidskoprávního zakotvení „*Patientenverfügung*“ odvodíme, na kterých ústavních a lidských právech německý institut „*Patientenverfügung*“ stojí, co je obsahem těchto práv a co z nich vyplývá pro text, který se vyjadřuje k péči o pacienta pro situaci, kdy již pacient nebude schopen o sobě rozhodovat.
5. Očekáváme, že z pojmu autonomie vzejde odůvodnění, proč pacientův text respektovat.
6. Dalším právem, kterým se budeme zabývat bude právo na lidskou důstojnost. Zde zohledňujeme kontexty, ve kterých bude pacientovo prohlášení interpretováno.
7. Posledním právem, které budeme analyzovat, je právo na nedotknutelnost osoby. Zde se nevyhneme pokusu o definici osoby. Z tohoto práva potom vzejde vysvětlení toho, proč musíme respektovat kontexty, ve kterých má být pacientovo prohlášení interpretováno.
8. Potom se ve čtvrté kapitole budeme přístupem k interpretaci pacientova prohlášení věnovat již podrobněji. Naznačíme historický kontext, z něhož kterého tento institut vzešel. Budeme více diferencovat souvislosti mezi jednotlivými kontexty. Pacientovo prohlášení souvisí s jeho nemocí, s představou o životě pacienta reprezentovanou jeho životním projektem. To vše se odehrává v jistém sociálním a spirituálním kontextu.
9. V našem soustředění na nemoc jako jeden ze stěžejních kontextů, v nichž se diskuze kolem „*dříve projevených přání pacientů*“ odehrává. Budeme se zabývat nemocí v kontextu přírodních věd i tím, jak svoji nemoc chápe

konkrétní pacient. Dojdeme k zajímavému (a metodologicky nevyhnutelnému) napětí mezi přírodními a humanitními vědami.

10. V jednotlivých podkapitolách čtvrté kapitoly se budeme zabývat některými dílčími otázkami: Otázkou biomedicínského poradenství ve vztahu k „*dříve projeveným přáním pacientů*“, tím, kdo jsou adresáti pacientova textu, jaký by měl být rozsah biomedicínské konzultace mezi lékařem a pacientem při tvorbě pacientova prohlášení. Budeme se zabývat problematikou požadavku na co nejpřesnější znění pacientova prohlášení a požadavku na doslovnost jeho interpretace. A také zabývat tím, jak svoji nemoc vnímá pacient. Na tuto podkapitolu potom naváže poslední část čtvrté podkapitoly, která nám ukáže zásadní rizika a rozpory, které institut „*dříve projevených přání pacienta*“ v sobě nese. V kapitole šesté se budeme věnovat vztahu spirituality a nemoci. Předpokládáme, že kontext spirituality se svojí zásadní otevřeností tajemství bude pro interpretaci pacientova textu nejobtížněji interpretovatelným kontextem.
11. V sedmé kapitole se budeme věnovat souvislostem otázek, které se obvykle kladou v souvislosti s koncem života a institutu „*dříve projevených přání pacienta*“. Nejkonfliktnější otázku v této oblasti je problematika podávání výživy a tekutin.
12. V závěru potom shrneme výsledky celé práce, zaměříme se na omezení a přínos, který institut „*dříve projevených přání pacienta*“ přináší a nastíníme další otázky, jež při tvorbě této práce vznikly.

1.2 Poděkování

Obvykle nebývá poděkování v dizertačních pracích zvláštní podkapitolou. Ve vědecké práci je to však jediné místo, kde může být autor více osobní, než je

obvyklé. Především chci poděkovat své manželce Zdeňce, která moje studium, často zatížené pochybnostmi a tápáním, trpělivě snášela a bez výhrad podporovala. Ona přišla s myšlenkou studijního pobytu ve Vídni, kde byla také velká část této dizertační práce sepsána. Také chci poděkovat svým dětem Lukášovi a Terezii. I pro ně muselo být jistě nepříjemné a možná, že často ani nerozuměli tomu, proč jejich otec pořád „vysedává u počítače a pořád jen píše“.

Děkuji také svému vedoucímu doktorské práce Prof. Dr. Albertu-Peteru Rethmannovi, který se mě ujal s velkým pochopením pro má omezení. Také díky jeho optimistickému přístupu mohla tato práce vzniknout.

„*Last but not least*“ chci na tomto místě poděkovat Institutu pro morální teologii při Katolické teologické fakultě Univerzity ve Vídni. Školní rok 2009/2010 jsem strávil v rámci programu Erasmus právě zde. Byl jsem překvapen vysokou odbornou úrovní pracoviště, vybavením knihovny. To se však dá při zahraničních stážích obvykle očekávat. Co jsem však naprosto nečekal bylo nebývale vřelé lidské i kolegiální přijetí celým Institutem, zvláště Univ.-Prof. Dr. theol. Sigrid Müller, která je vedoucí Institutu pro morální teologii a mimořádně inspirujícím člověkem Ao. Univ.-Prof. Dr. med. dr. theol. mag. pharm. Matthiasem Beckem. Za přátelské přijetí děkuji také svému slovenskému kolegovi Mgr. Slavomíru Dlužošovi.

2. Pojem, historie pojmu

2.1 Vznik pojmu a právní situace v České republice

První zmínka¹ o úvaze, vztahující se k problematice „*dříve projevených přání*“,² je z roku 1914, kdy soudce Benjamin Cardozo prohlásil: „*Každá dospělá lidská bytost, jasně myslí, má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem*“.³ K tomuto prohlášení se přihlásil i Nejvyšší soud USA, když v tzv. „*Cruzan case*“ rozhodl, že je možno odejmout nutriční podporu člověku s vážným neurologickým postižením, jestliže je jasné, že by si to sám vybral.⁴

Samotný termín „*living will*“⁵ byl poprvé použit v roce 1969, kdy Luis Kutner navrhl dokument, který navrhoval, aby byla zastavena lékařská péče, pokud je pacient ve vegetativním stavu, když je jisté, že jeho mentální a fyzické schopnosti již nebudou obnoveny.⁶ Tato rozhodnutí stojí na počátku tvorby zákonodárné oblasti USA, která se rozhodováním v otázkách týkajících se konce života zabývá.

Do prostředí České republiky uvádí institut „*dříve projevených přání pacientů*“ „*Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*“⁷ (dále jen „*Úmluva*“). Smlouva vstoupila v platnost 1. října 2001. Její devátý článek - dříve vyslovená přání: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského*

1 LYNN Joanne, TENO Joan M.: Advance directives, in: Encyclopedia of Bioethics, sv. 1, New York: Simon & Schuster Macmillan, ²1995, 572 – 577.

2 Na tomto místě „*advance directives*“.

3 „*Every human being of adult years and sound mind has a right to determinate what shall be done with his own body.*“

4 Srov. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, http://en.wikipedia.org/wiki/Cruzan_v._Director,_Missouri_Department_of_Health (13. 1. 2010).

5 Tak se také někdy problematika spojená „*dříve projevenými přáními pacienta*“ označuje.

6 Srov. LYNN, TENO: op. cit., 573.

7 PARLAMENTNÍ SHROMÁŽDĚNÍ RADY EVROPY: Úmluva o lidských právech a biomedicině, http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm (13. 1. 2010).

*zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*⁸ pak uvozuje problematiku v právní oblasti. Z ní pak vyvstává i problematika etická. Této definice se přidržíme i v naší práci. „*Dříve projevená přání pacienta*“ jsou tedy právně-etickým institutem, ve kterém se pacient vyjadřuje k péči o sebe v době, kdy již nebude schopen se k této péči vyjádřit.

„*Úmluvu*“ pak rozpracovává „*Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicině*“⁹ její články 60 až 62.

V článku 61 se předvídají situace, kdy se pacient nemůže, např. vinou progresivní choroby, k léčbě vyjádřit. Protože je znám průběh choroby, lze se vyjádřit k očekávaným situacím.

Článek 62 se již vyjadřuje k problematice naplňování pacientova prohlášení.¹⁰ Pacientovo prohlášení se má zohlednit, ale nemusí se plnit vždy. Lékař se má ujistit, zdali již nastala očekávaná situace a že je pacientovo prohlášení platné.

Předchozí texty jsou více upřesněny ve „*Věcném záměru zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*“.¹¹ Pacientovo prohlášení se má respektovat, pokud je poskytovateli zdravotní služby známo. Musí být také opatřeno úředně ověřeným podpisem. Je zřejmé, že ani tento text

8 Tamtéž.

9 MICHAUD Jean: Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicině, http://mujweb.atlas.cz/www/krev/text/Umluva_biomedicina_vysvet-leni2.htm (13. 1. 2010).

10 V této práci je tak většinou míněn text pacientova „*dříve projeveného přání*“.

11 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY: Věcný záměr zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/279-vecny-zamer-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani.html> (5. 1. 2010): „*Je třeba respektovat dříve vyslovené přání pacienta ve vztahu k budoucímu možnému poskytnutí zdravotních služeb, je-li poskytovateli zdravotní služby toto přání známo; dříve vylovené přání bude muset být učiněno písemně a s úředně ověřeným podpisem; dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by postupy podle něho vedly k aktivnímu ukončení života pacienta.*“

problémy zdaleka neřeší. Spíše naznačuje pouze některé z nich a ještě nesystematicky.¹²

2.2 Názvosloví užívané v České republice

To, že je situace v českém prostředí zatím nejasná a problematika „*dříve projevených přání pacientů*“ nepříliš dobře známá, se ukazuje i roztržitostí v českého názvosloví.

Zpočátku se používal termín „*pacientova závět*“. Sloužil k překladu sousloví „*living will*“. Od tohoto termínu se brzy upustilo, protože jeho použití implikuje zcela odlišné téma.

Jako další zaznívaly termíny: „*poslední pořízení vyjadřované předem*“,¹³ „*předběžné stanovisko pacienta ke druhu poskytované péče*“.¹⁴ Užívaly se také termíny „*NR – neresuscitovat*“ a „*DNR – do not resuscitate*“.¹⁵ Např. vyhledávače MESH¹⁶ užívají k vyhledání relevantní literatury termín „*pacientova přání ohledně budoucí terapie*“.¹⁷

Anglický termín „*expressed wishes*“ je do českého jazyka v „*Úmluvě*“ přeložen jako „*dříve vyslovená přání*“. Můžeme se však domnívat, že se nejedná o přesný překlad. Slovo „*to express*“ překládá například slovník „*Password*“¹⁸ jako „*vyjádřit se*“. Ovšem „*vyjádřit se*“ a „*vyslovit se*“ znamená něco jiného. Co

12 Lze se tázat: Co znamená respektovat? Do jaké míry? Za jaké situace? Proč má být text opatřen úředním podpisem? A co prohlášení, která tímto podpisem opatřena nebudou? Jak se konkrétní lékař dozví o pacientově prohlášení? Bude povinností lékaře po takovém prohlášení pátrat a do jaké míry? A jak prokáže, že prohlášení hledal a nenašel je?

13 MUNZAROVÁ Marta: Etické aspekty léčby v terminálním stavu závažných nevyléčitelných onemocnění, in: *Neurologie pro praxi* 1 (2006) 13 - 14.

14 LAJKEP Tomáš: Eutanazie - téma stále aktuální, in: *Praktický lékař* 9 (2002) 558 - 559.

15 HAŠKOVCOVÁ Helena: Smrt má své místo v životě i v medicíně a úmrtí pacienta není nutné chápat; jako prohru, in: *Zdravotnické noviny* 6 (2000) 16.

16 K tomu blíže na: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>, (13. 1. 2010).

17 Jedná se o název dlouhý, ale tím, že je užito slovo „*budoucí*“, také výstižný. Slovo „*terapie*“ zde patrně zahrnuje i slovo „*péče*“. Pokud by to tak bylo, bylo by to pochopitelně diskutabilní.

18 Password. Anglický výkladový slovník s českými ekvivalenty, Praha: Mladá fronta, 1991, 182.

se týče rozdílu mezi „*vyjádřit se*“ a „*projevit se*“, ten je již mnohem menší než mezi „*vyslovit se*“ a „*vyjádřit se*“. Přesto autor práce považuje za vhodnější používat sloveso „*projevit se*“, protože ten podle jeho názoru více zdůrazňuje možnost naznačit svoje přání i jinak než řečí. Je to však otázkou jazykového citu a koneckonců i jazykového úzu, který nakonec v českém prostředí převáží. Autor práce se bude přidržovat termínu „*dříve projevená přání*“, resp. „*dříve projevená přání pacienta*“, který tak zachytí širší škálu projevů pacienta.¹⁹ V tomto smyslu a pro účely této práce budeme také používat sousloví „*pacientovo prohlášení*“.

2.3 Diskuze a východiska problematiky „dříve projevených přání pacientů“ ve Spolkové republice Německo²⁰

Smyslem této kapitoly je nahlédnout tam, kde je problematika „*dříve projevených přání pacienta*“ propracována více.

Na německé diskuzi uvidíme, do jakého kontextu právního a etického²¹ je celá problematika vsazena.²² Zaměříme se na terminologii, na civilněprávní a ústavněprávní momenty. Právě na nich uvidíme, jak jaká jsou ústavněprávní a lidskoprávní východiska „*dříve projevených přání pacientů*“.

Spolková republika Německo je pro nás významná také tím, že tam poměrně dlouhou dobu probíhala diskuze o tom, zdali se má tato problematika upravit zákonem. Tamní diskuze tak nebyla, stejně jako v České republice,

19 Také zde se nabízí otázka, zdali je toto označení vhodné. Je víceslovné.

20 Tato kapitola je v pozměněné podobě součástí rigorózní práce: MATĚJEK Jaromír, *Etické aspekty tzv. dříve projevených přání pacientů*. Rigorózní práce, Praha: KTF UK, 2009.

21 Oprávnění pacienta předložit svoje prohlášení vyplývá z konceptu lidských práv. To ostatně uvidíme dále.

22 O úzkém propojení právní a etické diskuze viz např.: MAY Arnd T, GEIßSENDÖRFER Sylke E., SIMON Alfred, STRÄTLING Meinolfus: *Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf?* Münster: Lit Verlag, 2002. K pokračování diskuze pak MAY Arnd T., CHARBONNIER Ralph (ed.): *Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge*, Münster: Lit Verlag, 2005.

dlouho uzavřena. Nyní je v Německu stejná situace je například v Republice Rakousko, kde také již zákonná úprava existuje.²³

Přehledné uvedení do této problematiky poskytuje „*Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen*“²⁴ (dále jen „*Zwischenbericht*“). Tuto zprávu vydala „*Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin*“, komise zřízená při německém Spolkovém sněmu. Tato komise se zabývá významnými etickými problémy medicíny, mezi nimi i problematikou „*Patientenverfügungen*“ (dále jen „*PV*“).²⁵ Tato zpráva má několik částí, kromě etické a právní reflexe popisuje také situaci v ostatních zemích a obsahuje také doporučení, jak by tato problematika měla být regulována.²⁶

Nyní však se podívejme, jak „*Zwischenbericht*“ definuje některé pojmy, v souvislosti s jakými ostatními právními instituty je uvádí.

„*Zwischenbericht*“ definuje:²⁷

„*Patientenverfügung*“ je „*individuální písemný nebo ústní projev vůle člověka ohledně péče v případě budoucí vlastní neschopnosti se k této péči vyjádřit*“²⁸. Termín „*Patiententestament*“ se opouští, protože evokuje představu, která s „*PV*“ nesouvisí.

Dalším právním institutem, který usnadňuje rozhodování v oblasti

23 NATIONALRAT: 55. Bundesgesetz über Patientenverfügungen, http://www.aerztekammer.at/service/PS/BGBL_I_55_2006_PatVG.pdf (17. 3. 2010).

24 Srov. DEUTSCHER BUNDESTAG: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, <http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?fileToLoad=116&id=1040> (17. 3. 2010).

25 Vysvětlení pojmu viz níže.

26 Tato zpráva byla podkladem k další diskuzi. Viz např. komentář.: RIEDEL Ulrike: Patientenverfügungen. Zwischenbericht der Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages, in: Ethik in der Medizin 1 (2005) 28 – 33.

27 Srov. ZB, 5 – 6.

28 „*Nach allgemeinem Verständnis wird unter einer Patientenverfügung eine individuelle schriftliche oder auch mündliche Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Falle der eigenen Äußerungsunfähigkeit verstanden.*“ ZB, 5.

zastupování pacienta ve zdravotnických záležitostech²⁹ je „*Vorsorgevollmacht*“. Zde jde o ustanovení „*Gesundheitsbevollmächtigter*“, zmocněnce ve zdravotních záležitostech. Ten potom rozhoduje o zdravotních záležitostech pacienta. Pokud pacient takového zmocněnce ustanoví, nesmí být již ustanoven opatrovník další. Pokud by však rozhodnutí tohoto opatrovníka mohly vést ke smrti nebo k těžkému poškození zdraví pacienta, podléhají schválení „*opatrovníckému soudu*“.^{30,31}

Dalším termínem, který „*Zwischenbericht*“ v souvislosti s těmito otázkami je „*Betreuungsverfügung*“.³² Zde může nesvéprávná osoba³³ navrhnout, koho za opatrovníka chce a kdo naopak v žádném případě opatrovníkem být nemůže. Opatrovnícký soud je pak tímto „*Betreuungsverfügung*“ vázán. Opatrovník potom rozhoduje o zdravotních záležitostech pacienta. Tímto opatrovníkem může být kdokoliv, např. příbuzný, přítel/kyně, nebo také ošetřující lékař pacienta.

Výše uvedená terminologie uvádí „*Patientenverfügung*“ do souvislosti problematikou opatrovnictví. Pacient může tedy o sobě rozhodnout v „*Patientenverfügung*“ nebo může ustanovit zmocněnce ve zdravotních záležitostech, který o něm bude rozhodovat nebo, pokud se jedná o nesvéprávnou osobu, může navrhnout, která osoba nebo které osoby se mohou opatrovníkem stát a které se v žádném případě opatrovníky stát nesmějí. Jde tedy o delegování pravomoci o sobě rozhodnout na někoho dalšího.

Kromě této analýzy je pro nás „*Zwischenbericht*“ významná také tím, že pojmenovává některé ústavněprávní a civilněprávní instituty, na kterých institut „*dříve projevených přání pacienta*“ spočívá.

29 Nemusí se jednat totiž vždy jen o otázky týkající se konce života, ale jakékoliv otázky, které se dotýkají pacienta, který např. pouze dočasně není schopen o sobě rozhodovat.

30 „*Vordmundschaftsgericht*“.

31 Srov. ZB, 6.

32 Srov. tamtéž.

33 „*Eine einwilligungsfähige Person*“. Srov. tamtéž.

Ústavněprávně spočívá „*Patientenverfügung*“ na prvních člancích německé ústavy, tzv. „*Grundgesetz*“^{34,35} (dále jen „*GG*“). Vychází ze čtyř bodů:

1. Právo na ochranu lidské důstojnosti – článek 1, odstavec 1 „*GG*“: „*Lidská důstojnost je nedotknutelná. Dbát na ni a chránit ji je povinnost vši státní moci.*“³⁶
2. Svoboda jednání je vyjádřena v 2, odstavec 1. „*Každý má právo na svobodný rozvoj své osobnosti, pokud tak nejsou narušena práva ostatních a pokud se nejedná proti ústavnímu pořádku nebo mravnímu zákonu.*“³⁷
3. Právo na tělesnou nedotknutelnost je obsažen v článku 2, odstavci 2, větě první „*GG*“. „*Každý má právo na tělesnou nedotknutelnost.*“³⁸
4. „*PV*“ je projevem práva na sebeurčení, které je především obsaženo v článku 2, odstavci prvním „*GG*“.³⁹

Tyto čtyři principy jsou podstatou argumentace, ze které „*dříve projevená přání pacientů*“ vycházejí. Vrátime se k nim v diskuzi o antropologických principech, když se budeme pokoušet nalézt řešení problémů, které tento etický institut přináší.

Je však třeba také říci, že tyto principy neplatí absolutně, že jsou omezeny.⁴⁰

34 Jedná se o termín označující německou ústavu.

35 Srov. PARLAMENTARISCHER RAT: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, in: Grundgesetz mit [...], München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2006, 15.

36 Srov. tamtéž. „*Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.*“

37 Srov. tamtéž. „*Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.*“

38 Srov. tamtéž. „*Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.*“

39 Srov. tamtéž, viz pozn. 35.

40 Srov. tamtéž, viz pozn. 35. Zde je v popředí zájem ochrany života nebo ochrana rodiny. Článek 6, odstavec 2. „*GG*“. „*Pflege und erziehung der Kinder sind das natürliche Rechr der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.*“ „*Péče a výchova dětí jsou přirozeným právem rodičů a jejich přední povinností. Na jejich jednání dohlíží státní společenství.*“

Velmi významné také je, že z Ústavy vychází také zákaz aktivní eutanázie,⁴¹ zákaz zabití na požádání⁴² a příkaz zachraňovat ty, kteří se pokusili o sebevraždu.⁴³

„*Dříve projevená přání*“ nejsou tedy bezbřehá, ale mají své významné ústavní hranice.⁴⁴

Civilněprávně⁴⁵ nevyžadují „*Patientenverfügung*“ žádnou konkrétní formu. Vůle pacienta může být vyjádřena jakýmkoliv způsobem. Nejčastěji jde pochopitelně o písemné vyjádření, ale v úvahu připadá i ústní nebo jiný projev, například pacientovo gesto. Osoba, která „*Patientenverfügung*“ vydává, musí být způsobilá k právním úkonům.

Nevyžaduje se ani žádná forma poradenství.

Také odvolání „*PV*“ není vázáno žádnou formou.

Formuláře,⁴⁶ které k tomuto účelu vznikly také nepatří mezi „povinnou náležitost“ „*PV*“, pouze tvorbu „*PV*“ usnadňují.

18. června 2009 byla provedena změna Občanského zákoníku^{47,48}, v rámci něhož se má daná problematika regulovat. Byl schválen jeden ze tří návrhů, které byly postupně diskutovány, a sice návrh poslanců J. Stündera a M. Kauche. Podle tohoto návrhu má být písemně formulované „*PV*“ prozkoumáno

41 Srov. § 212 Strafgesetzbuch (StGB). Dostupné na <http://dejure.org/gesetze/StGB>, (14. 1. 2010).

42 Srov. tamtéž, § 216 StGB.

43 Srov. HUFEN Friedhelm: In dubio pro dignitate – Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens, in: Neue Juristische Wochenschrift 7 (2001), 849 – 857.

44 Proto je bezpředmětná námitka, že „*dříve projevená přání pacientů*“ jsou otevřené dveře eutanázii.

45 Srov. ZB, 15.

46 K 21. 6. 2009 existovalo v Německu 230 nejrůznějších formulářů. I to ukazuje, o jak aktuální problematiku se jedná a zároveň tento počet také vyvolává otázku, zdali, event. jakým způsobem, problematiku „*PV*“ regulovat. K tomu MAY Arnd T.: Verfügungsliste. Liste Vorsorglicher Verfügungen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, <http://www.medizinethik.de/verfuegungen.htm> (14. 1. 2010).

47 Přehledně na DER DEUTSCHE BUNDESTAG: Gesetz zur Patientenverfügung, <http://wiki.btpax.de/Synopse> (1. 3. 2010).

48 V českém prostředí o tomto posunu referuje MARYŠKOVÁ Jana: Dříve vyslovená přání, in: Universum 1 (2010) 34 – 35.

opatrovníkem⁴⁹ v tom smyslu, zdali aktuální situace stavu pacienta odpovídá situaci, kterou pacient ve svém prohlášení předvídá. Pokud tomu tak je, musí lékař pacientovo přání respektovat.⁵⁰

2.4 Závěr

V této kapitole jsme se s tématem seznámili podrobněji. Z diskuze české situace vyplývá, že ačkoliv se stal institut „*dříve projevených přání pacientů*“ součástí českého právního řádu, z čehož vyplývají významné právní i etické konsekvence, stále ještě je tato problematika u nás prakticky neznámá. V českém prostředí nevznikla na toto téma žádná ucelená publikace. Zmíněné, většinou časopisecké, pouze sdělují, že tento institut existuje, že pacient vyžaduje respekt i tehdy, pokud není schopen o sobě rozhodovat a že je třeba také respektovat jeho předchozí prohlášení. Žádná hlubší reflexe zatím bohužel v českém prostředí neexistuje.

V německém prostředí je situace zcela jiná, to vyplývá již z předložené hrubé skici německé situace. Celá problematika „*Patientenverfügungen*“ se řeší v souvislostech opatrovníckého práva. Také zákon, kterým Spolková republika Německo tuto problematiku upravuje, vyžaduje opatrovníka, který je potom lékaři partnerem v interpretaci pacientova prohlášení. To je jeden moment, který by mohl být pro české prostředí inspirující. Oním dalším, a pro tuto práci zásadním momentem, je ústavněprávní analýza východisek, z nichž institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vychází. Tato ústavněprávní analýza je zároveň analýzou lidskoprávní. Odtud potom vyvstávají zcela zásadní antropologické poznatky, které budou mít přístup k pacientovu prohlášení

49 Tohoto opatrovníka určí buď pacient sám („*Bevollmächtigter*“) nebo ho určí opatrovnícký soud („*Betreuer*“).

50 Srov. tamtéž.

zásadní vliv.

3. Teoretická východiska „dříve projevených přání pacientů“

Na německé diskuzi jsme poznali, z jakých lidskoprávních východisek institut „dříve projevených přání“ pacientů vychází. Je to především právo na sebeurčení, jehož předpokladem je autonomie člověka, právo na ochranu lidské důstojnosti a právo na nedotknutelnost osoby. V následujících podkapitolách budeme tato práva analyzovat a výsledky této analýzy potom aplikujeme na naši problematiku. Budeme se snažit hlouběji pochopit, v čem jsou jsou ona práva zakotvena a jaký význam pro naši problematiku mají. V první podkapitole se budeme zabývat autonomií člověka jako východiskem svobodného jednání, ve druhé podkapitole právem na ochranu lidské důstojnosti a v podkapitole třetí potom právem na nedotknutelnost osoby.

3.1 Autonomie pacienta, právo na sebeurčení jako předpoklad svobody jednání

Autonomie člověka jako předpoklad svobody jednání a jako výraz sebeurčení hraje v lékařské etice stěžejní úlohu. Autonomie pacienta je v lékařské etice jedním ze stěžejních pojmů. A i když bylo o tomto pojmu a jeho nejrůznějších souvislostech napsáno velmi mnoho, nelze tento pojem pominout bez toho, že bychom ukázali jeho souvislost s tématem naší práce. Že tomu tak opravdu je, ukazují i další kapitoly této práce práce.

V lékařské etice se s tímto pojmem setkáváme výrazněji po druhé světové válce, kdy došlo k posunu od paternalistického přístupu k pacientům k důrazu na autonomii pacienta. Tento přechod souvisí právě s událostmi druhé světové války, a to zvláště poté, co vyšly najevo poměry v koncentračních táborech a zapojení lékařů do této mašinérie, organizační i „vědecké“. Tak tento moment

můžeme pozorovat v oblasti úzce chápané lékařské etiky. Vnímat ho však v takto zúženém horizontu by bylo velmi nesprávné. Znamenalo by to, že v oblasti humanitních věd a zvláště ve filozofii a etice došlo k izolovanému jevu, kdy se obsah jednoho termínu stal měřítkem a pravidlem pro práci v celém vědním oboru. Uvažovat o takovém oboru jako o ideologii by pak bylo naprosto namístě. V dějinách myšlení je tomu však poněkud jinak a právě z tohoto širšího horizontu není akcent na autonomii v lékařské etice nijak překvapivý.

Napětí mezi objektem a subjektem, mezi normou a odpovědností jednotlivce je jedním z vláken, které prostupují celé dějiny západního myšlení. Radikální obrat od objektu k subjektu přinesla až filozofie Immanuela Kanta. Tento obrat je tak významný, že se přirovnává k objevům Mikuláše Koperníka a mluví se o tzv. kopernikovském obratu ve filozofii.⁵¹

Také v katolické teologii nezůstal tento vývoj nepovšimnut. Mocným impulzem k promýšlení místa jednotlivce v analýze a etickém hodnocení lidského chování byl II. vatikánský koncil. V teologické etice se začal přesouvat akcent od novotomistického substancializujícího, abstraktního, nedějinného pojmu člověka, i normy mravního jednání, k vnímání člověka v jeho dějinnosti a existencialitě. Tento proces není zdaleka bezbolestný, nekonfliktní a bez nedorozumění.⁵² Zatímco v české teologii je tento proces reflektován minimálně a ne zcela komplexně,⁵³ v teologii německého jazykového prostoru se téma autonomní morálky stalo tématem ústředním, které mělo na teologickou etiku zásadní vliv. Autory, kteří sehráli zásadní roli v této diskuzi jsou Auer,⁵⁴

51 Autonomie bývá považována za transkulturní fenomén, viz např. SANCHEZ-GONZALEZ MIGUEL A.: Advance directives outside USA: Are they the best solution everywhere? In: *Theoretical Medicine and Bioethics* 3 (1997) 283 – 301. Otázkou zůstává vnímání tohoto pojmu např. v islámských zemích nebo v Africe.

52 O tom, jak náročný a komplikovaný je tento proces svědčí i autobiografická kniha HÄRING Bernhard: *V bezpečí a svobodě*, Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal, 2009.

53 CAHA Aleš: *Autonomní morálka*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004.

54 AUER Alfons: *Autonome Moral und christliche Glaube*, Düsseldorf: Patmos Verlag.

Demmer,⁵⁵ Merks,⁵⁶ nebo Böckle.⁵⁷ Každý z nich pochopitelně akcentoval téma jiným způsobem. Není ovšem tématem této práce detailně analyzovat celou diskuzi. Protože práce chce být prací teologickou musí poukázat v jakém konceptu teologické etiky se bude řešení tématu pohybovat. V souvislostech této práce jde o řešení problematiky „*dříve projevených přání pacientů*“, kdy jde o otázku porozumění textu ze souvislostí kontextů, ve kterých je tento text interpretován. Text pacientova prohlášení je výsostně osobní a stejně osobní jsou i kontexty, v rámci kterých je pacientův text interpretován. Proto chce být tato práce i prací v oblasti teologické autonomní etiky.

Pojem autonomie se tak stává ústředním pojmem etiky vůbec, bez ohledu na to, zdali se promýšlí etické problémy v teologickém kontextu či nikoliv.

Pro porozumění autonomii v kontextu lékařské etiky je stěžejní dílo Beauchampa a Childresse „*Principles of biomedical ethics*“.⁵⁸ V tomto textu se autonomie uvádí v souvislosti s dalšími třemi, tzv. prima facie principy, beneficencí, nonmaleficencí a spravedlností. Autonomie bývá vnímána jako princip klíčový.

Oba autoři vnímají pojem autonomie akcentovaně ve smyslu „*autonomní volby*“. Autonomní jednání je potom takové jednání, které splňuje všechny tři následující parametry, intencionalitu, porozumění, absenci determinujícího vlivu. Jednání může být potom intencionální nebo neintencionální, avšak míra porozumění a absence vlivu jsou však odstupňovány a je možné vnímat maximální i minimální míru porozumění nebo absence determinujícího vlivu na rozhodnutí.⁵⁹

55 DEMMER Klaus: *Moraltheologische Methodenlehre*, Freiburg: Universitätsverlag, 1989.

56 MERKS Karl-Wilhelm : *Theologische Grundlegung der sittlichen Autonomie: Strukturmomente eines "autonomen" Normbegründungsverständnisses im lex-Traktat der Summa theologiae des Thomas von Aquin*, Düsseldorf: Patmos-Verlag, 1978.

57 BÖCKLE Franz: *Fundamental-moral*, München: Kösel, 1985 .

58 BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS James F.: *Principles of biomedical ethics*, New York: Oxford University Press, Inc., 2001. Dále jen: BEAUCHAMP, CHILDRESS.

59 Srov. tamtéž, 59.

„Respektovat autonomně jednající minimálně znamená uznat, jeho právo zastávat názory, volit a jednat podle osobních hodnot a podle osobního přesvědčení. Takový respekt vyžaduje respektující akci, ne pouze respektující postoj. Znamená také víc než nezasahování do osobních záležitostí druhých lidí. To zahrnuje, minimálně v některých kontextech, závazky budovat nebo udržovat kapacitu druhého člověka k autonomním rozhodnutím a tlumit strach nebo jiné podmínky, které mohou zničit nebo narušit jeho autonomní jednání.“⁶⁰

Toto přesvědčení o respektu k autonomii pacienta vychází, podle Beauchampa a Childresse, z filozofie Kantovy a z prací Johna Stuarta Milla. Pro Kanta vyplývá respekt člověku z uznání jeho důstojnosti, pro Milla potom z požadavku, aby byl každému umožněn maximální rozvoj, pokud tím vážně nenaruší zájmy jiných osob.⁶¹

Smyslem této práce není detailní analýza pojmu autonomie v lékařské etice. V tomto textu⁶² se chceme zabývat souvislostmi tohoto pojmu s problematikou zástupného rozhodování za ty pacienty, kteří nejsou už schopni sami o sobě rozhodnout. Proto se budeme dále zabývat koncepty, které taková zástupná rozhodování za pacienta zdůvodňují. Tyto nálezy pak budeme chtít využít v reflexi tématu naší práce.

Prvním z těchto konceptů je „*the substituted judgment standard*“.⁶³ Principem tohoto rozhodování je rozhodovat se tak, jak by se rozhodl nekompetentní pacient za podmínky, že by byl nyní, v době rozhodování, kompetentní;⁶³ musel by však vzít do úvahy svoji nynější faktickou i budoucí

⁶⁰ „*To respect an autonomous agent is, at a minimum, to acknowledge that person's right to hold views, to make choices, and to take actions based on personal values and beliefs. Such respect involves respectful action, not merely a respectful attitude. It also requires more than noninterference in others's personal affairs. It includes, at least in some contexts, obligations to build up or maintain others' capacities for autonomous choice while helping to allay fears and other conditions that destroy or disrupt their autonomous actions.*“ Tamtéž, 63.

⁶¹ Srov. tamtéž, 64.

⁶² Srov. tamtéž, 98 – 104.

⁶³ Za kompetentního považují oba autoři takového člověka, který je psychologicky nebo právně schopen adekvátního rozhodování. Klíčovou je zde otázka, kdo rozhoduje o kompetentnosti nebo

nekompetentnost. Tomuto postupu vytykají Beauchamp a Childress jeho založení na fikci. „*O nekompetentní osobě nemůžeme v pravém slova smyslu říci, že má právo rozhodnout, pokud toto právo může být vykonáno pouze kompetentní osobou.*“⁶⁴ Domnívají se, že tento standard rozhodování⁶⁵ se smí použít pouze u pacienta, který byl kompetentní, ale nekompetentním se stal. Navíc to předpokládá hlubokou znalost pacienta tím, kdo o něm rozhoduje. Správné rozhodování je takové, kdy se ten, kdo rozhoduje, ptá: „Co by chtěl pacient za těchto okolností?“⁶⁶ V žádném případě se nelze ptát: „Co chceš udělat pro pacienta?“⁶⁷ Oba autoři však považují způsob rozhodování podle tohoto standardu za nadbytečný, protože je založen na fikci na jedné straně a na straně druhé se mění v princip „*čisté autonomie*“⁶⁸, která respektuje i předchozí volby, které byly učiněny autonomně.

Princip „*čisté autonomie*“ je aplikován výlučně na pacienty, kteří dříve autonomní byli, nyní však nejsou schopni své přání vyjádřit. Pokud pacient vyjádřil svoje přání v podobě „*dříve projeveného přání*“.⁶⁹ Tento princip je prezentován na případu „*Conroy*“. Zásadní otázkou bylo, zda je možné rozhodnout o odnětí nebo nezavedení výživy a tekutin a podle jakých kritérií takové rozhodnutí odůvodnit. Nejvyšší soud státu New Jersey rozhodl, že je možné o tom rozhodnout, pokud je z tzv. „*subjektivního testu*“⁷⁰, na základě předchozích autonomních rozhodnutí, co by pacient v aktuální situaci odmítl. Pokud to není zřejmé, musí se postupovat podle „*best interest standard*“.⁷¹

nekompetentnosti pacienta. I zde, podobně, jak naznačuje diskuze kolem problematiky kvality života, nelze zcela zabránit zneužití a prohlášení kompetentního člověka nekompetentním. K tomu srov. tamtéž, 69 – 77.

64 Tamtéž, 99.

65 „*The substituted judgment standard*“.

66 Srov. tamtéž, 100.

67 Srov. tamtéž.

68 „*Pure autonomy*“.

69 Zde: „*advance directive*“.

70 „*Subjective test*“.

71 Viz níže.

Předchozí autonomní rozhodnutí⁷² poznáme z předchozího písemného vyjádření,⁷³ z ústního sdělení pacienta rodině, přátelům nebo poskytovateli zdravotní péče, ze sdělení právnímu zástupci, z názorů pacienta na péči, která byla poskytována jiným lidem, z jeho náboženské víry a zásad.⁷⁴ Oba autoři se přiklánějí k názoru, že právě podle tohoto standardu by se mělo rozhodovat o pacientech, kteří již nejsou schopni o sobě rozhodovat, i když si jsou vědomi úskalí, které tento institut také přináší. A tím je, shrnuto, dezinterpretace pacientova sdělení, selektivnost informací, která budou ošetřujícími personálu předávána zástupcem pacienta.

Posledním standardem, který je zmiňován v souvislosti s rozhodováním o nekompetentních pacientech je „*the best interests standard*“, rozhodování podle pacientova nejlepšího zájmu. Ve standardu rozhodování podle nejlepšího pacientova zájmu musí ten, kdo za pacienta rozhoduje, určit nejvyšší čistý prospěch ze všech možností, které se nabízejí. Musí zvážit závažnost různých zájmů, které se nabízejí a musí omezit rizika, která mohou pro pacienta vzejít.⁷⁵ Tento standard počítá s hodnocením různých variant léčby, zvažuje bolest a utrpení, které s sebou určitá léčebná strategie nese, hodnotí možnost obnovení nebo ztráty funkce. Tento standard tedy využívá hodnocení podle kvality života.

Beauchamp a Childress se také domnívají, že rozhodování podle pacientova nejlepšího zájmu může také převážit rozhodování podle pacientova „*dříve projeveného přání*“.⁷⁶ Rozhodování podle hodnocení kvality života je pochopitelně konfliktní a přiznávají to i oba autoři. Nejde jim však o to, rozhodovat o pacientovi podle jeho hodnoty a jeho přínosu pro sociální život společnosti. Spíše jde v tomto rozhodování zaměřit se na určení toho, jaký

72 „*Subjektivní test*“.

73 Zde: „*living will*“.

74 Srov. BEAUCHAMP, CHILDRESS, 101.

75 Srov. tamtéž, 102.

76 Srov. tamtéž, 102.

význam a hodnotu má život jisté kvality pro člověka, který s svými, mnohdy mimořádnými, omezeními musí žít.⁷⁷ Hodnocení podle standardu nejlepšího zájmu pro pacienta ovšem s sebou nese i to riziko, že připouští hodnoty, které jsou irelevantní v hodnocení pacientova prospěchu nebo utrpení. Problémy také vyvstávají, pokud se hodnocení utrpení nebo bolesti vztahuje pouze na bolest fyzickou.⁷⁸

Oba autoři seřazují standardy rozhodování o nekompetentních pacientech takto, od nejzávažnějšího: 1. pacientovo prohlášení („*advance directive*“), 2. „*substituted judgement*“, 3. rozhodování podle nejlepšího pacientova zájmu. Pacientovo prohlášení má přednost před rozhodováním podle „*substituted judgement*“ a pacientovo prohlášení a „*substituted judgement*“ má přednost podle rozhodování podle pacientova nejlepšího zájmu.

Čím tedy přispívá text Beauchampa a Childresse k interpretaci pacientova prohlášení? Tento text staví do centra jednání člověka jako jedince.⁷⁹ Je to jedinec, jehož autonomie v jednání je zde předmětem ochrany a péče. Je to tak z toho důvodu, že pouze svobodné jednání je výrazem autentické sebeinterpretace člověka. Jakákoliv manipulace, a zvláště v oblasti medicíny, je zde věcí mimořádně citlivou, a to právě z toho důvodu, že manipuluje s obrazem člověka, který takto vzniká. Je to obraz, který autenticitě člověka neodpovídá. Proto je pojem autonomie právem v centru reflexí většiny problémů, které v oblasti lékařské etiky vyvstávají.

Text Beauchampa a Childresse se vyjadřuje také k problematice rozhodování o pacientech, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat. Za přínosné považují především koncepty „*čisté autonomie*“ a „*rozhodování podle nejlepšího zájmu pacienta*“.

⁷⁷ Srov. tamtéž, 103.

⁷⁸ Srov. tamtéž.

⁷⁹ Tím se staví výrazně do oblasti individuální etiky.

Princip „*čisté autonomie*“ je cenný tím, že se snaží postihnout, jaká autonomní rozhodnutí pacient v dosavadním životě učinil. Smyslem zřejmě je vystihnout směr vývoje a dynamiku těchto názorů. Máme-li tento postoj hodnotit kriticky, musíme ovšem poznamenat, že ani dosavadní vývoj určitého lidského názoru, i když se snažíme odhadnout jeho směřování i intenci, kterou je nese, zásadně nevyklučuje výraznou změnu takového názoru nebo změnu dynamiky dosavadního vývoje. Názory, které se výše uvedeným způsobem bude snažit ten, kdo o pacienta pečuje, získat, budou velmi často pouhými kusými výpověďmi. Spokojit se s jejich doslovným významem a rezignovat na jejich interpretaci, znamená také rezignovat na hledání toho, co je v člověku to autentické. Proto tedy není možné pominout kontexty, ve kterých ona různá prohlášení pacienta vznikala. V úvahu je nutno brát životní situaci, ve níž se pacient nacházel, motiv jeho prohlášení, proč vlastně pronesl ten či onen výrok. Otázkou také je, komu byl tehdy výrok adresován. Zda-li si byl pacient vědom významu svého prohlášení v tom smyslu, že se bude jednou podle tohoto výroku (spolu)rozhodovat o jeho životě. Shrnutí to znamená, že žádnému výroku nelze více porozumět, pokud jej vytrhneme z kontextu, do kterého patří. Čím více porozumíme oněm kontextům, tím lépe se budeme schopni přiblížit významu toho, co pacient chtěl sdělit. O těchto kontextech a jejich vzájemných vztazích hovoří další kapitola.

Dalším principem, který Beauchamp a Childress považují za vhodný při rozhodování o pacientech, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat, je princip „*nejlepšího zájmu pacienta*“. Zde se, shrnutí, jedná o rozhodování podle kvality života pacienta, když o této kvalitě rozhoduje pacient sám. Rozhodování podle kvality lidského života⁸⁰ je v diskuzi otázek týkajících se konce lidského život

⁸⁰ Pojem „*kvalita života*“ je sousloví, se kterým se v souvislostech rozhodování o intenzitě terapie, šířeji: o řádných a mimořádných prostředcích, setkáváme velmi často. Tomuto pojmu chybí jednoznačná definice. Jeho použití je velmi neostré a proto mnohdy i zavádějící. Zvláště citlivá je otázka, zdali vůbec může někdo druhý rozhodovat o kvalitě života jiného člověka, případně kdo, proč a na základě kterých kritérií by se tak mělo dít. Vždy totiž bude existovat nepřeklenutelný rozdíl (zde nikoliv mezi

velmi konfliktní. Faktem je, že tato diskuze v sobě nese mnoho opravdového. Nicméně je v této diskusi významné nahlédnout i do té části katolické tradice morální teologie, kde se mluví o řádných a mimořádných prostředích v péči o lidský život.⁸¹ Tam je rozhodování podle kvality života pacienta, s tím, že o této kvalitě rozhoduje pacient sám i podle ryze subjektivních kritérií (strach, obavy, bolest) běžnou součástí rozhodování o terapeutickém přístupu k pacientu. U nekompetentního pacienta je situace komplikována tím, že nevíme, jak by se k této své situaci stavěl. Jsme tedy znovu v situaci, kdy musíme jeho předcházející názory na kvalitu svého života interpretovat. Také zde se otevírá otázka kontextů této interpretace tak, jak je mnohokrát v této práci zmiňována a jak se stává ústředním tématem této práce.

Sám ovšem požadavek ochrany autonomie pacienta neřeší zdaleka všechny problémy, které s sebou lékařská praxe všedního dne nese. Objevují se naopak problémy nové, které zasluhují fundovaného řešení. Takovým problémem je například otázka vztahu mezi lékařem a pacientem jako setkání dvou autonomních jedinců.⁸² Jakou úlohu hraje jejich sociální role ve formování jejich svědomí? Co vyplývá pro svědomí lékaře z jeho sociální role? Co dělat v případě, že se pacient s lékařem názorově neshodnou. Kdo nese odpovědnost za informace, podle kterých se pacient rozhoduje? Kdo nese odpovědnost za interpretaci těchto informací pacientem? Co vlastně znamená otázka otevřenosti informačního horizontu v medicíně?

V této podkapitole jsme se zabývali konceptem autonomie v lékařské etice a souvislostmi s rozhodováním o pacientech, kteří nejsou schopni o sobě

„subjektivním“ a „objektivním“, jak by se prvoplánovitě nabízelo), ale mezi dvěma subjektivními názory. Jaká je rozsáhlost a mnohvrstevnost této diskuze, ukazuje velmi komplexní sborník: PAYNE Jan a kolektiv: Kvalita života a zdraví, Praha: Triton, 2005. V německé oblasti se lze poučit například z díla: ARNZT Klaus: Unbegrenzte Lebensqualität, Münster: Lit Verlag 1996.

81 Tato problematika je diskutována v podkapitole 6.2 této práce.

82 To je diskutováno v BIRNBACHER Dieter, DABROCK Peter, TAUPITZ Jochen, VOLLMANN Jochen: Wie sollte Ärzte mit Patientenverfügung umgehen? Ein Vorschlag aus interdisziplinären Sicht, in: Ethik in der Medizin 2 (2007) 147.

rozhodovat. Z uvedeného vyplývá, že má-li medicína chránit pacientovu autonomii, nemůže se vzdát požadavku na interpretaci pacientových autonomních prohlášení, když se zmiňuje o představách o svém životě, o přístupu v době, kdy již nebude schopen o sobě rozhodovat. Aby mohla tato pacientova prohlášení interpretovat, je třeba znát kontexty, ze kterých pacientovo prohlášení vznikalo. Co těmito kontexty je, tím se bude zabývat další podkapitola.

3.2 Právo na ochranu lidské důstojnosti jako jedno z východisek „dříve projevených přání pacientů“

Jedním z východisek, ze kterých eticko-právní institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vychází, je také právo na ochranu lidské důstojnosti. Institut *dříve projevených přání pacientů*“ se na právo na ochranu lidské důstojnosti odvolává, když odůvodňuje svoji existenci a také sám chce lidskou důstojnost chránit. Jak uvádíme dále v podkapitole Historický kontext vzniku institutu pacientova „dříve projeveného přání, tento institut vznikl z obavy pacientů, že bude jejich život nadměrně prodlužován nebo ovlivňován způsobem, který by si pacient nepřál. Tato obava není samoučelná. Častým argumentem lidí, kteří se nějakým způsobem vyjadřují k otázkám, které se týkají konce jejich vlastního života je právě obava o ztrátu vlastní důstojnosti.

