

Radek Ptáček, Petr Bartůněk a kolektiv

Etika a komunikace v medicíně

EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK



Radek Ptáček, Petr Bartůněk a kolektiv

Etika a komunikace v medicíně

EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

**PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA, doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.
a kolektiv**

ETIKA A KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ

Recenzenti:

Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

MUDr. Petr Příhoda

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2011

Cover Design © Grada Publishing, 2011

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 4612. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Helena Vorlová

Sazba a zlom Antonín Plicka

Počet stran 528

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-3976-2 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7267-7 (elektronická verze ve formátu PDF)

ISBN 978-80-247-7268-4 (elektronická verze ve formátu EPUB)

Vedoucí autorského kolektivu

PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA
doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.

Autorský kolektiv

Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. – *IV. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha*
Doc. MUDr. Martin Bojar, CSc. – *Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*
Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. – *Oddělení praktického a rodinného lékařství LF UK, Hradec Králové*
MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D. – *Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Praha*
MUDr. Rostislav Čevela – *Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Praha*
Doc. PhDr. Ludmila Čírtková, CSc. – *Policejní akademie ČR, Praha*
Doc. MUDr. Jiří Dostál, Ph.D. – *Porodnicko-gynekologická klinika FN, Olomouc*
Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc. – *Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče 2. LF UK a FN Motol, Praha*
MUDr. Vladimír Gregor – *Oddělení lékařské genetiky FTNsp, Praha*
MUDr. et PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D. – *Porodnicko-gynekologická klinika FN, Olomouc*
Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. – *Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, Praha*
Doc. PhDr. Ludmila Hlaváčková, CSc. – *Ústav dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK, Praha*
Doc. MUDr. Iva Holmerová, CSc. – *Gerontologické centrum, Praha*
MUDr. Radkin Honzák, CSc. – *Institut klinické a experimentální medicíny, Praha*
Mgr. Jaroslav Hořejší – *publicista*
PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc. – *Oddělení somatopsychiky VFN, Praha*
Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA – *VFN, Praha*
MUDr. Eva Kalvínková – *FN Motol, Praha*
Mgr. Tomáš Kamín – *Policejní akademie ČR, Praha*
MUDr. Petr Křepelka, Ph.D. – *Ústav pro péči o matku a dítě, Praha*
Doc. PhDr. Věra Linhartová, CSc. – *Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU, Brno*
Mgr. Bc. Miloš Máca – *Česká lékařská komora, Praha*
JUDr. Jan Mach – *Česká lékařská komora, Praha*
Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. – *Ústav sociálního lékařství LF, Hradec Králové*
Doc. PhDr. Michael Mioviský, Ph.D. – *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*
prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc. – *Ústav lékařské etiky LF MU, Brno*
Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc. – *Dětská klinika FTNsp, Praha*
Prof. RNDr. Václav Pačes, DrSc. – *Ústav molekulární genetiky Akademie věd ČR, Praha*
Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc. – *III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha*
Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. – *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*
Mgr. Eva Prošková – *Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK, Praha*
PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA – *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha a Česká lékařská komora, Praha*
Ing. Petr Sláma – *Fakultní nemocnice na Bulovce, Praha*
PhDr. Irena Smetáčková, Ph.D. – *Katedra pedagogické a školní psychologie, Pedagogická fakulta UK, Praha*
MUDr. Hana Stankušová, CSc. – *Radioterapeuticko-onkologické oddělení FN Motol, Praha*
MUDr. Helena Stehlíková – *Česká lékařská komora, Praha*
Mgr. Viktor Sýkora – *Centrum pro experimentální biomodely 1. LF UK, Praha*
MUDr. Jana Šeblová, Ph.D. – *Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy*
MUDr. Jiří Švarc, Ph.D. – *Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha*
Mjr. doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D. – *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*
Mgr. Jana Víchová – *Fakultní nemocnice Motol, Praha*
Doc. MUDr. Jiří Votava, CSc. – *Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN, Praha*
Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D. – *Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha*
MUDr. Blanka Zlatohlávková, Ph.D. – *Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Obsah