Také my si v této práci musíme položit otázku po smyslu tázání se po lidské důstojnosti, po její zakotvenosti v evropském myšlení, po možnosti její univerzální platnosti a po jejím věcném obsahu.⁸³ Nemůžeme se bohužel

⁸³ Koncepční diskuzi o důstojnosti lidské osoby s akcentem na teologické založení tohoto pojmu přehledně shrnuje MÜLLER Gerhard Ludwig: Theologie der Personwürde des Menschen, in: ZME 3 (2002) 259 – 270. „*Der Mensch ist nicht die Summe seiner Eigenschaften, sondern ein Zentrum, mit dem sich unterschiedliche Eigenschaften verbinden.*“ „*Člověk není suma vlastností, ale centrum, v němž se jednotlivé vlastnosti spojují.*“ Podobně pojem lidské důstojnosti diskutuje SCHOCKENHOFF Eberhard: Der Vergessene Körper. Über die Einheit von Person und menschlicher Natur, in: ZME 3 (2002) 271 – 281.

vzhledem k tématu této práce zabývat touto problematikou vyčerpávajícím způsobem. Využijeme však takto získaných poznatků k tomu, abychom ukázali, co vlastně právo na ochranu lidské důstojnosti chrání.

Právo na ochranu lidské důstojnosti se vyvíjelo velmi dlouho a jeho zakotvení vychází z mnoha pramenů. Jimi je např. menšinové sebevnímání předkonstantinovského křesťanství v kontextu římského práva, ve středověku jsou to pak mnišské řády a regule života v nich, později období reformace a náboženské války. K vývoji pochopitelně nezaměnitelným způsobem přispěly geografické objevy, francouzská revoluce a později i boj kolonií za své osvobození.⁸⁴ Můžeme však se Schockenhoffem shrnout, že prameny, ze kterých právo na ochranu lidské důstojnosti tvoří jakési trias. Sem Schockenhoff⁸⁵ počítá: klasickou filosofii, především filozofii stoickou s představou o přirozené rovnosti všech lidí a myšlenkou kosmického světoobčanství,⁸⁶ dále potom křesťanskou etiku a evropský humanismus. Klasické filozofii přičítá osvobození člověka z mytické vevázanosti do řádu kosmu, což je již první zmínka a předpoklad univerzality tohoto práva. S myšlenkou přirozené rovnosti všech lidí je spojováno křesťanské pojetí, že každé individuum reprezentuje důstojnost celého lidského rodu. Evropský humanismus pak přispívá nejen obnovením zájmu o tyto myšlenky, ale také zdůrazňuje politicko-právní ochranu těchto práv.⁸⁷ S tímto poznáním, tedy že myšlenka ochrany lidské důstojnosti vyžaduje také politicko právní ochranu, se myšlenka lidských práv emancipuje od bezprostřední souvislosti s křesťanstvím a tím, že vstupuje do nejrůznějších historicko-státních souvislostí, dochází také k jejímu šíření mimo původní křesťanský kontext a tedy k jejímu univerzalistickému chápání a přijímání. Prohlášení lidských práv se stávají součástí různých deklarácí nebo preambulí

84 Srov. SCHOCKENHOFF Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg im Breisgau: Herder, 2009, 228. Dále jen SCHOCKENHOFF Eberhard: Ethik des Lebens.

85 Srov. tamtéž, 229.

86 Srov. tamtéž, 228.

87 Srov. tamtéž, 229.

ústav států.⁸⁸ „K idej lidské důstojnosti potom směřují i nejrůznější výklady, k nimž dospěla sebeinterpretace člověka.“⁸⁹ Podotkněme, že tato sebeinterpretace člověka je i obsahem pacientova prohlášení, kde se pacient interpretuje právě tím, že hledá a udává své místo v kontextech svého života. Nerespektování těchto kontextů by pak vedlo k dezinterpretaci člověka, a tedy k popření jeho důstojnosti.

Nyní bychom se měli věnovat obsahovému zdůvodnění pojmu lidské důstojnosti. Tím je specificky křesťanská představa stvořenosti podle Božího obrazu. Tato představa je dvouvrstevná. První vrstvou je osoba, jejíž podstatou je tvůrčí rozum. Druhou vrstvou je pak povolání ke vztahu, ke kterému se člověk sám povolat nemůže. Je to povolání „ke vztahu, k stvořitelké Boží lásce, která potom přislubuje naplnění svobody člověka“.⁹⁰ V Kristu, novém Adamu se pak naplňuje zjevení tajemství a jeho lásky k člověku.⁹¹

Jak máme rozumět souvislosti mezi pojmem lidské důstojnosti a jeho odkazem na stvořenost podle Božího obrazu? „Protestantská teologie používá klasicky následující myšlenkový postup:

1. *Bůh stvořil člověka ke svému obrazu.*
2. *Odtud vyplývá jeho nedotknutelná důstojnost.*
3. *To platí pro všechny lidi. Odtud vyplývá rovnost všech lidí.*
4. *Ze stejné důstojnosti všech lidí vyplývají stejná (lidská) práva a povinnosti.“⁹²*

Vögele v tomtéž textu pak poukazuje na rozvíjení koncepce lidské

88 Srov. tamtéž.

89 Srov. tamtéž, 230.

90 Tamtéž, 234.

91 Srov. DRUHÝ Vatikánský koncil: Gaudium et spes, in: Dokumenty II. vatikánského koncilu, Praha: Zvon, 1995, čl. 22, 199.

92 VÖGELE Wolfgang: Gottesebenbildlichkeit, Menschenwürde und körperliche Unversehrtheit, in: WALT Sibylle van der, MENKE Christoph (eds.): Die Unversehrtheit des Körpers, Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2007, 142.

důstojnosti u bývalého spolkového prezidenta Heinemanna.⁹³ Heineemann nevnímá lidskou důstojnost jako něco, co patří individuu pro ně samé. Naopak by chápal individuální uzavření se do sebe jako hřích. Heineemannův pojem lidské důstojnosti vychází z požadavku lásky k bližnímu, takže jedinec miluje druhého právě pro důstojnost jeho osobnosti, kterou v něm poznává. Tím se jedinec neuzavírá v sobě, ale otevírá se ve vztahu k druhému. Heineemann se věnoval pojmu lidské důstojnosti v souvislosti se založením koncepce státu. Stát Heineemann nevnímá jako vrchnost, ale chápe ho jako někoho, kdo napomáhá společnému životu. Protože v posledku je stát založen na uznání důstojnosti člověka v druhém člověku, je také prvořadým státním zájmem chránit lidskou důstojnost v každém člověku, i vězni. *„Lidská důstojnost pak není úkolem, ale předpokladem. [...] Pojem lidské důstojnosti musí být tedy chápán apriorně.“*⁹⁴

Tyto úvahy potom dále rozvíjí sociální etik Peter Dabrock.⁹⁵ Ten poukazuje na to, že lidská důstojnost, stejně jako zákaz zobrazování Boha, je tajemstvím. To také vysvětluje onu šíři a různorodost představ o lidské důstojnosti. Zajímavé je, jak spojuje potřebu ochrany lidské důstojnosti s právem člověka na tělesnou nedotknutelnost. Člověk má lidskou důstojnost a tělesnost. Je spojnicí *„mezi lidskou substancionalitou a komunikativní vztahovostí“*.⁹⁶ *„V lidské důstojnosti tedy nemají být chráněny jen vztahy, ale také lidské bytí samo.“*⁹⁷

V pojmu lidské důstojnosti tedy můžeme vnímat několik momentů. Předně je to jeho teologická zakotvenost v představě stvoření podle Božího obrazu. Lidská důstojnost se v tomto kontextu nemusí chápat jako úkol, který je nutno naplnit, ale jako danost a předpoklad každého lidského jednání a vztahu.

93 Srov. tamtéž, 142 – 143.

94 Tamtéž, 144.

95 Srov. tamtéž, 145.

96 Tamtéž, 145.

97 Tamtéž.

Lidská důstojnost otevírá člověka vztahu k druhému člověku. Teprve taková vzájemnost a uznání důstojnosti v druhém je naplněním požadavku lásky k druhému. S tím souvisí také neuchopitelnost pojmu lidské důstojnosti, když je to právě zákaz zobrazování, který znemožňuje si vytvořit obraz o milované osobě, a tak ji otvírá stále novému poznání. Lidská důstojnost má, stejně jako láska nebo Bůh, stále novou tvář. Dalším momentem je právě vztah lidské důstojnosti s požadavkem na ochranu tělesné nedotknutelnosti. Pojem lidské důstojnosti tak v sobě spojuje napětí mezi lidským bytím tak, se rozumění tomuto pojmu blíží jeho biologickému obsahu a vztahovostí, tedy otevřeností člověka vůči ostatním.

V neposlední řadě se zde otevírá také třetí rozměr toho, co požadavek na ochranu lidské důstojnosti chrání a k čemu se odkazuje. Tímto rozměrem je transcendentní rozměr člověka.

Požadavek na ochranu lidské důstojnosti patří v lékařské etice k nejvážnějším požadavkům. Jak jsme uvedli na začátku této kapitoly, úzce souvisí s obavou člověka o svoji důstojnost, a to zvláště v situaci, kdy o sobě rozhodovat nemůže nebo kdy je jeho schopnost rozhodování vážně ohrožena.

Jak jsme ukázali, požadavek na ochranu lidské důstojnosti je tedy požadavkem na ochranu trojího rozměru člověka. Jeho tělesnosti, jeho vztahovosti a jeho transcendentního rozměru.

Vychází-li tedy institut „*dříve projevených přání pacientů*“ z požadavku na ochranu lidské důstojnosti, také on chce chránit ono trias člověka: jeho tělesnost, jeho vztahovost a jeho transcendenci. Vnímáme-li pacientovo prohlášení jako jakýsi statický bod, jako text, který vznikl za určitých okolností, v určitém čase, je určen jistému adresátovi nebo okruhu adresátů, musíme také k tomuto textu přistupovat tak, že budeme respektovat autora samotného i kontexty, ve kterých se text zrodil.

Co těmito kontexty interpretace je, nám právě ukázal pojem lidské důstojnosti. Těmito kontexty jsou lidská tělesnost, vztahovost a transcendence člověka. Tyto kontexty jsou tedy interpretačním klíčem k porozumění pacientovu prohlášení.

K lidské tělesnosti se obrací pacientovo prohlášení nejprve. Lidská tělesnost je také to, co je člověku nejbližší a to zvláště člověku, který je nemocen. O našem organismu většinou nevíme, pokud nejsme nemocní. Proto se pacientovo prohlášení obrací nejdříve k biologickému rozměru pacientova života. Mluví o něm nejčastěji a nejkonkrétněji. Je to také proto, že je tento text určen pro prostředí dnešní medicíny, která je do značné míry aplikovanou biologii, tedy speciální přírodní vědou. Proto také jazyk, který pacientovo prohlášení užívá, je do značné míry jazyk medicíny jako přírodní vědy. To s sebou přináší řadu problémů, na které poukážeme v dalších kapitolách, a je to jedním z omezení tohoto institutu. V podkapitole Pojem nemoci a jeho význam pro interpretaci pacientova prohlášení se budeme věnovat kontextu nemoci v interpretaci dříve projevených přání. Zde poukážeme na souvislost nemoci s naplňováním životního projektu, budeme rozebírat tento pojem z pohledu přírodních věd i to, jak svoji nemoc interpretuje pacient. Odtud budou potom naše úvahy směřovat podrobněji k interpretaci pacientova prohlášení.

Dalším rozměrem, který chce chránit právo na ochranu lidské důstojnosti, je vztahovost člověka. Ta vyplývá teologicky v první řadě z povolání člověka jako jedince Bohem. Tuto vztahovost musíme vnímat jako dvojí: vůči sobě samému a vůči ostatním lidem.⁹⁸ I když jsme souvislost nemoci a naplňování životního projektu zmínili v předchozím odstavci, je zřejmé, že svojí vztahovostí patří také do této kapitoly. Navíc nelze opominout sociální rozměr člověka, jeho

⁹⁸ Zde se jedná do značné míry otázku sociální etiky; tato práce je spíše prací z oblasti etiky individuální, neboť otázka, kterou práce klade, tedy jak má lékař rozumět pacientovu „*dříve projevenému přání*“ je otázka spíše z etiky individuální, nebo zde stojí lékař proti pacientu jako jednotlivci. Ono „*proti*“ není myšleno konfliktně, ale jako místo setkání.

vztahy k ostatním lidem a vztahy ostatních lidí k němu.

Dalším kontextem, o kterém mluví právo na ochranu lidské důstojnosti, je transcendentní rozměr člověka. Jedná se zde o výsostně teologický rozměr pacientova života. Také tento kontext je třeba respektovat při interpretaci pacientova prohlášení tak, jak o něm mluvíme v kapitole Spiritualita a nemoc.

Reflexe požadavku a východiska institutu „*dříve projevených přání pacientů*“ na ochranu lidské důstojnosti nám přinesla zásadní interpretační rámec pro porozumění textu pacientova prohlášení.

Pacientovo prohlášení musíme interpretovat v kontextech, jak z nich tento text postupně vychází. Pacientovo prohlášení vyvstává v souvislosti s nemocí pacienta. Existuje tedy jakýsi vztah a kontext mezi pacientovou nemocí a vznikem textu pacientova prohlášení. Abychom však mohli porozumět, co vlastně pacientova nemoc znamená, musíme postoupit poněkud 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 kontext pacientova života.

Jak je blíže rozpracováno v kapitole Kontexty interpretace pacientova prohlášení, všechny tyto kontexty mají svoji vlastní dynamiku, proměnlivost a rozdílnou předvídatelnost jejího vývoje. Také mezi těmito kontexty neplatí vztahy přímé úměrnosti nebo nějaké jiné jednoduché matematické funkce. Je tomu právě naopak.

Interpretace pacientova prohlášení je tedy zaměřena na porozumění velmi komplexnímu a dynamickému ději. A to ji dělá velmi obtížnou.

Třetím principem, na kterém institut „*dříve projevených přání pacienta*“

stojí, je právo na nedotknutelnost osoby. Tímto tématem se budeme zabývat v další podkapitole.

3.3 Nedotknutelnost osoby jako východisko „dříve projevených přání pacienta“

Nedotknutelnost osoby je jedním ze základních lidských práv,⁹⁹ ze kterých vyplývá požadavek respektu k názoru pacienta ohledně diagnostiky a terapie, kterou pacient pro sebe vyžaduje a ještě silněji, kterou odmítá.

Abychom mohli tomuto přání opravdu více rozumět, musíme se zamyslet nad tím, co nedotknutelnost osoby vlastně znamená.

Ačkoliv známe mnoho koncepcí lidské osoby, o jejich struktuře a smyslu by nemělo cenu hovořit, pokud by bylo možné, abychom osobu, toto východisko etiky jako „*aplikované antropologie*“,¹⁰⁰ anulovali, zrušili. Bez osoby nelze o etice pojednávat, nikomu jinému než osobě nelze etické jednání připisat. Z toho důvodu znamená právo na nedotknutelnost osoby fundament, na kterém stojí celá antropologie a potažmo i etika.

Mluvíme-li o právu na nedotknutelnost osoby, nejde ani tolik o teoretické zajištění antropologicko-etických koncepcí. Toto právo zasahuje mnohem dále. Jde o ochranu antropologické koncepce každého člověka, tedy toho, za co se onen člověk považuje a na základě čeho potom jedná. Pokud bychom konkrétního člověka zbavili tohoto fundamentu, vůbec bychom o etickém jednání nemohli mluvit. A nejde ani o zajištění ochrany fundamentu, na kterém etika spočívá, abychom tím získali možnost jednání druhého člověka kriticky hodnotit.

⁹⁹ Listina základních lidských práv a svobod, článek 7, odstavec 1, <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> (2. 4. 2010).

¹⁰⁰ Srov. TRILLHAAS Wolfgang: Ethik, Berlin: de Gruyter, 1970, 19.

V úvahách o nedotknutelnosti osoby v souvislostech s konkrétním člověkem jde o nedotknutelnost vlastního sebezpočtení a vlastního sebezporozumění, vlastní sebeinterpretace.¹⁰¹ Tato sebeinterpretace se neodehrává pouze v teoretických diskuzích, ale především v konkrétních činech, v naplňování smyslu vlastního života. Tyto činy jsou pak interpretací vlastního sebezpočtení. Propojuje se tak osoba s jejím činem. Zde nás pak bude toto právo zajímat v souvislostech s „dříve projevenými přáními pacienta“.

Je pravdou, že v diskuzích o „dříve projevených přáních pacienta“ často splývají práva na nedotknutelnost osoby a na nedotknutelnost tělesnou. Oba tyto pojmy mají mnoho společného, navíc, v případě práva na nedotknutelnost osoby, vyvstává obvykle otázka po statutu osoby, čili otázka, kdo osobou je a proč, a kdo již osobou není. V této kapitole nejde o prezentaci sporu o statut lidské osoby, ani nejde o to, přísně z pojmu osoby „vydestilovat“ ono tělesné, onen tělesný rozměr lidské osoby. Spíše půjde o to, jak vnímat ono tělesné v souvislosti s pojmem lidské osoby, pokusíme se poukázat na nebezpečí redukce lidské osoby na její pouze biologicko-tělesný rozměr. Chceme se pokusit ukázat, jaký význam má ono tělesné pro lidskou osobu a co znamená respekt k lidskému tělu pro interpretaci pacientova „dříve projeveného přání“. Abychom tomu mohli lépe porozumět, musíme také porozumět proměňujícím se kontextům, ve kterých se porozumění tělesnému odehrává. Tyto kontexty jsou do značné míry kulturně a dějinně podmíněny. V naší interpretaci „dříve projevených přání pacientů“ se neobejdeme bez respektu k těmto kontextům. V neposlední řadě, protože se jedná také o práci teologickou, se pokusíme nastínit souvislost lidské tělesnosti s představou o stvoření podle Božího obrazu.

Především si tedy musíme položit otázku, co je tělo. „*Tělo již není pouze*

101 K tomu např. DEMMER Klaus: *Moraltheologische Methodenlehre*, Freiburg: Universitätsverlag, 1989.

vědomím řízený nástroj, ale dynamický systém vědomých a nevědomých procesů.“ „Tělo je tedy více než jen oduševnělé maso,¹⁰² je více než biologický stroj, více než organický materiál, který vnímá lidská duše. Tělo je nejen objekt, ale také subjekt týchž medicínsko-biologicko psychologických procesů, které nazýváme život.“¹⁰³

Je známým faktem, že biblicky rozlišení mezi tělem a duší nenacházíme. Takové rozdělení není ani ve Starém zákoně ani ho nenacházíme v pavlovské teologii Nového zákona. Toto rozlišování mezi tělem a duší ovšem vstoupilo do křesťanství s recepcí antické, přesněji platónské a novoplatónské filozofie, ke které došlo velmi záhy poté, co se křesťanství začalo šířit za hranice Izraele. Tento vliv byl silnější než poselství Bible. To vedlo mimo jiné k logickým problémům, protože nebylo jasné, jaký je osud duší, které po posledním soudu nejsou shledány hodny společného života s Bohem. To potom vedlo ke konstrukci pojmu „*druhá smrt*“.¹⁰⁴

Tento vývoj, zvláště podpořený augustinovskou teologií, ovlivnil velmi výrazně křesťanství na mnoho staletí.¹⁰⁵ Všechna snaha křesťana se zaměřila na spásu duše, protože tělo bylo tak jako tak ztraceno, odsouzeno k pádu, nemoci, hříchu. V tomto ovzduší bylo tělo a zvláště jeho sexuální rozměr vnímáno negativně. Toto negativní hodnocení nebylo jen čistě individuální, ale znamenalo také rozdělení věcí, vztahů, záležitostí na světské a duchovní, přičemž za duchovně plodné se považovaly pochopitelně pouze záležitosti duchovní.

102 Zde podrobněji viz německý text se svým rozlišováním mezi „*Körper*“ a „*Leib*“.

103 „...*dass der Körper nicht mehr als ein ausschließlich vom Bewusstsein gesteuertes Instrument zu verstehen ist, sondern als ein dynamisches System von unbewussten und bewussten Prozessen.*[...] *Der Körper ist mehr als nur beseelter Leib, mehr als nur eine biologische Maschine, mehr als dasjenige organische Material, dessen sich die Seele eines menschen bewusst ist. Der Körper ist nicht nur Objekt, sondern auch Subjekt derjenigen medizinisch-biologisch-psychologischen Prozesse, die Leben genannt werden.*“ VÖGELE Wolfgang: *Gottesebenbildlichkeit, Menschenwürde und körperliche Unversehrtheit*, in: WALT Sibylle van der, MENKE Christoph (eds.): *Die Unversehrtheit des Körpers*, Frankfurt/Main: Campus Verlag, 2007, 137.

104 Srov. tamtéž, 138.

105 Viz také kapitolu *Spiritualita a nemoc* v této práci. Tam jsou tyto tendence zmíněny také v souvislosti s vlivem na duchovní život člověka.

V těchto souvislostech byla vysoce ceněna tělesná askeze a celibát.¹⁰⁶

Tato situace se poměrně rychle a radikálně začala měnit během osvícenství. Pokud totiž existoval pouze tento pozemský život, dostalo se tělo automaticky do centra zájmu. Pokud již nebyla naděje na transcendentní spásu, obracela se pozornost k tomu, co v životě zbývalo a to bylo lidské tělo.¹⁰⁷ Tělo se také stávalo stále důležitějším v pojmu lidské osoby.¹⁰⁸

Tento vývoj však pokračoval a pokračuje i nadále. V diskurzu začíná převládat příspěvek humanitních věd, které ukazují, že tělo není pouze biologická danost, ale má také co dělat s jistými kulturními významy, které potom také ovlivňují například diskuzi o nemoci a umírání, homosexualitě nebo o vztazích mezi muži a ženami.¹⁰⁹ Tělo není pouze přístupné různým interpretacím, ale ani se nesmí chápat jako pouhá biologická danost. Naopak jsou to právě ony interpretační přístupy, které dávají tělu význam. A tyto přístupy vycházejí „z mocensko politických a sociálních konstelací [...], které podléhají historickým změnám“.¹¹⁰ Tělo již jako biologickou danost ani chápat nelze, a to ani z pohledu biologické medicíny.¹¹¹

Všechny tyto změny, kontexty a vývoj se odrazily v katolické teologii na diskuzi kolem otázky přirozeného zákona¹¹² v souvislosti s otázkou stvoření podle Božího obrazu. Lidská bytost se zde nechápe jako hotová „danost“, ale uznává se, že se přirozenost člověka může proměňovat¹¹³ a že člověk může se svojí přirozeností tvůrčím způsobem pracovat.¹¹⁴ Tato koncepce se odvrací od novotomistického podřízení praktického rozumu rozumu teoretickému

106 Srov. tamtéž, 138.

107 Srov. tamtéž, 139.

108 Srov. tamtéž.

109 Srov. tamtéž.

110 Tamtéž, 139.

111 Medicína prodlužuje život, mění vzhled člověka, může manipulovat s jeho genetickou výbavou.

112 K tomu např. SCHOCKENHOFF Eberhard: *Naturrecht und Menschenwürde*, Mainz: Matthias-Grünewald, 1996. Dále jen SCHOCKENHOFF Eberhard: *Naturrecht und Menschenwürde*.

113 Viz ono slavné „*Natura autem hominis est mutabilis.*“ Sth II-II 57, 2 ad 1.

114 Srov. SCHOCKENHOFF Eberhard: *Naturrecht und Menschenwürde*, 173.

k původní koncepci Tomáše Akvinského, který vnímal teoretický i praktický rozum jako dvě mohutnosti téhož rozumu. Tato změna má pak dalekosáhlé důsledky pro tvorbu mravního úsudku. Zatímco novotomistická koncepce tvrdí, že lze přesně, vycházejíc ze schopnosti teoretického rozumu, určit co je v konkrétní situaci dobré nebo špatné bez ohledu na okolnosti jednání a bez ohledu na vnímání a význam oněch „*inclinationes naturales*“ jednotlivým člověkem, koncepce Tomáše Akvinského, právě tím, že praktický rozum teoretickému rozumu podřízen není, přiznává, že tvorba konkrétního mravního úsudku u jednotlivého člověka zdaleka tak jednoznačná být nemůže. Mravní úsudek je pak značně individuální,¹¹⁵ a to právě pro svoji souvislost s proměnlivou lidskou přirozeností a jejím vztahem k „*inclinationes naturales*“.

Je to právě tvůrčí rozum, který je oním Božím obrazem v člověku. Jestliže se tedy uznává proměnlivost lidské přirozenosti, její dynamický vývoj, musí se uznávat také kontextuálnost tohoto vývoje, tedy jeho dějinnost a kulturní podmíněnost. Je to tak proto, že člověk, jako vztahová bytost se nemůže vyvíjet bez interakcí s okolím.¹¹⁶

Podstatou člověka je tedy dynamicky se vyvíjející tvůrčí rozum, existující v určitém dějinném a kulturním kontextu. Odkaz na stvořenost podle Božího obrazu je pak teologickým rozměrem této definice. To je tedy obsah toho, co chce chránit právo na tělesnou nedotknutelnost nebo právo na nedotknutelnost osoby. V těchto právech jde tedy o to chránit člověka jako tvůrčí rozum s respektem k jeho dějinnosti a kulturní podmíněnosti. Máme-li šetřit osobu, musíme respektovat také kontexty, ve kterých tato osoba žije. A abychom mohli tyto kontexty chránit a respektovat, musíme jim rozumět.

To má dalekosáhlé následky v lékařské etice, ve vztahu lékaře a pacienta

115 To však neznamená, že by se tím mravní úsudek stával libovolným. Pojem normy tím zrušen pochopitelně není.

116 Ať už na jakékoliv rovině a navíc, tyto interakce jsou mnohohrstevné.

a v požadavku na jejich vzájemnou komunikaci a rozumění této komunikaci. V kontextu komunikace mezi lékařem a pacientem se pak řeší problematika „*dříve projevených přání pacientů*“.

Máme-li pochopit a vnímat další úvahy, týkající se vztahu lékaře a pacienta, jejich komunikace a porozumění této komunikaci, nemůžeme se, byť jen krátce, vyhnout otázce, co vlastně je lékařská etika. Lékařská etika je totiž kontextem, ve kterém se naše další úvahy odvíjejí a bez alespoň velmi rámcového vymezení tohoto pojmu nemůžeme postoupit.

Lékařská etika je mladý obor se starou tradicí. Lékařská etika se začala reflektovaněji jako vědecký obor vyvíjet asi před sto lety, nicméně bouřlivého rozvoje doznala po druhé světové válce v souvislosti právě s válečnými událostmi, přesněji poté, co vyšla najevo zvěrstva, která na věznicích koncentračních táborů páchali lékaři. Tehdy také poměrně rychle docházelo v lékařské etice k něčemu, co se obvykle nazývá „*změna paradigmatu*“, tudíž rámce, ve kterém se daná věda pěstuje. Toto paradigma se posunulo od tzv. paternalizmu¹¹⁷ k autonomii.¹¹⁸ Tento posun ale nesmíme vnímat ideologicky, kdy „*má*“ paternalismus ustoupit pacientově autonomii.¹¹⁹ Jde spíše o to, vnímat paternalismus i pacientovu autonomii jako dva koncepty, ve kterých se vztah lékaře a pacienta odehrává. Přesněji vyjádřeno se jedná o koncept péče a sebeurčení. Tyto dva koncepty, které se v žádném případě nepopírají.¹²⁰ To je specifikum lékařské etiky v úzkém smyslu toho slova.

V širším smyslu a významu slova etika je lékařská etika etikou jako praktickou filozofií, jako kritickou rozumovou reflexí o lidském jednání, v tomto

117 Kdy lékař pečuje o pacienta jako otec (latinsky „*pater*“).

118 Z řeckých slov „*autos*“ sám a „*nomos*“ zákon. Jedná se o především z kantovské filozofie vzešlé právo pacienta určovat svoji léčbu.

119 Tento postoj, ideologicky uchopený, by měl, domyšlen do konce, pro pacienta nedozírně fatální následky.

120 Popírají se pouze tehdy, pokud bychom k nim přistupovali ideologicky, pohledem „*buď, a nebo*“.

případě v oblasti medicíny, jako antropologií aplikovanou v oblasti medicíny.¹²¹

Vnímáme-li lékařskou etiku v onom širším smyslu a především jako aplikovanou antropologii, tak zde sehrává vnímání osoby klíčovou roli.

Pro všechny¹²² pak platí, že podstatou člověka je tedy dynamicky se vyvíjející tvůrčí rozum, existující v určitém dějinném a kulturním kontextu. Odkaz na stvořenost podle Božího obrazu je pak teologickým rozměrem této definice. V tom jsou si lékař a pacient rovni, oba jsou lidské bytosti. Pro jejich životy je příznačné jejich směřování, tvůrčí rozvoj a kontexty ve kterých se odehrávají.

V nemoci pacienta se setkávají se a komunikují. Setkávají se dvě osoby, každá nadána tvůrčím rozumem s jeho zaměřením a dynamikou. Setkávají se také rozdílné kontexty jejich vlastního lidského vývoje. Setkávají se proto, že jeden z nich, pacient, nemůže uskutečňovat svůj životní projekt jako dříve.¹²³ To je také kontext, ve kterém se setkávají, který je vybízí ke komunikaci. Bez této komunikace vztah mezi pacientem a lékařem nevznikne. Komunikace ovšem neznamená pouhé sdělování slov. Slova s sebou nesou jistý význam, jde tedy o porozumění těmto významům. Takže komunikace s sebou nese také požadavek porozumění, interpretace sdělovaného.

Toto se také odráží v problematice, které chce tato práce porozumět a to je význam pacientova „*dříve projeveného přání*“ v komunikaci mezi lékařem a pacientem a podmínky porozumění této komunikaci. Klade-li se však hned na počátku otázka, zdali můžeme pacientovo prohlášení naprosto opominout jako pochybný text nejasného významu, je to právě výše uvedená definice osoby, která vylučuje, abychom tento text bez další snahy o jeho pochopení odmítli.

121 Principy péče a sebeurčení pacienta jsou zde podrobovány kritické reflexi. Nemusí soužit jako „prima facie“ východiska.

122 Lékaře, pacienta, příbuzné, ostatní zdravotnický personál, apod.

123 Viz kapitola 4.3 Kontexty interpretace pacientova prohlášení.

Především to znamená, že pacientovo prohlášení nelze opominout, protože je výrazem člověka jako tvůrčího rozumu a jeho života v určitém dějinném a kulturním kontextu. Tento život má také jisté směřování, které se pacient snažil ve svém textu zachytit. Opomíjet toto životní směřování by bylo popření člověka jako tvůrčího rozumu, který chce dát svému životu jistý tvar.

3.4 Závěr

V této kapitole jsme analyzovali východiska, ze kterých institut „*dříve projevených přání*“ vychází.

V podkapitole o autonomii jsme se zabývali východisky pojmu samotného se zaměřením na rozhodování o pacientech, kteří již nejsou schopni o sobě rozhodnout. Koncepty, které Beauchamp a Chidress považují za použitelné v těchto jsou 1. koncept „*čisté autonomie*“ a 2. koncept „*nejlepšího zájmu pacienta*“. První z nich vyžaduje respekt k předchozím autonomním pacientovým prohlášením, což také znamená mimo jiné respekt ke kontextům, ze kterých ona autonomní prohlášení vzešla. A jedním z těchto autonomních prohlášení je také koncept „*advance directive*“, tedy „*dříve projeveného přání pacienta*“. Druhým konceptem je koncept „*nejlepšího zájmu pacienta*“. Z něho vyplývá opět zacílení na osobu konkrétního pacienta. V tomto konceptu se odehrává rozhodování o pacientu v rámci jeho vlastní představy o kvalitě života. Sousedství „*kvalita života*“ je velmi diskutabilní, přesto však má v rozhodování o nekompetentních pacientech své místo. To koneckonců odráží i diskuze o řádných a mimořádných prostředcích v katolické církvi.

Podkapitola Právo na ochranu lidské důstojnosti jako jedno z východisek dříve projevených přání pacientů se zabývá tím, v jakých kontextech je třeba interpretovat pacientovo prohlášení tak, abychom právo na

ochranu lidské důstojnosti učinili zadost. Právo na ochranu lidské důstojnosti je vlastně právem na ochranu trojího rozměru člověka: jeho tělesnosti, jeho vztahovosti a jeho transcendentního rozměru. Z těchto daností pak vyplývají ony interpretační kontexty: V respektu k lidské tělesnosti v užším smyslu toho slova jde především o respekt k biologickým danostem, o respekt k tělu jako zájmu medicíny jako biologické vědy. Jde o to biologické v člověku. Dalším kontextem je kontext vztahovosti člověka. Ten je dvojitý. Člověk má vztah vůči sobě samému, to souvisí mj. s naplňováním tzv. životního projektu. Jeho naplňováním se člověk sebeinterpretuje. Dalším momentem vztahovosti člověka je sociální vztahovost, tedy jeho vztah k ostatním lidem a vztah ostatních lidí k němu. Třetím kontextem je kontext transcendence člověka. Zde tedy hledání toho, co ho přesahuje.

V poslední podkapitole se zabýváme právem na ochranu tělesné nedotknutelnosti. Především zde definujeme člověka jako dynamicky se vyvíjející tvůrčí rozum, existující v určitém dějinném a kulturním kontextu. Odkaz na stvořenost podle Božího obrazu je pak teologickým rozměrem této definice. Z této definice pak vyvstává nutnost porozumět oněm dějinným a kulturním kontextům, ve kterých osoba existuje.

Další kapitola se zabývá právě těmito zmiňovanými kontexty a rozpracovává je v souvislostech s interpretací pacientova prohlášení. Zaměřuje se především na pojem nemoci jako pojmu medicíny jako biologické vědy v kontrastu s interpretací nemoci pacientem. Podrobněji rozpracovává otázky, které se v souvislosti s porozuměním a významem pacientova textu kladou. Tato kapitola je nejrozsáhlejší a spolu s kapitolou následující tvoří jádro práce.

4. Přístup k interpretaci pacientova prohlášení

Smyslem této kapitoly je podrobně rozpracovat kontexty, které interpretace pacientova prohlášení nemůže pominout.

V podkapitole 4.1 se vracíme k historickému kontextu vzniku institutu pacientova „*dříve projeveného přání*“. V této podkapitole se ozřejmí, jak tento institut vznikl, čeho chtěl dosáhnout, ale zároveň, byť pouze v hrubých rysech vyvstanou jeho limity.

Podkapitola 4.2 se bude zabývat místem pacientova prohlášení v celku komunikace mezi lékařem a pacientem. Chceme-li totiž pacientovo prohlášení interpretovat pokud možno autenticky zjistíme, že ho bez kontextu komunikace mezi pacientem a lékařem interpretovat nelze. Pacientův text je tak součástí této komunikace.

V další podkapitole, 4.3 budeme hlouběji kontexty, které vyplynuly z předchozích úvah rozpracovávat. Znovu se připomíná význam tělesnosti člověka, jeho vztahovosti i jeho transcendence pro význam interpretace pacientova textu. Zdůrazňuje se zde vlastní dynamika, proměnlivost a předvídatelnost vývoje těchto kontextů. Pacient je pouze součástí těchto kontextů a jejich vývoj není schopen zcela ovlivnit.

Podkapitola 4.4 se zabývá pojmem nemoci v souvislosti s naplňováním životního projektu. Životní projekt je, alespoň pro účely této práce, představa, kam by měl život konkrétního člověka směřovat a co by měl život, který chce být úspěšným naplňováním životního projektu, obsahovat. Nemoc pak zabraňuje do jisté míry, v jisté dynamice, člověku svůj životní projekt naplňovat. To je koneckonců důvod, proč pacient přichází k lékaři.

Podrobněji bude otázku nemoci jako biologického faktu a její

interpretace pacientem reflektovat podkapitola 4.5. V podkapitole 4.5.1 Nemoc jako objekt přírodovědeckého zájmu se budeme nejprve věnovat historii pojmu nemoci jako přírodovědeckého faktu a s tím souvisejícím pojmu medicíny. Narazíme také na souvislost medicíny a humanitních věd. Tato souvislost je mimořádně významná, protože se setkáme s otázkou, co to vlastně znamená interpretovat výsledky medicíny jako biologické vědy, tedy vědy, která se řadí mezi přírodní vědy. Otázka interpretace je však otázkou humanitních věd. Je rozdíl mezi „tvrdými“ daty biomedicíny a jejich vnímáním konkrétních pacientem a tím, jak tento konkrétní člověk těmto „tvrdým“ údajům rozumí. Tím se více zabývá podkapitola 4.5.2 Interpretace nemoci pacientem.

Význam obou těchto přístupů pro problematiku „*dříve projevených přání pacientů*“ reflektuje podkapitola 4.6. Tato kapitola detailně řeší několik důležitých otázek, které jsou s problematikou pacientova prohlášení spojeny. Těmito otázkami je problematika biomedicínského poradenství ve vztahu k tvorbě pacientova prohlášení, úvaha o adresátech pacientova textu, dále se zabýváme otázkou rozsahu biomedicínské konzultace mezi lékařem a pacientem, řešíme také otázku požadavku na co nejpřesnější znění pacientova prohlášení a požadavku na doslovnost jeho interpretace. Velmi významnou podkapitolou je podkapitola 4.6.6 o jednostrannosti pacientova prohlášení. Zde již vyvstávají zásadní omezení tohoto institutu a z nich vyplývající rizika, které může používání tohoto institutu pro pacienta přinést.

4.1 Historický kontext vzniku institutu pacientova „dříve projeveného přání“

Institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vznikl jako reakce na dva momenty, které přinesl prudký rozvoj medicíny zejména ve druhé polovině

dvacátého století.

Prvním momentem byl překotný technologický vývoj, který umožnil a umožňuje i dnes tak významně zasáhnout do biologických parametrů lidského života, že situace, které by ještě před několika desetiletími končily rychlou smrtí nyní přetrvávají týdny, měsíce nebo i celé roky.¹²⁴ Tento vývoj však nepřinesl pouze nové a do té doby naprosto nepředstavitelné technologické možnosti, ale měl svůj vliv i na koncepci medicíny, která sama sebe představovala jako medicínu vítěznou, před níž se dříve neřešitelné problémy stávají řešitelnými s představou, že je již pouze otázka času, kdy budou vyřešeny všechny zásadní medicínské problémy.¹²⁵

Pod dojmem těchto a budoucích vítězství, o kterých si medicína myslela, že je nepochybně dosáhne a při představě, že je přeci zřejmé, co si všichni v jisté konkrétní situaci své nemoci přejí, přestávalo být důležité, jak svůj problém prožívá pacient. Velmi nenápadně docházelo ke komunikačnímu deficitu.¹²⁶ To je druhý moment, který ke vzniku institutu „*dříve projeveného přání*“ vedl.

Tento vývoj však neprobíhal ve společenském vakuu. V období po válce, zvláště po norimberském procesu s lékaři¹²⁷, kde vyšly najevo válečné zločiny lékařů v koncentračních táborech, dochází k posunu od paternalizmu¹²⁸ k většímu uvědomění si vlastní¹²⁹ autonomie, vlastní důstojnosti a především nedotknutelnosti vlastní osoby.¹³⁰ Tak dochází ke změně paradigmatu ve vztahu

124 Tento stav také akcentoval vznik nejrůznějších hnutí, podporujících eutanázii.

125 WILMS Klaus: Möglichkeiten und Grenzen der modernen Medizin vor dem Hintergrund humaner Sinnerfahrung, in: CSEF Herbert (a kol.): Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit, Würzburg: Königshausen & Neumann, 1998, 318 – 319.

126 „Protože nebylo o čem mluvit“. Vše bylo jasně dáno převažující představou o tom, co medicína může a také představou o tom, že se před těmito možnostmi také všichni skloní a budou je pro sebe vyžadovat. Srov. CHURCHILL Larry R.: Trust, Autonomy, and Advance Directives, in: Journal of Religion and Health 3 (1989) 175 – 183.

127 Tento proces se konal od 9. prosince 1946 do 20. srpna 1947.

128 Kdy se lékař chová k pacientu jako ke svému dítěti. Provází ho s otcovskou starostlivostí a pečlivostí po celou dobu nemoci, ale také za něj rozhoduje o diagnosticko-terapeutických postupech, jako někdo, kdo „ví lépe“.

129 Tedy pacientovy autonomie.

130 Tak, jak je to vyjádřeno v prvních člancích např. německé ústavy. Viz kapitolu 2.3.

mezi lékařem a pacientem. Pacient již přestává být tím, kdo by slepě důvěřoval lékaři v jakékoliv situaci. Stále více si uvědomuje svoji vlastní představu o svém životě, o tom, jak ho chce prožívat a uvědomuje si, že není nedůležité, jaké prostředky si pro péči o svoje zdraví a ve své nemoci vybere.

Z obavy tedy, že bude pacientův život neúměrně prodlužován nebo ovlivňován způsobem, který by si pacient nepřál a kvůli nedostatku komunikace mezi lékařem a pacientem vznikl mimo jiné¹³¹ také institut „*dříve projeveného přání pacienta*“. Je to snaha ovlivnit vlastní život i tehdy, kdy člověk jako pacient nebude schopen se ke léčbě vyjádřit.

Pochopitelně, že se zde nabízí otázka, jaký smysl má tento institut v celém komplexu medicínské komunikace a jak tomuto institutu rozumět.

4.2 „Pacientovo dříve projevené přání“ a jeho místo v komunikaci mezi lékařem a pacientem

Jak jsme již řekli, chce institut „*dříve projevených přání*“ přispět ke zlepšení komunikace mezi lékařem a pacientem. Tak se sám tento institut chápe. Vznikl z obavy o tuto komunikaci a chce k této komunikaci přispět a zlepšit ji.

Otázkou je, zdali máme chápat tento institut jako něco, co stojí zásadně mimo komunikaci lékaře a pacienta, nebo zdali je to něco, co s touto komunikací souvisí a jak, případně jak přispívá tento institut do celku komunikace mezi lékařem a pacientem?

Pokud bychom chápali institut „*dříve projevených přání*“ jako něco, co stojí zcela mimo běžnou komunikaci mezi lékařem a pacientem a co chce zvnějšku, a třeba podpořeno i silou zákona, prosadit vůli pacienta, došli bychom

¹³¹ Zde mám na mysli zásadní představu o informovaném souhlasu. Problematika tohoto institutu však není tématem této práce.

k tomu, že to, co tento institut chtěl zlepšit a o čem se domníval, že je v dosavadní medicíně nedostatečné, sám potlačuje. Jde zde jistě i o hlubší otázku na to, jak vnímat autonomii pacienta, jakou roli hraje lékař ve vztahu k pacientovi. V každém případě však pacient nemůže prosazovat svoji vůli silou, neboť tak by se vztah mezi ním a lékařem stal velmi nerovným. Lékař by se dostal do pozice toho, kdo pouze z titulu svého zaměstnání nebo sociální role plní vůli toho druhého. Taková pozice však vůbec neodpovídá jeho důstojnosti jako člověka. I lékař je především člověk se všemi svými právy a pouze to, že je lékařem mu nijak tato práva neubírá. Není přece možné vyžadovat, aby bez jakéhokoliv dialogu byl kdokoliv nucen dělat to, s čím nesouhlasí. Takový postup by v posledku jistě nebyl zlepšením komunikace mezi lékařem a pacientem, ale pouze pokusem o brutální prosazení pacientovy vůle. V důsledku a v běžné praxi by se komunikace mezi lékařem a pacientem významně zhoršila. K této situaci může přispět například i požadavek plnit text pacientova prohlášení doslovně. Tuto otázku budeme řešit později.

Na základě této analýzy můžeme konstatovat, že institut „*dříve dříve projevených přání pacientů*“ nelze z kontextu komunikace mezi pacientem a lékařem vyjímát. Tento institut je součástí této komunikace. Také historicky chtěl tento institut ke kvalitě této komunikace, alespoň ze strany pacienta, přispět. Pacientova eventuální snaha prosadit svoje představy navzdory postoji lékaře tento komunikační rámec tuto komunikaci značně poškozují či zcela ničí. Na lékaře je zde ovšem kladen požadavek na respekt ke kontextům ve kterých se tato komunikace odehrává. Tento požadavek je odůvodněn ve třetí kapitole. Těmto kontextům se budeme nyní věnovat dále.

4.3 Kontexty interpretace pacientova prohlášení

Pacientovo prohlášení zůstává tedy součástí rámce komunikace mezi lékařem a pacientem. Opět se zde nabízí otázka, jak máme rozumět této komunikaci, jak máme obsah této komunikace interpretovat, když se tato komunikace odehrává v tak specifické situaci lidského života, jakou nemoc je. Abychom však mohli pokračovat dál, je nutno zamyslet se nad tím, jakou roli hraje nemoc v kontextu běžného lidského života.^{132,133}

V podkapitole 3.2 Právo na ochranu lidské důstojnosti jako jedno z východisek dříve projevených přání pacientů se zabýváme tím, o které kontexty se v souvislosti s interpretací pacientova prohlášení jedná. V právu na ochranu lidské důstojnosti jde o ochranu trojího rozměru člověka: jeho tělesnosti, jeho vztahovosti a jeho transcendentního rozměru.¹³⁴ Je třeba znovu zdůraznit, že všechny tyto kontexty se vyvíjejí v jisté dynamice, vyznačují se, někdy značnou, proměnlivostí a lze jen obtížně, pokud vůbec postihnout cíl, ke kterému směřují.

Jak jsme již uvedli, prvním z těchto kontextů je kontext lidské tělesnosti

132 Na požadavek kontextuálnosti interpretace pacientova prohlášení upozorňuje také např. MIETH Dietmar: *Sterben lassen oder verfügen über das beschränkte Leben? Zur Diskussion über die Patientenverfügungen*, in: MAY Arnd T., CHARBONNIER Ralph (ed.): *Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge*, Münster: Lit Verlag, 2005, 96. Vnímá napětí mezi nekontextuálností a abstraktností práva na sebeurčení a konkrétním medicínským jednáním.

Požadavek kontextuálnosti interpretace pacientova prohlášení je i v německém jazykovém prostředí ojedinělý. Celkově v diskuzi převládá střet mezi právním pojetím tohoto institutu s antropologicko-etickými pochybnostmi, které z právních požadavků vyplývají. Požadavek kontextuálního přístupu nenacházíme ani v jedné z nejnovějších publikací: FREWER Andreas, FAHR Uwe, RASCHER Wolfgang: *Patientenverfügung und Ethik. Beiträge zur guten klinischen Praxis*, Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann, 2009.

133 Zatímco my se v naší práci zaměřujeme na kontextualitu interpretace pacientova prohlášení, existují i jiné koncepce, které do centra tázání kladou otázku identity pacienta a její změny, viz např.: MERAN G.J., MAY A., GELSEN DÖRFER S., SIMON A.: *Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. Was geschieht, wenn ich sich selbst nicht mehr entscheiden kann?* In: *Onkologie* 9 (2003) 1313 – 1324.

134 Srov. podkapitola 3.2 této práce.

jako biologické danosti. Tento kontext do diskuze v této práci uvádí podkapitola 4.4 a rozpracovávají ho další podkapitoly, 4.5 a 4.6; tam již se zaměřením na detailnější rozpracování problematiky.

Dalším kontextem je kontext vztahovosti. Jedná se zde především o vztah k sobě samému, zvláště v souvislosti s konceptem tzv. životního projektu. Ten úzce souvisí se sebeinterpretací člověka a tak s sebou nese výrazný antropologický a etický význam. Tímto konceptem a vlivem nemoci na jeho naplňování se také zabýváme v kapitole 4.4. Do kontextu vztahovosti patří také existence člověka v rámci nějaké sociální sítě. Tento problém je v této práci pouze nastíněn a hlouběji se mu v této práci nevěnujeme, protože tato práce chce být především prací v oblasti individuální etiky.

Kontextem, který rozpracováváme v závěrečné, šesté kapitole, je kontext transcendence člověka. Zde se snažíme zachytit nejrůznější fasety moderního prožívání spirituality.

Je třeba však znovu zdůraznit, že všechny tyto kontexty se vyvíjejí, a protože pacient je pouze součástí těchto kontextů, vyvíjejí se tyto kontexty částečně,¹³⁵ mimo pacientovu vůli. Tím získávají svoji vlastní dynamiku, proměnlivost, mají tedy svůj vlastní vývoj a jeho směřování. Tyto kontexty není pacient schopen zcela ovlivnit, může je ovlivnit jen částečně.

S těmito danostmi potom člověk vstupuje do života ve snaze uskutečnit svůj životní projekt. Tímto životním projektem mohou být nejrůznější představy o tom, jak má můj život vypadat, jak bych ho chtěl prožít, představy o tom, jaké priority bych chtěl ve svém životě uskutečnit. Je-li totiž pacientovo prohlášení jistou představou o uskutečnění životního projektu, musí lékař o tomto projektu vědět, znát jeho obsah a musí dokázat odhadnout jeho dynamiku a cíl, ke kterému jeho naplnění směřuje.

¹³⁵ Někdy však do značné míry.

Další podkapitola se bude zabývat pojmem nemoci v souvislosti s pojmem tzv. životního projektu. Zde se budeme snažit pochopit, co to nemoc je a jaký má pro pacienta význam.

4.4 Pojem nemoci a jeho význam pro interpretaci pacientova prohlášení

Abychom snadněji pochopili, co nemoc v lidském životě znamená, můžeme se podívat na výraz, který v češtině používáme pro stav, kdy nejsme zdraví. Nemoc zní jako „*ne-moc*“.¹³⁶ Toto slovo můžeme číst jako: nemít něco v moci, neovládat něco, nebýt pánem něčeho. Nemoc znamená nemoci. Člověk nemá v moci svůj život, nemůže naplňovat svůj životní projekt.¹³⁷ Nemoc má také svoji dynamiku, klasicky známe nemoci akutní, chronické, nemoci s remisemi a relapsy.¹³⁸ Znamená to také, že schopnost uskutečňovat svůj životní projekt kolísá, může být změněná dočasně,¹³⁹ trvale, nebo schopnost naplňovat životní projekt kolísá. Tento moment je pro interpretaci pacientova prohlášení velmi důležitý. Nemoc není také soubor biomedicínských dat, pacient nemoc jako soubor biomedicínských dat nevnímá. Čím tedy pacient intenzivněji svůj stav jako „*ne-moc*“ prožívá, tím méně vnímá svůj stav jako situaci, kdy svůj životní projekt může uskutečňovat.¹⁴⁰

Na tuto situaci může reagovat třemi způsoby: 1. Uskutečňuje priority

136 Původně staroslověnské „*nemohoucnost, slabost*“. Srov. REJZEK Jiří: Český etymologický slovník, Voznice: Leda 2001, 407.

137 Životní projekt je, alespoň pro účely této práce, představa, kam by měl život konkrétního člověka směřovat a co by měl život, který chce být úspěšným naplňováním životního projektu, obsahovat. Ani téma životního projektu není v souvislosti s institutem „*dříve projevených přání*“ zřetelně reflektováno.

138 Přejít na zlepšení a zhoršení v průběhu obvykle chronické a závažné nemoci. Opomenout nesmíme ani následky, které akutní i chronické nemoci přinášejí. Akutní i chronická nemoc může skončit s následky nebo bez následků.

139 U akutních nemocí, kterou člověk překoná a je dále bez následků.

140 O významu nemoci pro člověka, jejich příčinách a spirituálních souvislostech: BÜSSING Arndt (a jkol.): *Spiritualität, Krankheit und Heilung*, Frankfurt am Main: VAS, Verlag für Akademische Schriften, 2006.

svého životního projektu ve stejném pořadí, ale s nižší intenzitou. 2. Redefinuje strukturu svého životního projektu. 3. Nebo spojí oba předchozí body, redefinuje strukturu svého životního projektu a prožívá ho a naplňuje ho s nižší intenzitou. Také tento proces se vyznačuje dynamičností a také s tímto procesem se pojí otázka předvídatelnosti. Jak pacient prožívá teď nyní aktuálně svoji nemoc? Jak vnímá svoji perspektivu? Co si myslí o naplňování svého životního projektu? Vzhledem k niternosti celého procesu se můžeme z vnějšku pouze přiblížit k tomu, co pacient prožívá.

Kvalitu pochopení toho, co pacient prožívá pochopitelně podmiňuje kvalitní komunikace, nejenom „množství předaných dat“, ale také hloubka lidského setkání v této komunikaci. Ale ani to zcela nezaručuje pochopení a porozumění druhému člověku a zvláště ne v takové mimořádné situaci, kterou těžká nemoc nebo umírání zcela jistě jsou.

Aby pacient mohl dál naplňovat svůj životní projekt, překonat svoji „ne-moc“, spolupracuje s lékařem.¹⁴¹ Účel jeho návštěvy je jednoduchý, chce být zdravý. Podstatou jejich vztahu je komunikace. Lékař musí pochopit, o co pacientovi jde. Úkolem pacienta je to lékaři vysvětlit. Pochopitelně, že na první pohled vyznívají tyto věty banálně. Je tomu tak v případě, kdy se neočekává komplikovaný průběh banální nemoci. V případě závažnějších nemocí, s jejich eventuálním pozdějším přechodem do chronicity se význam dialogu o pacientových představách o životě zvyšuje. Lékař potřebuje vědět, co pacient prožil, jaké zkušenosti s nemocí již má, jak se cítí nyní v přítomnosti a co očekává.

Úkolem lékaře je především sdělit pacientovi, jaké možnosti medicína nabízí.

¹⁴¹ Jsou samozřejmě situace, kdy se pacient uzdraví sám. Zde však nejde o přísnou analýzu toho, co nemocný člověk se svojí nemocí udělá. Nemusí také dělat vůbec nic.

Oba společně potom musejí hledat takovou cestu, která má pro pacienta smysl. Otázka smysluplnosti diagnosticko-terapeutických postupů souvisí právě s naplňováním pacientova životního projektu.¹⁴² Struktura a míra naplňování životního projektu však také podléhá změnám a jejich dynamika může být někdy velmi výrazná. Proto také zde vyvstává otázka jejich předvídatelnosti. Situace nemoci se může měnit rychle a také pacientovy reakce na ni se mohou rychle vyvíjet a to i nepředvídatelnou rychlostí i směrem.¹⁴³ Pokud je pacient schopen komunikace, může tyto změny sdělovat a lékař na ně může reagovat. V okamžiku, kdy již pacient není schopen z nějakého důvodu komunikovat, mohou změny životního projektu pokračovat, ovšem pacient již není schopen je sdělit a lékař se tak o nich nemůže dozvědět a nemůže jim přizpůsobit terapeutická opatření.¹⁴⁴

Tuto situaci mělo a má řešit pacientovo prohlášení. Jeho interpretace vychází z kontextu naplňování jeho životního projektu, který je zasazen ve zkušenostech, které pacient se svojí nemocí udělal a jak reagoval na změny, které nemoc přinesla. Pacientova zkušenost s nemocí je pak zasazena do

142 Je zřejmé, že diskuze jsou záležitostí dlouhodobou, setkání by měla častá a rozhovory dlouhé, jdoucí „na hlubinu“. Záměrně se nezabýváme tím, nakolik je to v rutíně současného českého zdravotnictví možné. Autor práce se obává, že podobné rozhovory jsou mimo zcela možnosti současného českého zdravotnického systému, a že podobně vedené rozhovory jsou opravdovou vzácností.

143 Jak na to upozorňuje Kübler-Rossová. Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ Elisabeth: O smrti a umírání, Turnov: Amica, 1993. Dále KÜBLER-ROSSOVÁ Elisabeth: Otázky a odpovědi o smrti a umírání, Turnov: Amica, 1994. Zde můžeme upozornit na různé etapy, ve kterých se reakce na onemocnění vyvíjí. Je pochopitelné, že v každé z nich pacient prožívá svoji nemoc jinak, a proto se také jinak může stavět i ke svému prohlášení. Je také možné, že v některé z těchto fází začne svoje prohlášení teprve sepisovat. I to se může odrazit na jeho obsahu a směřování. Tyto prakticky nereflektované souvislosti mohou mít významný dopad na přístup k pacientovu prohlášení.

144 Vedle toho je zajímavým problémem otázka, zdali není nebezpečím institutu „dříve projevených přání pacientů“ riziko, že pacient změní během určité doby názor na znění svého textu. Ve studii BOSSARD G., WETTSTEIN A., BÄR W.: Wie stabil ist die Einstellung Betagter zu lebensverlängernden Maßnahmen? Resultate einer 3-Jahres-Katamnese von Pflegeheimbewohner, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2 (2003) 124 – 129 se uvádí, že po třech letech obyvatelé pečovatelských domů svůj postoj ke svému textu nezměnili. Problémem této studie, na který upozorňují i sami autoři, je „chyba malých čísel“. Z pohledu autora této práce se vnímá jako problematické také to, že se za příčinu eventuální změny v postoji považoval časový odstup, nikoliv významná zkušenost s nemocí. Pokud je stav pacienta během jistého období stabilní, není z ryze biomedicínského hlediska ani důvod ke změně názoru na léčbu.

kontextu celého pacientova života. A tento konkrétní lidský život je zakotven horizontálně v lidských vztazích a vertikálně ve vztahu k něčemu, co člověka převyšuje. Všechny tyto vztahy se však vyznačují někdy poměrně značnou dynamikou, změnami a proměnlivostí. S tím je také dána otázka předvídatelnosti a sdělitelnosti těchto změn.

O tom mluví právě pacientovo prohlášení. Chce sdělit, jaká je představa o pacientově životě, o jeho naplnění, o tom, co chce pacient uskutečnit, o jeho životním projektu. Tento životní projekt si přeje naplnit s pomocí péče, kterou mu nabízí medicína. Na druhou stranu ani on sám nemůže vystoupit z dynamiky vztahů, do nichž je jako člověk zasazen. Tyto změny a jejich dynamiku může předjímat jen z části.¹⁴⁵ To potom znamená, že sdělitelnost těchto změn je také omezená. To je hlavní riziko, které využití institutu „*dříve projevených práv pacientů*“ přináší.

Smyslem této kapitoly bylo objasnit kontexty, ve kterých se interpretace pacientova přání odehrává. Z porozumění těmto kontextům pak vyplyne hlubší porozumění textu pacientova prohlášení. Pochopíme také lépe význam tohoto institutu i rizika, která jeho užití může přinést.

Text pacientova prohlášení je zasazen do kontextu života s nemocí. Pro jeho interpretaci je důležité porozumět tomu, co nemoc je a co pro člověka znamená. Abychom mohli chápat, co pro pacienta znamená nemoc, nemůžeme ji vnímat jako vytrženou z kontextu celého pacientova života, ten je dán naplňováním životního projektu a sociálním kontextem života člověka. Krom toho je významným rozměrem člověka také jeho spiritualita.

Pro všechny tyto kontexty a vztahy z nich vyplývající je typická jejich proměnlivost. Jejich změny pak mají také jistou dynamiku a kontinuitu. S proměnlivostí potom souvisí předvídatelnost těchto změn. Tato předvídatelnost

¹⁴⁵ Jen z části proto, že nejsou závislé na jeho vůli.

je pak pro interpretaci pacientova prohlášení zásadní.

Do této tekuté struktury pak přichází pacient se svým prohlášením¹⁴⁶ o tom, co si bude nebo nebude přát v době, kdy již nebude schopen se ke své léčbě vyjádřit. Tento statický text odráží jeho zkušenosti s nemocí v kontextu jeho života a naplňování jeho životního projektu. Vzniká tak napětí mezi principiální státností textu a dynamikou a kontinuitou proměn, kterými pacient se svojí nemocí a celým svým životem prochází. Dynamika těchto proměn je předvídatelná pouze z části.

4.5 Nemoc jako objekt přírodovědeckého zájmu a interpretace nemoci pacientem

Máme-li blíže poznat význam „*dříve projevených přání pacientů*“, musíme se pokusit osvětlit také význam nemoci v životě člověka. V podkapitole 4.3 Kontexty interpretace pacientova prohlášení jsme naznačili celou strukturu výkladu tohoto institutu. Pacientovo prohlášení nelze vnímat samostatně, bez souvislostí. Toto prohlášení je reakcí na pacientovu nemoc; je nutno ho chápat v kontextu této nemoci. Také pacientova nemoc sama není bez souvislostí. Je součástí pacientova života, a ani ten se neodehrává bez kontextu. Život konkrétního člověka se odehrává v sociálních vazbách a má také svůj spirituální rozměr. Poznáme-li blíže tyto jednotlivé kontexty, bude pak více možné lépe porozumět tomu, co chtěl pacient v textu svého prohlášení sdělit. Všechny tyto vztahy jsou charakterizovány svojí proměnlivostí, s různou dynamikou těchto změn. Proto také vyvstává otázka předvídatelnosti těchto změn.

V této podkapitole se chceme zaměřit na prozkoumání významu nemoci, abychom tak hlubším pochopením tohoto fenoménu přispěli k pochopení

146 Většinou v textové podobě.

významu „*dříve projevených přání pacientů*“. Není však účelem této práce se nemocí jako fenoménem zabývat vyčerpávajícím způsobem. V této kapitole jde především o to ukázat, jak nám může porozumění tomu, co nemoc je, pomoci pochopit problematiku týkající se pacientova prohlášení.

Nemoc¹⁴⁷ je mnohvrstevný fenomén. Pro nás je významné napětí mezi přírodovědeckým chápáním nemoci na jedné straně a tím, jaký význam nemoc pro pacienta může mít.

4.5.1 Nemoc jako objekt přírodovědeckého zájmu

Zpočátku se příčiny nemoci připisovaly démonům a nadpřirozeným silám. Protože nemoci měly tento nadpřirozený charakter, bojovalo se proti nim magií. Avšak již v Babylonii a Egyptě se objevovaly pokusy přistupovat k nemocem jinak.

V evropské historii se nemoc jako objekt přírodovědeckého zájmu začíná chápat v souvislosti s činností hippokratovské školy.¹⁴⁸ Dále se tento model vyvíjel v prostředí klášterních škol ve středověku. V novověku, zvláště s rostoucí metodologickou emancipací přírodních věd,¹⁴⁹ narůstá poměrně rychle množství poznatků o přírodě, struktuře a funkci lidského těla. Mezi významné milníky patří první veřejné pitvy nebo objev krevního oběhu. S vynálezem mikroskopu souvisí objev buňky. Významným objevem bylo nalezení základních genetických zákonů, objevení funkce hormonů, receptorová teorie, význam imunitního systému. To by nebylo možné bez obrovského rozvoje biochemie a fyziologie. Na pochopení biochemických a fyziologických procesů a jejich poruch je potom postavena velmi sofistikovaná farmakologie. S rozvojem těchto

147 K tomu např. LANZERATH Dirk: Krankheit, in: KORRF Wilhelm, BECK Lutwin, MIKAT Paul: Lexikon der Bioethik – pdf-Version, sv. 2, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2000, 478 – 485, dále jen LANZERATH Dirk: Krankheit. Dále SCHOCKENHOFF Eberhard: Ethik des Lebens, 298 – 344.
148 LANZERATH Dirk: Krankheit, 478.
149 Ta začíná okamžikem, kdy René Descartes začal mluvit o „*res cogitans*“ a „*res extensa*“.

oborů pak souvisí úspěchy onkologie, ale také intenzivní a transplantační medicíny. Nelze také opomenout objev antibiotik a boj s infekcemi, používání celkové anestézie a neustálé zdokonalování chirurgických postupů.^{150,151}

Všechny tyto objevy umožnily zasahovat stále hlouběji, na buněčnou, nitrobuněčnou úroveň. Je také možné manipulovat s genetickou informací. To umožňuje významnou manipulaci s lidským tělem.

To vše je samozřejmě mimořádně významné a nelze než tento nesporný pokrok uvítat.

Tento pokrok biomedicíny¹⁵² sám není problémem. Je to pokrok v poznání biologie člověka a v aplikaci těchto poznatků.

Problém se však otevírá na metodologické rovině. Protože je biomedicína přírodní vědou, nemůže svojí metodologií identifikovat a řešit problémy, které se otevírají mimo dosah jejich metod. Tyto problémy však existují. Jsou však přístupné jiným vědám, které příslušnou metodologií disponují. Dochází zde pak ke dvojímu. Buď biomedicína není schopna jisté problémy vnímat, a proto je neřeší. Problémy pak přetrvávají a stávají se zdrojem z pohledu biomedicíny nepochopitelných problémů, nebo biomedicína jakési problémy tuší, ale řeší je neadekvátním způsobem. V pozadí tohoto vývoje je redukcionistické chápání člověka jako objektu biologického zájmu.¹⁵³

Tento jednostranný pohled konceptu tzv. vítězné medicíny¹⁵⁴ však vedl postupně k mnoha konfliktům a nedorozuměním. Ta potom vedla k velké kritice tohoto konceptu právě ze strany humanitních věd, které díky svému metodologickému instrumentáriu dokáží ostře identifikovat a řešit problémy,

150 Mezi jména spojená s těmito objevy patří Louis Pasteur, Rudolf Virchow, Robert Koch.

151 To vše proměnilo během cca 100 – 150 let tvář celé medicíny. Zatímco dříve byl smrtelným rizikem každý zápal plic nebo zánět „slepého střeva“, dnes se zdá, že jsou tyto nemoci „rutinní záležitostí“. To však neznamená, že fatální komplikace přestaly existovat i u „banálních“ nemocí.

152 Tedy medicíny jako aplikované biologie.

153 V kontextu biomedicíny je to však metodologicky naopak žádoucí.

154 Medicíny, která oslavovala svá nynější i budoucí vítězství.

keré s sebou nemoc člověka přináší. Odtud také vyvstává pocit nevděku, která biomedicína zažívá. I přes svá nesporná vítězství je frustrována tím, kolik „nepochopitelného“ vnáší do medicíny humanitních vědy.

Jedná se zde vlastně o setkání¹⁵⁵ přírodních a humanitních věd. Zatímco přírodní vědy přinášejí většinou jasně definované výsledky, smyslem humanitních věd je tyto výsledky interpretovat a snažit se jim porozumět. Nabízí se zde např. otázka, jakým způsobem chápe biomedicína svoje výsledky.

Přírodní vědy nám u konkrétního pacienta nabízejí souhrn popisných dat, laboratorních výsledků, závěrů zobrazovacích metod, nabízí názory konziliárních spolupracovníků.¹⁵⁶ Nejedná se o data statická, ale můžeme sledovat i jejich dynamiku. To vše nám poskytuje jakýsi popis „objektivního“ stavu. Tím ale není řečeno vše o stavu pacienta. Mnohem významnější je, jak pacient na svou nemoc reaguje. Závažnost výsledků tzv. pomocných vyšetření, kam laboratorní výsledky a mnoho dalšího patří, někdy i významným způsobem nekorelují s tíží stavu pacienta tak, jak ji vnímá lékař. Vidáme, že laboratorní výsledky jsou mnohdy alarmující, ale tíže klinického stavu jim neodpovídá. Známe i situace opačné, kdy máme před sebou pacienta v těžkém klinickém stavu, jehož komplexní laboratorní i jiné výsledky tuto závažnost vůbec neodrážejí.¹⁵⁷

Pro interpretaci pacientova prohlášení je sice objektivní biomedicínský stav důležitý, nicméně nejde o hlavní kontext, ve kterém se pak interpretace tohoto prohlášení odehrává. Mnohem významnější otázkou je totiž pacientovo

155 Někdy čteme také slova: dialog nebo konflikt. I ona ukazují, jakým způsobem se oba koncepty – biologický a humanitní – setkávají. V diskuzi o souvislosti přírodních a humanitních věd nelze v českém prostředí pominout publikaci ONDOK Josef Petr: Přírodní vědy a teologie, Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2001.

156 Jedná se většinou o lékaře, kteří jsou ošetřujícím lékařem požádáni o radu, „*konsilium*“, ve kterém se mají z pohledu svého oboru vyjádřit k otázkám, které jim klade ošetřující lékař.

157 Také hermeneutika přírodních věd je poměrně neprobádané téma. Přehledně k tomuto tématu: SCHULZ Reinhard: Naturwissenschaftshermeneutik, Würzburg: Königshausen & Neumann, 2004.

prožívání vlastní nemoci a schopnost okolí mu¹⁵⁸ porozumět. To je otázka, na kterou není biomedicína pro svoji metodologickou ohraničenost schopna odpovědět. K otázkám porozumění kompetence přírodních věd nedosahuje. Přemýšlet nad tím, co pacient prožívá, snažit se mu porozumět, to je otázka humanitních věd. Proč je vlastně otázka po porozumění tak důležitá? Máme-li totiž dobře porozumět obsahu pacientova prohlášení, musíme porozumět tomu, co pacient prožíval, jaké zkušenosti se svojí nemocí má, jak je on sám chápe, jaký má životní projekt, musíme se zabývat otázkou jeho změn a jejich předvídatelností.¹⁵⁹ Musíme také vnímat to, jak svoji nemoc prožívá aktuálně, v přítomnosti. Dále musíme vědět, pro kterého lékaře pacient svoje prohlášení píše. Otázky, které jsme kladli, jsou otázky po komunikaci.

V další podkapitole se budeme zabývat otázkou, jak vnímá nemoc sám pacient

4.5.2 Interpretace nemoci pacientem

Protože se nemoc člověka neodehrává mimo jeho život, není to něco, co pacienta z života vytrhuje, proto můžeme pochopit nemoc konkrétního člověka pouze tehdy, když ji vnímáme v kontextu jeho dosavadního života a zdraví.

Co pro pacienta znamená nemoc, poznává nejlépe on sám. Tuto zkušenost mu předkládá sama jeho tělesnost. Člověk tělo má, ale zároveň také tělem je. Pokud je zdrav, tělo nevnímá, je tělem. Nemoc vnímá jako zpředmětnění jeho těla, je to něco, co je mu najednou cizí a nepřátelské.¹⁶⁰ Tuto cizost nevnímá pacient pouze ve vztahu k vlastnímu tělu, ale také vůči vlastní životní perspektivě, kterou měl až do doby, kdy onemocněl. O perspektivě, kterou

¹⁵⁸ Pacientovu prožívání i jemu samotnému.

¹⁵⁹ Zda k těmto změnám došlo, a jak se životní projekt pacienta změnil.

¹⁶⁰ I při banálním virovém onemocnění pocítujeme jako jeden z prvních příznaků, že toto tělo, které máme, není naše tělo, že je nám cizí. Říkáme, že „*máme cizí tělo*“ nebo že „*toto tělo není naše*“.

pacient chtěl a chce ve svém životě naplnit jsme již mluvili a nazvali jsme ji životním projektem.

Jestliže je lidský život veden touhou dosáhnout štěstí a člověk-pacient má jistou, reflektovanou nebo méně reflektovanou představu o tom, co toto jeho konkrétní štěstí v životě je, a jak tohoto štěstí dosáhnout, pak poměřuje vliv nemoci tím, jak mu tento životní projekt znemožňuje.¹⁶¹ Toto prožívání je individuální záležitostí každého pacienta. Je možno pochopitelně obecně říci, jak pacienti „obecně“ prožívají kterou nemoc. To nám ale nedává konkrétní poznání o konkrétním pacientu s konkrétní nemocí. Tedy to, co pacient prožívá je pouze individuální. Lékař, nebo psycholog, odečítají toto prožívání podle nepřímých známek, ať už jsou hodnocení sebesofistikovanější. V tomto okamžiku je lékař odkázán pouze na sdělení pacienta a i toto sdělení je zatíženo větším či menším nedorozuměním. Vždy se musíme ptát, jak pacient sám chápe to, co nám chce sdělit, nebo jaký je rozdíl mezi řečeným a myšleným.¹⁶² Toto vše jsou roviny, kde se v komunikaci předávají informace a kde tudíž může dojít k deformaci této informace. Je-li potom text pacientova prohlášení součástí komunikace mezi lékařem a pacientem, je těmito momenty ohrožena i interpretace pacientova prohlášení.

Existují tedy tyto roviny prožívání a jeho sdělování: rovina, na které prožívá svoji nemoc sám nemocný. Další rovinou je vnímání toho, co pacient prožívá lékařem nebo jiným zdravotníkem. Dalším momentem je rovina, jak lékaři svoje prožívání sděluje sám pacient. Na prvních dvou rovinách se komunikace mezi lékařem a pacientem neodehrává. Komunikace se odehrává až na rovině třetí a i ta je zatížena momenty, které mohou předání informace ztížit.

¹⁶¹ Tato představa zaměření lidského života ke štěstí se hlásí ke koncepci v ARISTOTELÉS: ETIKA NÍKOMACHOVA, Praha: Rezek, 1996.

¹⁶² RETHMANN Albert-Peter, ROTTBECK Ruth M[...]: Eingeschränkte Freiheit. Die Bedeutung der Autonomie der Person im Rahmen des gesetzlichen Betreuungsverfahrens, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1 (2002) 65.

4.6 Význam pro problematiku dříve projevených přání pacientů

Přírodovědecký model nemoci, tj. takový, kde vnímáme pouze biologickou rovinu člověka a nemoci má při interpretaci „*dříve projevených přání pacientů*“ také svůj pozitivní význam. Zabraňuje tomu, abychom interpretovali pacientovo prohlášení naprosto svévole. Po člověku, který svoje prohlášení sestavuje, se požaduje, aby přesně popsal situaci, kdy se má přání naplňovat. To není možné bez toho, že by se pominula biologická stránka věci. Člověk musí vyjádřit, při kterých diagnózách se má podle jeho textu postupovat. Musí vyjádřit také pokročilost a tíži stavu. To nemůže vyjádřit bez toho, že by nepředjímal a nekomentoval výsledky laboratorních, zobrazovacích a konziliárních vyšetření. Musí se vyjádřit také k očekávané dynamice nemoci, to také nelze bez komentáře k biologickým faktům říci. Měl by se také vyjádřit ke své prognóze v každé fázi nemoci. Nemůže pominout ani komplikace své nemoci, situaci, kdy se nemoc může začít ubírat jiným směrem než předpokládal, a to v negativním, i v pozitivním smyslu tohoto slova.

Všechny tyto komentáře vyjadřují hluboké medicínské znalosti a rozumění těmto znalostem. Nestačí jen popsat očekávaná fakta, ale z porozumění pacienta musí být zřejmé také vědomí souvislostí. Samozřejmě, že je otázkou, zdali je možné tyto znalosti „posbírat z knih“. Jedná se o situaci, kterou zná každý lékař, zvláště po promoci. Přichází nabit nejmodernějšími poznatky medicíny do praxe a zjišťuje, že mu cosi podstatného chybí, co se ve škole nenaučil. Chybí mi to, co se obtížně definuje, ale co se běžně označuje jako „*klinická zkušenost*“.¹⁶³ Není smyslem této práce zabývat se tím, co přesně

¹⁶³ Významnou publikací, která se vznikem a významem pojmu „*klinické zkušenosti*“ zabývá je ATKINSON Paul: *The clinical experience : the construction and reconstruction of medical reality*, Aldershot: Ashgate, 1997. Klinická zkušenost je velmi široce, avšak nejasně a nereflexivně používáný termín. Nepíše o ní např. ani *Encyclopedia of Bioethics*, New York: Simon & Schuster Macmillan, ²1995, ani KORRF Wilhelm, BECK Lutwin, MIKAT Paul: *Lexikon der Bioethik – pdf-Version* (CD-

„klinická zkušenost“ je. Z každodenní praxe je však zřejmé, že je to jakási dovednost a znalost, kterou lékař získává postupně svou prací, kontaktem s pacienty a s nemocemi, které nejsou stránkami v učebnicích, ale nemocemi, které se odehrávají v jedinečné tělesnosti každého pacienta.

Tato zkušenost je něco, co pacientovi zásadně chybí. Medicínská fakta jsou dnes velmi snadno přístupná, ale ony samy neznamenaají ještě úplné poznání nemoci. „Klinickou zkušenost“, tuto specifickou znalost mají pouze ti, kteří se zabývají medicínou všedního dne. Je však nutno kriticky podotknout, že ani medicínské znalosti ani ona klinická zkušenost nikoho neochrání před omyly. Mýlí se i nejzkušenější lékaři. Navíc je otázkou, nakolik lékař se svojí znalostí a klinickou zkušeností je schopen nemoc ovládat, tzn. způsobit, že se bude vyvíjet, tak, jak on požaduje. Nemoc v jejím biologickém rozměru je na naší vůli nezávislý děj, který má svůj vývoj, který může být ovlivněn mnoha okolnostmi. Je každodenní praxí lékařů, že se nemoci, kterými jejich pacient trpí, vyvíjejí naprosto neočekávaným směrem. Ani pro lékaře není tedy možné předem přesně odhadnout, jak se bude nemoc vyvíjet. Proto nutně i jeho představa o perspektivě musí být nepřesná.

To pacienta zásadním způsobem limituje také při sestavování jeho přání. Musíme se ptát, jaký má smysl má ona požadovaná přesnost při sestavování pacientova prohlášení? Otázkou také je, zdali není taková přesnost kontraproduktivní? Jak jsme již ukázali, nelze dopředu popsat všechno to, co se bude odehrávat. Mohou být nějaké nepřesnosti tolerovány, jaké a proč? Medicínská situace by měla být popsána natolik přesně, aby bylo možné s morální jistotou určit, co si pacient v které situaci přeje. Je to především v zájmu pacienta samého. To je možné v různých situacích různým způsobem. Jsou nemoci, jejichž průběh a vývoj v budoucnosti je možné určit přesněji. Zde

Rom), Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2000.

bude také snadnější interpretace pacientova přání. Naopak u nemocí, u kterých jejich průběh do budoucnosti dopředu nelze uspokojivě popsat, bude interpretace pacientova přání jistá o to méně. Všechny nemoci nemohou být nějakým taxativním způsobem rozděleny, pokud by toto rozdělení mělo být vodítkem pro interpretaci pacientova prohlášení. Obě skupiny se mohou do jisté míry prolínat.

Je samozřejmě také otázkou, jak pokud možno nejvíce eliminovat možnost nedorozumění, pokud by měla vycházet z oblasti biologické medicíny.

4.6.1 Otázka biomedicínského poradenství ve vztahu k „dříve projeveným přáním pacientů“

Otázkou je, zda je v souvislostech biologických charakteristik každé nemoci, jak jsme je právě načrtli, je možné, aby se odehrávala smysluplná tvorba pacientova prohlášení bez konzultace s lékařem. Jistě to principiálně možné je, a i taková prohlášení je nutno brát ohled. Není možné, aby existovala povinnost konzultovat lékaře při sepisování nebo aktualizaci pacientova prohlášení. Pokud by taková povinnost naplněna nebyla, na platnosti prohlášení by to nic neměnilo.¹⁶⁴

Nekonzultovat lékaře při sestavování svého prohlášení jde koneckonců proti duchu celého institutu „dříve projevených přání pacientů“. Jeho vznik podnítil nedostatek komunikace mezi lékařem a pacientem. Nemůže to být nyní pacient, kdo bude nyní onu komunikaci ztěžovat.

¹⁶⁴ Pokud by na texty, které vznikly bez konzultace s lékařem zřetel brán nebyl, znamenalo by to, že takový pacient by byl krácen na svých ústavních právech. K obsahu a místu poradenství v souvislostech s institutem „dříve projevených přání pacientů“ viz MAY Arnd T., NIEWOHNER Silke, BICKHARDT Jürgen, KRESß Hartmut, ROTHARMEL Sonja: Standards für die Beratung zu Patientenverfügungen, in: Ethik in der Medizin 4 (2005) 332 – 336. Zde je zdůrazněn multioborový záběr tohoto poradenství. Poradenství není zaměřeno pouze biomedicínsky. Podobně: BIRNBACHER Dieter, DABROCK Peter, TAUPITZ Jochen, VOLLMANN Jochen: Wie sollte Ärzte mit Patientenverfügung umgehen? Ein Vorschlag aus interdisziplinären Sicht, in: Ethik in der Medizin 2 (2007) 141 – 142. Ke strategii tohoto poradenství potom BALABAN Richard B.: A Physician's Guide to Talking About End-of-Life Care, in: Journal of General Internal Medicine 15 (2000) 195 – 200.

Postup, kdy pacient nekonzultuje lékaře při sestavování svého prohlášení, je tak mnohem rizikovější než situace, kdy pacient při sepisování svého prohlášení lékaře konzultuje.

Samozřejmě první otázkou, která se nabízí, je otázka, pro kterého lékaře pacient svoje prohlášení píše.

4.6.2 Adresáti pacientova textu

Důležitou otázkou v interpretaci „*dříve projevených přání pacientů*“ je, kdo je vlastně adresátem pacientova textu, na koho se pacient ve svém textu obrací.¹⁶⁵ Těmito adresáty mohou být například:

1. Pacientův vlastní lékař. Lékař, který o pacienta pečoval po celou dobu jeho nemoci. Je to lékař, který koordinoval komplexní péči o pacienta, lékař, který znal pacienta nejen po medicínské stránce, ale znal také kontexty, ve kterých pacient své přání sepisoval. Zná také cíl, ke kterému pacientův text směřuje a dokáže odhadnout dynamiku pacientovy nemoci, i celku jeho života. Pacient s tímto lékařem svoje prohlášení konzultoval. Pacient se může obracet k týmu, který bude plně vnímat kontexty, ve kterých pacientovo prohlášení vznikalo, bude vnímat cíle, ke kterým pacientovo prohlášení směřuje.
2. Lékař, který pacienta nezná, ale může být ze stejného oboru, do něhož biomedicínsky směřuje text pacientova prohlášení.
3. Lékař, který pacienta nezná a není ani z oboru, ve kterém se bude odehrávat hlavní aplikace pacientova prohlášení. Nebo se pacient píše pro

¹⁶⁵ O tom, jakou roli hraje to, zda lékař, který pacienta ošetřuje ví nebo neví o existenci pacientova prohlášení, viz komentovanou kazuistiku: ANONYM: Therapieabbruch nach nicht gewollten Reanimation. Eine Kasuistik zur Problematik von Patientenverfügungen, in: Ethik in der Medizin 2 (2003) 109 – 113.

jiný obor. Může se také jednat o jakýkoliv jiný tým, který pacienta v těchto souvislostech znát nebude.

Důležitou otázkou v tvorbě pacientova prohlášení bude otázka, zdali pacient bude vědět, pro koho píše, nebo zda to neví, a píše svoje prohlášení tak, aby bylo pokud možno srozumitelné pro co nejširší pole adresátů.

Nyní bychom měli zhodnotit uvedené adresáty jednak podle náročnosti tvorby pacientova prohlášení a také podle interpretovatelnosti pacientova textu.

Pokud pacient píše pro lékaře, který zná pacienta a pacient jeho, tam nemusí být náročnost tvorby pacientova prohlášení i jeho interpretace příliš obtížná. Bude to (spíše) dlouhodobý proces vzájemné komunikace, ve kterém bude text vznikat. Text bude vlastně odrážet komunikaci, která se mezi lékařem nebo týmem, který bude později o pacienta pečovat, a pacientem odehrávala. V okamžiku rozhodování o aplikaci pacientova prohlášení bude tento text součástí celku komunikace, která se mezi lékařem a pacientem odehrávala. Lékař odhadne lépe dynamiku proměn všech kontextů, ve kterých se život pacienta odehrával, odehrává a bude odehrávat. Ze znalosti dynamiky těchto kontextů a ze znalosti cíle, ke kterému pacient směřuje, pak bude schopen lépe pracovat s biomedicínskými danostmi tak, aby směřovaly k tomu, co si pacient přál.

Je pak samozřejmě otázka, jaký smysl má, za těchto velmi optimistických okolností, sestavovat a sepisovat svoji představu o tom, jak by si pacient přál, aby se s ním zacházelo v okamžiku, kdy již nebude schopen o sobě rozhodovat. Pokud bude opravdu vznikat text pacientova prohlášení způsobem, kterým jsme popsali v předcházejícím odstavci, pacientovo prohlášení ztratí význam nástroje, který se snaží prosadit pacientovu vůli navzdory všem nepříznivým okolnostem, především navzdory nepochopení a nepochopení ze strany lékaře nebo vůbec

ošetřujícího personálu. Pak svůj smysl pozbude. Vynikne ovšem jeho další význam, který spočívá v tom, že se stane svědkem komunikace mezi lékařem a pacientem. Dokládá to, že se tato komunikace odehrávala, co bylo jejím obsahem, dokládá také to, že pacient rozuměl tomu, co se s ním dělo, že dokázal sdělit své představy a že také chápal význam toho, co mu lékař sděluje z oblasti biomedicínského kontextu. Tím vlastně „*dříve projevené přání pacienta*“ naplní svůj význam, tedy přispět k řešení nedostatku komunikace mezi lékařem a pacientem. Vnikl-li tento institut z obavy o pacientovu tělesnou integritu a kvůli nedostatku komunikace, tak právě tím, že bude situace ve které vznikal taková, jakou jsme popsali výše, tento komunikační deficit výrazně sníží a výrazně sníží i obavu o svoji tělesnou integritu pro dobu, kdy již nebude schopen o sobě rozhodovat.

Jiná situace bude ovšem tehdy, když pacient bude sepisovat svoje prohlášení pro lékaře nebo pro tým, který pacienta nezná, ale může být ze stejného oboru, do něhož biomedicínsky směřuje text pacientova prohlášení (bod č. 2). V této situaci se musí pacient vyjádřit biomedicínským jazykem a musí tedy redukovat plnost svého sdělení na oblast biomedicíny. Biomedicínským jazykem musí vyjádřit nejen to, kam biologicky směřuje jeho tělo, ale musí do tohoto jazyka přeložit, většinou sám, i ostatní kontexty, ve kterých se jeho život odehrává. Tím se obsah pacientova prohlášení velmi modifikuje, mnohé významy se mohou zatemnit nebo i zcela vytratit. Je to proto, že lékaři, který bude pacientovo prohlášení interpretovat nebude znát klíč, který pacient pro „překlad“ kontextů svého života do jazyka biomedicíny používá. Lékařova schopnost porozumět pacientovu textu je tím výrazně snížena. Výhodou v tomto případě je, že pacient píše pro lékaře, který je z oboru, ve kterém pacient předpokládá, že se bude jeho prohlášení aplikovat. Tím je přece jen biomedicínský jazyk a biomedicínská oblast, pro kterou pacient píše, poněkud upřesněna.

V této situaci si tak pacientův text podrží význam nástroje, kterým se snaží pacient prosadit svoji představu o své péči pro případ, že již nebude o sobě schopen rozhodovat. Bude to právě pro onen nedostatek komunikace a pro onu obavu o manipulaci se svým tělem. Protože se právně vyžaduje, aby se na tento text „*bral ohled*“,¹⁶⁶ musí se lékař tímto textem zabývat. Protože ale bude znát pacienta pouze prostřednictvím tohoto textu, bude postaven do situace, kdy bude muset text interpretovat a protože nebude znát ony kontexty, ve kterých pacientův text vznikl, je možné, že tento text bude něco jiného znamenat pro pacienta a něco úplně jiného pro lékaře. Že tak může dojít i k velmi závažným nedorozuměním, je možné očekávat.

K ještě závažnějším nedorozuměním může dojít v bodě 3, kdy pacient píše pro lékaře, kterého ani nezná, ani není z oboru, ve kterém se bude pacientovo prohlášení aplikovat. Pacient také může psát pro jiný obor, než ve kterém nakonec jeho text dojde uplatnění. Z uvedeného také vyplývá, že také lékař vůbec nezná pacienta, který mu svoje prohlášení adresuje. Pacient se musí vyjadřovat ještě obecněji. Tím dochází ke výraznějšímu zkreslení. Jsou redukovány nejen ne-biomedicínské kontexty, ale i v oblasti biomedicíny dochází ke zkreslení. Tím se stává pacientův text výrazně schématický. Této schématickosti odpovídá také kvalita interpretace, kterou provádí lékař, se kterým se pacient nezná a on nezná pacienta a navíc stojí před prohlášením, které je formulováno velmi obecně nebo pro jiný biomedicínský obor. Že v takové situaci bude docházet k největším nedorozuměním a konfliktům, je předvídatelné. Zde je otázkou, zdali se takové pacientovo prohlášení, ve snaze zabránit manipulaci s pacientovým tělem a z obavy o dostatek komunikace, neobrací vůči pacientu samému. Pacient může v textu vyžadovat nebo nevyžadovat postupy, které vůbec nezapadají do kontextů, ve kterých žil a do dynamiky, ve kterých se ony kontexty odehrávaly. Tak se velmi snadno může

¹⁶⁶ Viz text „*Úmluvy*“, článek 9.

minout s cílem, ve kterém viděl naplnění svého života. Takové prohlášení bude nakonec, pro jeho nesrozumitelnost, pro pacienta velmi nebezpečné.

Tyto okolnosti mohou být také rámce pro poradenství, které by se sestavováním pacientova prohlášení mohlo zabývat. Nelze vyžadovat, aby takové poradenství bylo povinné. Spíše je důležité, aby bylo opravdu osobní a komplexní, tj. aby zahrnovalo všechny důležité kontexty, ve kterých pacient žil a ve kterých bude nutno jeho prohlášení interpretovat, aby dokázalo zachytit dynamiku jejich vývoje a aby se pokusilo předvídat směřování tohoto vývoje. Jen v kontextu takové komunikace mezi lékařem a pacientem lze očekávat největší míru porozumění.

4.6.3 Rozsah biomedicínské konzultace mezi lékařem a pacientem

Další otázkou, se kterou biomedicínské chápání nemoci souvisí, je rozsah uvažované konzultace. Rozsah této konzultace by měl být takový, aby umožnil pacientu sepsat smysluplné prohlášení. Nicméně proto, aby se pacient mohl co nejlépe vyjádřit k budoucí situaci, musí co nejlépe znát princip vzniku nemoci,¹⁶⁷ jeho patologicko-anatomické a patofyziologické pozadí.¹⁶⁸ Tento požadavek je náročný, nikoliv však samoúčelný. Z těchto principů vyplývají klinické příznaky, tedy projevy nemocí. Něco, co pacient bezprostředně jako svoji nemoc prožívá. To je pro pacienta stěžejní věc, kterou však bez znalosti principů nepochopí. Problémem může někdy být pestrost klinických příznaků a fakt, že nejsou ve stejné míře u všech postižených konkrétní nemocí stejně vyjádřeny. Jaké konkrétní klinické příznaky budou u konkrétního pacienta v konkrétní situaci

¹⁶⁷ To, co se odborně označuje jako patogeneze.

¹⁶⁸ Patologická anatomie se zabývá změnami struktur makro- i mikroskopických. Patologická fyziologie se zabývá poruchou funkcí. Aby mohl lékař nebo pacient pochopit tyto změny, musí znát normální funkce i struktury organismu.

akcentovány, je předvídatelné jen obtížně.

S patologicko-anatomickými a patofyziologickými principy souvisejí i postupy diagnosticko-terapeutické, ke kterým se také pacient ve svém prohlášení může nebo nemusí vyjadřovat, v každém případě je musí znát, aby o nich mohl rozhodnout. Problémem, který vyvstává v souvislosti s diagnosticko-terapeutickými postupy, je fakt, že ne všechna opatření, která jsou k dispozici, musejí být také v konkrétní situaci vhodná. Pacient se samozřejmě jistě může vyjádřit v tom smyslu, že si jistá opatření nepřeje. To bude jistě respektováno, je však otázkou, zdali bude postup, který z takového pacientova prohlášení vzejde ve smyslu toho, co on si vlastně přeje.¹⁶⁹ V tomto smyslu a kontextu může být pacientovo prohlášení kontraproduktivní. Zvláště zde je totiž vidět, že i pasivní jednání může být jednáním aktivním.

Dalším velmi obtížným momentem jsou komplikace, které mohou nastat při každé nemoci. Jejich závažnost i různost je predikovatelná jen obtížně. Pochopitelně, že komplikace mění průběh celé nemoci, zásadním nebo méně zásadním způsobem. Je otázkou, nakolik je fakt, že komplikace jsou u konkrétní nemoci pravděpodobné v jistém procentu a jiné komplikace jsou méně pravděpodobné, nakolik je taková informace při rozhodování o aplikaci pacientova prohlášení relevantní. Jistě, že pacient může v obecné rovině předjímat určité komplikace více a některé méně. V oné konkrétní situaci, kdy má dojít k aplikaci pacientova prohlášení, mohou být i méně pravděpodobné komplikace realitou, na kterou pacient ve svém textu nereagoval. V těchto situacích pak může být přínos pacientova prohlášení mnohem menší, než by pacient očekával. Lpění na doslovném textu ve výrazně jiné situaci, než kterou pacientovo prohlášení předjímalo, by mohlo být pro pacienta kontraproduktivní.

Posledním momentem, který je z biomedicínského hlediska významný, je

¹⁶⁹ Pokud se výrazně změní situace pacientovy nemoci, ocitá se jeho prohlášení v úplně jiném kontextu.

prognóza pacientova onemocnění.¹⁷⁰ Prognóza znamená „*vědět-dopředu*“. V kontextu biomedicínského chápání nemoci znamená odhadnou průběh nemoci a reakce organismu. Prognóza patří proto mezi údaje, které bývají zatíženy největší chybou. Je jistě pravda, že to, co nazveme jako „*obecná prognóza*“ je obvykle u většiny nemoci v hrubých rysech známo. Jak se však nemoc bude vyvíjet u konkrétního pacienta je velmi nejisté u každé nemoci. „*Dříve projevená přání pacientů*“ se k prognóze vyjadřují, jak je však z výše uvedeného zřejmé, vyjádřit se k průběhu nemoci v budoucnosti, je velmi nejisté. Existují však nemoci, které probíhají poměrně stálým způsobem, bez výraznějších výkyvů. U nich je prognóza jistější a na to může již pacientovo prohlášení reagovat lépe. Proto je jistě smysluplnější sestavovat své „*dříve projevené přání*“ v situaci, kdy je průběh nemoci jistější, a je ho možné ho v textu pacientova prohlášení lépe předvídat, specifikovat a reagovat na něj.¹⁷¹

Tyto všechny momenty by měly být konzultovány, pokud se někdo rozhodne sestavit „*dříve projevené přání*“. Protože je rozsah konzultace tolik rozsáhlý a komplikovaný a je nutno pochopit mnoho poměrně složitých mechanismů, je nutno začít se připravovat na sepisování tohoto prohlášení poměrně dlouho předtím, než vůbec k samotné tvorbě „*dříve projeveného přání pacienta*“ dojde. Pro zájemce o tento právně-etický institut to znamená, že se musí poměrně dlouhou dobu zabývat problematikou, která může být do značné míry abstraktní.¹⁷² Navíc se nejedná o problematiku, která není úplně snadná, také proto, že se takový zájemce musí zabývat tzv. posledními věcmi člověka.

170 Nebo představy o tomto onemocnění. O vztahu lékařů k vytváření prognóz viz RICH Ben A.: Defining and Delineating a Duty to Prognosticate, in: Theoretical Medicine and Bioethics 3 (2001) 177 – 192.

Tento autor popisuje poměrně výraznou nechuť zdravotnického personálu k prognózám ohledně pacientova stavu. Vysvětluje to především nedostatečným vzděláváním na lékařských fakultách. Vytváření prognóz je však nezbytné pro další plánování péče a pro znění pacientova prohlášení.

171 Takovou nemocí s poměrně předvídatelným průběhem je amyotrofická laterální skleróza. Souvislostem s touto nemocí a institutem „*dříve projevených přání pacienta*“ se věnuje článek PRAXMARER Veronika, LAHRMANN Heinz: Amyotrophe Lateralsklerose - wenn die Planung zu spät kommt, in: Wiener Medizinische Wochenschrift 9 – 10 (2006) 297 – 301.