Předmluva	17
Předmluva	19
Předmluva editorů	23

OBECNÁ ČÁST

1	Etika a komunikace v lékařské praxi (H. Haškovcová)	27
2	Význam komunikace v medicíně (R. Ptáček)	37
	Úvod	37
	Důležitost komunikace a její efekt	38
	Problémy v komunikaci mezi lékaři a pacienty	40
	Význam naslouchání	41
	Trénink komunikačních dovedností a jeho efekt	42
	Závěr	45
3	Důstojnost člověka v kontextu lékařství (M. Munzarová)	51
	Úvod	51
	Důstojnost a filozofie	51
	Postoje současných bioetiků	52
	Monoteistická náboženství	53
	Mezinárodní úmluvy a deklarace	54
	Dokumenty a doporučení Světové lékařské asociace (WMA)	55
4	Komunikační dovednosti v medicíně (R. Ptáček)	59
	Úvod	59
	Komunikační dovednosti v medicíně	59
	Rozhovor jako základní prostředek lékařské praxe	60
	Aktivní naslouchání jako součást rozhovoru	62
	Vedení rozhovoru v rámci lékařské konzultace	62
	Zjišťování zdravotní anamnézy jako specifická forma rozhovoru	65
	Podávání informací	67
	Sdělování nepříznivých zpráv	68
	Nekomunikativní pacient	69
	Závěr	69
5	Empatie, její význam a formy (V. Linhartová)	71
	Úvod	71
	Empatické chování ve zdravotnictví	72
	Empatie je „vidět a slyšet“	75
	Závěr	76

6	Etické normy a kodexy v medicíně (M. Máca, R. Ptáček)	79
	Úvod	79
	Etické normy a kodexy	79
	Etický kodex ČLK	80
	Etický kodex a zákon	82
	Další etické kodexy	84
	Závěr	86

OBOROVÁ ČÁST

7	Komunikace a etika v oboru vnitřního lékařství (P. Bartůněk)	89
	Úvod	89
	Pacient interního oddělení	90
	Specifický přístup v komunikaci	90
	Lékařská etika	91
8	Etika a komunikace v chirurgii (P. Pafko)	95
	Úvod	95
	Některé etické problémy v chirurgii	96
	Odmítnutí operace pacientem	98
	Chirurg a lékařská mlčenlivost	98
	Jak respektovat práva pacienta v terminálním stavu?	98
	Může chirurg odmítnout operaci, které se pacient domáhá?	99
	Svědci Jehovovi	99
	Zavádění nových operačních postupů	100
	Předoperační pohovor s nemocným a jeho blízkými	100
	Vztahy a komunikace s lékaři jiných specializací	101
	Vztahy a komunikace mezi chirurgy	101
	Přednosta chirurgického oddělení	102
	Stížnosti na práci chirurga	102
	Závěr	103
9	Komunikace a etika v gynekologii a porodnictví (P. Křepelka)	105
	Úvod	105
	Lidský plod	107
	Sociální stanovisko a osobnostní argument	109
	Gradualistický přístup	109
	Viabilita, porod a morální statut plodu	110
	Informovaný souhlas	111
10	Komunikace a etika v neurologii (M. Bojar)	117
	Úvod	117
	Komunikace a jednání s pacienty trpícími chorobami nervového a myoskeletálního systému a s jejich příbuznými	118
	Komunikace mezi lékaři, pracovníky ve zdravotnictví a dalšími odborníky, týkající se pacientů trpících chorobami nervového a myoskeletálního systému	122

	Bioetika a komunikace – limity péče o nemocné s nejzávažnějšími a nejčastějšími chorobami NS a MSS	124
11	Etické principy a profesionalita v psychiatrii (<i>H. Papežová</i>)	133
	Úvod	133
	Centrální etické a profesionální principy v psychiatrické péči	135
	Důležitá etická témata v psychiatrické praxi	137
	Etické a profesní zásady v terapeutickém a kolegiálním vztahu	138
	Odpovědnost ve výuce a supervizi psychiatrů v postgraduálním vzdělávání	139
12	Komunikace a etika v sexuologii (<i>L. Janáčková, P. Weiss</i>)	143
	Úvod	143
	Diagnostický rozhovor	143
	Příčiny dysfunkcí	145
	Diagnostika a terapie	145
	Porušení etického přístupu	147
	Etika komunikačních dovedností lékaře v oblasti sexuologie	148
13	Etika v pediatrii (<i>I. Novák</i>)	151
	Úvod	151
	Etické kodexy	151
	Dítě a zkoušení léků	155
14	Komunikace a etika v neonatologii (<i>B. Zlatohlávková</i>)	157
	Úvod	157
	Respekt k budoucí autonomii novorozence	157
	Princip beneficence a non-maleficence v neonatologii	159
	Princip spravedlnosti v neonatologii	160
	Donošení a lehce nezralí novorozenci	160
	Novorozenci vyžadující intenzivní péči	161
	Závěr	168
15	Etika a komunikace v onkologii (<i>H. Stankušová</i>)	171
	Úvod	171
	Sdělování onkologické diagnózy	172
	Psychosociální podpora pacienta v průběhu jeho nemoci	175
	Ukončení agresivní onkologické léčby	176
	Péče o umírající pacienty	177
16	Komunikace a etika v asistované reprodukci (<i>L. Hansmanová, J. Dostál</i>)	179
	Úvod	179
	Účelná komunikace	179
	Rozprava o asistované reprodukci	182
17	Komunikace a etika v lékařské genetice (<i>V. Gregor</i>)	187
	Úvod	187
	Genetická konzultace	187