172 Protože, ten, kdo hodlá svoje „*dříve projevené přání*“ sestavit, je zatím zdrav.

Tyto konzultace by se měly opakovat vždy, když dojde k nějakému významnějšímu náhledu do situace člověka-pacienta, když dojde k nějaké nové zkušenosti s nemocí, nebo když dojde vůbec k čemukoliv, co by mohlo znění nebo pozdější interpretaci textu ovlivnit. Určit konkrétní časový interval nemusí být vhodné, protože u každého člověka jsou tyto události naprosto specifické, tudíž se nedají ošetřit doporučením určitého časového intervalu.

Poté, co jsme popsali strukturu toho, čím by se měl pacient zabývat před tím, než svoje přání vyjádří, je nutno také zmínit požadavek, že všechny konzultace pacienta u lékaře se mají odehrávat tak, aby sdělování všech informací bylo přiměřené pacientu. To je jistě náročný požadavek a to pro obě strany dialogu. Jeho náročnost spočívá v tom, že se v onom dialogu musejí obě strany navzájem přiblížit. Aby to bylo možné, musejí se poměrně dobře znát, jinak by lékař nevěděl, jakému pacientu má vyjít vstříc. Lékař má však také svoji osobnost, také pacient ji musí poznat, musí svému lékaři rozumět. Je to především v zájmu pacienta, aby dobře svému lékaři rozuměl, protože důsledky nepochopení by v souvislosti s „*dříve projevenými přáními pacienta*“ mohly být velmi významné. Jde o institut, který velmi ovlivňuje rozhodování o pacientu v často přelomových fázích pacientovy nemoci. Pro pacienta spočívá náročnost v tom, že musí proniknout do úplně jiného oboru lidské činnosti, než kterým se většinou zabývá. To je obtížné a vyžaduje to mnoho času a vlastní iniciativy. Nejen ke studiu biomedicínských fakt, ale také k přemýšlení o vlastním životě.

Lékař musí nejprve pacienta dobře znát, musí poznat jeho osobnost, jeho schopnosti a tomu musí přizpůsobit způsob komunikace s pacientem. Musí mít také na pacienta pohodlný dostatek času. Musí také vnímat, jakými fázemi prožívání nemoci pacient prošel nebo prochází. V každém okamžiku musí reflektovat pacientův psychický stav. Zde se také otevírá nutnost mezioborové spolupráce při takové konzultaci. Jistě je vhodná spolupráce s psychologem,

nezbytně nutné jsou konzultace u specializovaných právníků, pominout nelze spirituální rozměr celé problematiky.

Konzultace je tedy velmi komplexní a nikoliv jednorázovou záležitostí. Jejich zaměření musí odrážet oborovou komplexnost problému,¹⁷³ časový interval mezi jednotlivými konzultacemi je pak nedůležitý, protože frekvence konzultací a změna v textu pacientova prohlášení musejí odrážet změny, které se odehrály v pacientově biomedicínském, psychologickém právním nebo spirituálním stavu.

Nakonec by si měl lékař ověřit, nakolik pacient chápe celou komplexní situaci. Je ovšem otázkou, jak by taková kontrola měla vypadat, protože se jedná o velmi citlivou záležitost. Lékař se musí přesvědčit o tom, že pacient opravdu svoji situaci nahlíží, rozlišuje mezi variantami možnosti řešení a dokáže si srozumitelně mezi nimi vybrat. Pacient musí ve svém prohlášení reflektovat svoji prognózu v souvislosti se svým životním projektem. To znamená, že musí také předjímat změny, ke kterým může v průběhu jeho onemocnění, v době, kdy již nebude schopen se vyjadřovat, dojít, a vyjádřit se k nim.

4.6.4 Problematika požadavku na co nejpřesnější znění pacientova prohlášení a požadavku na doslovnost jeho interpretace

V diskuzích o problematice „*dříve projevených přáních pacientů*“ se objevují dva požadavky. Jedním z nich je požadavek na co nejpřesnější znění pacientova prohlášení, druhým je požadavek držet se doslovně textu, který má lékař nebo tým, který o pacienta pečuje, před sebou.^{174,175,176}

173 Konzultace by se měly odehrávat zvláště na rovině medicínské, psychologické, právnícké, spirituální.

174 Oba tyto požadavky vycházejí z právního prostředí. Viz např.: PUTZ Wolfgang, STELDINGER Beate: *Patientenrechte an Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht. Patientenverfügung. Selbstbestimmtes Sterben.* München: Deutscher Taschenbuch Verlag, ³2007. Dále potom „*Zwischenbericht*“.

175 MERKEL Reinhard: Zur Frage der Verbindlichkeit, in: *Ethik in der Medizin* 3 (2004) 298 – 307.

176 Na rizika byrokratického (akontextuálního v našem smyslu) přístupu k institutu „*dříve projevených*

Snahou je vytvořit co nejjasnější právní rámec při aplikaci tohoto institutu. Jde především o ochranu práv pacienta, odstranění nejasností při aplikování pacientova textu i co nejprůzračnější kontrolovatelnost jeho naplňování.

Velmi zřetelně se zde ovšem projevuje jedno z významných rizik při užívání tohoto právně etického institutu a tím je jeho staticnost jako psaného materiálu oproti dynamičnosti kontextů, ve kterých se jinak pacientův život odehrává.

Pokusme se nyní tyto dva požadavky analyzovat, poukázat na jejich konkrétní výhody i rizika, které tyto požadavky přinášejí.

Nejprve se budeme zabývat nárokem na co nejpřesnější znění pacientova textu. Tento požadavek přináší dvojí výhodu. Pokud by byla určena taková kritéria, která by byla později i jednoznačně interpretovatelná, mohlo by to skutečně přispět k co nejpřesnějšímu určení situace, ve které má být pacientův text aplikován.

Další výhodou je fakt, že propracovanost úvah, týkající se textu „*dříve projeveného přání pacienta*“, jednak co se týče práce s kontexty, i jejich konkrétním obsahem, svědčí o promyšlenosti a námaze, kterou pacient na sestavování svého prohlášení vynaložil. Svědčí to o významu, který pacient svému textu přikládá.

Požadavek na co nejpřesnější znění pacientova textu však přináší také některé nevýhody a tím i jistá rizika. Tyto nevýhody vycházejí jednak z dynamiky kontextů, ve kterých se pacientův život odehrává, jednak z toho, že k textu pacientova prohlášení, který je velmi často zaměřen pouze biomedicínsky, nelze přistupovat bez nároku na interpretaci. Problematika

přání pacienta“ ošetřujícími osobami nebo těmi, kdo mají pacientovo prohlášení naplňovat upozorňuje BAUER Axel: Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende: Die Patientenverfügung als Patentlösung, in: ZME 2 (2009) 169 – 182.

interpretace je však problematikou humanitních věd. Jedná se zde tedy i o diskuzi vztahu přírodních a humanitních věd, resp. o otázku interpretace biologických fakt humanitními vědami. V neposlední řadě se také jedná o to, že přírodní a humanitní vědy přinášejí rozdílné typy výsledků. Všechny tyto momenty jsou potom to, co požadavek co nejpřesnějšího znění pacientova textu relativizuje, tj. uvádí do vztahu.

Otázkou tedy je, jak přesně např. biomedicínská fakta popisovat. Na jednu stranu by detailnější biomedicínský popis přinesl přesnější vědomí o tom, kdy a v jakém biomedicínském kontextu pacientovo přání aplikovat, na druhou stranu by nepatrná odchylka textu od stavu pacienta znemožnila jeho aplikaci. Není také jasné, podle jakých kritérií by měl pacient ve svém popisu volit konkrétní veličiny i jejich kvantitativní velikost.

Pokud by se v pacientově prohlášení jednalo o popis pouze biomedicínských faktů a vztahů, ani zde se nelze vyhnout jejich interpretaci. Jednou stránkou věci je biologické faktum v přesném časovém okamžiku a druhou stránkou věci, které se nelze naprosto nelze vyhnout, je porozumění tomuto faktu.

Dalším faktem je, že popis ostatních kontextů v tomto smyslu, tedy co se požadavku na co nejpřesnější znění týče není jednodušší. Je tomu právě naopak. Oblast humanitních věd je oblastí, ve které se ostatní kontexty života pacienta odehrávají (míněno je vztah k nemoci, k vlastnímu životu, sociální a spirituální rozměr života člověka). Tyto kontexty jsou prakticky neměřitelné, a pokud by i měřitelné byly, nemůže pacient při jejich měření spolupracovat (neboť se není schopen ve své situaci již vyjadřovat). Daly by se zjišťovat pouze nepřímou.¹⁷⁷ Zkušenost, se kterou humanitní vědy pracují, a výsledky, které přinášejí, je jinou zkušeností, než je zkušenost a tedy i výsledky přírodních věd. I zde by bylo

¹⁷⁷ Vystává také otázka objektivizovatelnosti těchto výsledků a jejich vztahu k požadavku na co nejpřesnější znění pacientova prohlášení.

nutné vypracovat co nejpřesnější kritériologii, která by umožnila, co nejpřesnější vyjádření i v těchto kontextech. A podobně jako u popisu biomedicínského kontextu, resp. požadavku na co nejpřesnější popis biomedicínského stavu pacienta, také zde je možné, že to bude právě přílišná přesnost pacientova textu, co nakonec zabrání jeho aplikaci.

Dalším požadavkem, který se v souvislosti s aplikací pacientova prohlášení vznáší, je požadavek doslovného naplnění tohoto textu. Tento požadavek je veden snahou kontrolovat plnění pacientova textu. Snaha kontrolovat naplňování pacientova textu je naprosto legitimní součástí práce ve zdravotnictví. Jedná se o střežení nedotknutelnosti pacientovy osoby, jeho těla a jeho autonomie. Tato práva nalzáme v základech lidských práv a jsou vyjádřením a také vytvářejí jakousi antropologii, ze které potom k člověku přistupujeme. Z tohoto pohledu je požadavek kontroly naplňování pacientova prohlášení významný. Máme-li však hlouběji vstoupit do významu tohoto požadavku, musíme se ptát, kdo, kdy, jakým způsobem bude plnění pacientova prohlášení kontrolovat a jaká kritéria k tomu zvolí.

Zde už se dostáváme k rizikům tohoto požadavku, pokud bude znamenat doslovnost v plnění pacientova textu rezignaci na jeho interpretaci. Slova nelze nikdy oddělit od jejich významu. Bez nároku na interpretaci se požadavek doslovného plnění, možná překvapivě, stává prázdným, a tím i naprosto zneužitelným. Snad by mělo větší význam, než vyžadovat doslovné plnění pacientova textu, požadovat snahu o jeho co nejplnější pochopení. To ovšem není kontrolovatelné snadno a již vůbec to není možné provádět v represivní atmosféře. Kontrolovat pochopení totiž znamená, že kontrolovaný sdělí pravdu o tom, jak pacientově textu rozumí. To předpokládá ovšem otevřené a partnerské setkání. Situace je navíc komplikovaná tím, že i ten, kdo kontroluje, je ve stejné situaci jako kontrolovaný, protože oba nějakým způsobem text interpretují. Je

také otázkou, proč by ten, kdo kontroluje pochopení pacientova textu, měl automaticky „větší pravdu“ než onen kontrolovaný. Nabízí se také provokativní otázka, zdali je na této úrovni vůbec nějaká kontrola možná.

Když tedy v počátku této podkapitoly píšeme o tom, že všechny námitky, vznesené proti těmto dvěma požadavkům, tyto požadavky relativizují, tj, uvádějí do vztahu, musíme se ptát, o jaký vztah by se mohlo jednat a tedy co vlastně by tou vyžadovanou přesností nakonec mělo být. Ona přesnost spočívá v maximálním porozumění kontextům, ve kterých pacientovo prohlášení vznikalo. A protože tyto kontexty mají také svoji dynamiku, spočívá tato přesnost také ve vystižení dynamiky, směru a cíle vývoje těchto kontextů.

Za onou snahou o co nejpřesnější vyjádření a za požadavkem doslovnosti interpretace se vlastně skrývá snaha o co nejplnější pochopení toho, co pacient chtěl ve svém textu sdělit. To znamená požadavek nelibovlnosti interpretace. Pacientovu textu nelze podsouvat libovolné významy, a tak s tímto textem manipulovat. Předchozí konzultace s pacientem a interpretace v rámci týmu jsou některými předpoklady, který by mohl zabránit manipulaci s textem. Nemůže ale zabránit zneužití institutu jako celku.

4.6.5 Vnímání nemoci pacientem a souvislost s jeho „*dříve projeveným přáním*“

V předchozí podkapitole jsme naznačili to, co se označuje jako přírodovědecký rozměr nemoci a jeho význam v kompozici a interpretaci „*dříve projevených přání pacientů*“. V této podkapitole se pokusíme představit, jak může vnímat svoji nemoc pacient a jak toto vnímání souvisí s problematikou jeho prohlášení.

Jestliže zasazujeme institut „*dříve projevených přání pacientů*“ do

kontextu pacientovy nemoci a pacientova života tak, jak je naznačen v podkapitole 4.3 Kontexty interpretace pacientova prohlášení, musíme se pokusit blíže rozpracovat vztah mezi pacientovým prohlášením, jeho nemocí¹⁷⁸ a jeho životem, přičemž nelze pacientovo prohlášení interpretovat bez vědomí kontextu jeho nemoci a pacientovu nemoc nelze interpretovat bez vědomí kontextu jeho života. Těmto vztahům se musíme nyní věnovat.

Jak jsme již naznačili v kapitole Kontexty interpretace pacientova prohlášení, slovo nemoc můžeme číst jako „ne-moci“. Nemoc v každém případě znamená oslabení lidských schopností. Je to něco, co ho omezuje, co trvale nebo dočasně mění jeho schopnosti uskutečňovat jeho životní projekt.¹⁷⁹

Začínala-li tato podkapitola konstatováním, že přírodovědecký model nemoci má svůj pozitivní rozměr, je nutno se nyní zmínit o limitech, který tento model přináší.

Jedním z problémů je problém antropologického redukcionizmu medicíny, kdy se člověk chápe jako entita, kde hraje větší či menší roli biologický rozměr člověka. Jeho psychické, sociální, ale třeba i spirituální funkce se chápou jako důsledek biologických procesů. Toto chápání se neprojevuje s nijakou absolutní platností. Spíše se jedná o tendenci, která se v medicíně všedního dne projevuje. Někdy je tato tendence výrazná, jindy méně.

Tendence vnímat psychické, ale třeba i sociální a spirituální funkce člověka jako závislé na biologickém fungování organismu se projevuje tak, že se jim pak upírá samostatná dynamika, protože se má za to, že psychické, sociální nebo spirituální funkce nemohou fungovat samostatně. Jistě ani ony nefungují zcela odděleně od biologické funkce organismu. Smyslem je vnímat napětí, které mezi jednotlivými rozměry existuje a respektovat jejich, byť omezenou,

178 Nebo představou o této nemoci

179 Tímto životním projektem mohou být nejrůznější představy o tom, jak má můj život vypadat, jak bych ho chtěl prožít, představy o tom, jaké priority bych chtěl ve svém životě uskutečnit.

přesto autonomii.¹⁸⁰

To, že biologické procesy mají svoji dynamiku, je zřejmé a velmi snadno vnímatelné. Dynamika psychických procesů, sociálních vztahů a spirituálního rozměru člověka však může být úplně jiná a na biologických procesech do značné míry nezávislá. A navíc nemusí být, zvláště pro neškoleného člověka tak zřejmá.¹⁸¹

Nabízí se tedy otázka, zdali v popisu stavu, kdy má být pacientovo prohlášení aplikováno, nemají být popsány také situace, které se týkají pacientovy psychické, sociální a spirituální situace. Také tyto rozměry lidské osobnosti, nejen rozměr biologický, by měly být předmětem konzultací. Pak je také otázkou, zdali se má tato konzultace odehrávat pouze u lékaře¹⁸² nebo zda by se měli konzultace zúčastnit také jiní odborníci a jakým způsobem. Čili je otázkou, zdali poradenství, které by se problematiky pacientova prohlášení týkalo nemělo být multioborovou záležitostí. Zde nejde o určování toho, jak má být složena „komise pro tvorbu „*pacientova dříve projeveného přání*““; organizační záležitosti mohou být ostatně velmi odlišné. Jde pouze o upozornění

180 V rámci úvah o tom, jak informovat pacienty o problematice konce života v souvislosti s jejich vlastní nemocí ukazuje BALABAN Richard B.: A Physician's Guide to Talking About End-of-Life Care, in: Journal of General Internal Medicine 15 (2000) 195 – 200, jakým způsobem takové rozhovory s pacientem vést. Sám se neomezuje pouze na prezentaci biomedicínské situace, ale vnímá, kontexty, ve kterých pacient svůj život žije a na jejich základě potom upravuje terapeutický cíl i jeho management.

181 O souvislostech psychického prožívání a institutem „*dříve projevených přání pacienta*“ viz VOLLMANN J.: Advance directives in patients with Alzheimer's disease, in: Medicine, Health Care and Philosophy 4 (2001) 161 – 167. V tomto článku se autor zabývá otázkou identity a autenticity pacienta s demencí. Sám se vyjadřuje pro hojnější využívání institutu „*dříve projevených přání pacientů*“ u těchto pacientů. Tito pacienti musejí být řádně poučeni o povaze a prognóze svého onemocnění. Samu existenci demence nepovažuje za fakt, který by sám o sobě užití institutu „*dříve projevených přání pacientů*“ znemožňoval, i když vyžaduje, aby pacienti, kteří se ve svém prohlášení zřekli jistých postupů, ale později, ve své demenci, vyjadřují vůli žít, byli respektováni.

Další otázkou, kterou bychom se zde mohli také otevřít v souvislosti vztahu prožívání a biologických procesů, je otázka výzkumu osob s demencí. Zde se v institutu „*dříve projevených přání*“ viděla a vidí možnost, jak by se pacient, u kterého dojde k rozvoji demence, mohl vyjádřit kladně ke své účasti ve výzkumu, viz BERGHMANS R. L. P.: Advance directives for clinical research in dementia. Some ethical and policy considerations, in: Italian Journal of Neurological Sciences Supplementum 5 (1997) 29 – 33. Autor zde však vnímá omezené možnosti zástupného rozhodování o pacientu. Ani institut „*dříve projeveného přání*“ nemůže toto omezení zásadním způsobem překonat.

182 U kterého lékaře, o tom se pojednává výše.

na to, že i jiné rozměry lidské osobnosti, nejen biologický rozměr, mají svoji svoji dynamiku.

Tato dynamika a komplexnost pohledu na člověka musí být kontinuální v celém období od okamžiku, kdy pacient začal o textu svého prohlášení uvažovat, přes celou dobu jeho existence,¹⁸³ až do doby aplikace pacientova prohlášení. Co je eminentně důležité, je potom z této komplexnosti vyplývající i komplexnost prostředí, které se bude pacientovým prohlášením v době, kdy má být aplikováno, zabývat. Rozhodování by tedy nemělo být v rukou jednoho člověka,¹⁸⁴ ale skupiny, která bude moci o aplikaci pacientova prohlášení rozhodnout komplexně. Budeme-li se držet velmi jednoduchého schématu, tedy že člověk má svůj rozměr psychický, psychologický, sociální¹⁸⁵ a spirituální, měla by i skupina těch, kteří budou o pacientovi rozhodovat, mít tuto strukturu.

4.6.6 Jednostrannost v obsahu pacientova prohlášení

V podkapitole 4.1 Historický kontext vzniku institutu pacientova dříve projeveného přání jsme uváděli, v jakém dějinném kontextu institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vznikl, které problémy v onom dějinném kontextu vznikly a které chtěl tento institut řešit. Těmito problémy byly nedostatek komunikace mezi lékařem a pacientem a redukce medicíny na biomedicínu. Institut „*dříve projevených přání pacientů*“ měl a má za úkol tyto limity překlenout tím, že vyjádří přání pacienta, které má být naplněno tehdy, kdy již nebude schopen se k otázkám diagnostiky a terapie vyjádřit.

183 Toto je důležité období, protože v něm je pacientovo prohlášení aktualizováno a je reflektována celá situace pacienta. V textu by měl pacient reflektovat každou významnou událost svého života.

184 Poněkud romantickou představou je představa o lékaři, který „moudře“ obsáhne všechny aspekty života pacienta.

185 Uvažujme i o právní stránce života pacienta.

Text pacientova prohlášení v jazyce biomedicíny¹⁸⁶ sděluje, jaká opatření mají nebo nemají¹⁸⁷ být prováděna, aby byla naplněna představa, která se světa biomedicíny¹⁸⁸ dotýká jen zprostředkovaně.

Otázka je, jaké jsou motivy, odkud, z jakých aspektů pacientovy osobnosti tyto motivy vycházejí. Samozřejmě, že tyto motivy mají také svůj biomedicínský rozměr, ale vycházejí především z jiných oblastí než je pouhé biologické fungování vlastního organismu. Vycházejí z psychologického prožívání pacienta, ze starosti o jeho sociální vztahy a ze spirituálního rozměru, vlastního každému člověku.

Tyto komplexní představy jsou potom v jazyce biomedicíny vyjádřeny v pacientově prohlášení. Jazyk biomedicíny, této speciální přírodní vědy, vyjadřuje představy, které právě pro svoji redukovanosť na biologický rozměr člověka vyjádřit nemůže. Jazyk biomedicínských pojmů nemůže zachytit to, co člověk prožívá, jeho život v síti sociálních vztahů a jeho duchovní rozměr. Na této rovině musí vždycky docházet k nedorozumění. To je jeden z vnitřních rozporů, které institut „*dříve projevených přání pacientů*“ skrývá.

Dalším problémem je, že pacient sám dopředu odhaduje význam biomedicínských fakt pro celou komplexitu svého budoucího života. Dopouští se sám na sobě tytéž redukce, které se před tím dopustil na lékaři, když mu pomocí biomedicínských fakt sděloval své představy o životě, jehož další rozměry leží mimo biomedicínu.

Také při překladu vlastních pacientových představ o životě do

186 O obsazích a formě různých formulářů, které jsou oním konkrétním pacientovým prohlášením se můžeme poučit v množství publikací, která na toto téma v Německu vycházejí. Např.: JACOBI Thorsten, MAY Arnd T., KIELSTEIN Rita, BIENWALD Werner (ed.): *Ratgeber Patientenverfügung. Vorgesdacht oder selbstverfasst?* Münster: Lit Verlag, 2001.

187 Silnější je odpor pacienta vůči jistým opatřením. Pacientova pozitivní žádost, tedy představa, že si může něco přát, co bude vyplněno, naráží na osobnost lékaře, kterému také někdo nemůže přikazovat něco, s čím on nesouhlasí. Obecněji se jedná o problematiku aktivity a pasivity jednání.

188 Zde tedy biologického stavu organismu.

biomedicínského mohou vzniknout nedorozumění. Je to smutnější tím více, že se těchto nedorozumění dopouští pacient sám na sobě.

Samo pacientovo prohlášení tedy v sobě obsahuje prvek,¹⁸⁹ který má redukcionistický charakter. Tento redukcionistický prvek je pak zdrojem vnitřního konfliktu, který pak pacientovo prohlášení také nese. Je to konflikt mezi biologickou stránkou člověka a oními ostatními rozměry, psychickým, sociálním a spirituálním. Samo pacientovo prohlášení chce řešit konflikt, který ale pro svůj biologický redukcionismus řešit nemůže.

„Pacientovo dříve projevené přání“ chce řešit problémy komunikace, smyslu života, naplňování životního projektu, ale řešit je nemůže, protože o nich nemluví. A když o nich mluví, tedy jiným jazykem, který nemusí být v „jiné jazykové oblasti“ vždy srozumitelný.¹⁹⁰

A nejde jen o to, že se snažíme mluvit v jedné jazykové oblasti jiným jazykem. Problémem jsou také obsahy samotné sdělení, lidské prožívání, sociální vztahy a spiritualita nejsou biologie.

Pokud tedy pacient chce, aby jeho prohlášení věrněji odráželo jeho představy o jeho budoucím životě, musí do svého textu tyto obsahy zakomponovat, a to srozumitelným jazykem.

Tím ovšem se výrazně zvyšuje komplexnost textu a náročnost na jeho sestavení. Za této situace by již jistě nebylo možné, aby pacientovo prohlášení mohlo být pouhým vyplněným formulářem. I jeho sestavení a pozdější interpretace se stává velmi komplexní záležitostí. Jde totiž o to srozumitelně formulovat a sdělit představy o vlastním životě, kdy již člověk nebude schopen se k němu více vyjadřovat. To ale neznamená, že musí vyhasnout psychické

189 Tímto prvkem je prakticky výhradně sdělení o biologické rozměru pacientova přání.

190 Srozumitelností se zde myslí věrné předání myšlenek z jednoho jazyka do druhého. Má se tím na mysli například věrný překlad vlastního duševního prožívání do termínů, fakt a vztahů biologického popisu fungování člověka.

prožívání, sociální vztahy a spirituální rozměr člověka.

Otázkou pak je, jak se potom změní role takového pacientova prohlášení, textu, který bude srozumitelně formulovat všechny obsahy představ o budoucím životě. Nebude pak takový text pouhou formalitou?¹⁹¹ Tento text naopak formalitou nebude. Bude podávat komplexní informaci o východiscích vzniku a vývoji pacientových představ o životě. Dokáže také určit mnohem přesněji, jaká opatření mají být podniknuta, až pacient nebude schopen se ke své péči vyjadřovat. Je také možné, že tato opatření nebudou nijak přesná, ale může být zdůrazněn cíl, ke kterému chce pacient ve svém životě dojít. Ona opatření by pak měla být taková, aby pacient ke svému životnímu cíli nakonec dojít mohl.

Nabízí se pak otázka, zdali nebude takový text v prostředí, které bude komplexně vnímat pacienta komplexně, nadbytečný. Je možné, že do značné míry ztratí razanci nástroje, kterým se pacient snaží prosadit svůj názor navzdory okolí. V tomto smyslu nadbytečný pravděpodobně bude. Nebude ovšem nadbytečný jako svědectví snahy zformulovat představy a přání o životě pacienta. Nejedná se zde o situaci, kdy stojí text proti obsahu své interpretace, ale obě zmíněné části, text i jeho interpretace budou spadat do jednoho kontextu komunikace. Jedině takto si lze představit řešení obavy, které vznik institutu „*dříve projevených přání*“ provázelo, totiž nedostatek komunikace.

Otázkou také je, nakolik je postup, který je nastíněn v předchozích odstavcích realizovatelný ve „všedním dni“ českého zdravotnictví, v situacích, kdy doba ošetření pacienta v ambulanci se odehrává v řádu několika minut. Lékaři také nejsou systematicky vzděláváni k tomu, aby vedli komplexnější rozhovory, než rozhovory, klasicky biomedicínsky zaměřené (odběr anamnézy, poučování pacientů před podpisem informovaného souhlasu apod.). Chybí také psychologické supervize práce zdravotníků.

¹⁹¹ Pokud by měl být pouhou formalitou, nejen že ztrácí tím samým na smysluplnosti, stává se naopak pro pacienta, i pro jeho okolí, velkým nebezpečím.

V drtivé většině českých zdravotnických pracovišť chybí také tradice komplexních týmů, které by také pojímaly péči o pacienta komplexně, tedy tak, aby mohla být zachována kompaktnost komunikace, jak je vyžadována ve výše uvedených odstavcích.

Autor práce vnímá, že požadavky, které na komunikaci mezi lékařem a pacientem vznesl výše, mohou být označeny jako nereálné. Tématem této práce však není hodnocení toho, které požadavky jsou v českém zdravotnictví reálné a které reálné nejsou. Obsahem práce má být řešení některých problémů, které institut „*dříve projevených přání*“ přináší.

4.7 Závěr

V této kapitole jsme se věnovali souvislostem nemoci a pacientova prohlášení. Vyšli jsme z historického kontextu, který vývoj institutu „*dříve projevených přání pacientů*“ umožnil. Tento historický kontext se vyznačoval koncepcí tzv. vítězné medicíny a pozvolnou ztrátou komunikace mezi lékařem a pacientem. Lékař totiž předpokládal, že je nesporné, co pacient pro sebe chce, totiž plné nasazení potenciálu oné vítězné medicíny. Že je toto plné nasazení pro pacienta mnohdy již nesnesitelné, nezjistil právě pro ztrátu komunikace mezi lékařem a pacientem. To vedlo potom pacienty k obavám o svůj osud v okamžiku, kdy již nebudou schopni o své terapii rozhodovat. To vedlo ke vzniku institutu „*dříve projevených práv pacientů*“.

Vyvstává však otázka, jaký postoj má lékař k pacientovu prohlášení zaujmout. „*Úmluva*“¹⁹² pouze o tom, že se na pacientovo prohlášení „*bude brát zřetel*“, ani „*Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy na ochranu lidských*

192 Její devátý článek

práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicíně“ problém více nevysvětluje. Je tedy otázkou, jaké místo hraje tento institut v komplexu komunikace mezi pacientem a lékařem a jak má lékař textu, který mu pacient předkládá a na který má lékař „brát zřetel“ porozumět.

V souvislosti s požadavkem na interpretaci textu se objevuje nárok na identifikaci a porozumění kontextům, které interpretaci tohoto textu ovlivňují. Těmito kontexty se zabývají další podkapitoly. Důkladně se věnujeme nemoci jako jednomu z hlavních kontextů, ve kterých se vznik a interpretace pacientova textu odehrává. Nacházíme významnou rozdílnost v přístupu biomedicíny jako aplikované biologie na jedné straně a interpretací toho, co přináší humanitní vědy. Objevuje se tedy rozdíl v tom, jaké výsledky biomedicína přináší a jak její výsledky humanitní vědy interpretují. To je jeden z pramenů bolestného nedorozumění biomedicíny a humanitních věd.

Otázky jsou však i na straně pacienta. Nakolik reflektuje pacient při tvorbě svého textu adresáta textu. Řeší se otázka eventuálního biomedicínského poradenství a jeho obsahu. Zabýváme se také požadavkem na co nejpřesnější znění pacientova textu a na jeho doslovnou aplikaci. Oba tyto požadavky považujeme za velmi problematické a s ohledem na dynamičnost změn, které interpretaci pacientova textu provázejí, i za nevhodné.

Velmi důležitou podkapitolou je ta poslední, kde nacházíme v samotném institutu „*dříve projevených přání pacienta*“ zásadní limity. Z těchto limitů potom vyplývá také fakt, že institut „*dříve projevených přání pacientů*“ sám o sobě není schopen problematiku nedostatečné komunikace v otázkách péče o pacienty, kteří nejsou schopni o sobě rozhodnout, řešit. Vytržen z kontextu komunikace mezi pacientem a lékařem je velmi problematickým a rizikovým institutem.

5. Spiritualita a nemoc

Je-li jedním z kontextů lidského života jeho spirituální rozměr, může se také on stát tématem, které je třeba v kontextu „*dříve projevených přání*“ diskutovat. Spirituální kontext je ten, ve kterém se odehrává celý lidský život, má samostatnou dynamiku a předvídatelnost. V problematice „*dříve projevených přání*“ může spirituální rozměr člověka ovlivňovat i ostatní kontexty lidského života až do té míry, že může měnit rozhodování i v ostatních záležitostech lidského života, může měnit životní projekt člověka, představu o konci vlastního života a je možné, že i tehdy, když pacient nedokáže komunikovat.¹⁹³ Dynamika duchovního života by pak mohla nabývat překvapivých změn.¹⁹⁴

V úvodu této kapitoly se zamýšlíme nad pojmem spirituality a záměrně tento pojem rozšiřujeme tak, aby obsáhl co největší spektrum představ o tomto pojmu. Pokoušíme se vypracovat takový pojem, který by mohl obsáhnout představu o spirituálním kontextu života všech pacientů. Lékař neví, jakým druhem spirituality náš pacient žije.¹⁹⁵

V podkapitole 5.1 se zabýváme vztahy mezi „*pneuma*“, „*psyché*“ a „*sarx*“ . Snažíme se pochopit, jakou roli hrají jednotlivé vrcholy tohoto pomyslného trojúhelníku a jaký význam mají tyto role v prožívání tělesnosti člověka, tedy i jeho vztahu k nemoci a interpretaci pacientova prohlášení.

V podkapitole 5.2 se zabýváme tím, jaké rysy má soudobá spiritualita. Máme k tomu dva důvody, jednak není vždy jisté, jakou spiritualitou pacient žije

193 O vztahu víry a zdraví NEUMANN Josef N.: Religion und Krankenbehandlung – eine medizinhistorisch-kulturanthropologische Verhältnisbestimmung, in: ZME 2 (2009) 111 – 129. Podobně BAUMANN Klaus: Religiöser Glaube, persönliche Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen und Fragen im interdisziplinären Feld von Theologie und Religionswissenschaft, Medizin und Psychotherapie, in: ZME 2 (2009) 131 – 144.

194 O významu pojmu spirituality v paliativní péči, teologickém rozměru spirituality pro pacienta i celý zdravotnický tým viz: ROSER Traugott: Resonanzen erzeugen: Der Beitrag von Krankenhausseelsorge zur Spiritualität in der Palliativversorgung, in: ZME 1 (2010) 17 – 32.

195 O vztahu spirituality a péče o pacienta viz tamtéž, 25 – 32.

a druhým důvodem je vůbec snaha porozumět tendencím, ve kterých se duchovní život odehrává. Podkapitola 5.2.1 se zabývá některými charakteristickými známkami spirituality dnešní doby. Snaží se nevnímat jevy povrchně, ale usiluje o to vnímat to, co stojí za nimi. Např. zájem o okultismus neodsuzuje, ale vnímá v něm zájem o tajemství, v zájmu o východní meditaci vidíme přitakání tělesnému rozměru člověka a bezprostřednějšímu propojení mezi duší a tělem. Dalším rozměrem je touha po duchovním společenství. Tato duchovní společenství se mohou vymykat tomu, co my v katolické tradici duchovním společenství myslíme. I tento a ostatní rysy spirituality konkrétního člověka je nutno promýšlet při interpretaci duchovního kontextu vzniku a aplikace pacientova prohlášení.¹⁹⁶

Podkapitola 5.3 se zabývá spiritualitou jako způsobem prožití života. Uznává se, že spiritualita je základní volba a významný způsob [lidské] existence. Takto pojatá spiritualita je nesena volbou autentických osobností dát životu definitivní smysl. Zde se úzce setkává existencialismus s nárokem na hledání smyslu života.

Křesťanská spiritualita, jak ji definuje Slovník spirituality:¹⁹⁷ „*je životní syntéza celého Kristova tajemství vytvořená pod vlivem Ducha svatého tak, že uspořádává jeho jednotlivé prvky kolem konkrétního stavebního principu, jenž pak charakterizuje jeho životní projev*“. Takto chápaná spiritualita je ovšem spiritualitou pouze v kontextu křesťanský žitého života. Je otázkou, nakolik nám taková definice pomůže chápat takové pacienty, kteří by svůj spirituální kontext za křesťanský neoznačili. Tím autor práce nemá na mysli ani tak vyznavače ostatních, zvláště „velkých“ náboženství, jako židovství, islám, buddhismus

196 Srov. SESSANNA Loreale: The Role of Spirituality in Advance Directive Decision Making Among Independent Community Dwelling Older Adults, in: Journal of Religion and Health 1 (2008) 32 – 44.

197 KOHUT Vojtěch: Spiritualita, in: Slovník spirituality, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, 906.

nebo hinduizmus, jak spíše ony „hledající“, věřící v „něco nad námi“.^{198,199}

Křesťanská spiritualita, jak je definována v předchozím odstavci, není jediné chápání pojmu spiritualita. Jakkoliv se nám mohou jevit jiné koncepce zavádějící nebo neúplné, musíme se jimi zabývat, protože mohou být oním pojetím spirituality, které žije náš konkrétní pacient. Je-li otázkou této práce problematika interpretace pacientova prohlášení, musíme v pacientově textu a koneckonců i v jeho životě vidět také tato pojetí spirituality.²⁰⁰

5.1 Vztahy mezi „pneuma“, „psyché“ a „sarx“

„Slovník spirituality“ v heslu „Spiritualita“²⁰¹ rozlišuje trojí význam slova spiritualita. V kontextu prvního významu slova „spiritus“, duch, se vnímá spiritualita v protikladu k tělesnosti, dle schématu „pneuma“²⁰² oproti „sarx“.²⁰³ V pozadí tohoto chápání je platónské vnímání těla jako „hrobu duše“, „soma séma“. Toto pozadí bylo v průběhu dějin implementováno do křesťanství a výrazně, na dlouhá staletí, ovlivňovalo vztah křesťanů ke svému tělu, k prožitkům, které jim tělo zprostředkovávalo. Vše tělesné bylo považováno za „nižší“, nehodné vnímání a následování. Tělo člověka nebylo bráno vážně, chápalo se jako překážka na cestě k Bohu. Projevy těla byly potlačovány a dezinterpretovány.^{204, 205} Také dnes se nabízí otázka, nakolik je konflikt mezi

198 ROSER Traugott: Resonanzen erzeugen: Der Beitrag von Krankenhausseelsorge zur Spiritualität in der Palliativversorgung, in: ZME 1 (2010) 23 – 25.

199 O důležitosti vnímat pojem spirituality co nejdříve viz CRADDOCK LEE Simon J.: In a Secular Spirit: Strategies of Clinical Pastoral Education, in: Health Care Analysis 10 (2002) 339 – 356.

200 Spiritualita je také někdy vnímána jako nový obor medicíny. Spiritualita je vnímána jako rys autenticity každého účastníka dění v medicíně. Srov. FRICK Eckhard: Spiritual Care – ein neues Fachgebiet der Medizin, in: ZME 2 (2010) 145 – 155.

201 Srov. Slovník spirituality, 904 – 905.

202 Lidský duch.

203 Tělo.

204 Bolest se často vnímala jako nezbytná průvodkyně na cestě ke spáse. Sexuální touha byla vnímána jako nebezpečí na této cestě.

205 Vztahy mezi „pneuma“ a „sarx“ diskutuje RETHMANN Albert-Peter: Důstojnost těla a zranitelnost duše, in: Salve 2 (2007) 11 – 19. Upozorňuje na to, jak zavádějící a nebiblické je z antiky převzaté

„*pneuma*“ a „*sarx*“ v pozadí našeho neporozumění tělesnému utrpení. Jestliže je totiž *sarx*“ duchovně neplodné a nežádoucí i tehdy, pokud je zdrávo, o to méně můžeme za plodnou považovat tělesnou bolest. Od popření smyslu bolesti a utrpení není daleko ke zkratkovitému vyžadování aktivní eutanázie nebo asistované sebevraždy, to znamená postupů, které mají ono nesmyslné utrpení zkrátit, a to i za cenu nejvyšší, za cenu vlastního života.

Jestliže jsme se právě zabývali tím, co znamená popření „*sarx*“, můžeme ještě prozkoumat, co znamená popření „*pneuma*“. Popření „*pneuma*“ může vést k nepochopení „*sarx*“. Toto neporozumění může vést ve svém extrému ke zbožštění „*sarx*“. Odtud, v naší kultuře, kult zdraví a mládí s jeho důsledky pro chápání stáří a nemoci. Nelze-li tělo pro jeho stáří nebo nemoci uctívat jako božské, postrádá smysl. V tomto smyslu vede potom popření „*pneuma*“ k týmž důsledkům jako popřední „*sarx*“, totiž k nepochopení smyslu lidského těla, vlastní tělesnosti, emocím, které tělo zprostředkovává.

Popřením jednoho či druhého aspektu člověka dochází také k popření vztahu mezi „*pneuma*“ a „*sarx*“; člověk je zároveň „*pneuma*“ i „*sarx*“ a snad můžeme říci, že člověk je právě tímto vztahem. Popřením jednoho či druhého aspektu vede, jak jsme ukázali výše, k popření celého člověka.

Pro interpretaci pacientova prohlášení je významné právě toto vědomí, že totiž člověk je zároveň „*pneuma*“ i „*sarx*“. Musíme vnímat zároveň smysl existence člověka i jeho tělesnost s jejími projevy. Člověk nemůže najít jinak

rozdělení člověka na „*pneuma*“ a „*sarx*“. V západní myšlenkové tradici jsou kromě již zmíněného platónsko-novoplatonského směru, který významně ovlivnil i vnímání vztahu mezi tělem a duší v křesťanské také směr, který vnímá člověka pouze mechanistně, když člověk není nic jiného, než dobře fungující stroj. Oba tyto postoje vedou v antropologickém myšlení k redukci, která má i etické dopady. Naproti tomu myšlení biblické s pojmy „*nefeš*“, „*ruah*“, „*basar*“ a „*leb*“ vnímá jednak člověka s duší a tělem synteticky (pojmy „*nefeš*“, „*basar*“, „*leb*“), jednak vztahově („*ruah*“) nasměrovaného k Bohu. I novozákonní antropologie se jakémukoliv dualizmu vyhýbá. Správné vnímání daností biblické antropologie je navíc zásadní pro vztah christologie – antropologie. K těmto souvislostem a souvislostem christologicko-soteriologickým viz POSPÍŠIL Ctirad Václav: Ježíš z Nazareta, Pán a Spasitel, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, 178 – 378. Právě tyto antropologicko-christologické a soteriologické souvislosti pomáhají porozumět i smyslu lidského utrpení v eschatologické perspektivě.

smysl svého života než skrze svoji tělesnost. A tělo samo nenalezne smysl svého života než skrze svoji duši. Smysl lidského života tedy není dán tělesností samotnou, na druhou stranu také smysl člověka nestojí zcela mimo tělesnost člověka. Popisuje-li pacientovo prohlášení biologickou stránku existence člověka,²⁰⁶ děje se tak proto, aby poukázalo na smysl pacientova života. Tento smysl se zdaleka nevyčerpává biologickou existencí nebo biologickým stavem pacientova těla. Je proto v interpretaci pacientova prohlášení postupovat „za“ biologický popis toho, kam má lidský život směřovat. Nelze se tedy spokojit s přesností biologického popisu situace, kdy má být pacientovo prohlášení aplikováno a doslovně, a bez dalších úvah provést to, co stojí v textu. Tím se otázka po smyslu pacientova prohlášení nevyčerpává. Na druhou stranu je třeba respektovat, že smysl člověka se naplňuje v tělesnosti, proto není možné pacientovo prohlášení zcela odmítnout, a to právě proto, že v onom popisu biologického stavu je také skrytě vyjádřeno směřování ke smyslu pacientova života. Je tedy nutno při interpretaci pacientova prohlášení vnímat onu dialektiku „*pneuma*“ a „*sarx*“, protože bez jednoho nelze porozumět druhému.

Podobně, jako vztah mezi „*pneuma*“ a „*sarx*“, můžeme nahlížet i na vztah „*pneuma*“ a „*psyché*“. Slovník spirituality²⁰⁷ poukazuje na nebezpečí rozplynutí se „*pneuma*“ v „*psyché*“, následkem čehož je duševní rozměr člověka považován zároveň za rozměr spirituální.²⁰⁸ Ovšem lidské prožívání²⁰⁹ není totéž jako spirituální rozměr člověka, ono směřování za smyslem lidského života. Je však zároveň zřejmé, že nalézání smyslu lidského života se neodehrává v nějakém „abstraktním prostoru“, ale nachází svůj odraz v lidském prožitku. Na druhou stranu lidské prožívání samo není ještě zárukou naplňování smyslu lidského

206 Tedy něco, co je onomu „*sarx*“ velmi blízké, pokud ne totožné.

207 Srov. tamtéž, 904.

208 Jak je podobná redukce zavádějící, můžeme demonstrovat na mnoha příkladech duševních chorob.

Nabízí se zde otázka, nakolik je „*psyché*“ funkcí „*sarx*“ a nakolik může být lidská „*psyché*“ na „*sarx*“ nezávislá. Tímto problémem se však budeme zabývat ještě samostatně.

209 „*Psyché*“.

života.²¹⁰

Pro interpretaci pacientova prohlášení je toto velmi obtížný moment. Chceme porozumět smyslu jeho života, ten nám je však zprostředkován pouze duševními projevy pacienta. Duševní projevy člověka a naplňování smyslu jeho života spolu souvisí pouze volně a nejasně. Také zde musíme vnímat vzájemnou dialektiku mezi duševním prožíváním a hledáním smyslu lidského života. Ten, kdo interpretuje pacientovo prohlášení, musí mít na mysli, že pacientovo prožívání, a třeba i způsob, kterým je pacient ve svém prohlášení popíše, nemusí zcela odrážet smysl pacientova života. Navíc ten, kdo pacientovo prohlášení interpretuje, nemá nějakou „objektivní“ znalost o tom, co smysl pacientova života je. Tento smysl poznává z prožívání pacienta, které interpretuje v kontextu celé předchozí komunikace a ani to nezaručuje, že by mohlo být smysl pacientova života poznán úplně.

Obdobně se musíme zabývat také třetí stranou pomyslného trojúhelníku vztahu v člověku, vztahem mezi „*psyché*“ a „*sarx*“. Něco jiného je klinický stav pacientova organismu a něco jiného je prožívání nemoci pacientem. Jak je uvedeno v poznámce výše, nabízí se zde otázka, nakolik je „*psyché*“ funkcí „*sarx*“ a nakolik může být lidská „*psyché*“ na „*sarx*“ nezávislá. Také zde můžeme vnímat onen vztah podobně jako v předchozích vztazích.

Pro interpretaci pacientova prohlášení je nutno vnímat také fakt, že samotná neautentičnost pacientova prožívání může velmi komplikovat tvorbu prohlášení samotnou. Člověk v depresi smýšlí o smyslu života jinak a hodnotí svůj klinický stav jinak než člověk, který tuto fázi prožívání svého onemocnění překonal.²¹¹ Ve stavu bezvědomí také nevíme, jak tento stav pacient prožívá a co to může znamenat pro vnímání smyslu jeho života. Zde se „*dříve projevené*

210 Viz geniální učení sv. Ignáce z Loyoly o útěše a neútěše. Srov. IGNÁC Z LOYOLY: Duchovní cvičení, Velehrad: Refugium Velehrad-Roma, 2002, 107, širěji pak 106 – 113.

211 Zde se nabízí otázka, jak tvorbu pacientova prohlášení mohou modifikovat například také fáze prožívání nemoci, jak je popsala Kübler-Rossová.

přání pacienta“, které pojednává pouze o biologických souvislostech pacientova života musí jevit nutně jako neúplné a hlavně jednostranné.

To, o čem jsme nyní pojednávali, tedy vztahy „*pneuma*“ a „*sarx*“, „*pneuma*“ a „*psyché*“, „*psyché*“ a „*sarx*“, byly úvahy o hledání smyslu lidského života a vzájemných vztazích mezi lidským tělem a lidským prožíváním. I když tímto smyslem může být Bůh a život člověka ve vztahu s ním, vynechává tento přístup jeden významný moment a tím je Duch sám, Duch, kterým je v křesťanské teologii třetí božská osoba. Vztah mezi člověkem a Bohem bývá nazýván spirituálním rozměrem lidského života.

V první části této kapitoly jsme mluvili o tom, jak člověk hledá smysl lidského života, onen rozměr člověka jsme nazvali „*pneuma*“ a jaký vztah má k tomuto hledání smyslu lidské tělo a lidská duše (ve smyslu jejich psychologických projevů, „*psyché*“). Také jsme se zabývali vztahem těla a lidské duše.

5.2 Rysy soudobé spirituality

Ještě před tím, než se budeme zabývat jiným chápáním spirituality a to situací, kdy hovoří Bůh, pokusme se krátce pojednat o tom, jaké rysy nese soudobá spiritualita.

Je vůbec otázkou, proč se máme zabývat tím, jaké rysy nese soudobá spiritualita, je-li vůbec možné generalizovat takový subtilní a individuální jev. Proto, abychom se zabývali touto otázkou, máme nejméně dva důvody. Prvním důvodem je fakt, že ne všichni pacienti mají svoji spiritualitu tak vyhraněnou a dokážou ji sdělit takovým způsobem, že si mohou ti, kdo o pacienta pečují, udělat rychlou a poměrně přesnou představu o formě duchovního života, kterým pacient žije. Druhým důvodem je snaha porozumět kontextu a tendencím, ve

kterých se odehrává duchovní život. Zde je nutné přijmout a to se týká zvláště křesťanů-katolíků v České republice, že tento kontext není primárně křesťanský a už vůbec ne tradičně katolický, tak, jak tyto pojmy povrchně v České republice vnímáme. Nicméně, chce-li lékař, nebo ošetřující personál, svému pacientu opravdu porozumět, musí se snažit pochopit i spirituální kontext, ze kterého pacient vychází, když lékaři sděluje představy o svém životě. V situaci nemoci nebo v momentě, kdy pacient sepisuje svoji představu o tom, co chce, aby se s ním dělo nebo nedělo v okamžiku, kdy již nebude schopen o sobě rozhodovat, tehdy bere pacient svůj život opravdu vážně.²¹² Máme tedy nyní více nastínit, jaké jsou rysy soudobé spirituality, a to jednak pro pochopení duchovního života pacienta samotného (onen první důvod), jednak pro porozumění kontextu, ve kterém se život drtivé většiny našich pacientů odehrává.

5.2.1 Některé charakteristické známky spirituality dnešní doby

To, že dnešní doba není „duchovně mrtvá“, nebo alespoň dobou, která by dokázala spirituální rozměr člověka potlačit, dokazují některé příznaky.^{213,214}

Prvním z nich je zájem o okultismus. Astrologie, věšteství z karet, různé magické rituály, zájem o různé tajemné, nevysvětlené jevy nebo spíše dříve spiritizmus, to všechno jsou jevy, které pomáhají ilustrovat dnešní kontexty duchovního života a které mohou být také konkrétním typem duchovního života některých našich pacientů. Jakkoliv se mohou zdát někdy takové jevy až podivínské nebo jako různé psychopatologické reakce na různé vnitřní konflikty

212 Je otázkou, nakolik je vhodné diskutovat s pacientem problematičnost kontextu jeho duchovního života v v okamžiku např. časové tísně, stresu, obav, deprese a podobně.

213 Srov. FIORES Stefano de: Soudobá spiritualita, in: Slovník spirituality, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, 912 – 915.

214 Podobně také BAIER Karl: Spiritualität und moderne Lebenswelt, Wien: Lit Verlag, 2006. Také v této knize se ukazuje, jak pestrý je dnešní pojem spirituality, jak důležitou roli hraje v životě člověka, ale také jak je obtížné tento pojem vědecky reflektovat.

a neschopnost řešit svoje osobní problémy, „*přesto je v zájmu o okultismus jistá náboženská nejen proto, že je to protest proti západní společnosti příliš rozumové, technické a byrokratické, ale také proto, že věštění a hadačství je odjakživa spojeno s lidskou potřebou objevit to, co je skryté v tajemství kosmu*“.²¹⁵ Je to právě tento zájem o tajemství, které nakonec přesahuje všechnu společnost, která by byla založena pouze na technice a úspěších přírodních věd. Jak je k jejich metodologickému omezení pochopitelné, na jistý okruh otázek člověka nemohou dát přírodní vědy odpověď. A právě tyto otázky, které zůstávají v kontextu přírodních věd^{216,217} bez odpovědí, otevírají nový, neznámý horizont, horizont, který přitahuje právě svým tajemstvím. Tajemství je tedy fenomén, který nejen, že nechává ostatní horizonty lidského života otevřené vůči novému poznání, ale navíc sám k tomuto poznání zve. Je to právě tajemství, které klade souhrnu našeho života otázku: „*je to všechno, neexistuje ještě něco dalšího, nějaké další kontexty a vztahy a z nich plynoucí odpovědnost?*“.

Fenomén tajemství, se vším jeho přínosem pro spiritualitu každého člověka, je jedním z důležitých fenoménů také v prožívání pacientovy nemoci. Právě zde se kladou otázky po smyslu života, po smyslu utrpení, a je jisté, že zprvu jsou tyto odpovědi zahaleny tajemstvím. Tajemství je vždy jakoby o krok před člověkem. Člověk nikdy nežije svůj život jako hotový, do něhož nelze již nic přidat a nemoc mu tuto otevřenost vždy s menší či větší naléhavostí připomíná. Jisté je, že pacient nějakým způsobem vždy interpretuje smysl své nemoci i svého života. Fenomén tajemství nechává tuto jeho odpověď vždy otevřenou, nehotovou, otevřenou dalšímu vývoji s jeho dynamikou. Formuluje-li pacient svoje představy do prohlášení o své budoucí terapii, je otázkou, jak při jeho interpretaci zohlednit právě fenomén tajemství, otevřenosti smyslu života

²¹⁵ Slovník spirituality, 913.

²¹⁶ Kam zde řadíme také techniku v širokém smyslu slova.

²¹⁷ Je to např. paliativní medicína, která otevírá biomedicínský horizont chápání člověka i ke kontextům psychosociálně-spirituálním. O tomto propojení ROSER Traugott: Resonanzen erzeugen: Der Beitrag von Krankenhausseelsorge zur Spiritualität in der Palliativversorgung, in: ZME 1 (2010) 20.

a nemoci. To klade extrémní nároky na porozumění toho, jak pacient o svém životě a o své nemoci mluvil. Jde o porozumění jeho kontextu nemoci a celého života. Ani v této situaci nelze považovat za reálné, aby celá tíha této interpretace zůstávala pouze na jediném člověku, ošetřujícím, lékaři.²¹⁸ Tato interpretace, jak je naznačeno i jinde, by měla být úkolem skupiny lidí, kteří svým způsobem symbolizují kontext, ve kterém pacientovo prohlášení vzniklo a v rámci kterého se má také interpretovat. Tento kontext, zjednodušeně řečeno, vytváří biomedicína, právo, psychologie, sociální vztahy a spiritualita.²¹⁹ Proto nesmíme, pokud jde o tajemství, které je jedním z rozměrů smyslu pacientova života, tento rozměr vynechávat. Naopak členem skupiny, která by měla pacientovo prohlášení interpretovat, by měl být člověk, který se dobře v problematice spirituality orientuje.²²⁰ To nemusí být pouze duchovní příslušné církve. To by ostatně u lidí, kteří stojí mimo jakoukoliv náboženskou společnost, „nefungovalo“. Měl by to být člověk, který rozumí duchovnímu životu a zvláště duchovnímu životu konkrétního pacienta a těmito lidmi nemusejí být příslušní duchovní, ale lidé, kteří jsou pacientovi blízcí, přátelé, příbuzní. Dalším problémem, který s předchozím problematikou souvisí, je dynamika hledání a prožívání tohoto tajemství. Předvídatelnost této dynamiky je opravdu velmi obtížnou otázkou. Pacientovo prohlášení chce totiž směřovat k naplnění života. Toto naplnění je do značné míry dáno naplněním duchovního rozměru. Kam se však duchovní život pacienta ubírá nebo má ubírat, je velmi obtížně předvídatelné. Tato nejistota je také rizikem „*dříve projevených přání pacientů*“. Může se totiž stát, že se člověk, který chce ošetřit situaci, kdy už o sobě nebude schopen rozhodovat, se nakonec s duchovním naplněním svého života mine.

Dalším příznakem, kterým se podle Slovníku spirituality vyznačuje

218 Který sám nese odpovědnost za diagnosticko-terapeutické postupy.

219 V těsné vazbě na problematiku etického rozměru pacientova prohlášení.

220 O roli duchovní péče v etickém poradenství BENTELE Katrin: Zur Rolle von Klinikseelsorgern in der klinischen Ethikberatung, in: ZME 1 (2010) 33 – 43.

dnešní doba, a který úzce souvisí s tajemstvím jak rozměrem spirituality vůbec, je zájem o východní meditaci.²²¹ Tento příznak soudobé spirituality můžeme vnímat ve dvou rovinách. První rovinou, která byla oceněna hned poté, co Východ navštívili první křesťanští misionáři, je intenzivní propojení těla a ducha. Druhou rovinou je snaha o mravní autentičnost.²²² Pro nás jsou pochopitelně zajímavé oba momenty.

V prvním případě je zajímavé, jak tzv. „východní nauky“ znovu oslovují. Píšeme-li v úvodu této kapitoly o platónsky podmíněném konfliktu mezi tělem a duší, o konfliktu, který tolik deformoval západní pojetí těla, znamená pro nás „východní“ důraz na vztah mezi tělem a duší připomenutí důstojnosti těla a připomenutí souvislosti²²³ mezi tělem a duší. Bylo by laciné odbýt tuto souvislost poukazem na tak často kritizovaný kult mládí, zdraví a krásy. Všichni pacienti nemusejí vnímat svoje tělo jako „hrob duše“, naopak mohou oceňovat jeho hodnotu a význam pro celý život. Východní spirituality pomáhají nalézat takovou roli vlastního těla, která není, z pohledu západního křesťanství, ani modloslužbou ani nedoceněním. Inspirováni východním přístupem můžeme znovu ve svém těle objevovat krásu, radost a život. Tělo zde není degradováno na pracovní nástroj, tělo je zde vnímáno jako dům, ve kterém žijeme a proto je o takový dům nutno pečovat. Tato rovina, která je i v západní medicíně vnímána a respektována dále silněji, jsou souvislosti mezi tělem a duší, které dnes západní medicína vnímá pod označením psychosomatická medicína.

Pro porozumění komunikaci mezi lékařem a pacientem a tedy i pro problematiku „*dříve projevených přání pacientů*“ přináší poukaz na tzv. východní spirituality dvojí inspiraci. Všichni pacienti nemusejí vnímat svoje tělo stejným způsobem a nemusejí se k němu stejným způsobem chovat. Pro

221 FIORES Stefano de: Soudobá spiritualita, in: Slovník spirituality, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999., 914. Máme na mysli buddhismus, zenovou meditaci, jógu, a podobně.

222 Srov. tamtéž.

223 Nikoliv konfliktů.

interpretaci pacientova prohlášení je pak důležité vědět, jak pacient v průběhu mnohdy chronické a těžké nemoci vnímal svoje tělo, jeho proměny, i těžkosti, které do pacientova života přinášelo. Je také důležité vnímat, že se pacient mohl v průběhu své nemoci se svým tělem identifikovat různým způsobem, a to jak kvalitativně, tak kvantitativně. Všechny tyto proměny se pak různým, a nutno říci, že obtížně vnímatelným způsobem, mohou otiskovat do podoby pacientova prohlášení. Tyto nuance je pouhý text, který má mnohdy podobu předtištěného dotazníku,²²⁴ jen stěží schopen předat.

Dalším momentem, který interpretaci pacientova prohlášení ovlivňuje, je vztah neustálého vzájemného působení těla a duše²²⁵. Problémy tělesné ovlivňují bezprostředně stav duše a naopak problémy duševní se odrážejí také na stavu organismu v jeho biologické rovině. Vzájemné vztahy, ve své intenzitě i kvalitě, nejsou také nijak snadno předvídatelné. Nelze je poměřovat jednoduchou funkcí např. přímé nebo nepřímé úměry. Jedná se o řetězec jednotlivých reakcí, kde výsledek reakce předchozí může, a to velmi nejasným způsobem, ovlivňovat východiska a tím i výsledek reakce následující. A tento řetězec se odehrává jak na tělesné úrovni a na duševní úrovni, ale také i ve vztazích mezi tělem a duší, a to nikoliv jednosměrným způsobem, ale obousměrně. Ani zde tedy nejsou tyto rozměry psychosomatiky člověka nijak snadno interpretovatelné a predikovatelné. Je potom otázka, jak budeme tyto vztahy vnímat v okamžiku interpretace pacientova prohlášení. Může být jistě jedním způsobem tvrzení, že pacient tyto vztahy při sepisování svého prohlášení nějak reflektoval a že jeho text tedy odráží tyto vztahy věrně. Co ovšem v případě, že tomu tak nebude? Je opravdu tak samozřejmé, že tato rizika pacient opravdu vnímá a počítá s nimi? Jak se má pak lékař postavit k výtce pacienta nebo jeho rodiny, že v okamžiku sepisování prohlášení byl pacient zmaten, depresivní, nerozuměl tomu, co se s

224 Např. v Německu.

225 Duše v tom smyslu, jak ji chápe psychologie. Nejedná se zde ani o filozofický nebo teologický pojem.

ním děje?²²⁶ Další otázka zní: ustávají vztahy mezi tělem a duší člověka tak, jak byly popsány výše, i v okamžiku, kdy je pacient ve stavu, kdy již není schopen o sobě rozhodovat?²²⁷ Pokud tomu tak není, musejí být v nové situaci interpretovány dále. Samozřejmě, že ve světle pacientova prohlášení i všech kontextů, ve kterých vznikalo. Míra rizika nepochopení je zde ovšem velmi nejasná, protože i dynamika oněch vztahů mezi tělesným a duševním je nejasná.

Dalším akcentem, které tzv. východní nauky přinášejí a kterými se musíme v kontextu „*dříve projevených přání pacientů*“ zabývat, je snaha o mravní autentičnost lidského žití. Bez toho, že bychom chtěli tento fenomén analyzovat hlouběji, můžeme snad říci, že snaha o mravní autentičnost spočívá v pravdivém svědectví²²⁸ o tom, co člověk poznává jako nosné ve svém životě. Tato snaha o mravní autentičnost není vlastní pouze vyznavačům tzv. východních nauk, pouze se v této souvislosti připomíná. Otázkou je, jak se tato mravní autentičnost projevuje v nemoci, kdy utrpení testuje ryzost toho, na čem stojí život konkrétního člověka. To má dvojí význam. Jednak se názory a hodnoty pacienta na „to nosné v životě“ mohou poměrně rychle proměňovat. Zde opět není jasné, jak dynamicky a opět nemůžeme toto směřování s jistotou předvídat. Východiska, ze kterých text konkrétního pacientova prohlášení vychází, se tak mohou výrazně měnit, což může mít vliv i na znění pacientova textu, i na to, co vlastně chtěl pacient tímto textem říci. Znamená to také, že v týmu, který má o pacienta pečovat, bude také někdo, kdo bude těmto kontextům pacientova života rozumět. To ovšem předpokládá nejenom jistou odbornost na rozhraní psychologie a spirituality, to předpokládá také lidskou blízkost, schopnost empatie a ochotu jít s pacientem cestou jeho nemoci a v neposlední

226 Vyřeší tuto otázku jednorázové psychiatrické vyšetření?

227 Tato situace nemusí vzniknout jenom v situacích, kdy je pacient v bezvědomí po devastujícím organickém procesu mozku, který klasický vztah souvislosti mezi duševním a tělesným velmi omezuje. Může se jednat o pacienty, kteří nejsou schopni rozhodovat o sobě pro svoji demenci. Demence však ještě vztah duševního a tělesného principiálně neruší.

228 Slova i činu.

řadě také lidskou zralost.²²⁹

Zmínka o mravní autentičnosti však přináší ještě další moment, který má v souvislostech pacientova prohlášení význam. A ten je velmi významný proto, že říká, proč má brát lékař pacientovo prohlášení vážně. Situace, pro kterou člověk sepisuje své prohlášení, ve kterém se vyjadřuje k období svého života, kdy nebude schopen o sobě rozhodovat, bývají obvykle natolik vážné, že si každý, kdo před takovou situací stojí nebo se domnívá, že před takovou situací bude stát, nedovolí nějakou vědomou manipulaci s představou o svém životě nebo předstírání postojů, které ve skutečnosti nezastává. Proto je nutno brát pacientovo prohlášení vážně. Za pacientovým prohlášením stojí celá osobnost člověka. To je také jeden z důvodů, proč je problematika „*dříve projevených přání pacientů*“ tak převratná a závažná. Jsou totiž příznakem závažnosti situace, kterou nemoc pacienta vytváří. Jsou také příznakem závažnosti komunikace, která se mezi nemocným a těmi, kdo ho ošetřují, odehrává. Dalším argumentem pro respekt k pacientovu prohlášení je fakt, že tato snaha o mravní autentičnost je trvalou vlastností člověka, který svoje prohlášení sepisuje. Ať již nabývá jakýchkoliv podob, jakékoliv dynamiky a proměnlivosti, přece jen zůstává trvalou vlastností člověka. Proto je tolik důležitá snaha pacientovi porozumět, protože to, co říká, je vždy autentické.

Dalším symptomem duchovního probuzení v dnešní době je „*rozšíření náboženských skupin, komunit, hnutí vzniklých zvláště v křesťanských církvích*“.^{230,231}

V tento okamžik nejde o detailní analýzu všech těchto hnutí. Je však

229 O psychologických limitech tvorby pacientova prohlášení viz: DITTO Peter H., HAWKINS Nikki A., PIZZARO David A.: Imagining the End of Life: On the Psychology of Advance Medical Decision Making, in: Motivation and Emotion 4 (2005) 481 – 502.

230 Slovník spirituality, tamtéž, 914.

231 Nemusí se však jednat pouze o tato duchovní společenství. Kritickým jevem je také vzestup zájmu o sekty. Srov. LUNGERSHAUSEN Eberhard: Die Frage nach dem Lebens-Sinn am Beispiel der Ausbreitung neuer Sekten, in: CSEF Herbert (a kol.): Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit, Würzburg: Königshausen & Neumann, 1998, 165 – 176.

možné poukázat na význam duchovního společenství, ze kterého pacient vychází a na duchovní kontext, ve kterém se proces interpretace pacientova prohlášení později odehrává. Tyto dva kontexty mohou být poměrně odlišné. A to znamená, že ošetřující personál nemůže automaticky interpretovat pacientovo prohlášení ve svém spirituálním kontextu, ale musí se snažit maximálně se pacientovu kontextu přiblížit. Také pro pacienta to znamená, že nemůže počítat s tím, že musí být okamžitě pochopen. Jedná se zde o setkání dvou spirituálních kontextů a o snahu jejich maximálního sblížení a vzájemného pochopení. Tato snaha je jednak obtížná jednak nevyklučuje zásadní střet, kdy se oba zúčastnění, tedy pacient a zdravotnický personál musejí rozejít. Že se oba duchovní kontexty mohou také dosti výrazně proměňovat, lze jistě, vzhledem k obtížně předvídatelné dynamice duchovního života, očekávat. Tím je vzájemné pochopení ještě obtížnější.

Slovník spirituality zmiňuje ještě poslední bod duchovního probouzení dneška a tím je „*citlivost pro transcendentní rozměr zkušenosti*“.²³² „*Charakteristikou naší doby je objevení náboženské dimenze v každodenní historii a v jejích prvcích, které byly kdysi pokládány za profánní. [...] Dnešní člověk si uvědomuje, někdy nenadále a trýznivě, že je vtažen do něčeho vyššího a odlišného, zakouší tajemství, které ho převyšuje a plní úžasem, má dojem že je dobýván nebo že dobývá něco většího.*“²³³ Je to zkušenost, která má v mnohém existenciální rysy a která vychází nikoliv z extáze mystického prožitku, ale z běžných, všedních lidských zkušeností, starostí a tázání. Vede k prožívání víry, která bývá civilnější než víra opřená o tradici velké církve. Tím, že tato víra není tak institucionalizovaná, nemusí být tak čitelná. Je to ona víra v „něco nad námi“. Pokud by měl lékař interpretovat pacientovo prohlášení v kontextu takové víry bez toho, že by pacienta v tomto smyslu znal již dříve, je taková

232 Srov. Slovník spirituality, 914.

233 Tamtéž, 915.

interpretace prakticky nemožná. Pacientovo prohlášení, pokud by se vyjadřovalo pouze k biomedicínským záležitostem a jazykem biomedicíny, nemůže takovou informaci poskytnout. Zde se ukazuje poměrně zřetelně omezenost tohoto institutu. Mluví pouze o biomedicínských záležitostech a mlčí o dalších kontextech, ve kterých pacientovo prohlášení vzniklo, existovalo a v rámci kterých by mělo být také interpretováno. A které jsou koneckonců pro pacienta ty zásadní. Proto je zde prakticky nemožné porozumět pacientově „víře v něco“ a vnímat její existenciální rozměr pouze na základě textu pacientova „*dříve projeveného přání*“.

5.3 Spiritualita jako způsob prožití života a jako postoj k životu

Dále se můžeme ptát, jaké jsou linie soudobé spirituality.²³⁴ Kromě spirituality trinitární, kristocentrické, biblické a jiných se chce zabývat spiritualitou z pohledu antropologie. Také zde čteme některé momenty, které pak podmiňují zacházení s nemocí. Nyní zmíníme některé rysy, které se považují za významné v charakteristice soudobé spirituality a které zároveň vnímá jako spiritualitu antropologickou, vycházející od člověka.

Jedním z rysů takové spirituality je „*spiritualita jako základní volba a významný obzor existence*“.²³⁵ To, že pohlížíme na spiritualitu z antropologického hlediska, je „*výsada autentických osobností, které učinily před skutečným a před dějinami rozhodnou, zásadní, základní a sjednocující volbu, schopnou dát existenci definitivní smysl*“.²³⁶ Tuto spiritualitu formují tři momenty.

234 Srov. tamtéž, 919 – 928.

235 Tamtéž, 919.

236 Tamtéž, 920.

1. Překonávání pozitivistického obrazu člověka, vliv existencializmu a hledání smyslu života.
2. Působení milosti v dějinách spásy, bez ohledu na náboženskou příslušnost.
3. Hledání smyslu života jako cesty spásy pro jednotlivce a pro společenské soužití.

1. Překonávání pozitivistického obrazu člověka, vliv existencializmu a hledání smyslu života

„Člověk se nesmíruje se životem beze smyslu [...]. I když zařazení do rodiny a práce v zaměstnání umožňují člověku, aby uskutečnil jeden významný rozměr, přece hledá celkový smysl života a nejenom částečný smysl jednotlivých skutků. [...] . Rozbor lidského jednání objevuje v něm neodmyslitelnou buňku rozumovosti, tzn. cíl, pro který je skutek určen a kterým se řídí.“²³⁷ Zde vidíme několik důležitých momentů. Jedním takovým momentem je parciálnost životních smyslů, tedy jejich pluralitu, mnohost. Náš rodinný život má jakýsi smysl, podobně nasazení v povolání, také naše společensko-politická angažovanost. Ve všech těchto oblastech jsme schopni pracovat tvůrčím způsobem, který přináší efektivní a pozitivní výsledky.²³⁸ Zde však nejde pouze o tyto parciální smysly, ale, jak ukazuje citát, o hledání jednoho integrujícího smyslu. Podstatou celkového smyslu lidského života je možnost pracovat a rozhodovat se ve shodě s naší vlastní racionalitou. Pouze tato tvůrčí

²³⁷ Tamtéž, 920.

²³⁸ Bez toho, že bychom je nyní chtěli definovat. Tyto výsledky mohou být ve skutečnosti velmi různorodé a zatíženy velkou měrou subjektivity. Do značné míry se zde uplatňuje naplňování společenských rolí, které jsme si vybrali pouze částečně. To je ale složitá problematika, které se nyní nelze věnovat. V každém případě lze i v naplňování těchto společenských rolí spatřovat naplňování smyslu našeho vlastního života. Je dokonce možné, že toto naplňování parciálních smyslů našeho života vyplňuje podstatnou část našeho životního snažení.

racionalita²³⁹ je předpokladem lidského růstu, tzn. integrace událostí našeho života do srozumitelného celku. Slovo „srozumitelný“ ukazuje právě toto „srozumem“. Jestliže slovem „srozumitelný“ chápeme také sdělitelnost, umožnění druhým, aby sdíleli naši racionalitu spolu s námi, znamená to totéž, také pro člověka samotného. Také on si musí rozumět, chápat se, musí být sám sobě čitelný. Je-li podstatou přirozenosti člověka jeho tvůrčí rozum,²⁴⁰ pak tento rozum utváří sám sebe. Tím, že přemýšlíme, poznáváme, tvoříme, měníme sami sebe. Sami měníme vlastní přirozenost, protože tvůrčí rozum je schopen sám se sebou pracovat. Může se ptát: „Jak myslím? Jak postupuji, když nad něčím pracuji? Neměl bych tento postup změnit?“ A když ano, změní se sám lidský tvůrčí rozum. A pokud je tvůrčí lidský rozum lidskou přirozeností, pak se mění také lidská přirozenost. Podstatou a integrujícím smyslem lidského života je tedy život člověka ve shodě se sebou samým, život tvůrčího rozumu ve shodě s tvůrčím rozumem. Lidský rozum se tedy ptá: „Jak mám rozumět sám sobě v celku světa, co mám udělat, abych se vyjádřil, sdělil a byl pochopitelný? Jak mám rozumět událostem kolem sebe? Jak je mám uchopit a integrovat do sebe samotného nebo jak se mám změnit, abych tyto události integrovat mohl?“ Tady se ukazuje, že v hledání integrujícího smyslu lidského života není nic stálého nebo trvalého, něco, kdy bychom došli nějakého výsledku, který by se dál neměnil. Naopak, hledání integrujícího smyslu lidského života je neustálá změna, dynamický děj, neustálé tázání se a nalézání, otázka a hledání odpovědi.²⁴¹ Také nelze nikdy předpovědět, kam nás takové hledání smyslu přivede.^{242 243}

239 Slovem „*racionalita*“ se zde nechápe pouhý sylogistický kalkul, ale je zde zahrnuta také naše práce s vlastními emocemi, sebezpožívání, sociální vztahy, estetika.

240 Jak o tom čteme např. v díle Tomáše Akvinského.

241 Otázky ovšem mohou být dlouho bez odpovědí. Přesto se nelze tíže takové otázky vzdát. Tuto otázku totiž vznesl náš tvůrčí rozum a pokud bychom otázku opustili, museli bychom se vzdát části sebe sama a takto se částečně popřít.

242 O smyslu nemoci a spirituálních souvislostech viz: BÜSSING Arndt (a jkol.): *Spiritualität, Krankheit und Heilung*, Frankfurt am Main: VAS, Verlag für Akademische Schriften, 2006.

243 CSEF Herbert, KUBE Annette: *Sinnfindung als Modus der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*,

Že takovou otázkou, která se klade tvůrčímu lidskému rozumu a volá po integraci, tj. po pochopení, je nemoc člověka, není třeba zdůrazňovat. Nemoc si člověk, až na výjimky, dané nejčastěji psychickou poruchou,²⁴⁴ nevolí, člověk objevuje svoji nemoc v sobě a tento stav, tato jeho nemoc, mu sama klade mnoho otázek. Zde můžeme vedle sebe vnímat tři dynamické procesy. Proces nemoci samotné,²⁴⁵ a reakci tvůrčího rozumu na ni. Výsledkem je syntéza těchto dvou procesů. Tato syntéza má svoji vlastní dynamiku, protože tato syntéza probíhá od počátku. Jedině výsledek zdařilé syntézy umožňuje člověku s nemocí žít, pracovat s ní, integrovat ji do sebe samotného²⁴⁶ a tak nalézt její smysl, tedy význam, pochopit ji, rozumět jí. Nemoc a reakce na ni je tedy děj mimořádně dynamický a výsledek nemusí být vždy pouze „vítězný“.²⁴⁷

To, že je nějaký proces dynamický, ještě neznamená, že můžeme dopředu odhadnout jeho výsledek. V tomto pohledu je pacientovo prohlášení o představě o budoucí péči jakousi prognózou takového vývoje. Pacient stojí před úkolem odhadnout dynamiku své nemoci, své reakce na ni a výsledek reflexe této reakce. Musí odhadnout smysl a význam nemoci pro sebe samého. Samozřejmě, že se zde nabízí otázka, jak může a má postupovat, aby byl tento odhad co nejpřesnější a tedy, aby jeho prohlášení co nejvíce odpovídalo budoucí realitě. Může využít své zkušenosti s nemocí, má-li jakou, může využít zkušenosti ostatních. Ani jeden typ zkušenosti nemusí být do budoucna zcela přenosný, a to pro onu zásadní otevřenost těchto dějů. Jedná se o pouhý odhad, o pouhou extrapolaci dosavadních zkušeností do budoucnosti. Tvrdit tedy, že ve svém prohlášení naplňuje pacient také smysl svého budoucího života, nemusí být vždy

in: CSEF Herbert (a kol.): Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit, Würzburg: Königshausen & Neumann, 1998, 325 – 347.

244 Zde máme na mysli takové poruchy, kdy se pacient do nemoci „utíká“.

245 Zde míní autor nemoc jako biologický proces.

246 To pochopitelně neznamená, že výsledkem této syntézy není v první řadě boj proti této nemoci, snaha se vyléčit. Důraz na integraci nemoci znamená totiž i schopnost integrovat zkušenost, kterou jsme s nemocí udělali a s touto zkušeností dále pracovat i tehdy, pokud nemoc odezněla.

247 Zde se pochopitelně nabízí otázka, co se oním „vítězným“ výsledkem myslí.

přesné. Existuje tedy riziko, že se pacient se svým prohlášením, se svým smyslem života mine nebo ho právě vinou neúplnosti tohoto prohlášení nenaplní tak, jak by naplnit mohl.

Dalším problémem, který s předchozími souvisí, je nutnost sdělovat onu dynamiku, ve které se vše odehrává a také sdílet smysl, který setkání se s nemocí do pacientova života přináší. Tato komunikace musí počítat také s tím, že podobná dynamika hledání smyslu se odehrává také v onom druhém člověku. Pochopení potom znamená nalezení společné syntézy všech těchto dynamik. Je však otázka, zdali je taková syntéza možná. Tato syntéza neznámá, že oba vztahy se svými jedinečnými dynamikami splynou. Vždy bude mezi nimi existovat odlišnost a vždy bude ten druhý ve vztahu pro svůj protějšek ve vztahu otázkou.

Že také tato společná syntéza bude dynamická, je z řečeného zřejmé. Také její směřování a tedy i předvídatelnost, jsou nejisté. To vše jsou velká rizika nepochopení, která text pacientova prohlášení přináší.

2. Působení milosti v dějinách spásy konkrétního člověka, bez ohledu na náboženskou příslušnost

Předpokládáme-li, že Bůh přišel pro všechny lidi a „*chce, aby se všichni lidé zachránili a došli k poznání pravdy*“,²⁴⁸ pak to také znamená, že Bůh nevynechává nikoho, aby ho oslovil. „*Duch, který vane, kde chce,*“²⁴⁹ *nedá se stěsnat do struktur, ale sděluje se všude, kde najde lidský prostor, způsobilý ho přijmout.*“²⁵⁰ Pak tedy také „*mimo příslušnost k určité náboženské struktuře existuje spiritualita, jež sdružuje všechny lidi, kteří dospěli k základní volbě,*

248 1 Tm 2,4.

249 Srov. J 3,8.

250 Srov. Slovník spirituality, 921.

*když se zřekli sobectví a otevřeli se lásce*²⁵¹. K tomuto vztahu je tedy pozván každý člověk. Je také možné, že tomuto otevření je člověk blíže v nemoci, kdy přehodnocuje některé svoje postoje. Je také však možné, že toto pozvání nemocný člověk právě v době nemoci odmítne, nebo bude ve vztahu k Bohu s tímto Bohem bojovat. Považuje-li člověk svůj vztah k Bohu za fundamentální ve svém životě, může se nemocný člověk ptát, proč ho Bůh opouští v době nemoci. Setkání s Bohem v nemoci nemusí totiž vést vůbec k intenzivnějšímu vztahu k němu. Naopak, tento vztah může procházet mnoha turbulencemi. To je jeden moment, který pochopení spirituálního kontextu v interpretaci pacientova prohlášení ztěžuje. A pokud může mít spirituální kontext života člověka vliv i na ostatní kontexty, ve kterých se života nemocného člověka odvíjí, znamená to také, že se ona nejistota nebo zápas v duchovní oblasti může promítnout i do oblastí dalších.

Problematika spirituálního kontextu života je dále složitější tím více, že Bůh, pokud je svobodnou bytostí, vstupuje do života člověka někdy i dosti nečekaně. Není to tedy člověk sám, kdo by „měl v moci“ svůj duchovní život, ale právě svoboda Boha tento kontext zásadně otevírá. Tím se stává spirituální kontext o to dynamičtější. Znamená totiž zásadní otevřenost života vůbec, k představám o jeho naplnění, k postoji k vlastní nemoci. To také znamená, že dynamika duchovního života je ještě mnohem méně předvídatelnější než dynamika ostatních kontextů, ve kterých se život pacienta odehrává.

Také zde se klade otázka, co tato dynamika duchovního života znamená pro porozumění pacientovu prohlášení. Snad nikde se neprojevuje kontrast mezi staticností pacientova textu a dynamikou změn kontextů, ve kterých má být pacientovo prohlášení interpretováno a aplikováno výrazněji jako právě zde. Dynamika Božího působení může být totiž naprosto autonomní. Nelze vyloučit

251 Srov. tamtéž.

nějaké spirituální prožitky u lidí, kteří jsou i dlouho v bezvědomí. A pacienti v bezvědomí, i dlouhodobém, nejsou jediní nemocní, u kterých je nutno se problematikou „*dříve projevených přání*“ zabývat. Jsou zde i pacienti, kteří trpí demencí. Ti sice nejsou schopni o své terapii rozhodovat, přičemž naše znalosti o jejich duchovním životě jsou minimální. Vyloučit u nich principiálně duchovní život by bylo absurdní. U nich může docházet k duchovním proměnám, které, pokud by toho tito pacienti byli schopni, by mohly mít vliv i na přání pacienta o tom, jak se s ním zachází, jakou péči podstoupit nechce nebo jakou péči si naopak přeje.

Tato situace vyžaduje dvojí opatření. Jedním z nich je kvalitní spirituální poradenství při sestavování pacientova „*dříve projeveného přání*“. I tento požadavek ukazuje na komplexitu problému, protože mimo poradenství medicínské, právnícké, sociální, psychologické, je vhodné také poradenství spirituální. Toto poradenství se nesmí odbyť paušálním rozhovorem, ale vyžaduje se zde mnoho pochopit z toho, co pacient v životě prožil, jaký dopadna jeho duchovní život to přinesl. Dalším požadavkem je potom přítomnost člověka, který rozumí spirituálnímu rozměru člověka, nejlépe spirituálnímu rozměru života onoho konkrétního pacienta. Vhodné by bylo, kdyby tímto člověkem mohl být ten, kdo pacienta v jeho nemoci duchovně doprovázel. Tímto člověkem nemusí být nutně duchovní náboženské společnosti, do které nemocný patří. Je také možné, že onen konkrétní pacient do žádné náboženské společnosti nepatří, a přesto žije duchovním životem. Také o tohoto člověka je nutno se duchovně postarat, snažit se mu porozumět a potom v kontextu komunikace o spirituálních věcech interpretovat jeho prohlášení. V předchozím textu se ukazuje, jak se požadavek na přítomnost neustále znovu a znovu objevuje.

3. Hledání smyslu života jako cesty spásy pro jednotlivce a pro společenské soužití

Pokud jsme nyní analyzovali oba předchozí fenomény, tedy skutečnosti, že člověk hledá smysl svého života a zásadní otevřenost kontextu duchovního života, pak je tento třetí bod syntézou obou předchozích. Člověk hledá smysl svého života a nachází ho v životě podle tvůrčího rozumu a zároveň se tento tvůrčí rozum otevírá radikálně otevřenému horizontu spirituality.

Naším úkolem nyní je pokusit se syntetizovat spiritualitu jako vždy otevřený kontext lidského života a smysl lidského života jako život podle tvůrčího rozumu. To neznamenaá, že tvůrčí lidský rozum čeká, až uslyší, co mu v rámci duchovního života Bůh řekne. Bůh se nezjevuje jinak v nás samých a jinak mimo nás. Také mimo nás se zjevuje v ostatních lidech, věcech, vztazích, záležitostech, problémech nebo konfliktech. Takto se také zjevuje v naší nemoci. Naším úkolem je tvůrčím způsobem ji uchopit. Zde tedy již nemoc neznamenaá něco pasivního, naopak se stává velkou tvůrčí výzvou. Nemoc by se tak mohla stát úkolem, protože bude také znamenat změnu lidské přirozenosti, protože po setkání s nemocí již tvůrčí rozum nebude takový, jaký byl do té doby. Otázkou pochopitelně je, zdali není takový přístup tváří v tvář všemu utrpení při těžkých nemocech drze troufalý. Co pak nevyvracejí ti, kteří umírají zlomeni tělesně, duševně i duchovně, právě tuto koncepci člověka, který sice umírá, ale umírá jako vítěz? To je otázka, na kterou hledáme odpověď obtížně, pokud ji vůbec můžeme najít. Je totiž otázkou, zdali takovou odpověď můžeme nalézt, zdali ji můžeme nalézt „v oboru“ lidství. My sami jako (zatím) zdraví lidé se nemůžeme postavit na jiné stanovisko než na stanovisko člověka. Stavět se jakoby mimo a podávat řešení rádoby „sub specie aeternitatis“ by nebylo intelektuálně poctivé. Stojíme-li však na stanovisku člověka, stojíme také před stejnou hrozbou, totiž, že zemřeme jako lidé zlomeni, tím je myšleno, že budeme

s naším tvůrčím rozumem v koncích. Tady se dostáváme ke hranici, kde začíná tajemství. Ovšem tajemství jako cesta, o které nevíme, kam vede a bylo by opět nepoctivé okamžitě tvrdit, že víme zcela jistě, že nás na této cestě čeká Bůh, který je řešení i poté, co všechno ostatní, i my sami, selhalo. Tak zkratkovité řešení je nepřipustné a musíme přiznat, že stojíme na počátku cesty, která tajemstvím je a o které nevíme, kam vede. To je poslední otázník na cestě člověka. Tato mrazivá nejistota je to, co dává životu člověka vážnost. Bez této nejistoty by bylo vlastně vše dáno, vše jasné a dopředu předvídatelné. Je také otázkou, zdali není onen poslední otázník naší cesty také zárukou naší svobody, protože nám klade otázku, nakolik jsme žili svůj život vážně, protože ať už nás čeká na této cestě Bůh, či není-li na oné „poslední cestě“ opravdu nic, máme prožít svůj život co nejplněji zde.

Z toho vyplývají dva důsledky. Jedním z nich je respekt k pacientovu prohlášení, protože toto prohlášení je součástí snahy prožít svůj život co nejsmysluplněji. Druhým důsledkem je důvod ptát se, co znamená otevřenost tajemství. Tajemství znamená, že naše cesta životem, tedy i nemocí, může být vždycky jiná, než si ji sami představujeme. Z toho vyplývá zásadní otevřenost celého chápání a vnímání nemoci a nemožnost tuto problematiku definitivně uzavřít. Tato nemožnost je jak na straně pacienta, tak na straně ošetřujícího personálu.²⁵² Ani pacient se svým prohlášením ani personál, kterému jde o interpretaci tohoto prohlášení nejsou schopni se vůči tajemství definitivně vymezit. Ani jejich sebedefinitivnější „ne“ nemůže omezit iniciativu, která může z tajemství vzejít.

Pro pacienta i ošetřující personál to však také znamená zásadní otevřenost celé problematiky a tedy i nejistotu v jejím řešení.²⁵³ Jde o otázku zdali je možné

²⁵² To však není argument pro prodlužování života za každou cenu. Protože pouhé pokračování biologického života není odpovědí na tajemství, vůči kterému je náš život zásadně otevřen. Naopak takové prodlužování života může jít proti požadavku jeho smysluplného naplnění.

²⁵³ Je otázkou pro právníky, jaké konsekvence má tato principiální nejistota pro právní praxi.

mít absolutní jistotu o tom, že pacientovo rozhodnutí interpretujeme správně. Je jisté, že pacientovi nebudeme nikdy zcela rozumět. Nikdo z týmu, který bude pacienta ošetřovat nežije jeho život s jeho kontexty, vztahy, dynamikou a předvídatelností. Vždy tedy bude existovat jakási nejistota v tom, zdali se v době aplikace pacientova prohlášení rozhodujeme správně.

Je pochopitelně jisté, že se lze vždycky ptát, zdali tato nejistota nemohla být menší. Je velmi pravděpodobné, že se jí bude „využívat“ v právních sporech. Institut „*dříve projevených přání pacienta*“ by takto zneužíván být neměl. Znamenalo by to další zhoršení nedůvěry mezi lékařem a pacientem. Posilovalo by to tendenci k doslovnému výkladu textu, bez oněch otázek po kontextech a vztazích, které jsou pro interpretaci pacientova prohlášení tak zásadní. To by ve svém důsledku pozici pacienta ve vztahu lékař – pacient zhoršovat.

5.4 Závěr

V této kapitole jsme se zabývali některými vztahy spirituality v pokud možno co nejširším smyslu tohoto slova a nemoci. Zabývali jsme se zde některými aspekty spirituality člověka. Jako zásadní vnímáme existenciální otevřenost člověka vůči hledání smyslu vlastního života.

Ukázalo se, že spiritualita je velmi rozmanitý a komplexní fenomén. Tím, že do něj vstupuje osobní Bůh, stává se tento kontext lidského života radikálně otevřený pro nový vztah, s jinou kvalitou. Tedy dynamika a předvídatelnost takového kontextu je zásadně nepředvídatelná. Je to jeden z nejobtížněji uchopitelných kontextů interpretace pacientova „*dříve projeveného přání*“.

Zabývali jsme se vztahy mezi „*pneuma*“, „*psyché*“ a „*sarx*“. Také zde se ukázalo, že člověk je neredukovatelný na jeden z těchto rozměrů nebo na jeden vztah mezi dvěma vrcholy tohoto trojúhelníku. Vztahy mezi „*pneuma*“,

„psyché“ a „sárx“ musíme vnímat jako dynamický celek. Pokud jeden z aspektů této trojice zabsolutizujeme, nebo naopak popřeme, je jisté, že člověka dezinterpretujeme. Totéž se děje s textem pacientova prohlášení. Pokud bychom k tomuto textu přistupovali tak, že bychom si vybrali jeden aspekt a ten bychom vnímali jako východisko pro interpretaci, jistě by nám unikly aspekty ostatní. Zcela jistě by pak došlo k dezinterpretaci pacientova textu, k jeho nepochopení a tedy bychom nepostupovali tak, aby to bylo k dobru pacienta.

V dalším jsme se zabývali tím, jak horizont spirituality otvírá tajemství, co znamená tento fenomén pro spiritualitu člověka jako celku. Také tento fenomén, který je mj. také pozváním do vztahu, radikálně horizont spirituality otvírá. Pro interpretaci pacientova prohlášení to znamená její principiální nehotovost.

Posledním velkým tématem, které jsme v této kapitole rozvíjeli bylo téma spirituality jako způsobu prožití života. Jde o existenciální výzvu k hledání smyslu lidského života. Tento smysl však není uzavřenou daností, ale otevřeným horizontem tajemství, které zve do vztahu.

Na komunikaci mezi pacientem a lékařem a pro interpretaci pacientova prohlášení se zde klade velký nárok. Jak jsme uvedli již výše, je horizont spirituality otevřeným kontextem k porozumění pacientovu prohlášení. To činí tuto interpretaci zásadně otevřenou.

Kromě toho se zde, ve vztahu pacienta a lékaře, jedná o setkání spiritualit dvou lidí, kteří se chtějí pochopit. Musejí se tedy pokusit sdílet spiritualitu toho druhého. Je otázkou, nakolik je toto v podmínkách českého zdravotnictví možné. Kontext spirituality však může být pro pacienta tím zásadním kontextem, v němž se jeho život odvíjí. Jak zmiňujeme v textu páté kapitoly několikrát, je nutné, aby v týmu, který se bude interpretací pacientova textu zabývat, byla osoba, která bude pacientovu spiritualitu dobře znát. Zda to má být duchovní určité

církve nebo rodinný příslušník, osobní přítel není vůbec podstatné. Zásadní je, aby to byl člověk, který bude brát spiritualitu člověka, který již není schopen o sobě rozhodovat a předložil text prohlášení, ve kterém se vyjadřuje ke své budoucí péči, brát vážně. Nejde o to kádrovat člověka, zda „věří správně“. Podstatné je jít s tímto člověkem kus jeho cesty a pomoci mu pokusit se naplnit smysl jeho života.

6. Problematika institutu „*dříve projevených přání pacientů*“ v souvislosti s otázkami týkajícími se konce života

V této kapitole se věnujeme souvislostem institutu „*dříve projevených přání pacientů*“ v souvislosti s otázkami týkajícími se konce života.²⁵⁴ Nejedná se o nijak speciální otázky. Jde o témata, která se v souvislosti s institutem „*dříve projevených přání pacientů*“ vyostřují. Děje se tak proto, že institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vnáší do diskuze v souvislosti s otázkami týkajícími se konce života výrazně subjektivní prvek. Rozhodování se přenáší velmi výrazně do svědomí jedince a je zvnějšku velmi obtížně kontrolovatelné. Neznamená to, že by přestaly existovat normy, např. že nelze zabít nevinný život. Rozhodování o tom, zdali je konkrétní odstoupení od terapie eutanázií či přijetím smrti jako nevyhnutelné součásti života leží pouze a výhradně ve svědomí zúčastněných. Zvnějšku vypadá celá událost v obou případech stejně. Kontrolovatelnost toho, co se s pacientem odehrává, nemusí být přitom snahou ovládat cizí život. Tato kontrolovatelnost může také pacientova lidská práva chránit. A je proto úkolem především právní vědy, jak tuto kontrolovatelnost umožnit.

Prvním tématem, které bývá vyhroceným v diskuzi o institutu „*dříve projevených přání pacientů*“ je otázka rozlišování mezi zabitím a necháním zemřít. V podkapitole 6.1 budeme diskutovat o námitce, že z pohledu pacienta je jedno, jestli zemřel následkem nemoci, nebo jestli byl zabit. Jedním z principů,

²⁵⁴ V této kapitole se zaměřujeme na otázky týkající se konce života. Tato diskuze se však nemusí týkat pouze chronických, obtížně ovlivnitelných nebo nevléčitelných nemocí. Může se týkat také např. traumatologie, viz článek SCHWEIGENKOFER U., SCHMIDT K. W., ROTHÄRMEL S., HOFFMANN R.: Polytraumaversorgung im Spannungsfeld von „Tun oder Unterlassen“, in: Unfallchirurg 9 (2006) 770 -776, kde se institut „*dříve projevených přání pacientů*“ diskutuje právě v souvislosti s úrazovou chirurgií. Kladou se otázky, zdali má pacientovo prohlášení platit také v těchto souvislostech, jaká je role soudů v rozhodování nebo se diskutuje role příbuzných v rozhodování o terapii pacienta.

který nám pomáhá na etické rovině diskuze rozlišit mezi zabitím a ponecháním zemřít je princip dvojího efektu. Poukážeme pochopitelně na to, jak se tato diskuze odráží v problematice „*dříve projevených přání pacientů*“.

Dalším tématem, které výrazně vstupuje do diskuze v souvislosti s otázkami týkajícími se konce života a institutem „*dříve projevených přání pacientů*“ je diskuze o řádných a mimořádných prostředcích. Toto rozlišení umožňuje se zamýšlet nad tím, co je pro pacienta v jeho situaci přijatelné a co již nikoliv. Tato představa se odráží také v textu pacientova prohlášení. Může se však stát, že ta opatření, která pacient pro sebe vyžadoval by se zhoršením svého zdravotního stavu mohl odmítnout jako mimořádné prostředky a naopak. Diskuzi tohoto problému se bude věnovat podkapitola 6.2.

Posledními podkapitolami jsou podkapitoly věnující se problematice umělé ventilace (6.3) a otázky hydratace a podávání tekutin a výživy (6.4). Otázku umělé plicní ventilace řešíme úvahou o řádných a mimořádných prostředcích v medicíně. Látka podkapitoly 6.4 patří v nynější katolické etice mezi nejkonfliktnější. Zde bude nejkonfliktnější částí úvahy poukaz na tu část tradice, která i v oblasti výživy pacientů nevyžaduje vždy a za každých okolností její podávání. V kontrastu s požadavkem Jana Pavla II. zařadit podávání tekutin a výživy do postupů, které mají být pacientovi poskytnuty vždy. Tento postoj je pak ještě konfrontován s příslušným vyjádřením Kongregace pro nauku víry.

6.1 Zabít nebo nechat zemřít?

Jedním z problémů, kterých se „*pacientovo dříve projevené přání*“ dotýká, je diskuze²⁵⁵ o rozdílu mezi zabitím a přijetím nutnosti konce lidského

²⁵⁵ Někdy se totiž namítá, že institut „*dříve projevených přání pacientů*“ jsou pouze otevřené dveře eutanázii a zabíjení pacientů, srov. ZB, 13.

života, ponecháním zemřít. Klade se otázka, zda mezi těmito dvěma termíny existuje nějaký reálný rozdíl. Tvrdí se, že je stejně zavrženíhodné zabít jako nechat zemřít. Schockenhoff²⁵⁶ ilustruje tuto problematiku příkladem pana Müllera a pana Schmidta. Jejich šestiletý bratranec, po kterém mají oba dědit, se právě koupe ve vaně. Pan Schmidt ho chce utopit tak, aby celá událost vypadala později jako nešťastná náhoda. Pan Müller vstupuje do koupelny, právě v okamžiku, kdy se šestiletý chlapec uhodil do hlavy, upadl do bezvědomí, s obličejem pod hladinou. Pan Müller pouze chvíli počká, až do okamžiku, kdy bude jisté, že dědictví již nic v cestě nestojí.

Tento příběh ukazuje, jak zavádějící je, pokud hodnotíme jednání člověka pouze z vnějšku. Oba pánové mají stejný motiv a tím je zabít chlapce, aby získali „své“ dědictví. Zatímco pan Schmidt chce chlapce zabít, Müller pouze „využije příležitosti“, fakticky ale zneužije chlapcovy nehody a počká, až se chlapec utopí.

Na konci jednání každého z nich je smrt šestiletého chlapce, rozdíl je v tom, že pan Schmidt chlapce zabije (aktivní jednání), pan Müller pouze „využije příležitosti“ a počká na chlapcovu smrt (pasivní jednání).

Hodnotíme-li tedy čin podle motivu jednání, v obou případech jde o tentýž čin, totiž o zabití člověka. Rozdíl v jednání obou pánů je pouze sugestivní, ve skutečnosti rozdíl v jejich jednání neexistuje.

Tento způsob argumentace najdeme také v diskuzi o problému zabití nebo ponechání zemřít. Pokud totiž nevnímáme to, co za vnějším projevem člověka stojí, můžeme se v hodnocení dopustit později hrubých omylů.²⁵⁷

Diferencovat jednání člověka tak, abychom byli schopni lépe pochopit, zdali se jedná o zabití nebo ponechání zemřít, nám usnadní několik principů.

256 SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 278.

257 Jak zní vtípná a moudrá poznámka Tomáše Akvinského: „*Parvus error in initio, magnus in fine.*“

Citováno podle: SCHOCKENHOFF Eberhard: Theologie der Freiheit, Freiburg im Breisgau, 2007, 86.

Mezi tyto principy patří princip dvojího efektu a rozdíl mezi přímým a nepřímým zabitím.

Princip dvojího efektu znamená následující: „*Je dovoleno zapříčinit jednání, ze kterého bezprostředně pochází dvojitý účinek - jeden dobrý a druhý zlý, pokud je dobrý účinek zamýšlen, zlý z přiměřené příčiny připuštěn.*“²⁵⁸

Která kritéria musejí být naplněna, aby se dalo o jednání v rámci principu dvojího efektu uvažovat?²⁵⁹

„1. *Konání samo je mravně dobré, nebo alespoň mravně neutrální (tj. že není samo o sobě vnitřně špatné).*

2. *Záměrem jednajícího je dobro (tj., že jednající nikterak nezamýšlí špatný efekt).*

3. *Dobrý efekt není následkem špatného (tj., že špatný efekt není zamýšlen jako prostředek k dobrému efektu).*

4. *K tomu, aby byl špatný efekt připuštěn, existuje dostatečně vážný důvod (tzn. že zamýšlený dobrý efekt je natolik hodnotný, aby ospravedlnil tolerování špatného efektu a že není jiná možnost, ze které by vzešel tentýž dobrý efekt).*“

To, že zde existuje prostor ke zneužití, je zřejmé. Pouze lékař ve svém nitru ví, k čemu dávka, kterou svému pacientovi ordinoval a pacient zemřel, sloužila. Jestli bylo jejím smyslem pouze tlumit bolest a pak v konkrétním případě převážil negativní efekt této terapie a pacient zemřel. Je však také možné, že pod rouškou tlumení bolesti je konkrétní pacient usmrcen.

Pokud se vrátíme k našemu úvodnímu příkladu, máme před sebou opravdu mrtvého pacienta. Rozdíl je však v úmyslu jednotlivých jednajících.

258 SKOBLÍK Jiří: Přehled křesťanské etiky, Praha: Karolinum, 1997, 97.

259 KEOWN John: „Double Effect“ and Palliative Care: A Legal and Ethical Outline, in: Ethik & Medicine 2 (1999) 53 – 54.

Zatímco první tlumil bolest pacienta a pacient zemřel,²⁶⁰ druhý využil tohoto negativního účinku a pacienta usmrtil. Toto nebezpečí mohou eliminovat dva hlavní přístupy. Jedním z nich je vývoj terapie bolesti a komplexnost paliativní péče, která už není odkázána na jeden typ medikamentu a vhodnými kombinacemi různých přístupů může nebezpečí útlumu dechového centra při podávání opioidů zmenšit. Tím druhým přístupem je vzájemná kontrola na pracovišti a také vnější kontrola pracoviště jako celku.

Toto je samozřejmě i otázka pro pacienta, nakolik si bude terapii bolesti přát a za jakých okolností. Nakolik je srozuměn s jejími nežádoucími účinky. Také k tomu se může ve svém prohlášení vyjádřit.

Nyní však musíme jít ve svých úvahách ještě dále, abychom lépe porozuměli rozdílu mezi zabitím a ponecháním zemřít. Můžeme se znovu přidržovat Schockenhoffova textu.²⁶¹

Řešení otázky, zdali existuje rozdíl mezi zabitím jako událostí kterou člověk způsobí, a naproti tomu jako situací, kdy přijímáme hranice, které člověk sám poznává, je dáno antropologickou koncepcí, ze které toto řešení vychází. Jak jsme viděli ve výše uvedeném příkladu pánů Müllera a Schmidta, nelze se na lidské chování dívat úzce zaměřeným prizmatem pouze teleologického hodnocení. Ovšem v etice, která přiznává člověku nezcizitelné právo na život, záleží na tom, jakým způsobem smrt do lidských vztahů vstoupí. Umírání a smrt není něčím, co stojí mimo život, ale je to součást našeho života. Pokud se čekání na smrt vyhne pacient, lékař i příbuzní tím, že ji vyvolají, zůstávají dále v paradigmatu technické manipulace s životem a smrtí, což je vlastně naprosto identická situace, kdy bychom chtěli medicínskou technologií smrt oddalovat. Ani jedna z obou krajních variant není přijatelná.

260 Nejčastěji na útlum dechového centra, což je jeden z nejvýraznějších nežádoucích účinků podávání opioidních preparátů.

261 Srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 279 – 282.

Pokud bychom mohli srovnávat oba přístupy dále, rozdíl mezi zabitím a ponecháním zemřít neexistuje v etice, kde se předpokládá, že lékař může buď na základě vlastní úvahy nebo na žádost pacienta tohoto pacienta usmrtit. Rodiče dítěte, kteří je nechají vyhladovět, a dítě zemře jsou za svůj čin stejně zodpovědni jako rodiče, kteří svoje dítě zabijí jiným způsobem.

V situaci lékaře, který nechá svého těžce nemocného pacienta zemřít, je tomu jinak. Lékař ve svém profesním svědomí zabít nechce. Svě zodpovědnosti se, na rozdíl od rodičů, kteří svoje dítě nechali vyhladovět nebo na rozdíl od těch, kteří o určitém zločinu věděli a nepodnikli nic, aby mu zabránili, lékař nevzdává. Naopak. Využívá všech možností, které mu medicína umožňuje a které považuje v dané situaci za smysluplné.²⁶² Samozřejmě, že z vnějšku a povrchně vypadá situace, kdy lékař tlumením bolestí vyvolá smrt svého pacienta, jako aktivní zabití. Takové hodnocení je však nutno považovat, podobně jako v příkladu pánů Müllera a Schmidta, za povrchní, protože nerespektuje celý komplex lidského jednání a zvláště nerespektuje jeho úmysl. Na druhou stranu je rozdíl mezi zabitím a necháním zemřít z vnějšku obtížně kontrolovatelný. Může také sloužit jako alibistická zástěrka přímého zabití pacienta. Kontrola je zde možná pouze nepřímo tím, že každé jednání týkající se pacienta se bude diskutovat s pacientem samotným,²⁶³ pokud si to bude přát, tak také s blízkými osobami.

Významná je diskuze o problémech týkajících se rozhodování na konci života, přesněji v otázkách nenasazení nebo vysazení terapie. Do této diskuze mají být zapojeni všichni kompetentní pracovníci příslušného zdravotního zařízení. Žádoucí je také diskuze v rámci etických komisí, které by neměly být pouze formálními grémii schvalujícími medicínský výzkum na konkrétním pracovišti, ale měly by být platformami, kde se bude diskutovat každý postup

²⁶² Tišení bolesti a ostatní opatření komplexní paliativní péče.

²⁶³ Pokud toho bude schopen

týkající se vysazení nebo nenasazení terapie.

To je však pouze jedna stránka diskuze. Zásadní je ovšem komunikace s pacientem. Jeho představy a postoje nakonec rozhodují o tom, jaký postup je přijatelný a jaký již nikoliv. Tato komunikace je však dynamická, její obsah i forma se trvale mění, je ovlivněna mnoha parametry.

Součástí této komunikace je i pacientovo prohlášení. V něm sděluje svoje představy o budoucnosti, interpretuje svá budoucí očekávání v souvislosti s představou, kterou má o svém životě s nemocí. Pochopitelně ani zde není možno hodnotit pacientovo rozhodování pouze na základě vnějšího a nezúčastněného pozorování. Jistě také pacient může zneužít toho, že lidské jednání lze hodnotit především z nitra a nikoliv pouze z vnějšku. Je to ovšem záležitost, která se dotýká jeho samého a za kterou je zodpovědný především sám před sebou. Etika zde neslouží ke kontrole chování ostatních, ale má být vodítkem k tomu, jak žít šťastný život. A tedy i šťastně zemřít, je-li umírání a smrt součástí lidského života.

6.2 Řádné a mimořádné prostředky v souvislosti s „dříve projevenými přáními pacienta“

Co opravňuje pacienta odmítnout v pacientově „dříve projeveném přání“ prostředky, které medicína nabízí?

Diskuze o řádných a mimořádných prostředcích patří v diskuzi o „dříve projevených přáních pacientů“ k rozhodujícím. Přispívá k hledání odpovědi na otázku, kdo rozhodne o využití toho či onoho prostředku a nakolik je tento člověk povinen, aby dostal povinnosti vůči vlastnímu životu,²⁶⁴ po konkrétním opatření opravdu sáhnout.

²⁶⁴ Ať už tuto povinnost odůvodňuje jakkoliv.

Schockenhoff²⁶⁵ uvádí, že měřítkem nasazení jakýchkoliv prostředků je terapeutický cíl. Co je však tímto terapeutickým cílem, o tom rozhoduje pacient ve svém prohlášení.

Podívejme se na vývoj těchto úvah.

Úvahy o řádných a mimořádných prostředcích se objevují překvapivě velmi brzy, již v 15. a 16. století. Vycházejí prakticky výhradně z oblasti španělské teologie. Několik autorů se zabývalo tím, zdali a případně které prostředky jsme povinni zvolit, abychom dostáli povinnosti vůči vlastnímu životu.

Jedním z těchto autorů je Francisco de Vitoria (1486 – 1546). Rozlišuje mezi prostředky nákladnými a prostředky snadno dostupnými a tvrdí, že povinnost zachovat život trvá pouze tehdy, pokud jsou k dispozici prostředky, které jsou dostupné snadno. Použití nákladných prostředků za povinné nevyžaduje.²⁶⁶

Na jeho argumentaci navazuje Domingo Banez (1528 - 1604) tím, že omezuje přirozenoprávní povinnost zachování života pouze na jednoduše a snadno dostupné prostředky. Popírá pak také otázku, zda musí člověk podstoupit amputaci, pokud by mu to prodloužilo život. Tvrdí, že k tomu, aby si člověk zachoval život, nemusí sahat po mimořádných prostředcích, ale pouze jen po prostředcích, které jsou obvyklé.²⁶⁷ Za tyto obvyklé prostředky považuje takové lékařské zákroky, které jsou spojeny s běžnou a normální bolestí s tím, že člověk nemusí podstupovat mimořádné a strašné bolesti. Takovými jistě tehdejší amputace končetiny byla. Jistě nelze srovnávat doslova situaci v medicíně tehdy a dnes. Dnes probíhá amputace končetin za naprosto odlišných podmínek, pacient je mnohem méně ohrožen infekcí, nepočítaje v to požehnání celkové

265 Srov. tamtéž, 387

266 Srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 384.

267 Srov. Tamtéž, 385.

anestézie, vypracovala se chirurgická technika. Je ovšem jisté, že i přes všechny pokrok protetiky, chybí dnešnímu člověku končetina stejně jako tehdy.

Můžeme se také ptát, o jakých bolestech Domingo Banez mluví. Jistě mu jde v první řadě o bolesti tělesné.

Dnes chápeme bolest komplexněji s tím, že poměrně dobře zvládá medicína tlumení bolesti fyzické. Do popředí se tak dostává psychická bolest, která již tak jednoznačně farmakoterapií zvládnutelná není. Změna tělesného rámce po amputaci je výraznou změnou, která s sebou přináší trvalý a hluboký stres, zvláště u mladého člověka. V tomto kontextu je psychická bolest bolestí, která zasahuje člověka celostněji. Můžeme se proto domnívat, že můžeme Banezovo tvrzení vztáhnout i na bolest psychickou. Pak by to znamenalo, že ani z důvodu psychické bolesti není pacient povinen podstoupit amputaci, i kdyby mu pomohla tato amputace zachránit život.

Také Domingo de Soto (1495 – 1560) tvrdí, že člověk není povinen podstupovat jiné než obvyklé bolesti.²⁶⁸ Zabývá se sice poněkud jinou problematikou než Banez. Zajímá ho, zdali je odnětí končetiny nutné k záchraně života nebo jako trest, který společnost uděluje oprávněně. Tvrdí, že to oprávněné je, a tvrdí, že vždy jde o zájem vyššího celku. V prvním případě jde o zachování života celého člověka a v druhém případě jde o dobro společnosti jako celku. Na otázku však, zdali je člověk povinen podstoupit s velkými bolestmi spojenou amputaci, odpovídá, že nikoliv.

De Soto precizuje problém jemněji než Banez. V de Sotově argumentaci můžeme rozlišit dva momenty. Prvním momentem je něco, co dnes nazýváme „*princip totality a integrity*“²⁶⁹. Smyslem vší péče je prospěch celku, ať už se jedná o organizmus jako celek nebo o společenství státu. Z tohoto pohledu pak

268 Srov. tamtéž.

269 K tomu srov. ASHLEY Bededikt M[...], O'ROURKE Kevin D[...]: Healthcare ethics. A theological analysis, St.Louis: The Catholic Health Association of the United States, ³1989.

může mít odnětí končetiny smysl a může tedy být oprávněné. Druhou otázkou ovšem je, zdali musí člověk, byť pro zachování života, podstupovat nějaké mimořádné bolesti. Zde de Soto odpovídá negativně. De Soto se zde tedy posunul ještě více než Banez k subjektivnímu vnímání strážní, které nemoc přináší. To je pochopitelně významné i pro nás, protože vnímáme velmi individuální vnímání a snášení bolestí, které prakticky jakákoliv nemoc přináší. Je potom jisté, že i konkrétní rozhodování konkrétních pacientů budou také rozdílná, byť zvnějšku se bude jednat o podobné, ne-li prakticky identické případy.

Dále v argumentaci postupuje také Johannes de Lugo (1583 – 1660).²⁷⁰ Co se týče využití mimořádných prostředků nebo prostředků, spojených s velkou bolestivostí, v tom se neliší jeho postoj od předchozích autorů. Zajímavější však je, jak hodnotí místo řádných prostředků v péči o pacienta. Příklady v jeho argumentaci jsou pochopitelně dobově podmíněné. Tvrdí například, že ten, kdo je odsouzen k smrti hladem, nemusí přijímat potraviny, které mu příležitostně přátelé podstrčí, i kdyby mu to nepatrně prodloužilo život. Také ten, kdo je uvězněn v hořícím domě s nepatrnou zásobou vody, která by stejně na jeho vysvobození nestačila, ji nemusí využít. De Logo nehodnotí jednotlivé prostředky izolovaně, ale vnímá je v souvislostech celé události. Člověk tak k záchraně života nejenže nemusí využít mimořádné prostředky, ale nemusí využít ani prostředky řádné, pokud nevedou k žádoucímu cíli.

De Logo prohlubuje diskuzi o řádných a mimořádných prostředcích ještě dále. Vnímá kontext pacientovy nemoci diferencovaněji. Prostředek, který je pro jednoho pacienta smysluplný tím, že ho vede k očekávanému cíli, je již u druhého pacienta zbytečný. Je třeba snadno dostupný, ba i snesitelný, ale jeho nasazení již k očekávanému efektu nevede. Také prosto se mohou výrazně lišit

270 Srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 385 – 386.

postoje jednotlivých pacientů v konkrétní, z vnějšku prakticky identické situaci.

Můžeme snad shrnout dosavadní vývoj. Banez rozlišuje prostředky na řádné a mimořádné prostředky. De Soto potom v konkrétním jednání odlišuje prostředek od jeho vnímání konkrétním člověkem a de Logo hodnotí zvažované prostředky s ohledem na očekávaný efekt.

K tomuto vývoji se hlásí i „Kongregace pro nauku víry“ ve své „Deklaraci o eutanázii Bona et Iura“.²⁷¹ V tomto textu rozlišuje rozdělení léčebných prostředků na „přiměřené“ a na „nepřiměřené“. Rozlišení prostředků na „řádné“ a „mimořádné“ se považuje za nepříliš jasné. Vhodný prostředek lze zvolit pomocí diferencovanějších kritérií: porovnáním terapeutických způsobů, jejich nežádoucích účinků, stupně rizika, finančních nákladů s ohledem na klinický stav nemocného, na jeho fyzické a psychické síly.²⁷²

Které prostředky se považují za řádné a které za mimořádné?

Řádné prostředky tyto náležitosti:²⁷³

- „1. Použitím tohoto prostředku vzniká naděje na kvalitativní a trvalé zlepšení, nikoliv jen na představě o oddálení nevyhnutelného.
2. Řádný prostředek musí být součástí normální, standardní péče. Experimentální postupy se za řádné prostředky nepovažují.
3. I z pozice sociální a ekonomické nelze vyžadovat více než je běžné.
4. Nutno zvážit, zda zamýšlený prostředek není příliš tíživý (bolest, strach...).
5. Řádné prostředky by měly být vyhovující a snadno rozumně použitelné.“

271 KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY: Deklarace o eutanázii Bona et Iura, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009.

272 Srov. tamtéž, 21.

273 WILDES K., W.: Ordinary and extraordinary means and the quality of life, in: Theological Studies 56 (1996) 500 – 512.

Mimořádné prostředky jsou potom ty, které lze charakterizovat takto:²⁷⁴

- „1. *Prostředky nelze získat nebo je použít, nejsou dostupné.*
2. *S dosažením na tyto prostředky by bylo spojeno příliš velké úsilí a námaha.*
3. *Tyto prostředky jsou příliš bolestivé.*
4. *Prostředky jsou ekonomicky nedostupné.*“

Při volbě léčebných prostředků můžeme využít tato kritéria, která se autorovi práce jeví jako přehlednější a medicína s nimi umí lépe pracovat.

Kritéria „*Kongegace pro nauku víry*“ v „*Deklaraci o eutanázii Bona et Iura*“²⁷⁵ tedy porovnání terapeutických způsobů, jejich nežádoucích účinků, stupně rizika, finančních nákladů s ohledem na klinický stav nemocného, na jeho fyzické a psychické síly můžeme využít jako kritéria doplňková.

Zde zaznívají dvě otázky: „Kdo určuje terapeutický cíl a co vše podmiňuje dosažení tohoto terapeutického cíle?“²⁷⁶. Tedy co vše spadá do úvahy o řádných a mimořádných prostředcích.

Terapeutický cíl určuje pacient v těsném dialogu a spolupráci s lékařem. Zaměření na terapeutický cíl je i jedním z obsahů pacientova prohlášení. Pacient předjímá co by mohlo být terapeutickým cílem v pozdější situaci a své rozhodování se snaží zaměřit tak, aby tohoto terapeutického cíle dosáhl.

Rámeček diskuze o řádných a mimořádných prostředcích v medicíně klade

274 MUNZAROVÁ Marta: Eutanázie, nebo paliativní péče? Praha: Grada, 2005, 87.

275 KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY: Deklarace o eutanázii Bona et Iura, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009, 21.

276 Terapeutický cíl je zaměřen na naplnění pacientova životního projektu, jak o něm mluvíme výše.

značné nároky na posouzení situace pacientem samotným.²⁷⁷ Pacient sám rozhoduje o tom, co je pro jeho život únosné fyzicky, psychicky, sociálně i ekonomicky. Co pro něj z jakéhokoliv důvodu únosné není je prostředkem mimořádným (nebo nepřiměřeným) a pacient není eticky povinen takové prostředky vyžadovat, spíše je může odmítnout, a přesto se v takovém případě nejedná o pohrdání životem a sebezabití. Naopak se jedná o přijetí konečnosti života. Že je taková situace vždy jedinečná, je pochopitelné, neboť všichni jsme naprosto jedinečné individuality.

V kontextu „*dříve projevených přání*“ se pacient také vyjadřuje k diagnostiko-terapeutickým postupům. Odmítá ty, které považuje za mimořádné prostředky a žádá takové postupy, které pro sebe považuje za řádné. Otázkou je, nakolik ony kontexty, ve kterých se interpretace pacientova prohlášení odehrává a které jsou tak dynamické a proměnlivé, by neměnily to, co pacient za řádné a mimořádné považuje. A tato změna nemusí být pouze jednosměrná, tedy že ty prostředky, které pacient ve svém prohlášení považuje za řádné, by např. se zhoršením svého zdravotního stavu začal považovat za mimořádné. Pacientův stav i jeho vyhlídka se mohou zlepšit (a to mluvíme pouze o tělesném kontextu interpretace pacientova prohlášení) a pacient by mohl prostředky, které ve svém prohlášení odmítal, protože je považoval za mimořádné, vyžadovat.

To je velké riziko, které užití institutu „*dříve projevených přání*“ s sebou nese. Tento institut sám v sobě neobsahuje opravný mechanismus, který by umožnil korigovat terapii tak, aby lépe odpovídala aktuální situaci se zaměřením na terapeutický cíl, tedy směřující k naplnění pacientova životního projektu v nové situaci. Riziko, že na základě pacientova prohlášení zvolený terapeutický postup nebude odpovídat tomu, co by bylo v dané situaci možné a o čem se lze

²⁷⁷ Zajímavou otázkou zde jsou metody alternativní medicíny v souvislostech s koncem života. K tomu např.: HINKKA Heikki, KOSUNEN Elise, LAMMI Ulla-Kaija, METSÄNOJA Riina, KELLOKUMPU-LEHTINEN Pirkko: Attitudes to terminal patients' unorthodox therapy: Finnish doctors' response to a case scenario, in: Supportive Care in Cancer, 2 (2004) 132 – 136.

rozumně domnívat, že by pacient, navzdory svému textu pro sebe vyžadoval, skutečně existuje.

6.3 Problematika umělé ventilace

V rámci diskuze otázek týkajících se konce života patří problematika umělé ventilace mezi hlavní problémy.

Otázek, které zaznívají, je několik. Jakou roli hraje umělá ventilace v péči o nemocné? A liší se tato role u pacientů nemocných akutně²⁷⁸ od pacientů, kteří jsou „chronicky závislí na ventilátoru“, ale kde jeho použití nepřináší žádný významný posun v jejich životě a pouze prodlužují dosavadní vážný zdravotní problém? Je možné se na odpojení od ventilátoru dívat vždy jako na zabití člověka²⁷⁹?

Schockenhoff²⁸⁰ používá jako kritérium rozlišování v této oblasti rozdíl mezi pouhým prodloužením tělesného života jako takového a možností jeho současného či budoucího plně lidského prožívání.

Jak vidíme také na diskuzi o řádných a mimořádných prostředcích v medicíně,²⁸¹ není pacient povinen snášet takové postupy, které nejsou obvyklé, jsou velmi bolestivé, pouze prodlužují jeho utrpení, nejsou snadno dosažitelné a nepřinášejí naději na trvalé a významné zlepšení jeho stavu.

Takovým postupem je jistě i aplikace umělé ventilace, která již žádný zásadní posun v pacientově situaci nepřináší. V této situaci nelze tedy na

278 To jsou ti, kteří potřebují překlenout kritické období po nehodě, operaci nebo během vážné nemoci.

279 Byť nástup smrti po odpojení od ventilátoru nastupuje prakticky bezprostředně. Tím také tento úkon bezprostřední zabití člověka připomíná. Proto je také tento postup pro personál a příbuzné nesmírně psychicky náročný. A prakticky nikdy takové pracoviště nevyhne obviněním, že provádí eutanázii.

280 Srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 391.

281 Viz podkapitola 6.2 Řádné a mimořádné prostředky v souvislosti s „dříve projevenými přáními pacienta.

odpojení od ventilátoru pohlížet jako na přímé zabití člověka a považovat ho za eutanázii nebo vraždu.²⁸² Jedná se vždy o odstranění takového terapeutického opatření, které již další prospěch pacientu nepřináší, pouze oddaluje nevyhnutelné, totiž smrt člověka. Člověk umírá na svou vlastní nemoc, nikoliv rukou jiného člověka.

Zcela jiná je situace, kdy je pacient také závislý na ventilátoru,²⁸³ vede však jinak pokud možno běžný, byť jistě výrazně omezený život. Takový člověk nezůstává vytržen z dosavadních vztahů, i když jistě jeho omezení, např. možnost pohybovat se po městě nebo po bytě jsou jistě citelná. Pro takového člověka má i dlouhodobá podpora takového přístroje smysl.

Toto rozlišování se snaží pacient předjímat ve svém prohlášení. Součástí tohoto prohlášení může být i postoj vůči dlouhodobé umělé ventilaci. Ve svém prohlášení se pacient snaží popsat okolnosti své nemoci a v jejich kontextu také smysl určitého terapeutického opatření. Tento terapeutický cíl může být dosažen pomocí umělé ventilace nebo naopak mu může zvláště dlouhodobá umělá ventilace bránit. Pacient se tedy může vyjádřit k tomu, zda a za jakých okolností již nepovažuje zvláště dlouhodobou umělou ventilaci pro sebe za smysluplnou.²⁸⁴ Hodnocení, zdali se ze strany personálu jedná o zabití pacienta tím, že je umělá ventilace odpojena, nebo ze strany pacienta, zdali žádostí o odpojení od ventilátoru požaduje své zabití, může a musí být velmi individuální. V žádném případě se nelze spokojit s povrchním pohledem, které odpojení od ventilátoru považuje jednoznačně a bez ohledu za okolnosti za přímé zabití člověka.

Shrňme nyní ještě jednou odpovědi na otázky uvedené v úvodním

282 Jak se někdy z neznalosti, nedostatku smyslu pro pojmovou diferencii nebo záměrně, jak občas činí bulvární tisk nebo občasné mediální kampaně.

283 Nebo jiným podobným zařízením, např. oxygenátorem u pacientů s pokročilou chronickou obstrukční bronchopulmonální chorobou.

284 Smysluplnost je dána naplněním terapeutického cíle a splněním očekávání, které toto naplnění přináší.

odstavci této podkapitoly.

Umělá ventilace je takový terapeutický postup, který umožňuje pacientovi překlenout pro něj kritickou fází jeho nemoci, pooperačního stavu nebo stavu po nehodě.

Situace pacientů chronicky závislých na ventilátoru se pak liší podle toho, zdali se jedná o neúčelné opatření, které pacientovi již nic dalšího přinést nemůže a pouze prodlužuje nesmyslné a prázdňové utrpení nebo zdali se jedná o pacienty, kteří sice jsou také dlouhodobě závislí na ventilátoru, přesto tento stav nevnímají jako závislost v tom smyslu, že by jim zavíral pro ně ještě dosažitelné možnosti. Naopak vnímají ventilátor jako nástroj k dosažení svého plnějšího života.

Otázka, zdali je možno hodnotit odpojení pacienta od ventilátoru vždy jako zabití člověka, eutanázii nebo vraždu, se musí vždy setkat s negativní odpovědí. Právě bližší porozumění konkrétnímu člověku, jeho konkrétní situaci, jeho představám o smysluplném životě nás vede k citlivějšímu a diferencovanějšímu hodnocení. Co tedy z vnějšku a povrchně se může někdy jevit zabitím bezbranného a nemocného člověka, je ve skutečnosti odstraněním poslední překážky, která brání smrti pacienta jako součásti jeho vlastního života.

Institut „*dříve projevených přání pacientů*“ umožňuje vyjádřit se i k potřebě umělé ventilace. Tato potřeba může být v každé situaci a u každého pacienta jiná. Zde je situace analogická s tou, kterou jsme popisovali v předcházející kapitole, když jsme se zamýšleli nad řádnými a mimořádnými prostředky v kontextu pacientova prohlášení. Také zde se může stát, že pacient bude ve svém textu na umělé ventilaci trvat a přitom by ji ve skutečnosti odmítl a naopak. Požadavek na co nejvýstižnější popis situace, kdy má být pacientovo prohlášení naplněno, problém příliš neřeší, protože by muselo být popsáno, co přesně se onou situací myslí, tedy kterými kontexty pacientova života se má

zdravotnický personál zabývat a jaká kritéria a v kterých kontextech mají být naplněna. Takový požadavek je prakticky neproveditelný jak pro pacienta, tak pro ošetřující tým.

6.4 Problematika hydratace a výživy pacientů

Problematika hydratace a výživy pacientů patří také ke sporným otázkám v diskuzi o péči o nemocné na konci života. Tyto diskuze se pochopitelně odrážejí i v problematice „*dříve projevených přání pacientů*“.²⁸⁵ Otázka, která v tomto kontextu vyvstává, není nijak banální. Jde o to, jakou roli hydratace a výživa pacientů hraje v situaci, kdy není zcela jisté, zdali je jejich podávání opodstatněné. V pozadí sporu je přesvědčení, že podávání tekutin a výživy patří k základním projevům lidské humanity a že je naopak nelidské nechat někoho umřít žízní a hladem jenom proto, že se on sám nedokáže najíst nebo napít. Faktem však také je, že řešení tohoto problému se stává součástí právních bitev a že toto řešení není lhostejné ani veřejnému mínění.²⁸⁶

V dalších úvahách se opět přidržme Schockenhoffova²⁸⁷ rozlišování. On sám rozlišuje typ nemoci, její závažnost na jedné straně²⁸⁸ a způsob podávání tekutin a výživy (zdali je nutná nějaká technická intervence,²⁸⁹ či nikoliv) na

285 Na souvislost rozhodování o podávání tekutin a výživy, kulturně-etických souvislostech a významu „*Patientenverfügung*“ upozorňuje např.: LORENZL Stefan: Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende Entscheidungsfindung und medizin-ethische Problembereiche, in: ZME 2 (2010) 121 – 130.

286 Příklad např. Terri Schiavo, viz např. diskuzi v LAUTER H., HELMCHEN H.: Vorausverfügten Behandlungsverzicht bei Verlust der Selbstbestimmbarkeit infolge persistierender Hirnerkrankung, in: Nervenarzt 77 (2006) 1031 – 1039.

287 Srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 392 – 395.

288 Mluví o pacientech ve vigilním kómatu, u nichž není pravděpodobný návrat do života při vědomí, jako další potom vyjmenovává demenční pacienty v preterminálním stádiu, pacienty s trvajícím bezvědomím v různých pečovatelských domech a pacienty s ostatními nemocemi, např. s tumory trávicí trubice. Srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 392.

289 Tím má na mysli používání např. nasogastrické sondy, PEG sondy (perkutánní endoskopická gastrostomie) nebo nitrožilní podávání tekutin a výživy. Srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 393.

straně druhé.²⁹⁰

Tato problematika se poněkud liší od situace, kdy uvažujeme nad smyslem umělé ventilace. Tam zemřel pacient v důsledku své vlastní nemoci. V případě, že je pacientu odepřen přívod tekutin nebo výživy, zemře pacient dehydratací a vyhladověním. Mluví se pak o tom, že pacient umírá nikoliv na vlastní nemoc, ale rukou jiného člověka. Tato představa potom vytváří významný tlak na to, aby byla výživa i tekutiny podávány bez ohledu na situaci, ve které se pacient nachází a dokonce i bez úvahy, zdali má z podávání tekutin a výživy opravdu předpokládaný prospěch.

Podávání tekutin a výživy, zvláště pokud se děje invazivním způsobem, rozhodně není bez medicínských komplikací. Každá intervence s sebou nese riziko infekce, tvorby abscesů, otlaků kolem zavedených sond. Bez otázek není také schopnost organismu dodané tekutiny, živiny a energii efektivně využít. Zde je potom riziko poruch vnitřního prostředí, vznik iontových dysbalancí s jejich důsledky nebo přetížení trávicího traktu bílkovinami a tuky, které již organismus není schopen využít. To vede potom k obrazu břišního dyskomfortu, vyhroceně například ke vzniku nepříjemných průjmů a nebezpečí vzniku náhlé příhody břišní.²⁹¹

V této situaci rozlišuje citlivě například Německá lékařská komora, když ve svém dokumentu „*Zásady lékařského doprovázení ke smrti Německé lékařské komory*“,²⁹² kde mluví nikoliv o nutnosti podávat za každou cenu tekutiny a výživu, ale již v „*Preambuli*“, když mluví o úloze lékaře, udává také obsah tzv. „*bazální péče*“.²⁹³ „*Lidský důstojný uložení pacienta, péče o tělo, tlumení bolesti,*

290 Přehledně shrnuje tuto problematiku tentýž autor v SCHOCKENHOFF Eberhard: Bestandteil der Basispflege oder eigenständige Maßnahme? Moraltheologische Überlegungen zur künstlichen Ernährung und Hydrierung, in: ZME 2 (2010) 131 – 142.

291 O indikacích, biomedicínském významu a rizicích podávání výživy a tekutin viz: WEITZ Gunther: Künstliche Ernährung aus Sicht des Mediziners, in: ZME 2 (2010) 103 – 112.

292 Srov. BUNDESÄRZTESKAMMER: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf> (26. 1. 2010).

293 Bazální péče je taková péče, která nemá být pacientu nikdy upřena.

dušnosti a nevolnosti, tišení hladu a žízně“. „Za způsob a rozsah je na základě lékařské indikace zodpovědný lékař. To platí také pro umělou výživu a umělý přívod tekutin. Musí ale dbát²⁹⁴ vůle pacienta.“²⁹⁵ Zde se mluví o tišení hladu a žízně, o tom, že o podávání umělé výživy a umělého přívodu tekutin rozhoduje lékař na základě lékařské indikace. Přitom respektuje vůli pacienta.

Jak tedy rozhodnout o tom, co v konkrétní pacientově situaci tvoří bazální péči a co je již přebytečné? Je vůbec možné při tolika rozdílech v nemocech konkrétních pacientů²⁹⁶ určit obecně, co je obsahem bazální péče a jakou roli v ní hraje právě podávání tekutin a výživy? Jaká je souvislost terapeutického cíle a obsahu bazální péče?²⁹⁷

I zde je nutné, podobně jako v úvahách o smysluplnosti umělé ventilace rozlišovat v konkrétních okolnostech. Někdy umožňuje umělé podávání živin a tekutin překlenutí i poměrně dlouhého období, kdy není možné podávat stravu „*per os*“.²⁹⁸ Ono překlenutí sice končí smrtí pacienta, nicméně mu umožní žít sice omezený, nicméně poměrně kvalitní život.²⁹⁹ Jiná je situace pacienta, který již také výživu a tekutiny „*per os*“ také není schopen přijímat a pouze jejich podávání brání tomu, aby pacient nezemřel na svoji nemoc. V takovém případě lze však vnímat umělé podávání výživy a tekutin jako neúměrnou zátěž, kterou pacient není povinen snášet a ani ti, kdo o něj pečují, nejsou povinni jít pro zachování života až do krajností.³⁰⁰

294 Beachten.

295 Tamtéž.

296 Ať už jde o druh nemoci, tíži stavu, prognózu, celkový fyzický a psychický stav pacienta, zátěž příbuzných. Srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 395.

297 O místě ošetřujícího personálu v souvislosti s rozhodováním o podávání tekutin a výživy HAAS Margit: Künstliche Ernährung am Lebensende. Die Rolle der Pflegenden, in: ZME 2 (2010) 113 – 119.

298 Lékařský termín pro podávání potravy, tekutin nebo léků ústy.

299 Okamžitě se zde vnučuje otázka, kdo rozhoduje o kvalitě takového života. Je to pochopitelně pacient sám. Ostatní mohou, s chybou spíše větší, kvalitu života druhého pouze odhadovat.

300 Opět viz diskuzi o řádných a mimořádných prostředcích v medicíně. O preferencích obyvatel pečovatelských domovů v souvislosti se schopností přijímat potravu při poškození mozku : O'BRIEN Linda A., SIEGERT Elisabeth A. (a kol.): Tube Feeding Preferences Among Nursing Home Residents, in: Journal of General Internal Medicine 6 (1997) 364 – 371.

Jak jsme viděli výše, představa, že je nutno vždy pacientu podávat tekutiny a výživu, není vždy oprávněná. Jsou situace, kdy podávání výživy a tekutin nemístně zatěžuje a kdy pouze prodlužuje již tak bolestné trápení bez vyhlídky na trvalé zlepšení. Ve svém prohlášení pacient určuje, za jakých okolností a která opatření vnímá jako snesitelná, smysluplná a která mu přinášejí prospěch. Může tedy i určit, jestli a za jakých okolností si podávání výživy a tekutin přeje nebo nepřeje.³⁰¹

Tento postoj jistě patří mezi postoje konfliktní. Konflikty vznikají zvláště tehdy, když se nerespektuje osobnost člověka, okolnosti, za kterých se rozhodoval a motiv jeho rozhodnutí. Velmi často slýcháme odsuzující výroky o jednání druhých, které vycházejí pouze z vnější fenomenologie činu. Pak je jisté, že potřeba jednat v jedinečné situaci prefabrikovaným způsobem musí vést pouze k nedorozumění a bolesti.

Do situace, která se vyznačuje respektem v rozlišování v rámci řádných a mimořádných prostředků v otázkách péče o život, zasáhl papež Jan Pavel II. 20. března 2004.³⁰²

K účastníkům mezinárodního kongresu o terapii udržující život a vegetativním stavu, vědeckém pokroku a etických dilematech v této oblasti se zabýval rolí umělé hydratace a výživy u pacientů v tzv. „*permanentním vegetativním stavu*“. Nejprve mluví o „*vegetativním stavu*“: „...*ve kterém nejsou přítomny známky bdělosti ani známky reakce na okolní prostředí a zdá se nemožné, že by osoba reagovala na okolí nebo že by dokázala reagovat na specifické stimuly*“.³⁰³ „*Permanentní vegetativní stav*“ je pak definován jako

301 Pokud pacient něco odmítá, musí být taková žádost s ohledem na právo na tělesnou nedotknutelnost plně respektována. Pokud pacient něco pro sebe vyžaduje, podléhá tato žádost také schválení svědomí lékaře.

302 JAN PAVEL II: Address of John Paul II to the Participants in the International Congress on „Life-sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas“: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_en.html (27. 1. 2010).

303 „*The person in a vegetative state, in fact, shows no evident sign of self-awareness or of awareness of*

„vegetativní stav“, který trvá déle než jeden rok. Nejde tak o víc než pouhou konvenci, která má ve svých důsledcích rozhodovat o hydrataci a výživě pacienta.³⁰⁴ Připomíná také případy, kdy se lidé po mnoha letech z „vegetativního stavu“ probrali a upozorňuje, že dnešní medicína to nedokáže předpovědět.³⁰⁵ Pro všechny takto postižené vyžaduje lidskou důstojnost, říká, že použití slova „vegetativní“ není zrovna nejšťastnější ve spojení s lidskou bytostí. Pro všechny, protože se jedná o lidské bytosti se svojí důstojností, protože nemůžeme z vnějšku rozhodovat o jejich životě na základě hodnocení kvality života a protože nedokážeme určit s dostatečnou jistotou jejich prognózu, vyžaduje tzv. bazální péči.

Zvlášť zdůrazňuje nutnost hydratace a výživy a to i umělými, invazivními postupy: *„Zvláště bych chtěl podtrhnout, že podávání vody a potravy, i když je prováděno umělými prostředky, vždy znamená přirozené prostředky zachování života a ne lékařský akt. Podávání vody a potravy by navíc mělo být považováno v principu za řádné a přiměřené a jako takové za mravní povinnost, a to natolik, nakolik naplňuje svou vlastní finalitu, která spočívá v podávání potravy a ulehčování utrpení pacienta.“*³⁰⁶ Zdůvodnění najdeme v dalším odstavci: *„Hodnocení možností založených na blednoucí naději na zotavení, pokud vegetativní stav trvá déle než rok, nemůže eticky ospravedlnit přerušeni minimální péče o pacienta, zahrnující nutriční a hydrataci.“*³⁰⁷

the environment, and seems unable to interact with others or to react to specific stimuli.“ Tamtéž, čl. 2.
304 *„In particular, the term permanent vegetative state has been coined to indicate the condition of those patients whose "vegetative state" continues for over a year. Actually, there is no different diagnosis that corresponds to such a definition, but only a conventional prognostic judgment, relative to the fact that the recovery of patients, statistically speaking, is ever more difficult as the condition of vegetative state is prolonged in time.“* Srov. tamtéž, 2.

305 Tamtéž, čl. 2.

306 *„I should like particularly to underline how the administration of water and food, even when provided by artificial means, always represents a natural means of preserving life, not a medical act. Its use, furthermore, should be considered, in principle, ordinary and proportionate, and as such morally obligatory, insofar as and until it is seen to have attained its proper finality, which in the present case consists in providing nourishment to the patient and alleviation of his suffering.“* Tamtéž, čl. 4.

307 *„The evaluation of probabilities, founded on waning hopes for recovery when the vegetative state is prolonged beyond a year, cannot ethically justify the cessation or interruption of minimal care for the*

Toto prohlášení vzbudilo řadu protichůdných reakcí.³⁰⁸ Některé vnímaly toto prohlášení jako jednoznačné vyjasnění zatím nejasných vyjádření v dosavadní tradici, z jiných potom zaznívaly obavy v posunu myšlení od zvažování smysluplnosti podávání výživy a tekutin v konkrétním případě k „*deontologickému hodnocení všech lékařských rozhodnutí na konci života*“.³⁰⁹ Mluvílo se také o tom, že se nově stala umělá výživa a hydratace řádnými prostředky v péči o pacienty, nebo také, že se umělá výživa stala bezpodmínečně nutnou bez ohledu na problémy, které přináší.

Na tyto námitky reagovala „*Kongregace pro nauku víry*“ ve svém „*Komentáři*“.³¹⁰ Znovu zdůraznila a na několika dokumentech magisteria ukázala, že umělé podávání tekutin a výživy považuje za řádný prostředek v péči o člověka v permanentním vegetativním stavu. Pouze v závěru dodává, „*že podávání výživy a vody je sice principiálně morální povinností, to však nevyklučuje, že v extrémně odlehých nebo chudých oblastech není tento postup možný. Potom platí věta: Ad impossibilia nemo tenerur.*“³¹¹ Avšak i v těchto případech zůstává povinnost zajistit bazální péči a obstarat, podle možností, přiměřené prostředky k udržení života. Kongregace také nevyklučuje, že při umělém podávání výživy a tekutin mohou vzniknout takové komplikace, že pacient již výživu a tekutiny již přijímat nemůže. Konečně nelze vyloučit, že ve velmi zřídkaých případech znamená umělé dodávání živin a tekutin nepřiměřenou zátěž nebo značné fyzické nepohodlí, které mohou být způsobeny komplikace při použití pomůcek, které jsou k umělému podávání výživy a tekutin

patient, including nutrition and hydration.“ Tamtéž, čl. 4.

308 K tomu srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 402.

309 SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 402.

310 KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY: Kommentar zu den Antworten auf die Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung vom 1. 08. 2007, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_notacommento_ge.html, (28. 1. 2010).

311 Nikdo nemůže být zavázán k tomu, co je nemožné.

potřeba“.³¹² Závěrem „Komentář“ dodává, že i přesto zůstává v platnosti obecný princip, který považuje podávání umělé výživy a tekutin za řádný prostředek k udržení života a nikoliv za terapeutické opatření.³¹³

Autor této práce jako kladný moment papežova prohlášení z března 2004 hodnotí kritiku hodnocení vegetativního stavu. Pouhá časová jednotka (jeden rok) nemůže být v žádném případě jediným kritériem v péči o pacienta.

Toto prohlášení však také přináší řadu diskutabilních momentů. „*Permanentní vegetativní stav*“ není medicínsky blíže diferencován. Jednoduchý název nemoci sice evokuje představu o homogenní klinické jednotce, pravdou však je, že označení „*permanentní vegetativní stav*“ v sobě skrývá různorodé příčiny, které vedly ke vzniku tohoto stavu, zastírá také rozmanitost konkrétních klinických nálezů v různém stupni závažnosti. Z toho vyplývá pak rozdílná perspektiva každého pacienta a tudíž i místo umělého podávání výživy a tekutin.

Existují však i jiné pochybnosti než pouze biomedicínské námitky. V textu není zohledněna vůle konkrétního pacienta. Z tohoto pohledu vyznívá celé prohlášení velmi silně paternalisticky. Text vůbec nereflektuje místo práva na seburčení pacienta. Narůstá tak obava, že se vposledku vytrácí ten, o něž se text nejvíce obává – pacient.

Není také zohledněn možný nesouhlas podávání výživy a tekutin

312 „*Wenn die Kongregation für die Glaubenslehre bekräftigt, dass die Verabreichung von Nahrung und Wasser prinzipiell moralisch verpflichtend ist, schließt sie nicht aus, dass die künstliche Ernährung und Wasserzufuhr in sehr abgelegenen oder extrem armen Regionen physisch unmöglich sein kann. Dann gilt der Grundsatz: Ad impossibilia nemo tenetur (Niemand ist zum Unmöglichen verpflichtet). In solchen Fällen bleibt jedoch die Verpflichtung, die zur Verfügung stehende minimale Pflege anzubieten und nach Möglichkeit die notwendigen Mittel für eine angemessene Lebenserhaltung zu besorgen. Die Kongregation schließt auch nicht aus, dass es zusätzliche Komplikationen geben kann, die dazu führen, dass der Patient Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr aufnehmen kann, dann wird ihre Verabreichung vollkommen unnütz. Schließlich wird nicht ganz ausgeschlossen, dass die künstliche Ernährung und Wasserversorgung in gewissen seltenen Fällen für den Patienten eine übermäßige Belastung oder ein erhebliches physisches Unbehagen, etwa aufgrund von Komplikationen beim Gebrauch der Hilfsinstrumente, mit sich bringen kann.*“

Srov. tamtéž.

313 Toho je možné se vzdát a jeho užití souvisí s konkrétní lékařskou indikací v daném případě.

personálem. Zde vyvstává otázka porozumění tomu, čím je lékařská indikace. Zdali lékař rozhoduje pouze o striktně medicínské stránce péče o pacienta nebo zdali rozhoduje i o podobně ošetrovatelské péče. Ale i v případě, že by lékař rozhodoval onu úzce míněnou medicínskou tvář péče o pacienta, musí rozhodnout někdo o podobně ošetrovatelské strategie. Také on potřebuje diferencovaná kritéria, která mu však tento text nenabízí. Nadto je péče o pacienta komplexní, terapeuticko-ošetrovatelská, jejíž elementy nelze paušálně rozdělovat. Také bazální péče není paušální opatření, vždy se musí konkrétně modifikovat „na míru“ konkrétnímu pacientu.

Co v situaci, že se před lékařem-katolíkem ocitne pacient s prohlášením, které za jistých okolností bude vyžadovat ukončení nebo nezahájení umělého podávání tekutin nebo stravy? Nebude toto prohlášení lékař respektovat? Pak se ale může dostat do konfliktu se zákonem, případně dokonce s ústavou svého státu.

A co potom každý z nás, dokážeme-li si sami sebe v takové situaci představit? Jak bychom souhlasili s tím, že musíme podstupovat zákroky, o které nestojíme?

Také odpověď „*Kongregace pro nauku víry*“ není bezproblémová. Sice dokládá na několika důležitých textech učení o umělém dodávání výživy a tekutin jako o řádných prostředcích v péči o pacienty, nicméně předposlední odstavec tohoto „*Komentáře*“ zná okolnosti, za kterých toto jinak řádné opatření³¹⁴ není možné naplnit. Stále platí ono „*Ad impossibilia nemo tenerur*“. Také zde zcela chybí vnímání každého pacienta jako jedinečného člověka se svým prožívání onoho utrpení, které těžké nemoci, a jiné stavy, které vyžadující umělé podávání a tekutin jsou, přinášejí.

Jaká je vlastně další tradice katolické církve v této otázce? Schockenhoff

314 Myšleno je umělé podávání výživy a tekutin.

v této otázce připomíná středověkého teologa Johanessa Gersona (1363 – 1429).³¹⁵ Ten byl tázán, za jakých okolností smí kartuziánský mnich porušit přísný slib postu a jíst maso, aby si tak mohl zachovat život. Podstatou jeho odpovědi je sdělení, že mnich vůbec nemusí přísné postní sliby porušovat, i kdyby mu to mohlo ukrátit život. Jako příklad uvádí dva důvody: chuť masa by ostatní mnichy mohla přivést ke hříchu anebo by udržení tělesného zdraví nebylo ku prospěchu spásy jeho duše.

Francisco de Vitoria,³¹⁶ kterého známe již z diskuze o řádných a mimořádných prostředcích k zachování lidského života, aplikuje svoje závěry na otázku, zda musí nemocný přijímat potravu, pokud je to nutné k zachování jeho života. Odpovídá tak, že nemocný nemusí přijímat potravu, pokud by mu to způsobovalo opravdu velké utrpení.

Existuje zde tedy napětí mezi postojem magistéria, které tvrdí, že umělé podávání výživy a tekutin patří mezi řádné prostředky v péči o nemocné³¹⁷ představou části tradice, která poukazuje na to, že člověk nemusí podstupovat nepřiměřenou zátěž ani tehdy, pokud by mu to prodloužilo život.

Problematika „*dříve projevených přání pacientů*“ vnáší do vztahu lékaře a pacienta mnohem větší důraz na osobnost pacienta. Tuto osobnost musí lékař znát a maximálně ji respektovat. Tato osoba je samozřejmě v nějakém (snad) objektivizovatelném biologickém stavu. Nad to má však také svoje prožívání a svoji nemoc nevnímá optikou biomedicínských dat, ale prožívá ji na vlastní kůži, psychologický moment je pro konkrétní osobu to nejdůležitější. Pacient pak rozhoduje o své péči na základě svého prožívání a nemusí a mnohdy ani nechce postupovat paušální terapeuticko-ošetrovatelská opatření. Je pochopitelné, že nikdo nebude pacientovi odpírat tekutiny a výživu i jejich

315 Srov. SCHOCKENHOFF: Ethik des Lebens, 339.

316 Srov. tamtéž.

317 Zvláště o nemocné v permanentním vegetativním stavu, o kvadruplegiky, o osoby s těžkou demencí, Alzheimerovou chorobou a podobně.

umělé podávání, pokud o to pacient bude stát. Pokud ale bude pacient vnímat něco jako neúnosné, je v první řadě naším úkolem tuto představu respektovat a buď se pokusit konkrétní opatření učinit únosným, nebo jím pacienta nezatěžovat, byť by to mohlo vést ke zkrácení života.

6.5 Závěr

V předcházejícím textu jsme diskutovali některé otázky, které vyvstávají v souvislosti s rozhodováním o terapeutických postupech na konci života.

V prvních podkapitole (6.1) jsme se věnovali principu dvojího efektu souvislostem s „*dříve projevenými přáními pacienta*“. Zde jsme konstatovali, že rozhodnutí o podávání např. analgetické léčby je pouze individuální a pacient má právo se k němu ve svém prohlášení vyjádřit. Zde přiznáváme, že možnost tlumit bolest pacienta i za cenu zkrácení jeho života je zneužitelná stejně, jako je zneužitelná interpretace (tedy: dezinterpretace) pacientova prohlášení. Možnosti kontroly z vnějšku jsou zde omezeny. Nicméně to ještě neznamená, že musíme oba principy (princip dvojího účinku i „*dříve projevená přání pacientů*“) odmítnout.

V druhé podkapitole (6.2) jsme se zabývali vztahu institutu „*dříve projevených přání pacientů*“ a úvah o řádných a mimořádných prostředcích. Ve svém prohlášení je to pouze pacient, kdo rozhoduje o tom, které prostředky a v jaké situaci považuje za řádné a které považuje za mimořádné. Jeho rozhodnutí bývá a musí být komplexní. Zahrnuje to, co je pro pacienta snesitelné fyzicky, psychicky, sociálně i ekonomicky. Jedná se o rozhodování podle subjektivního vnímání kvality vlastního života pacientem. Co pro pacienta únosné není, může odmítnout jako mimořádný prostředek. Také zde není zvnějšku kontrolovatelné, zdali je rozhodnutí pacienta sebezabitím nebo přijetím

smrti jako nedílné součásti vlastního života.

Také zde se ukazuje riziko institutu „*dříve projevených přání pacienta*“. Tím, že se změní kontext, ve kterém se interpretace tohoto textu odehrávají, dostává text pacientova prohlášení jiný význam a má tedy i jiné následky. Co bylo za jisté situace pro pacienta přijatelné (nebo nepřijatelné), se může za jiné situace radikálně změnit. To může ve svém důsledku pacienta výrazně poškodit.

V podkapitole 6.3 se věnujeme problematice umělé ventilace v souvislosti s „*dříve projevenými přáními pacientů*“. Také k této eventualitě se může pacient ve svém prohlášení vyjádřit. Může na základě kontextu úvahy o řádných a mimořádných prostředcích vyžadovat, odmítnout a/nebo obě tyto možnosti specifikovat na základě popisu okolností, kdy se tak má stát. Také zde však mohou kontexty, ve kterých je pacientovo prohlášení interpretováno, změnit jeho význam. I zde vyvstává nebezpečí pro pacienta, protože pacient už nebude schopen se k tomuto posunu vyjádřit.

Téma podkapitoly 6.4 se řadí mezi nejkonfliktnější témata současné bioetické diskuze na poli katolické teologické etiky, a to kvůli napětí, které existuje mezi částí tradice katolické morální teologie, která tvrdí, že člověk nemusí pro zachování svého života volit všechny prostředky, které se mu nabízejí, a to se týká i podávání výživy a tekutin, byť by mu to mohlo život prodloužit a závažným prohlášením papeže Jana Pavla II. z 20. března 2004, kde vyžaduje, aby podávání výživy a tekutin bylo povinnou součástí péče o každého nemocného a to i za cenu invazivního podávání tekutin a výživy. Toto podávání se v drtivé většině případů děje buď zavedením nazogastrické³¹⁸ sondy nebo zavedením PEG sondy. Oba postupy jsou vnímány jako invazivní a na základě práva na nedotknutelnost osoby je může pacient odmítnout. Tím ve svědomí katolických zdravotníků vyvstává ve svědomí zásadní konflikt, zdali mohou

318 Sonda, která je zavedena nosem do žaludku pacienta.

respektovat pacientovo prohlášení nebo mají zastávat papežův postoj.

V této podkapitole se snažíme problém nahlížet diferencovaněji, opět ve světle diskuze o řádných a mimořádných prostředcích. Pokud zde pacient sám určuje, co je pro něj únosné, může se tak vyjádřit i k podávání tekutin a výživy. Jsou situace, a to právě v terminálních stádiích chronických onemocnění, kdy je podávání tekutin a výživy pro pacientův organizmus příliš zatěžující. V takových situacích je jistě pochopitelné, když pacient podávání tekutin a výživy odmítne.

Také zde platí, že pacientovo prohlášení může být na základě vývoje kontextů, ve kterých se odehrává, pro pacienta rizikové. Zvláště v této oblasti nelze očekávat jednoznačnost v přístupu k pacientovu textu. Zde je možné očekávat i bouřlivou společenskou diskuzi, která se v českém prostředí velmi pravděpodobně odehraje.

7. Koncept péče o pacienta v napětí v souvislosti s institutem „*dříve projevených přání pacientů*“

V této kapitole se chceme věnovat tomu, zda má institut „*dříve projeveného přání pacienta*“ nějaký vliv na koncepci vztahu mezi lékařem a pacientem.

V podkapitole 7.1 nejprve předběžně shrneme požadavky, které institut „*dříve projevených přání pacientů*“ na vztah mezi lékařem a pacientem klade. Zde nebudeme shrnovat výsledky této dizertační práce, prezentace výsledků bude obsahem závěrečné kapitoly. Nicméně musíme nastínit nároky, které z institutu „*dříve projevených přání pacienta*“ pro vztah lékaře a pacienta, konkrétně pro požadavkem péče, vyplývají.³¹⁹

Tímto vztahem se budeme zabývat v podkapitole 7.2. Nebudeme ho analyzovat nijak systematicky, ale zaměříme se na napětí mezi respektem k pacientově autonomii a požadavkem péče, tak jak je tento požadavek vlastní lékařské profesi.³²⁰

V podkapitole 7.3 se pokusíme reflektovat dopad požadavků, které z institutu „*dříve projevených přání*“ vyvstávají na napětí, které mezi oběma postoji existuje.

³¹⁹ Že tyto nároky jsou reálné, je dáno už právním založením tohoto institutu. Naším úkolem je tedy ukázat, jak se nároky, vyvstávající z institutu „*dříve projevených přání pacienta*“ odrážejí na vztahu mezi lékařem a pacientem.

³²⁰ V německé jazykové oblasti se používají termíny „*Autonomie*“ a „*Fürsorge*“.

7.1 Požadavky, které institut „dříve projevených přání pacienta“ klade na vztah mezi lékařem a pacientem

Pro vztah mezi lékařem a pacientem v České republice je významný už sám fakt, že se institut „*dříve projevených přání pacientů*“ stal součástí českého právního řádu. Co je zde poněkud zarážející, je skutečnost, že se tomuto institutu nedostalo odpovídající vědecké pozornosti.³²¹ Příznakem tohoto nezájmu je například terminologická roztříštěnost.³²²

Pro hlubší pochopení toto institutu jsme museli vstoupit do jiného prostředí, kde je tato situace reflektována více. Autor této práce sledoval diskuzi, která se vedla ve Spolkové republice Německo. Hlavním důvodem pro tuto volbu byl fakt, že Německo, podobně jako Česká republika, nemělo až do nedávna, zákonnou úpravu, která by řešila problematiku tohoto institutu konkrétněji. Významná pro vztah lékaře a pacienta jsou ústavněprávní a lidskoprávní východiska, ze kterých institut „*dříve projevených přání pacienta*“ vychází.

Těmito východisky jsou:

1. Autonomie člověka jako předpoklad svobodného jednání.
2. Právo na ochranu lidské důstojnosti.
3. Právo na nedotknutelnost lidské osoby.

První z těchto východisek, autonomie člověka jako předpokladu svobodného jednání je také požadavkem, kterého se pacient dovolává ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Tento požadavek je výrazem touhy po respektu ke

³²¹ Např. ve srovnání se situací s Německem, kde intenzivní diskuze probíhá od 80. let 20. století.

³²² Viz podkapitolu 2.2.

svobodnému lidskému jednání jako výrazu sebeinterpretace člověka. Pouze takové jednání, které je autonomní, může zajistit také autentickou sebeinterpretaci konkrétního pacienta. Proto je na tento požadavek kladen takový důraz, a proto je základním východiskem, ze něhož pacient do vztahu k lékaři vstupuje. Stejnou autonomií je pochopitelně „vybaven“ také lékař. Také jemu jde v jeho jednání o autentickou sebeinterpretaci vlastní osoby. Vztah mezi lékařem a pacientem je komplikován dvěma momenty. Tím jedním je požadavek péče, který v sobě lékařská profese konstitutivně nese, tím druhým je odborná, tedy biomedicínská, nerovnováha mezi lékařem a pacientem a nejistota, bezradnost a bezmocnost pacienta. Tyto vztahy však budou reflektovány později.

Dalším momentem, který z německé diskuze vyplývá a má dopad na vztah mezi lékařem a pacientem, je právo na ochranu lidské důstojnosti. Z něho vyplývá požadavek na ochranu lidské tělesnosti, vztahovosti člověka a jeho transcendence. Z této trias potom vyvozujeme kontexty, v jejichž rámci je třeba text pacientova prohlášení interpretovat. Pacientův text vznikl v souvislosti s nemocí. Musíme se tedy pokusit pochopit to, co nemoc pro pacienta znamená. V této reflexi ovšem nebudeme úspěšní, pokud nepochopíme, že nemoc pacienta je zasazena do celku jeho vlastního života. Musíme se snažit pochopit, co je určující pro naplnění pacientova života. Toto těžiště jsme pro účely této práce nazvali životním projektem. Pacientův život se však odehrává také v konkrétním sociálním a spirituálním kontextu. Všechny tyto kontexty tedy tvoří interpretační rámec pacientova prohlášení. Respekt k těmto interpretačním rámcům je pak respektem k právu na ochranu lidské důstojnosti. S tímto požadavkem vstupuje tedy pacient před lékaře, když mu předává své prohlášení, kterým se vyjadřuje k péči o sebe v době, kdy už nebude schopen se ke své péči vyjadřovat. Pro vztah lékaře k pacientovi to znamená požadavek kontextuálního respektu k pacientovi. Také tento požadavek budeme hloubě reflektovat v dalším textu.

Třetím východiskem, ze kterého institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vychází, je právo na nedotknutelnost osoby. Toto právo ochraňuje zakotvenost etiky v antropologii. Z tohoto práva vyplývá požadavek na respekt ke kontextualitě lidské osoby. To také klade nárok v napětí mezi autonomií a požadavkem péče.

Další požadavek, který vyplývá z výsledků této práce je porozumění nemoci, jak ji chápou přírodní vědy a to, co nemoc znamená pro pacienta, jak tuto nemoc interpretuje on sám. Tento požadavek je výsledkem setkání a dialogu přírodních a humanitních věd. Nemoc je zde lékařem i pacientem chápána přednostně prizmatem medicíny jako aplikované biologie. Lékař vnímá nemoc jako biologický děj s jeho zákonitostmi.

Tyto zákonitosti, to znamená patofyziologii nemoci, případné komplikace, prognózu a diagnostiko-terapeutický proces předává pacientovi v domnění, že tím sděluje pacientovi vše podstatné. Také pacient sám přijímá tento přírodovědecký diskurz, protože věří, že tak lépe porozumí lékaři a koneckonců i sám sobě. Také ve svém prohlášení přijímá pacient tento přírodovědecký jazyk. Oba tak, lékař i pacient, ne zcela doceňují kontexty, ve kterých pacient svůj život žije. Dopouštějí se tak oba významného redukcionizmu, který je potom jedním z hlavních rizik v interpretaci pacientova prohlášení. Překonání tohoto redukcionizmu je potom jedním z hlavních úkolů, které je nutno ve vztahu pacienta a lékaře řešit. V této práci se zabýváme otázkami obsahu případné biomedicínské konzultace při sestavování pacientova prohlášení, řešíme také to, jakou roli při sestavování textu hraje představa o jeho adresátovi; reflektujeme také požadavek na co nejpřesnější znění textu pacientova prohlášení a na jeho doslovnou interpretaci.

Těžiště tohoto úkolu leží tedy ve vzájemné komunikaci a interpretaci událostí, jejich kontextů a textu pacientova prohlášení.

Z páté kapitoly Spiritualita a nemoc vyvstávají požadavky, které dalece přesahují kompetenci lékaře jako odborníka pracujícího v biologických vědách. Kontext spirituality vnímáme jako nejkompexnější a tím, že je otevřen tajemství, je jeho dynamika také nejobtížněji předvídatelná. Zde si již nevystačíme s jednoduchým vztahem lékaře a pacienta, ale k interpretaci pacientova textu musíme přizvat i člověka, který má ke spirituálnímu kontextu pacientova života blíže. Tento požadavek se v textu páté kapitoly objevuje několikrát. Nejpozději zde tedy vyvstává požadavek na sestavení týmu, který se bude péči o pacienta věnovat, komplexně a efektivně s ním komunikovat, bude mu pomáhat vytvářet text jeho prohlášení a později je interpretovat tak, aby co nejdříve odhadl dynamiku a směřování vývoje těchto kontextů.

Šestá kapitola přistupuje k problematice institutu „*dříve projevených přání pacienta*“ z poněkud jiného směru. Diskutuje nejčastější otázky, která se kladou v souvislosti s koncem lidského života. Tato diskuze je pak vztažena na problematiku pacientova prohlášení. V této souvislosti se musí vztah lékaře a pacienta zabývat otázkami ukončování nebo nezavádění terapie, vztahu k dlouhodobé ventilační podpoře nebo k podávání tekutin a výživy.

Z práce tedy vyplývá několik požadavků, které vstupují do vztahu lékaře a pacienta:

1. Respekt k autonomii jako podmínce autentické sebeinterpretace.
2. Respekt ke kontextualitě lidského života.
3. Respekt k textu pacientova prohlášení a jeho kontextuálnosti.
4. Snaha eliminovat rizika institutu „*dříve projevených přání pacientů*“ diskuzí těchto kontextů na pozadí setkání přírodních a humanitních věd.
5. Diskuze konkrétních opatření, jak je naznačena v souvislostech s problematikou otázek týkajících se konce života.

V komunikaci ve vztahu lékaře a pacienta nejde pouze o to, aby byl pacient obšírně informován o všech možných eventualitách jeho nemoci. Kvalitní komunikace také předpokládá, že to komunikované bude také adekvátním způsobem přijato a reflektováno. Teprve poté, co pacient prokáže, že sám aplikoval předložený teoretický rámec na konkrétnosti svého života, je možno považovat komunikaci ve vztahu mezi lékařem a pacientem za efektivní. Zde se však také ukazuje, jak aktivní roli musí v této komunikaci hrát pacient. On sám odpovídá za svoji interpretaci situace. To, že biomedicínská stránka této interpretace je pouze jedním z interpretačních kontextů, ve kterých se porozumění vlastní situaci (pacientově nemoci) odehrává, jsme již v této práci ukázali dostatečně.

7.2 Napětí mezi respektem k pacientově autonomii a požadavkem péče, jak vyplývá z lékařské profese

V této podkapitole se zaměříme na napětí mezi respektem k pacientově autonomii a požadavkem péče, tak jak je tento požadavek vlastní lékařské profesi.^{323,324}

Nechceme nyní opakovat to, co jsme uvedli v kapitole 3. Teoretická východiska „*dříve projevených přání pacientů*“. Tam jsme se principům, ze kterých institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vychází, věnovali dostatečně. Prokázali jsme tam jejich hlubokou antropologickou zakotvenost, poznali jsme, jaký význam mají pro sebeinterpretaci člověka. Také vynikla kontextualita lidského jednání, bez které bychom vůbec lidskému jednání nebyli schopni porozumět.

323 V německé jazykové oblasti se používají termíny „*Autonomie*“ a „*Fürsorge*“.

324 K historii vývoje vztahu lékař a pacient: BEGENAU Jutta, SCHUBERT Cornelius, VOGT Werner: Die Arzt-Patient-Beziehung aus soziologischer Sicht, in: BEGENAU Jutta (a kol.): Die Arzt-Patient-Beziehung, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2010.

Principy, o kterých jsme mluvili v souvislosti s institutem „*dříve projevených přání pacientů*“ však nejsou pouze jakési „ad hoc“ principy, kterými se má podložit prosazení tohoto právního institutu. Taková argumentace by byla právem označena za ideologickou. Jedná se o principy, které vycházejí z etiky lidských práv, tak jak byla v západním prostoru tato etika propracována.³²⁵ Na těchto principech spočívá zdůvodnění nutnosti svobody pro lidské jednání vůbec. To, co jsme o nich napsali jinde v této práci, platí pro lidské jednání obecně, nejen pouze v souvislosti s medicínou.

Z těchto souvislostí je tedy zřejmé, že pacient chce být respektován ne proto, že je „slabší“³²⁶ než lékař, ale protože je člověk. Protože jsou lidská práva zároveň také právy ústavními,³²⁷ je také každé jejich porušení vnímáno jako protiprávní jednání. To staví lékaře do zvláštní situace, která také nemusí být na první pohled zřejmá, a sice, že každé jednání,³²⁸ které lékař vykonal bez souhlasu pacienta, je protiprávním jednáním.³²⁹ Jednání lékaře je tedy primárně protiprávní, ledaže by měl pacientovo svolení k tomuto jednání. Tento koncept vytváří masivní právní tlak v medicíně. Není však tématem této práce zabývat se případnými negativními dopady tohoto právního tlaku na pacienta samotného. Jistě by však šlo o velmi zajímavé téma.

Čím bychom se však v této podkapitole měli zabývat více, je princip péče takový, jak je vlastní lékařské profesi a vztahu tohoto principu k požadavku respektu k pacientově autonomii.³³⁰

325 K tomu např.: FREWER Andreas (ed.): *Medizin, Ethik und Menschenrechte: Geschichte; Grundlage; Praxis*, Göttingen: V & R Press, 2009. KETTNER Matthias: *Biomedizin und Menschenwürde*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 2004. PLOMER Aurora: *The law and ethics of medical research: international bioethics and human rights*, London: Cavendish, 2005.

326 Znevýhodněn nemocí a neznalostí medicíny.

327 Alespoň v České republice a ve Spolkové republice Německo.

328 Myšleno pochopitelně v kontextu medicíny.

329 Srov. DOSTÁL Ondřej: *Náhrada škody způsobené lékařským zákrokem - základní pravidla a problémy*, <http://medico.juristic.cz/114047> (17. 5. 2010).

330 Tento konflikt vyniká například u psychiatrických pacientů. SASS Martin-Hans: *Advance Directives for Psychiatric Patients? Balancing Paternalism and Autonomy*, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 17/18 (2003) 380 – 384.

Princip péče podle Beauchampa a Childresse³³¹ souvisí s jedním z tzv. „*prima facie*“ principů, s beneficencí. Tato beneficence, tedy snaha činit dobře, má podle nich hluboké kořeny.³³² Koncept, kdy tento princip v medicínské práci převážil, nazývají „*paternalismus*“.³³³

Paternalismus definují takto: „[...] je úmyslné opomíjení preferencí nebo jednání jisté osoby jinou osobou, když ta osoba, která tyto preference a jednání opomíjí, ospravedlňuje svoje jednání prospěšností nebo zabráněním škod té osobě, jejichž preference nebo jednání byla opomíjena“.³³⁴

Oba autoři, po vzoru Joela Feinberga, rozlišují paternalismus slabý a přísný.³³⁵

Ve slabém paternalismu jednající jedná na základě beneficence nebo nonmaleficence tak, aby odvrátil podstatně nedobrovolné jednání, tzn. že chce chránit osoby proti jejich vlastním podstatně neautonomním jednáním.³³⁶ Tato jednání jsou taková, kdy osoba není adekvátně informována, trpí těžkou depresí, která vylučuje racionální úvahu, nebo její závislost je taková, že vylučuje svobodnou volbu a jednání.³³⁷ Rozumíme-li v tomto textu autonomním jednáním mj. schopnost se vyjadřovat vyjadřovat se k vlastní léčbě, znamená koncepce slabého paternalismu povinnost jednak tak, aby zdravotnický personál ochránil pacienty před jejich vlastním neautonomním jednáním. V situaci, kdy již pacient o sobě schopen rozhodovat není, to tedy znamená rozhodovat místo něho. Vystává tedy otázka, co to znamená v kontextu s institutem „*dříve projevených přání pacientů*“.

331 BEAUCHAMP, CHILDRESS, 176.

332 Sami odkazují k Hippokratovi a celému jeho dílu.

333 Nejedná se však o žádné nové označení. Navíc je tento termín používán všeobecně. Etymologii vysvětlujeme na jiném místě této práce (podkapitola 3.3).

334 „*Paternalism, then, is the intentional overriding of one person's known preferences or actions by another person, where the person who overrides justifies the action by the goal of benefiting or avoid harm to the person whose preferences or actions are overridden.*“ Tamtéž, 178.

335 „*Weak (Soft) a Strong (Hard)*“ . Srov. tamtéž, 181.

336 Srov. tamtéž, 181.

337 Srov. tamtéž.

Naproti tomu přísný paternalismus, také na základě beneficence, zasahuje do riskantního rozhodnutí a jednání osoby přesto, že toto rozhodnutí je autonomní, dobrovolné a že osoba je adekvátně informována.³³⁸

Oba autoři nepovažují za kontroverzní premisu tvrzení, že bychom měli chránit osoby od škodlivých následků, které vycházejí z podmínek, které jsou mimo její kontrolu.³³⁹ Problémem paternalizmu jsou podle obou autorů podmínky, na základě kterých bychom mohli a měli chránit ostatní proti tomu, aby si sami škodili.

Oba autoři ukazují podmínky, za kterých je přísný paternalismus odůvodněný. Těmito podmínkami jsou:

1. Pacient čelí riziku vážné škody, které se dá navíc i předejít.
2. Paternalistické jednání takové škodě pravděpodobně zabrání.
3. Předpokládaný benefit z takového jednání pravděpodobně převáží nad rizikem, které toto jednání pro pacienta přináší.
4. Má být přijato takové opatření, které bude co nejméně omezovat pacientovu autonomii a zároveň zajistí přínos pro pacienta a omezí rizika, která takové jednání pro pacienta představuje.³⁴⁰

Je závažnou otázkou, zdali požadavky, na kterých institut „*dříve projevených přání pacientů*“ stojí, nejsou tak závažné, že by naplňovaly podmínky, za kterých je postup v rámci přísného paternalizmu oprávněn. To bude ale náplní diskuze v následující podkapitole.

Pokusme se však nyní nevnímat princip k respektu k pacientově autonomii a princip péče jako vzájemně odporující si principy,

338 Srov. tamtéž.

339 Srov. tamtéž.

340 Srov. tamtéž, 186.

Jak upozorňuje Merks,³⁴¹ požadavek autonomie sám o sobě nemusí vést k plnějšímu respektu k člověku-pacientu. Autonomie může být také výrazem vzájemného nezájmu. „Pod rouškou jakéhosi sebeurčení se může skrývat odmítnutí požadavku na vzájemnou péči“.³⁴² Vedle „autonomie osamělosti“³⁴³ se vyvíjí „autonomie ve vztahu“³⁴⁴, vztahová autonomie. V těchto souvislostech se otevírají otázky vzájemných očekávání, nároků, které bychom na jedné straně mohli očekávat od druhých, na druhé straně bychom je jimi neměl přetěžovat. Koncept péče bychom neměli vnímat jako protichůdný požadavku autonomie, ale jako rozšíření tohoto pojmu.³⁴⁵

7.3 Dopad institutu „dříve projevených přání pacientů“ na souvislost vztahu požadavku k respektu k pacientově autonomii a požadavku péče

V této podkapitole se pokusíme reflektovat dopad požadavků, které z institutu „dříve projevených přání“ vyvstávají na napětí, které mezi oběma postoji existuje.

V této podkapitole se musíme ptát, co znamená institut „dříve projevených přání pacienta“ pro vztah pacienta a lékaře. Co v těchto souvislostech znamená požadavek respektu k autonomii.

Pokud bychom vnímali autonomii jako „autonomii osamělosti“,³⁴⁶ pak by

341 MERKS Karl-Wilhelm: Autonomie: Selbstbestimmung und Fürsorge, in: MAY Arnd T., CHARBONNIER Ralph (ed.): Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, Münster: Lit Verlag, 2005, 30.

342 Tamtéž.

343 „Autonomie der Einsamkeit“, tamtéž, 30.

344 „Autonomie-in-Beziehung“, tamtéž.

345 Srov. tamtéž, 31.

346 „Autonomie der Einsamkeit“, srov. tamtéž, 30. Tento pojem autonomie vnímáme sami jako poněkud defenzivní, protože jeho smyslem je spíše negativní se oddělení od ostatních. Jeho akcent spočívá spíše v ochraně vlastní osoby, než že by zval k ke vztahu.

tento koncept v souvislosti s tvorbou a aplikací pacientova prohlášení vedl spíše k pozitivistickému přístupu k textu. Text by byl interpretován doslovně, dbalo by se na to, zda je přesně popsána situace, kdy má být text použit. Pokud by tato situace přesně popsána nebyla, nebo by se byť nepatrně lišila od aktuální klinické situace, text by již aplikován nebyl. Kontextualita v přístupu k textu by byla potlačována, protože by interpretační pole tohoto textu rozšiřovala. Mělo by se pak za to, že je tak pacientova autonomie ohrožována neoprávněnou interpretací. Otázka, zdali by tento přístup vedl k naplnění pacientovy představy o svém životě, i když se k opatřením, která má podstupovat, již vyjádřit nemůže, zůstává otevřená. Výše popsaný postup nám takové záruky spíše nedává. Negativní vymezení autonomie, tj. ochrana vlastních rozhodnutí proti vlivu ostatních zdaleka k plnému a bohatému životu nestačí. Je třeba nalézt také její pozitivní naplnění.

Jak jsme uvedli v předcházejícím odstavci, koncepce autonomie jako „*autonomie osamělosti*“ napomáhá pouze velmi rámcově k tomu, aby se prosadila představa pacienta o svém životě, v době, kdy již o sobě již nebude schopen rozhodovat.³⁴⁷

Zajímavější koncept autonomie představuje „*autonomie ve vztahu*“.³⁴⁸ Tento koncept, jak jsme uvedli výše nám umožňuje nazírat na péči nikoliv jako na protiklad pojmu autonomie, ale na to, co pojem a obsah tohoto pojmu rozšiřuje. Tato koncepce nepopírá, že člověk je sociální bytostí a že svůj život naplňuje ve vztazích s ostatními. Život pacienta tak neztrácí svůj kontextuální ráz. Je-li smyslem života naplnění pacientova „*životního projektu*“,³⁴⁹ koncept péče k tomu může výrazně mu může k tomu výrazně napomoci.³⁵⁰

347 Tento význam se kryje do značné míry s právním zajištěním tohoto institutu. Antropologicky a eticky nepřináší nic nového, co by porozumění pacientovu textu mohlo usnadnit. Právní stránka institutu pouze říká, že máme na pacientovo prohlášení brát ohled.

348 „*Autonomie-in-Beziehung*“, srov. tamtéž.

349 Podrobněji k tomu podkapitola 4.4.

350 Podobně k pojmu autonomie přistupuje také feministický kontextuální přístup k autonomii, viz např.:

V situaci, kdy již pacient není schopen o sobě rozhodovat, je také plně odkázán na ostatní. V této situaci se musíme tázat, co znamená respekt k pacientově autonomii ve světle jeho prohlášení. Je to právě koncept péče, který umožní nejen takový respekt k autonomii, která je vnímána jako ochrana před nežádoucími zásahy ostatních. V konceptu péče jde o takový přístup k pacientově autonomii, který ji bude ochraňovat tvůrčím způsobem. To znamená, že v době, kdy již pacient není schopen o sobě rozhodovat, se pečuje o jeho život tak, aby se jeho osobnost dál mohla rozvíjet směrem, který pacient ve svém textu naznačil. Zde se již nevystačí s pouhými konstatováními, toho, co pacient ve svém textu pro sebe vyžaduje nebo odmítá.

V situaci, kdy již pacient není schopen o sobě rozhodovat a k této situaci se vyjádřil textem svého prohlášení, nedochází k tomu, že by se zastavila dynamika všech kontextů, ve kterých se pacientův život odehrává i přesto, že není schopen o sobě rozhodovat. Má-li tedy zdravotnický tým respektovat pacientovu autonomii, nemůže k celé situaci přistupovat jinak, než že se bude snažit co nejhlouběji pochopit smysl pacientova prohlášení v jeho souvislosti s nemocí a celým pacientovým životem. Jedině toto komplexní pochopení, tj. vnímání textu s jeho kontexty, respekt k dynamice jejich vývoje a tvořivý přístup zdravotnického týmu může pomoci naplňovat pacientovu autonomii tak, aby

PARKS Jennifer A.: A Contextualized Approach to Patient Autonomy Within the Therapeutic Relationship, in: Journal of medical humanities 4 (1998) 299 – 311. „*A contextualized approach to autonomy takes the individual as understandable in terms of her relationships with others, in terms of the social structures and institutions that shape her, and in terms of her internal capacity for autonomy.*“ „*Kontextuální přístup k autonomii znamená přijímat druhého jako pochopitelného v rámci vztahů k ostatním, s ohledem na sociální struktury a instituce, které ji utváří a s ohledem na její vnitřní kapacitu autonomie*“. Tamtéž, 307. Autorka vyžaduje akceptaci sociálního kontextu v přístupu k pacientům. Nevnímá člověka pouze individualisticky, ale v rámci sociálních vztahů. Člověk je tedy pro ni víc než pouhá biologicko-psychologická entita. Respekt k takto chápanému člověku znamená respektovat také sociální milieu, ve kterém je zakotven. To konvenuje také s naším přístupem ke kontextuálnímu čtení pacientova prohlášení.

byla výrazem snahy o co nejplnější naplnění pacientova životního projektu.^{351,352}

Také proto jsou úvahy nad kontextuální interpretací pacientova prohlášení oprávněné. Právě proto by měl zdravotnický personál znát směřování pacientova života, aby mohl porozumět tomu, jak rozumět jeho prohlášení, aby mu tak pomohl směřovat v jeho životě tam, kam si pacient přeje. Bez toho, že by zdravotnický personál pacienta znal a vnímal kontexty jeho života, by zdravotníci ani neměli přistupovat k tomu, že by pacienta s textem „*dříve projeveného přání*“ ošetřovali. A to z toho důvodu, že by nevěděli, jak mají jeho přání interpretovat. Jejich postup by pak nemohl být nutně ničím jiným, než dobře míněnou, byť přece pouhou svévolí. To by v konečném důsledku odporovalo i znění devátého článku „*Úmluvy*“, který stanoví, že se na dříve vyslovená přání pacienta má brát zřetel.³⁵³ V okamžiku, kdy mají zdravotníci před sebou text, který dovoluje prakticky jakoukoliv interpretaci, tento „*zřetel*“ ani brát nemohou.

7.4 Závěr

Institut PV vychází z konceptu z konceptu takového vztahu mezi lékařem a pacientem, kde je prosazena autonomie pacienta.³⁵⁴

Institut „*dříve projevených přání*“ přináší tolik rizik pro pacienta, že je

351 Studie SAHM S., WILL R., HOMMEL G.: Would they follow what has been laid down? Cancer patients' and healthy controls' views on adherence to advance directives compared to medical staff, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 3 (2005) 297 – 305 zkoumá, jak je pacientův text respektován. Podle této studie pacientovo prohlášení méně respektují pacienti s rakovinou a zdraví lidé. Více ho respektují zdravotničtí pracovníci. Ve vztahu zdravotnického personálu k pacientovu prohlášení je tento postoj spíše žádoucí. Poněkud zarážející je zjištění, že text pacientova prohlášení nerespektují nemocní rakovinou. Zda se jedná o ty pacienty, kteří jsou nemocní, sestaví své prohlášení a později ho nerespektují, není ze studie zcela zřejmé.

352 Na libovůli v postoji a na riziko nedorozumění k pacientovu prohlášení upozorňuje BAUER Axel: Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende: Die Patientenverfügung als Patentlösung, in: *ZME* 2 (2009) 169 – 182.

353 Srov. podkapitola 2.1.

354 Ve smyslu „*Autonomie der Einsamkeit*“, viz pod 7.3.

především v pacientově zájmu, aby tato rizika byla minimalizována.

Je otázkou, zdali koncept vztahu, v němž byla natolik akcentována role autonomie pacienta, a to do té míry, že se otázka autonomie lékaře většinou vůbec neklade, není právě problematikou „*dříve projevených přání pacienta*“ zpochybněn. Pro pacienta není řešení prosadit svůj názor navzdory mínění lékaře. Ve vztahu je nutno akcentovat komunikaci a spolupráci, protože pro porozumění a naplnění textu pacientova prohlášení je komunikace a spolupráce nezbytně nutná. Je nutná pro pacienta, protože ten bez spolupráce a komunikace nemůže své představy o svém budoucím životě sdělit.³⁵⁵ A je také nutná pro lékaře, protože ten bez spolupráce a komunikace nebude schopen postupovat tak, aby se neporušilo pacientovo právo na sebeurčení a právo na nedotknutelnost pacientovy osoby. Docházíme zde k úvaze, zdali institut „*dříve projevených přání pacientů*“ neredefinoval vztah mezi pacientem a lékařem. Tato redefinice je charakterizována směřováním k akcentu na vzájemnou komunikaci a spolupráci.

Je také otázkou, zda institut „*dříve projevených přání pacientů*“ také mnohem více neukázal, co vše je třeba pochopit, a před jakými obtížemi v komunikaci oba, pacient i lékař stojí. Stojí např. za zvážení, zda institut „*dříve projevených přání pacientů*“ musí mít onu formu písemného textu nebo třeba i ústního sdělení, kde pacient lékaři sděluje, co si bude přát, když už nebude schopen se ke své léčbě vyjádřit. Toto sdělení může zaznít a být akceptováno i v rámci komunikativně-kooperativního modelu vztahu mezi lékařem a pacientem. V atmosféře důvěry, která zcela jistě vznikne, budou-li mít obě strany zájem na komunikaci, jejím pochopení a na spolupráci, pak už nebude třeba psaný text, který bude pacientovi „zaručovat“, že jeho představy budou

355 Srov. SCHLAUDRAFF Udo: Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische Versuche zur neuen Verfügbarkeit des Lebens und Lebensendes, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2 (2001) 122 – 128.

naplněny.

Jedině za této situace budou překonány ony dva důvody, ze kterých institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vzešel, z obavy tedy, že bude pacientův život neúměrně prodlužován nebo ovlivňován způsobem, který by si pacient nepřál a kvůli nedostatku komunikace mezi lékařem a pacientem.³⁵⁶

Práva pacienta tedy nezaručí samotný text pacientova prohlášení sám o sobě, ale vzájemná spolupráce a snaha o porozumění tomu, co sděluje druhá strana.

Nároky, které jsou kladeny na obě strany, jsou obrovské. Pacient musí sdělit, jakou má představu o svém budoucím životě, a musí ji sdělit srozumitelně. Lékař musí sdělit, jaké jsou jeho³⁵⁷ možnosti.

Chceme-li opravdu překonat koncept paternalizmu, musí být pacient opravdovým partnerem v dialogu, a to i za cenu, že nebude pochopen, že něco svojí vinou ztratí. Situace, kdy za pacientovu autonomii, za jeho rozhodování, za informace, podle kterých se pacient rozhoduje, a za to, jak tyto informace pacient interpretuje, ručí lékař, tedy druhá strana vztahu, není překonáním paternalizmu, ale jeho petrifikací.

356 Srov. podkapitola 4.1.

357 Odborné i etické.

8. Závěr

Tato dizertační práce řeší otázku, předloženou v Úvodu této práce: „Jaký smysl má institut „dříve projevených práv pacientů“ v celém komplexu medicínské komunikace a jak tomuto institutu rozumět? Jak máme k tomuto textu přistupovat? V jakých kontextech se interpretace tohoto textu odehrává? Jaká jsou rizika a jaký je přínos tohoto institutu.“

Na samém počátku jsme si kladli otázku, jak máme postupovat, abychom na tyto otázky odpověděli. Nejprve, a to především z terminologických důvodů jsme zmapovali českou situaci. Zde jsme zjistili dvojí. Problematika sama stojí na okraji zájmu české odborné veřejnosti, která se problémům lékařské etiky věnuje. Tomu odpovídá i druhý zjištěný fakt, totiž poměrně značná terminologická roztržitost. My v naší práci, z důvodů zmíněných v kapitole, která se českému prostředí věnuje, jsme zvolili termín „*dříve projevená práni pacienta*“. Obě tato fakta, spolu se skutečností, že i u nás, podobně jako v jiných státech, se uvažuje o zákonné úpravě této problematiky, jsou důvodem pro vznik této práce.

Situaci v Německu jsme se věnovali proto, abychom se ní poučili více. I zde máme dvojí výsledek. Jednak během tvorby této práce dosáhli v Německu dohody na zákonné úpravě. Problematika německých „*Patientenverfügungen*“ je ve Spolkové republice Německu upravena v rámci opatrovnického práva. I to by mohlo být inspirací pro české zákonodárce. V Německu každý, kdo sepíše svoje „*Patientenverfügung*“ ustanovuje také opatrovníka, který v době, kdy se má text pacientova prohlášení naplňovat, je lékařem partnerem v interpretaci pacientova prohlášení. Autor práce, zvláště na základě výsledků uvedených níže, doporučuje podobné opatření i v České republice. Druhým výsledkem, pro naši práci zásadním, je lidskoprávní analýza předpokladů, ze kterých

„*Patientenverfügungen*“ vycházejí. Tato lidská práva jsou zakotvena v německé ústavě. Institut „*Patientenverfügungen*“ má tedy výrazné ústavněprávní a lidskoprávní zakotvení. Lidskými právy, ze kterých institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vychází, jsou:

1. Autonomie člověka jako předpoklad svobodného jednání.
2. Právo na ochranu lidské důstojnosti.
3. Právo na nedotknutelnost lidské osoby.

Každému z těchto práv jsme věnovali samostatnou podkapitolu v kapitole třetí, Teoretická východiska „*dříve projevených přání pacientů*“. Tato práva jsme analyzovali a tyto výsledky aplikovali na institut „*dříve projevených přání pacientů*“.

V analýze pojmu autonomie a v hledání souvislostí s problematikou „*dříve projevených práv pacientů*“ jsme vycházeli z klasické práce autorů Beauchampa a Childresse, *Principles of biomedical ethics*. Oba autoři se v tomto díle zabývají autonomií jako jedním ze čtyř principů, ze kterých, podle nich, mají současné diskuze v etických otázkách medicíny vycházet. Autonomie, tak jak ji oba autoři chápou, je především autonomií ve smyslu „*autonomní volby*“. Ta má tři parametry: intencionalitu, porozumění a absenci determinujícího vlivu. Kromě samotného pojmu autonomie se autoři, právě v souvislosti s autonomií, zabývají také otázkou rozhodování za pacienty, kteří již nejsou schopni se rozhodovat. Předkládají tři strategie: 1. tzv. „*the substituted judgment standard*“, jemuž vytýkají hypotetičnost a v běžném rozhodování praktickou nepoužitelnost, potom 2. princip „*čisté autonomie*“. Zde se má vycházet z tzv. „*subjektivního testu*“, což jsou předchozí autonomní rozhodnutí, která pacient v podobné situaci učinil. Tato autonomní rozhodnutí poznáme z poznáme z předchozího písemného vyjádření, z ústního sdělení pacienta rodině, přátelům nebo poskytovateli zdravotní péče, ze sdělení právnímu zástupci, z názorů

pacienta na péči, která byla poskytována jiným lidem, z jeho náboženské víry a zásad. Třetí strategií je rozhodování podle „nejlepšího zájmu pacienta“. Ve standardu rozhodování podle nejlepšího pacientova zájmu musí ten, kdo za pacienta rozhoduje, určit nejvyšší čistý prospěch ze všech možností, které se nabízejí. Podstatou tohoto standardu je rozhodování podle kvality života pacienta.

Text Beauchampa a Childresse je pro řešení problému naší práce přínosný z několika důvodů. Do centra jednání v medicíně, a tím je přínos tohoto díla, i když ve filozofii ne zcela nový, tak na poli medicíny zásadní, staví jedince. Je to tak proto, že jedině svobodné jednání, jehož je autonomie člověka předpokladem, je také výrazem autentické sebeinterpretace člověka. Právě medicína je výrazně ohrožena manipulací s obrazem člověka. Dalším přínosem úvah Beauchampa a Childresse je hledání pramenů autentických rozhodování pacienta.

Těmito prameny jsou otázky již zmíněného tzv. „subjektivního testu“. Jde v nich o hledání směru vývoje a dynamiky názorů pacienta. Kriticky hodnoceno je však jisté, že ani zde se neobejdeme bez otázek po interpretaci těchto údajů. Tyto otázky nás vedou k úvahám o kontextuálnosti těchto jednotlivých výroků. Bez respektu ke kontextům těchto výroků jim nelze porozumět lépe než tehdy, když budeme tyto kontexty respektovat. Úvahy o rozhodování podle „nejlepšího zájmu pacienta“ jsou vlastně úvahami o kvalitě života pacienta. To je jistě velmi konfliktní postup, nicméně úvahy o řádných a mimořádných prostředcích v medicíně se těmito úvahám velmi podobají. I my se těmito otázkami zabýváme v kapitole šesté.

Text Beauchampa a Childrese tedy přináší do naší problematiky trojí: 1. respekt k autonomii pacienta, coby předpokladu svobody jednání člověka, jež je východiskem pro jeho autentickou sebeinterpretaci, 2. hledání autonomních

vyjádření pacienta, které, viděno kriticky autorem této práce, se neobejde bez respektu ke kontextům, ve nichž tyto výroky vznikaly, 3. hledání „nejlepšího zájmu pacienta“ znamená ve spojení s pojmem autonomie respekt k subjektivnímu prožívání nemoci pacientem.

Druhým ústavním a lidským právem, ze kterých institut „*dříve projevených přání*“ vychází, je právo na ochranu lidské důstojnosti. Zde nás zajímá především to, co je onou lidskou důstojností, kterou chce toto právo chránit, jaká jsou jeho východiska a co přináší jeho obsah k řešení otázek této práce. Kromě antické filozofie a evropského humanizmu vychází právo na ochranu lidské důstojnosti také z křesťanské etiky. V souvislosti s teologickým obsahem se odkazuje na stvořenost podle Božího obrazu. V souvislosti s tímto obrazem pak odvozujeme, že právo na ochranu lidské důstojnosti chce chránit především trias, které z koncepce stvořenosti podle Božího obrazu vyplývá. 1. lidskou tělesnost, 2. vztahovost člověka, 3. jeho transcendenci.

K řešení otázek naší práce přispívá analýza práva na ochranu lidské důstojnosti tím, že nachází kontexty, ve kterých se má pacientův text interpretovat. Těmito kontexty je právě lidská tělesnost, jeho vztahovost a jeho transcendenci. Blíže můžeme nacházet tyto kontexty v rozpracování podkapitoly 4.3 Kontexty interpretace pacientova prohlášení. V této kapitole potom rozpracováváme východiska analýzy práva na sebeurčení. Text pacientova prohlášení vzniká v souvislosti s pacientovou nemocí, ať očekávanou nebo skutečnou. I nemoc, chceme-li ji lépe porozumět, musíme vnímat v souvislostech celku pacientova života. Pacientův život se však neodvíjí ve vztahovém vakuu, ale má rozměr sociální a spirituální. Dalšímu rozpracování těchto kontextů se věnujeme níže.

Třetím právem, z něhož institut „*dříve projevených přání*“ vychází je právo na nedotknutelnost lidské osoby. Zde se ukazují hluboké souvislosti mezi

antropologií a etikou. Je-li etika „*aplikovanou antropologií*“, pak se nevyhneme úvaze o tom, co je podstatou lidské osoby. Sami ji poznáváme jako „*dynamicky se vyvíjející tvůrčí rozum, existující v určitém dějinném a kulturním kontextu. Odkaz na stvořenost podle Božího obrazu je pak teologickým rozměrem této definice*“.³⁵⁸ V tomto právu nacházíme zdůvodnění toho, proč musíme respektovat text pacientova prohlášení a proč nemůžeme pominout ony již zmiňované kontexty interpretace. Ono „*proč*“ spočívá v tom, že kontexty interpretace pacientova prohlášení jsou zároveň i kontexty osoby, ve kterých tato osoba existuje. Chce-li institut „*dříve projevených přání pacientů*“ chránit nedotknutelnost osoby, musí také chránit i onu kontextuálnost lidské osoby.

Po analýze lidských práv, ze kterých institut „*dříve projevených přání*“ vychází a aplikaci výsledků této analýzy na problematiku pacientova prohlášení jsme se v následující čtvrté kapitole věnovali podrobnějšímu rozpracování těchto výsledků.

V úvahách jsme nemohli pominout historický kontext vzniku institutu „*dříve projevených přání pacientů*“. Poznali jsme, že jedním důvodem vzniku tohoto institutu byly obavy pacientů z toho, že s jejich životem bude manipulováno tak, jak by si sami nepřáli. Druhým důvodem byl pak nedostatek komunikace mezi lékařem a pacientem. Důvodem jeho vzniku byla tedy obava a nedostatek. Níže se budeme ptát, zdali tuto obavu a tento nedostatek tento institut opravdu odstraňuje a jestli ji vůbec odstranit může.

V úvaze podkapitoly 4.2 se ptáme, zdali můžeme pacientovo prohlášení vnímat jako zcela samostatný nástroj prosazení pacientovy vůle mimo kontext komunikace mezi lékařem a pacientem. Velmi záhy docházíme k tomu, že takový postup zcela ignoruje důstojnost lékaře jako člověka tím, že potlačuje jeho svobodu jednání. Také tím je zajištěna teze o nutnosti kontextů interpretace

³⁵⁸ Podkapitola 3.3 Nedotknutelnost osoby jako východisko institutu „*dříve projevených přání pacienta*“.

pacientova prohlášení. Tyto kontexty můžeme poznat pouze v ovzduší vzájemné otevřené a spolupracující komunikace.

Po dalším zajištění teze o kontextech interpretace pacientova prohlášení jsme v následující (4.3) podkapitole pokračovali v rozpracování jednotlivých kontextů a jejich vlastností. Předně rozpracováváme kontext tělesnosti jeho souvislosti s nemocí. Nemoc pak chápeme jako ne-možnost („*ne-moci*“) uskutečňovat svůj životní projekt. Sociálnímu kontextu v souvislosti s nemocí se práce nevěnuje, protože práce chce být především prací v oblasti etiky individuální, nicméně ani tento aspekt nepomíjí zcela. To vše se odehrává v kontextu spirituality a nemoci. Všechny tyto kontexty mají vlastní dynamiku, proměnlivost a směřování a proto také nejasnou předvídatelnost jejich vývoje. Jsou to právě tyto jejich vlastnosti, které činí institut „*dříve projevených přání pacientů*“ tak rizikovým nástrojem v péči pacienta o prosazení vlastní vůle. To je jeden z parciálních výsledků, které budeme sumarizovat později.

K pojmu nemoci se pak vracíme v analýze nemoci jako objektu přírodovědeckého zájmu a interpretace (prožívání a porozumění) nemoci pacientem (podkapitola 4.5). Zde jsme došli k metodologicky nevyhnutelnému napětí mezi přírodními a humanitními vědami. Právě zde nacházíme kořeny jednoho z vnitřních rozporů, který v sobě institut „*dříve projevených přání pacientů*“ nese: Ačkoliv se pacientovo prohlášení chce vyjadřovat k tomu, co pacient prožívá, jaké má obavy o svůj život, o naplnění svého životního projektu, tak o těchto obavách nemluví a vyjadřuje prakticky pouze jazykem biologické medicíny. K tomuto parciálnímu výsledku se vrátíme v textu Závěru později.

V podkapitole 4.6 se vyjadřujeme k otázkám, které někdy vyvstávají v diskuzi kolem „*dříve projevených přání pacientů*“. V podkapitole 4.6.1 se věnujeme otázce biomedicínského poradenství ve vztahu k „*dříve projeveným*

přáním pacientů“. Jistě nelze nikomu takovou konzultaci přikazovat, pro smysluplné sestavování pacientova textu má však taková konzultace dvojí důvod. Jednak z důvodů biologických daností dané nemoci, které nemusí pacient teoreticky znát, a také proto, že pacientovi chybí zásadně klinická zkušenost jako dovednost, takže znalosti získané studiem literatury jistě k celému pochopení nemoci jako biologického procesu nestačí. Tím dalším důvodem, proč je taková konzultace vhodná, je situace, ze které celý institut vznikl. Jedním z důvodů vzniku institutu *„dříve projevených přáním pacientů*“ byl nedostatek komunikace mezi lékařem a pacientem. Pokud by tedy pacient konzultaci s lékařem o biomedicínských otázkách pominul, postupoval by při tvorbě svého textu přímo proti jeho duchu.

V podkapitole 4.6.2 se věnujeme adresátům pacientova textu. Docházíme k tomu, že pro interpretaci pacientova textu je zdaleka nejvýhodnější vzájemná znalost s lékařem nebo s týmem, který má v budoucnosti pacientovo prohlášení plnit. Navíc se ukázalo, že v ideálním případě plného vzájemného porozumění mezi pacientem a ošetřujícím personálem pozbývá institut *„dříve projevených přáním pacientů*“ důvod své existence. Zmizela totiž obava z nevhodné manipulace s životem pacienta a pominul také nedostatek komunikace, který stojí v historických základech tohoto institutu.

V podkapitole 4.6.3 se zabýváme otázkou po rozsahu biomedicínské konzultace mezi lékařem a pacientem. Zde vyžadujeme po pacientovi co nejhlubší medicínské znalosti. Navíc zde otevíráme možnost vzniku komplikací, jejich závažnost, vývoj a dopady na zdravotní stav pacienta jsou také velmi obtížně předvídatelné. Další otázku zde kladenou, je otázka po prognóze celkového vývoje. Zde diferencujeme. Pokud má nemoc poměrně známý a dopředu odhadnutelný průběh, nese s sebou institut *„dříve projevených přání pacienta*“ mnohem menší riziko než pokud se vyjadřuje k nemoci, která může

(biomedicínsky viděno) nabrat jakýkoliv směr a dynamiku.

V podkapitole 4.6.4 se zabýváme problematikou požadavku na co nejpřesnější znění pacientova prohlášení a požadavku na doslovnost jeho interpretace. Tyto dva požadavky jsou neseny starostí o co nejjasnější ochranu lidských práv pacienta a takto formulovány vycházejí tyto požadavky z právního světa, vedeny snahou o co nejzřetelnější kontrolovatelnost plnění pacientových představ. V požadavku na co nejpřesnější znění pacientova textu vnímáme dvojí výhodu. Takový požadavek by byl smysluplný ve chvíli, kdy by byla stanovena taková kritéria (obsahová a interpretační), která by umožnila později pacientův text jednoznačně interpretovat. Další výhodou je svědectví propracovaného textu o úvahách, které tvorbu textu předcházely a doprovázely. Taková práce svědčí o zralosti osobního zpracování závažných životních témat, kterými jistě otázky kolem života, smrti, zacházení s vlastním tělem, jistě jsou. Požadavek na co nejpřesnější znění a na doslovnou interpretaci přináší jistá rizika. Především je to rezignace na požadavek interpretace textu. Problémem požadavku na doslovnost plnění pacientova prohlášení je napětí mezi biomedicínským faktem a jeho interpretací, významem pro život pacienta. Z obou těchto požadavků (co nejpřesnější znění pacientova prohlášení a jeho doslovná interpretace) nakonec vyvstává obava, zdali ony samy nebudou nakonec tou překážkou, která zabrání aplikaci pacientova prohlášení.

Podkapitolou 4.6.5 dále rozpracováváme vnímání nemoci pacientem a souvislost s jeho „*dříve projeveným přáním*“. Vyplývá z ní, že vztah mezi biologickým stavem organismu a psychologickým prožíváním tohoto stavu pacientem je nejasný. Psychologický, sociální a spirituální rozměr člověka nelze redukovat na pouhý důsledek biologických procesů. Psychologické prožívání tedy může být i zcela rozdílné od toho, co by na základě posouzení biologického stavu pacienta předpokládal ošetřující personál. Rozdílnost oněch kontextů vede

potom k požadavku na multioborovou komplexní péči o pacienta a interpretaci jeho prohlášení.

Podkapitola 4.6.6 Jednostrannost v obsahu pacientova prohlášení nachází a komplexně shrnuje především limity a rizika, která institut „*dříve projevených přání*“ přináší. Jedná se o jednu ze zásadních částí této práce.

Vycházíme z historického kontextu vzniku tohoto institutu a konstatujeme, že motivací pro jeho vznik byla obava pacienta o nežádoucí manipulaci se svým životem a upadající komunikace mezi lékařem a pacientem. To, že se medicína redukovala na biomedicínu vedlo pacienta k tomu, aby se ve svém prohlášení vyjadřoval především biomedicínským jazykem v představě, že mu tak bude lékař, který je orientován především biomedicínsky, lépe rozumět. Tím však redukoval svou skutečnou motivaci na její biomedicínský rozměr (pacientovi jde především o naplňování svého životního projektu, o své sociální vztahy a o spirituální kontext svého života). Jazyk biomedicíny však tyto komplexní představy zachytit nemůže, protože se jedná o jazyk, který nemá terminologické instrumentarium pro obsahy vycházejících z jiných kontextů. Tak docházíme k jednomu z vnitřních rozporů, které institut „*dříve projevených přání pacientů*“ skrývá.

Dalším limitem a z něj vycházejícím rizikem tohoto institutu je fakt, že pacient sám dopředu odhaduje význam biomedicínských fakt pro celou komplexitu svého budoucího života. Jde však o tentýž redukcionismus, kterého se pacient dopustil na lékaři, když mu sděloval své představy o životě prostřednictvím biomedicínského jazyka. Při sestavování svého prohlášení se tohoto redukcionismu dopouští pacient sám na sobě. „*Pacientovo dříve projevené přání*“ chce řešit problémy komunikace, smyslu života, naplňování životního projektu, chce mluvit o sociálním a spirituálním kontextu svého života, ale tyto problémy řešit nemůže, protože o nich nemluví. A když o nich mluví, tak

jiným jazykem, který nemusí být v „jiné jazykové oblasti“ vždy srozumitelný. Z toho potom vyplývá požadavek na mnohem větší komplexitu pacientova textu a na náročnost jeho sestavování. Pacient by musel popisovat i kontexty, ve kterých se jeho život odehrává a v době, kdy již o sobě nebude schopen rozhodovat, i budou odehrávat (samozřejmě s jejich dynamikou, proměnlivostí i směřováním). Bude to muset také učinit jazykem těchto kontextů. Takto komplexní prohlášení by pak mohlo řešit komunikační deficit a obavy pacienta, které byly důvodem vzniku tohoto institutu. To však klade naprosto nové nároky na zdravotnický systém v České republice, na vzdělávání lékařů a organizaci práce ve zdravotnických zařízeních.

Kapitola pátá, Spiritualita a nemoc, se zabývá spirituálním kontextem života člověka a vztahu tohoto kontextu k problematice „*dříve projevených přání pacienta*“. V podkapitole 5.1 jsme se zabývali klasickými vztahy mezi „*pneuma*“, „*psyché*“ a „*sarx*“. V podkapitole 5.2 potom hledáme rysy soudobé spirituality a to s co nejširším záběrem tohoto pojmu, protože nám jde o to, abychom postihli spirituální rozměr každého člověka. Také se zde zabýváme charakteristickými tendencemi spirituality naší doby. V podkapitole 5.3 se pak věnujeme spiritualitě jako způsobu prožití života.

V analýze vztahů mezi „*pneuma*“, „*psyché*“ a „*sarx*“ docházíme k tomu, že pominutí jednoho z vrcholů pomyslného trojúhelníku, které tyto termíny tvoří, vede k redukci ve vnímání člověka a k jeho dezinterpretaci. To se také odráží v pohledu na text pacientova prohlášení. Navíc nacházíme poměrně nejasný vztah duchovního života (nacházející svůj výraz v hledání životního smyslu) a jeho psychologického prožívání. Ono „*pneuma*“ zvnějšku vnímáme pouze skrze „*psyché*“. Mezi nimi však není jednoznačně definovatelný vztah. To může vést k zásadnímu nepochopení onoho „*pneumatického*“ v člověku. Tato zásadní niternost „*duchovního*“ jde potom výrazným limitem v interpretaci

pacientova prohlášení.

Pokud se v podkapitole 5.2 zabýváme tím, jaké rysy má soudobá spiritualita, činíme tak ze dvou důvodů. Jednak nemají všichni pacienti tak vyhraněnou spiritualitu, aby k ní bylo možno nějak snadno přistupovat, jednak nám šlo o snahu porozumět tendencím, v nichž se dnes spirituální život odehrává, můžeme-li takto generalizovat tento subtilní a intimní jev. Jedním z rysů současné spirituality je zájem o tajemství, projevující se mj. zájmem o astrologii, věštění z karet nebo jiné praktiky, snažící se „přijít tajemství na kloub“. Tato snaha má však i svůj pozitivní rozměr v tom, umožňuje člověku připomínat si, že nejzazší horizont jeho vlastního života je vždy otevřený. To také znamená, že horizont, ze kterého pacient pak interpretuje smysl svého života, pak nechává také otázku po hotovosti, úplnosti tohoto smyslu také otevřenou.

Tím se neustále otevírá otázka i po smyslu života. Také on není nikdy uzavřen. Fenomén tajemství, jak ho analyzujeme v této podkapitole činí také interpretaci pacientova textu extrémně náročnou. Fenomén tajemství totiž znamená, že i rámec interpretace pacientova textu je zásadně otevřen, a tedy nehotov. Interpretace pacientova textu není tedy nikdy u konce a není nikdy zcela uchopitelná, tak jako tajemství samo. Dalším rozměrem, kterým se dnešní spiritualita podle Slovníku spirituality vyznačuje, je zájem o východní meditaci. V tomto rysu můžeme číst dvě tendence: pozitivní hodnocení tělesnosti člověka a citlivější vnímání souvislosti mezi tělesným a duševním v člověku. V západní medicíně se tato tendence projevuje v programu psychosomatické medicíny. Znovu se zde, nyní z poněkud jiného směru, vrací otázka po prožívání nemoci pacientem a významu tohoto prožívání. Zájem o východní meditaci může být také příznakem o mravní autentičnost lidského žití.

Z toho vyplývá dvojí: jak se bude ona autentičnost v interpretaci

pacientova textu projevovat, a také požadavek, aby v týmu těch, kdo bude pacientovo prohlášení interpretovat byl někdo, kdo bude lépe rozumět oné snaze pacienta o mravní autentičnost v její konkrétní podobě.

Dalším rozměrem dnešní spirituality je akcent na duchovní společenství. Zde jde o souvislost kontextu duchovního společenství s interpretací pacientova textu. Pro personál to může také znamenat, že nemůže pacientovo prohlášení interpretovat ve svém duchovním kontextu, protože personál nepatří do duchovního společenství, v němž pacient žije. Posledním charakteristickým rysem, který v těchto souvislostech zmiňujeme je existenciální rys běžné lidské zkušenosti. Tím je míněno vědomí transcendentního rozměru lidského jednání. To také znamená, že víra prožívaná v rámci takových zkušeností nemusí být tak institucionalizovaná, ale žije se mnohem civilněji.

Tento moment pak rozpracováváme podrobněji v podkapitole 5.3. Zde nacházíme především tři rysy: existencialita lidského života, milost a hledání smyslu života. V této kapitole se především ukazuje na vztah k živému Bohu. Protože je dynamika Božího působení v dějinách člověka tak autonomní, stává se duchovní horizont interpretace pacientova prohlášení naprosto otevřeným. Posledním momentem v těchto souvislostech je hledání smyslu lidského života jako cesty spásy jednotlivce. Zde nemůžeme neodkázat na dílo V. E. Frankla.³⁵⁹ Otevírá se zde otázka nemoci jako úkolu. Nenalzáme zde však na odpověď na otázku, jaký smysl má nemoc pro takového člověka, který ji tělesně i lidsky podlehl a je definitivně zlomen.³⁶⁰ Zde vnímáme odkaz na tajemství lidského života jako laciné řešení a přiznáváme svoji bezradnost.

Ze vsí reflexe souvislosti nemoci člověka a jeho spirituality vyplývá

359 FRANKL Viktor Emanuel: *Ärztliche Seelsorge*, München: Kindler Verlag, 1975. Česky FRANKL Viktor Emanuel: *Lékařská péče o duši*, Brno: Cesta, 1995. FRANKL Viktor Emanuel: *Vůle ke smyslu*, Brno: Cesta, 1994.

360 O souvislostech identity a nemoci a jejich různého vzájemného ovlivňování a vývoje: HAGEN Thomas: *Krankheit - Weg in die Isolation oder Weg zur Identität: theologisch-ethische Untersuchung über das Kranksein*, Regensburg: Pustet, 1999.

dvojí: to, že duchovní rozměr člověka je zásadně otevřeným horizontem, který činí interpretaci pacientova textu vždy nehotovou a to, že členem týmu, který by měl o pacienta pečovat a později také jeho prohlášení spoluinterpretovat, by měl být člověk, který se může ke spirituálnímu kontextu života konkrétního pacienta nejlépe vyjádřit. To může, ale také nemusí, být duchovní konkrétní církve. Může to být ale také osobní přítel pacienta.

V následující, šesté kapitole se zabýváme problematikou institutu „dříve projevených přání pacientů“ v souvislosti s otázkami týkajícími se konce života. Zde v podkapitole 6.1 Zabít nebo nechat zemřít? se zabýváme otázkou principu dvojího účinku a dříve projevených přání. Přiznáváme zde možnost zneužití tohoto principu i zneužití textu pacientova prohlášení k provedení eutanázie.

V podkapitole 6.2 Řádné a mimořádné prostředky v souvislosti s „dříve projevenými přáními pacienta“ nacházíme požadavek na individuální určení toho, co patří mezi řádné a mimořádné prostředky péče o pacienta. To je také součástí pacientova textu.

V dalších dvou podkapitolách, 6.3 (problematika umělé ventilace) a 6.4 (Problematika hydratace a výživy pacientů). Zde se vyjadřujeme k nejpálčivějším problémům, které bývají v souvislosti s institutem „*dříve projevených přání pacientů*“ reflektovány. Problematiku umělé ventilace můžeme vnímat prizmatem úvahy o řádných a mimořádných prostředcích a tak pochopit, zdali dechovou podporu vnímá pacient jako kvalitativní a pozitivní posun ve své nemoci tak, že mu pomáhá žít sice omezený, přesto plnohodnotný život nebo zdali se jedná pouze o oddálení nevyhnutelného, tedy vlastní smrti. Diskuze o podávání tekutin a výživy v podkapitole 6.4 je mnohem dramatičtější.

Do této diskuze zasáhl velmi výrazně Jan Pavel II. ve svém příspěvku z března 2004 požadavkem, aby podávání výživy a tekutin považováno vždy za řádný prostředek v péči o pacienta. Toto vyjádření později modifikovala

Kongregace pro nauku víry ve svém, výše reflektovaném, prohlášení. Také část katolické tradice nepovažuje podávání výživy a tekutin za vždy povinné k uchování života. Autor této práce se také přiklání k individuálnějšímu řešení v této otázce. Znamená to, že pacient ve svém prohlášení může určit, zda a za jakých souvislostí a nakolik invazivní je nebo není podávání výživy a tekutin pro jeho život smysluplné a to by měl ošetřující tým respektovat.

V poslední, sedmé, kapitole se zabýváme dopady institutu „*dříve projevených práv pacienta*“ na vztah mezi lékařem a pacientem, respektive na to, jak dopadají nároky tohoto institutu na napětí mezi požadavkem respektu k pacientově autonomii a požadavkem péče. Z konceptu, kde se razantně prosazuje pacientova autonomie, také tento institut vychází a přináší také pacientovi značná rizika. Je však otázkou, zdali není tento model, právě institutem „*dříve projevených přání pacienta*“ zpochybněn. Smyslem pacientova prohlášení není prosadit svůj názor navzdory mínění lékařů, ale mít možnost ovlivňovat svoji terapii i tehdy, kdy již pacient není schopen se k této terapii vyjadřovat. To je jistě snáze uskutečnitelné v ovzduší komunikace a spolupráce, protože pro porozumění a naplnění textu pacientova prohlášení je komunikace a spolupráce nezbytně nutná.

Pacientův text s sebou nese riziko principiálního nepochopení. V čem tato rizika spočívají?

1. Omezením pacientova prohlášení jako textu, kde se pacient vyjadřuje k tomu, jakou péči by si představoval v okamžiku, kdy již není schopen se k této péči vyjádřit, je především staticita pacientova textu oproti dynamice vývoje všech vztahů a kontextů, které porozumění tomuto textu podmiňují. Tyto kontexty mají svoji vlastní dynamiku, proměnlivost a směřování. Tomu odpovídá i nepředvídatelnost jejich vývoje. To je jeden ze zásadních rozporů, které v sobě institut „*dříve projevených přání*

pacientů“ nese. Je to zásadní riziko a omezení a je nutno položit otázku, kdo toto riziko má nést a jak se má zachovat lékař v dilematické situaci.

2. Další velmi závažnou námitkou je fakt, že samo pacientovo prohlášení se vyjadřuje o věcech, o nichž se vyjadřovat nechce, a jazykem, kterým se vyjadřovat nechce. Pacientovi nejde primárně o biomedicínskou stránku věci, ale prožívání své nemoci, svého života a o vztahy, ve kterých žije. Pacientovo prohlášení se navíc vyjadřuje jazykem, kterým se vyjadřovat nechce. Používá jazyk biomedicíny. Pacient chce mluvit o tom, jak si představuje svůj život, o jeho smyslu, a to je jiný jazyk, než jazyk biomedicíny.
3. Je možné vtěsnat pacientův život do tiskopisu?
4. Pacient se nejenom nemůže vyjádřit k vývoji mnoha kontextů, ve kterých se jeho život odehrává, on se nemůže vyjádřit ani k textu samému.

Institut „*dříve projevených přání* pacienta“ je pouze součástí komunikace mezi lékařem a pacientem a navíc částí dosti rigidní.

Přináší však také i pozitivní momenty:

1. Vstup práva do komunikace mezi lékařem a pacientem. Chce-li lékař pacientovu textu později rozumět, musí před tím s pacientem hovořit. Např. předloží-li pacient text zcela neznámému lékaři, mohou být naopak následky pro pacienta katastrofální.
2. Byla-li řeč o tom, že pacient neprožívá svoji nemoc prizmatem biomedicínských dat o své nemoci, ale jinak, je to velká výzva pro mnohem užší spolupráci medicíny s psychologíí.
3. V rámci komunikace existují různé kontexty, ve kterých se interpretace pacientova prohlášení odehrává. Máme-li rozumět pacientovi, musíme

rozumět kontextům, ve kterých pacient svůj život žije.

4. To znamená o pacienta se musí starat tým lidí, který interpretací oněch kontextů rozumí.

Jsme-li, alespoň v České republice, svědky razantního vstupu práva do medicíny, nejedná se o izolovaný jev. Je pouze symptomem napětí mezi biomedicínou³⁶¹ a humanitními vědami. V medicíně jde o víc než o pouhé biologické uchopení a ovládnutí člověka. Jde také o jeho pochopení a porozumění. To však nemůže biomedicína sama o sobě, protože jako úzce specializovaná přírodní věda nemá odpovídající metodologický aparát. Otázky pochopení a porozumění jsou především otázkami humanitních věd.

Nelze zůstat pouze u toho, že konstatujeme, že mezi přírodními vědami (v našem případě medicínou) a humanitními vědami existuje napětí. To je zřejmé i běžnému pozorovateli. Větší výzvou je vztah mezi nimi, struktura a obsah jejich vzájemné komunikace.

Ani tento dialog však není sám o sobě dostatečný. Otázkou je, jak nalezené porozumění mezi přírodními a humanitními vědami systematizovat a syntetizovat. To je však úkol pro filozofii a teologii, které jsou pak oprávněně univerzálními vědami.

Pečovat o pacienta znamená mu rozumět. Institut „dříve projevených přání“ nás k tomuto porozumění vede. Není však vyvrcholením snahy o to, porozumět pacientu, ale spíše jeho začátkem.

Pozornému čtenáři jistě neunikají ani některé nedostatky této práce. V jednotlivých kapitolách se může zdát, že nejde dost do hloubky. Smyslem této práce však nebyla detailní analýza všeho, co s tématem „*dříve projevených přání*“

³⁶¹ Jako aplikovanou biologickou antropologií.

pacientů“ souvisí. Tím by se práce přetížila nekonečným množstvím detailů a nerelevantních diskuzí. Smyslem práce však bylo syntetizovat mozaiku interpretace pacientova prohlášení tak, aby ji ti, kteří budou toto prohlášení interpretovat, ho interpretovali co nejautentičtěji.

Institut „*dříve projevených přání pacientů*“ vznikl z nedostatečné komunikace mezi lékařem a pacientem a z obavy pacienta o svůj život v situaci, kdy již nebude schopen se ke své léčbě vyjádřit.

Jde však o provizorní řešení, protože nedostatek komunikace pacientovo prohlášení neřeší a obavy o podobu vlastního života neodstraňuje.

Toto provizorium lze však překlenout akcentem na komunikaci a spolupráci ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Pouze tehdy, budou-li oba vzájemně a kvalitně spolupracovat a komunikovat, pochopitelně s nárokem na kontextuální chápání této komunikace, lze rizika, pocházející z institutu „*dříve projevených přání*“ minimalizovat.

Seznam zkratek

GG	PARLAMENTARISCHER RAT: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, in: Grundgesetz mit [...], München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2006
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PV	Patientenverfügung
Srov.	Srovnej
StGB	Strafgesetzbuch, http://dejure.org/gesetze/StGB
Tj.	To je
Tzv.	Takzvaný
ZB	DEUTSCHER BUNDESTAG: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin.

Anotace

Příjmení a jméno autora: Matějek Jaromír

Instituce: Katolická teologická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Název práce: Institut dříve projevených přání pacientů. Rizika a přínos.

Počet stran: 194

Počet znaků: 351 804

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury:

knihy: 49

časopisy: 44

internetové zdroje: 14

Klíčová slova: lékařská etika

autonomie pacienta

dříve projevená přání

interpretace

Dizertační práce se zabývá problematikou interpretace „*dříve projevených přání pacientů*“. Identifikuje kontexty, ve kterých se ona

interpretace odehrává a ukazuje, jaký význam tyto kontexty pro interpretaci pacientova textu mají. Jejich zásadním znakem je na pacientově vůli nezávislá dynamika, proměnlivost a možnost jejich neočekávaného vývoje. To činí z pacientova textu rizikový nástroj.

Cizojazyčné resumé

In dieser Dissertationsarbeit befassen wir uns mit der Frage, was für einen Sinn das Institut der "Patientenverfügungen" in der komplexen medizinischen Kommunikation hat und wie man dieses Institut verstehen soll. Wie sollen wir diesen Text herangehen? In welchen Kontexten wird die Interpretation dieses Textes vorgenommen? Was für Risiken gibt es und was ist der Nutzen dieses Instituts?

Bei der Analyse der tschechischen Situation, wo man auf ziemliche terminologische Zersplitterung und ungenügende Erschließung des Themas stößt, haben wir uns der Situation in der Bundesrepublik Deutschland zugewandt. Dabei haben wir uns auf die verfassungsrechtliche und menschenrechtliche Verankerung dieses Instituts konzentriert.

Im weiteren Abschnitt der Arbeit sind wir die historischen Umstände bei der Entstehung des Instituts der "*Patientenverfügungen*" eingegangen. Wir haben erkannt, dass ein Beweggrund für das Entstehen dieses Instituts die Befürchtungen der Patienten waren, dass man mit deren Leben so manipuliert, wie sie sich das nicht gewünscht hätten. Ein anderer Grund war die unzulängliche Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten.

Dann haben wir uns mit den Kontexten befasst, in denen die Patientenverfügungen zu interpretieren sind. Das Institut der "Patientenverfügungen" ist in den Zusammenhang mit der Krankheit des Patienten einzufügen. Dieser erlebt seine Krankheit nicht ohne einen Kontext, sondern im Nexus seines ganzen Lebens. Dieses Leben durchlebt er in einem bestimmten sozialen und spirituellen Kontext. Für alle diese Kontexte ist deren Dynamik prägend, deren Ausrichtung und eine gewisse Voraussesbarkeit dieser Entwicklung. Eines der Risiken der Patientenverfügungen ist folglich deren

Statik gegenüber der Dynamik aller Kontexte, in denen der Patient lebt auch, nachdem er nicht mehr imstande ist, sich zu seiner Therapie zu äußern. Im Zusammenhang mit der Analyse des Begriffes der Krankheit gelangen wir zu der Spannung zwischen der biomedizinischen (naturwissenschaftlichen) Wahrnehmung dieses Begriffes und der Bedeutung der Krankheit für den Patienten. Es handelt sich eigentlich um die Spannung zwischen den Natur- und Geisteswissenschaften, um die Frage der Hermeneutik der Naturwissenschaften. Die Patientenverfügung spricht die Sprache der Naturwissenschaften darüber, was den Geisteswissenschaften eigen ist, d. h. über das Erleben der Krankheit durch den Patienten und darüber, wie der Patient seine Krankheit, sein Leben und andere Kontexte versteht. Das ist das andere Risiko, das das Institut der "*Patientenverfügungen*" mit sich bringt. Das Institut an sich löst die Befürchtungen des Patienten über die Manipulierung mit seinem Leben nicht, und verbessert auch nicht die Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten.

Da es sich aber auch um ein Rechtsinstitut handelt, bedeutet das, dass sich der Arzt mit dem Text des Patienten befassen muss und er muss sich folglich die Fragen zum Verständnis des Textes stellen. Des widerspiegelt sich in ihrer gegenseitigen Beziehung. Nun steht nicht (und es kann auch gar nicht stehen) die Bemühung des Patienten, seine Meinung gegen den Fürsorgeanspruch, den der Arzt trägt, durchzusetzen, im Widerspruch. Der Arzt und der Patient gelangen in der Kommunikation und Zusammenarbeit viel wahrscheinlicher zu einem gegenseitigen Verständnis, denn sie werden von dem Anliegen geführt, sich gegenseitig zu verstehen.

Seznam literatury

Knihy

AKVINSKÝ Tomáš: Summa theologiae, Roma, Torino: Marietti, 1952 - 1962.

ARISTOTELÉS: ETIKA NÍKOMACHOVA, Praha: Rezek, 1996.

ARNZT Klaus: Unbegrenzte Lebensqualität, Münster: Lit Verlag 1996.

ASHLEY Bededikt M., O'ROURKE Kevin D.: Healthcare ethics. A theological analysis, St.Louis: The Catholic Health Association of the United States, ³1989.

ATKINSON Paul: The clinical experience : the construction and reconstruction of medical reality, Aldershot: Ashgate, 1997.

AUER Alfons: Autonome Moral und christlicher Glaube, Düsseldorf: Patmos Verlag, ²1984.

BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS James F.: Principles of biomedical ethics, Oxford: Oxford University Press, ⁵2001.

BEGENAU Jutta (a kol.): Die Arzt-Patient-Beziehung, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2010.

Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona. Český ekumenický překlad, Praha: Česká biblická společnost, 1996.

BÖCKLE Franz: Fundamentalmoral, München: Kösel, 1985.

BÜSSING Arndt (a kol.): Spiritualität, Krankheit und Heilung, Frankfurt am Main: VAS, Verlag für Akademische Schriften, 2006.

CAHA Aleš: Autonomní morálka, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004.

CSEF Herbert (a kol.): Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit, Würzburg: Königshausen & Neumann, 1998.

DEMMER Klaus: Moraltheologische Methodenlehre, Freiburg: Universitätsverlag, 1989.

DRUHÝ VATIKÁNSKÝ KONCIL: Dokumenty II. vatikánského koncilu, Praha: Zvon, 1995.

FIORES Stefano de, GOFFI Tullo (ed.): Slovník spirituality, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999.

FRANKL Viktor Emanuel: Ärztliche Seelsorge, München: Kindler Verlag, 1975.

FRANKL Viktor Emanuel: Lékařská péče o duši, Brno: Cesta, 1995.

FRANKL Viktor Emanuel: Vůle ke smyslu, Brno: Cesta, 1994.

FREWER Andreas (ed.): Medizin, Ethik und Menschenrechte: Geschichte; Grundlage; Praxis, Göttingen: V & R Press, 2009.

FREWER Andreas, FAHR Uwe, RASCHER Wolfgang: Patientenverfügung und Ethik. Beiträge zur guten klinischen Praxis, Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann, 2009.

HAGEN Thomas: Krankheit - Weg in die Isolation oder Weg zur Identität: theologisch-ethische Untersuchung über das Kranksein, Regensburg: Pustet, 1999.

HÄRING Bernhard: V bezpečí a svobodě, Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal, 2009.

IGNÁC Z LOYOLY: Duchovní cvičení, Velehrad: Refugium Velehrad-Roma, 2002.

JACOBI Thorsten, MAY Arnd T., KIELSTEIN Rita, BIENWALD Werner (ed.):

Ratgeber Patientenverfügung. Vorgesdacht oder selbstverfasst? Münster: Lit Verlag, 2001.

KETTNER Matthias: Biomedizin und Menschenwürde, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 2004.

KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY: Deklarace o eutanázii Bona et Iura, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009.

KORRF Wilhelm, BECK Lutwin, MIKAT Paul: Lexikon der Bioethik – pdf-Version (CD-Rom), sv. 2, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2000.

KÜBLER-ROSSOVÁ Elisabeth: O smrti a umírání, Turnov: Arnica, 1993.

KÜBLER-ROSSOVÁ Elisabeth: Otázky a odpovědi o smrti a umírání, Turnov: Arnica, 1994.

MAY Arnd T., CHARBONNIER Ralph (ed.): Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, Münster: Lit Verlag, 2005.

MAY Arnd T., GEIßSENDÖRFER Sylke E., SIMON Alfred, STRÄTLING Meinolfus: Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Münster: Lit Verlag, 2002.

MATĚJEK Jaromír, Etické aspekty tzv. dříve projevených přání pacientů.
Rigorózní práce, Praha: KTF UK, 2009.

MERKS Karl-Wilhelm : Theologische Grundlegung der sittlichen
Autonomie: Strukturmomente eines "autonomen"
Normbegründungsverständnisses im lex-Traktat der Summa theologiae des
Thomas von Aquin, Düsseldorf: Patmos-Verlag, 1978.

ONDOK Josef Petr: Přírodní vědy a teologie, Brno: Centrum pro studium
demokracie a kultury, 2001.

PARLAMENTARISCHER RAT: Grundgesetz für die Bundesrepublik
Deutschland, in: Grundgesetz mit [...], München:
Deutscher Taschenbuch Verlag, 2006.

Password. Anglický výkladový slovník s českými ekvivalenty, Praha: Mladá
fronta, 1991.

PAYNE Jan a kolektiv: Kvalita života a zdraví, Praha: Triton, 2005.

PLOMER Aurora: The law and ethics of medical research: international
bioethics and human rights, London: Cavendish, 2005.

POSPÍŠIL Ctirad Václav: Ježíš z Nazareta, Pán a Spasitel, Kostelní Vydří:

Karmelitánské nakladatelství, 2006.

PUTZ Wolfgang, STELDINGER Beate: Patientenrechte an Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht. Patientenverfügung. Selbstbestimmtes Sterben, München: Deutscher Taschenbuch Verlag, ³2007.

REICH Warren Thomas: Encyclopedia of Bioethics, sv. 1, New York: Simon & Schuster Macmillan, ²1995.

REJZEK Jiří: Český etymologický slovník, Voznice: Leda 2001.

SCHOCKENHOFF Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg im Breisgau: Herder, ²2009.

SCHOCKENHOFF Eberhard: Naturrecht und Menschenwürde, Mainz: Matthias-Grünewald, 1996.

SCHULZ Reinhard: Naturwissenschaftshermeneutik, Würzburg: Königshausen & Neumann, 2004.

SKOBLÍK Jiří: Přehled křesťanské etiky, Praha: Karolinum, 1997

TRILLHAAS Wolfgang: Ethik, Berlin: de Gruyter, 1970.

WALT Sibylle van der, MENKE Christoph (eds.): Die Unversehrtheit des Körpers, Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2007.

Časopisy

ANONYM: Therapieabbruch nach nicht gewollten Reanimation. Eine Kasuistik zur Problematik von Patientenverfügungen, in: Ethik in der Medizin 2 (2003) 109 – 113.

BALABAN Richard B.: A Physician's Guide to Talking About End-of-Life Care, in: Journal of General Internal Medicine 15 (2000) 195 – 200.

BAUER Axel: Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende: Die Patientenverfügung als Patentlösung, in: ZME 2 (2009) 169 – 182.

BAUMANN Klaus: Religiöser Glaube, persönliche Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen und Fragen im interdisziplinären Feld von Theologie und Religionswissenschaft, Medizin und Psychotherapie, in: ZME 2 (2009) 131 – 144.

BERGHMANS R. L. P.: Advance directives for clinical research in dementia. Some ethical and policy considerations, in: Italian Journal of Neurological Sciences Supplementum 5 (1997) 29 – 33.

BENTELE Katrin: Zur Rolle von Klinikseelsorgern in der klinischen Ethikberatung, in: ZME 1 (2010) 33 – 43.

BIRNBACHER Dieter, DABROCK Peter, TAUPITZ Jochen, VOLLMANN Jochen: Wie sollte Ärzte mit Patientenverfügung umgehen? Ein Vorschlag aus interdisziplinären Sicht, in: Ethik in der Medizin 2 (2007) 141 – 142.

BOSSARD G., WETTSTEIN A., BÄR W.: Wie stabil ist die Einstellung Betagter zu lebensverlängernden Maßnahmen? Resultate einer 3-Jahres-Katamnese von Pflegeheimbewohner, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2 (2003) 124 – 129.

CRADDOCK LEE Simon J.: In a Secular Spirit: Strategies of Clinical Pastoral Education, in: Health Care Analysis 10 (2002) 339 – 356.

DITTO Peter H., HAWKINS Nikki A., PIZZARO David A.: Imagining the End of Life: On the Psychology of Advance Medical Decision Making, in: Motivation and Emotion 4 (2005) 481 – 502.

FRICK Eckhard: Spiritual Care – ein neues Fachgebiet der Medizin, in: ZME 2 (2010) 145 – 155.

HAAS Margit: Künstliche Ernährung am Lebensende. Die Rolle der Pflegenden, in: ZME 2 (2010) 113 – 119.

HAŠKOVCOVÁ Helena: Smrt má své místo v životě i v medicíně a úmrtí pacienta není nutné chápat jako prohru, in: Zdravotnické noviny 6 (2000) 16.

HINKKA Heikki, KOSUNEN Elise, LAMMI Ulla-Kaija, METSÄNOJA Riina, KELLOKUMPU-LEHTINEN Pirkko: Attitudes to terminal patients' unorthodox therapy: Finnish doctors' response to a case scenario, in: Supportive Care in Cancer, 2 (2004) 132 – 136.

HUFEN Friedhelm: In dubio pro dignitate – Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens, in: Neue Juristische Wochenschrift 7 (2001), 849 – 857.

CHURCHILL Larry R.: Trust, Autonomy, and Advance Directives, in: Journal of Religion and Health 3 (1989) 175 – 183

LAJKEP Tomáš: Eutanazie - téma stále aktuální, in: Praktický lékař 9 (2002) 558 – 559.

LAUTER H., HELMCHEN H.: Vorausverfügten Behandlungsverzicht bei Verlust der Selbstbestimmbarkeit infolge persistierender Hirnerkrankung, in: Nervenarzt 77 (2006) 1031 – 1039.

LORENZL Stefan: Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende
Entscheidungsfindung und medizin-ethische Problembereiche, in: ZME 2 (2010) 121 – 130.

MAY Arnd T., NIEWOHNER Silke, BICKHARDT Jürgen, KRESß Hartmut,

ROTHARMEI Sonja: Standards für die Beratung zu Patientenverfügungen, in: Ethik in der Medizin 4 (2005) 332 – 336.

MERAN G.J., MAY A., GELSSSENDÖRFER S., SIMON A.: Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. Was geschieht, wenn ich sich selbst nicht mehr entscheiden kann? In: Onkologie 9 (2003) 1313 – 1324.

MERKEL Reinhard: Zur Frage der Verbindlichkeit, in: Ethik in der Medizin 3 (2004) 298 – 307.

MUNZAROVÁ Marta: Etické aspekty léčby v terminálním stavu závažných nevléčitelných onemocnění, in: Neurologie pro praxi 1 (2006) 13 - 14.

MÜLLER Gerhard Ludwig: Theologie der Personwürde des Menschen, in: ZME 3 (2002) 259 – 270.

NEUMANN Josef N.: Religion und Krankenbehandlung – eine medizinhistorisch-kulturanthropologische Verhältnisbestimmung, in: ZME 2 (2009) 111 – 129.

O'BRIEN Linda A., SIEGERT Elisabeth A. (a kol.): Tube Feeding Preferences Among Nursing Home Residents, in: Journal of General Internal Medicine 6 (1997) 364 – 371.

PARKS Jennifer A.: A Contextualized Approach to Patient Autonomy Within the Therapeutic Relationship, in: Journal of medical humanities 4 (1998) 299 – 311.

PRAXMARER Veronika, LAHRMANN Heinz: Amyotrophe Lateralsklerose - wenn die Planung zu spät kommt, in: Wiener Medizinische Wochenschrift 9 – 10 (2006) 297 – 301.

RETHMANN Albert-Peter: Důstojnost těla a zranitelnost duše, in: Salve 2 (2007) 11 – 19.

RETHMANN Albert-Peter, ROTTBECK Ruth M[...]: Eingeschränkte Freiheit. Die Bedeutung der Autonomie der Person im Rahmen des gesetzlichen Betreuungsverfahrens, in: ZME 1 (2002) 65.

RICH Ben A.: Defining and Delineating a Duty to Prognosticate, in: Theoretical Medicine 3 (2001) 177 – 192.

RIEDEL Ulrike: Patientenverfügungen. Zwischenbericht der Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages, in: Ethik in der Medizin 1 (2005) 28 – 33

ROSER Traugott: Resonanzen erzeugen: Der Beitrag von Krankenhausseelsorge zur Spiritualität in der Palliativversorgung, in: ZME 1 (2010) 17 – 32.

SAHM S., WILL R., HOMMEL G.: Would they follow what has been laid down? Cancer patients' and healthy controls' views on adherence to advance directives compared to medical staff, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 3 (2005) 297 – 305.

SANCHEZ-GONZALEZ MIGUEL A.: Advance directives outside USA: Are they the best solution everywhere? In: *Theoretical Medicine* 3 (1997) 283 – 301.

SASS Martin-Hans: Advance Directives for Psychiatric Patients? Balancing Paternalism and Autonomy, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 17/18 (2003) 380 – 384.

SESSANNA Lorelee: The Role of Spirituality in Advance Directive Decision Making Among Independent Community Dwelling Older Adults, in: *Journal of Religion and Health* 1 (2008) 32 – 44.

SCHOCKENHOFF Eberhard: Bestandteil der Basispflege oder eigenständige Maßnahme? Moraltheologische Überlegungen zur künstlichen Ernährung und Hydrierung, in: *ZME* 2 (2010) 131 – 142.

SCHOCKENHOFF Eberhard: Der Vergessene Körper. Über die Einheit von Person und menschlicher Natur, in: *ZME* 3 (2002) 271 – 281.

SCHLAUDRAFF Udo: Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische Versuche zur neuen Verfügbarkeit des Lebens und Lebensendes, in: *Zeitschrift für*

Gerontologie und Geriatrie 2 (2001) 122 – 128.

SCHWEIGENKOFER U., SCHMIDT K. W., ROTHÄRMEL S., HOFFMANN R.: Polytraumaversorgung im Spannungsfeld von „Tun oder Unterlassen“, in: Unfallchirurg 9 (2006) 770 -776.

VOLLMANN J.: Advance directives in patients with Alzheimer's disease, in: Medicine, Health Care and Philosophy 4 (2001) 161 – 167.

WEITZ Gunther: Künstliche Ernährung aus Sicht des Mediziners, in: ZME 2 (2010) 103 – 112.

WILDES K., W.: Ordinary and extraordinary means and the quality of life, in: Theological Studies 56 (1996) 500 – 512.

Internetové zdroje:

DER DEUTSCHE BUNDESTAG: Gesetz zur Patienteverfügung, <http://wiki.btprax.de/Synopse> (1. 3. 2010).

DOSTÁL Ondřej: Náhrada škody způsobené lékařským zákrokem - základní pravidla a problémy, <http://medico.juristic.cz/114047> (17. 5. 2010).

BUNDESÄRZTESKAMMER: Grundsätze der Bundesärztekammer zur

ärztlichen Sterbebegleitung,

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf> (26. 1. 2010).

Cruzan v. Director, Missouri Department of Health,

http://en.wikipedia.org/wiki/Cruzan_v._Director,_Missouri_Department_of_Health (13. 1. 2010).

DEUTSCHER BUNDESTAG: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin,

<http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?fileToLoad=116&id=1040> (17. 3. 2010).

JAN PAVEL II: Address of John Paul II to the Participants in the International Congress on „Life-sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas“:

http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_en.html (27. 1. 2010).

KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY: Kommentar zu den Antworten auf die Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung vom 1. 08. 2007,

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_nota-commento_ge.html, (28. 1. 2010).

Listina základních lidských práv a svobod,
<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> (2. 4. 2010).

MAY Arnd T.: Verfügungsliste. Liste Vorsorglicher Verfügungen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung,
<http://www.medizinethik.de/verfuegungen.htm> (14. 1. 2010).

MESH – Medical Subject Headings – National Library of Medicine,
<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>, (13. 1. 2010).

MICHAUD Jean: Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicině,
http://mujweb.atlas.cz/www/krev/text/Umluva_biomedicina_vysvetleni2.htm
(13. 1. 2010).

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY: Návrh zákona o zdravotních službách:
http://www.komora.cz/hk-cr-top-02-sede/podpora-podnikani-v-cr/pripominkovanilegislati-vy/art_25698/107-08-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-t-16-7-20-08.aspx (5. 1. 2010).

NATIONALRAT: 55. Bundesgesetz über Patientenverfügungen,
http://www.aerztekammer.at/service/PS/BGBL_I_55_2006_PatVG.pdf (17. 3. 2010).

PARLAMENTNÍ SHROMÁŽDĚNÍ RADY EVROPY: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm, (13. 1. 2010).Strafgesetzbuch, <http://dejure.org/gesetze/StGB> (14. 1. 2010).