	Etická problematika prenatální diagnostiky	188
	Prediktivní genetické testování	189
	Asistovaná reprodukce	190
	Dárcovství zárodečných buněk (oocytů, spermií)	190
	Preimplantační genetická diagnostika	191
	Genová terapie	192
18	Komunikace a etika v geriatrii (I. Holmerová)	193
	Úvod	193
	„Nová generace“ seniorů	193
	„Křehký“ pacient	194
19	Komunikace ve všeobecném praktickém lékařství (J. Mareš, S. Býma) ...	199
	Úvod	199
	Chyby v komunikaci s pacienty	200
	Nové trendy v komunikaci s pacienty	202
	Zjišťování kvality komunikace orientované na pacienta	204
	Specifika komunikace u všeobecných praktických lékařů	204
20	Komunikace a etika v urgentní medicíně (J. Šeblová)	209
	Charakteristika práce v přednemocniční fázi	209
	Komunikační toky v urgentní medicíně	210
	Komunikace při předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení	212
	Záchranáři a média	213
	Komunikační techniky a základy krizové intervence	213
	Okruh etických dilemat v urgentní medicíně	215
	Aplikace práv pacienta do podmínek urgentní péče	216
	Etické problémy spojené s resuscitací	218
	Problematika hromadných neštěstí a třídění	219
21	Etika a komunikace v činnosti posudkových lékařů (L. Čeledová, R. Čevela)	221
	Kompetence lékařské posudkové služby	221
	Etika a posudkový lékař	222
	Etická argumentace – komunikace	224
	Závěr	224
22	Etika a komunikace v soudně znalecké praxi (J. Švarc)	227
	Úvod	227
	Znalecká odvětví	227
	Definice znalecké činnosti	227
	Privátní posudek – legální korupce znalců	228
	Hodnocení rozpoznávacích a ovládacích schopností	229
	Absence standardů v České republice	230
	Vzdělávání znalců	230
	Právní vzdělání znalců	230
	Hodnocení důkazů a řešení právních otázek	230
	Presumpce nemoci versus presumpce zdraví	231
	Vystoupení z role pomáhající profese	231

	Pokušení rozhodovat řízení	231
	Kazuistika	232
	Požadavek vyjadřovat se v kategoriích ANO/NE	232
	Revizní posudek	232
	Ústavní posudek	232
	Volba metod	233
	Způsob používání psychodiagnostických metod	233
	Zkušenost znalce, jeho ego a reflexe vlastních možností	233
	Odborné zaměření	233
	Problematika zdravotnické dokumentace	234
	Problém mlčenlivosti	235
	Zneužití důvěry k lékaři	235
	Odpovědnost znalce	235
	Psychologie vyšetření a výsledku	235
	Vyšetření dítěte	236
	Komunikace znalce a posuzovaného	236
	Poučení posuzovaného	236
	Povinnost spolupráce posuzovaného	236
	Pozorování duševního stavu v ústavu	237
23	Etika a komunikace v ošetrovatelství (D. Jurásková)	239
	Úvod	239
	Definice ošetrovatelství	239
	Etický kodex	239
	Etický kodex Mezinárodní rady sester (International Council of Nurses)	
	akceptovaný Českou asociací sester	240
	Komunikace v ošetrovatelství	240
	Osobnost sestry	242
	Ochrana lidských práv v ošetrovatelství	242
	Etika a komunikace sestry s pacientem s bolestí	242
	Komunikace sestry s nemocným dítětem	243
	Komunikace s agresivním pacientem	243
	Etika a komunikace v geriatrickém ošetrovatelství	244
	Etický aspekt multikulturního ošetrovatelství	245
	Komunikace a etické otázky v paliativní péči	245
24	Komunikace a etika v klinické psychologii (R. Ptáček)	247
	Úvod	247
	Klinická psychologie v kontextu medicíny	247
	Etika a etické kodexy v klinické psychologii	248
	Etické principy v klinické psychologii	249
	Etická dilemata v psychologii	251
	Úvod do psychoterapie	255
	Průběh psychoterapie	255
	Ukončení psychoterapie	255
	Závěr	256

SPECIÁLNÍ ČÁST

25	Komunikace s osobami se zdravotním postižením – možné etické problémy (<i>J. Votava</i>)	261
	Pojem „osoba se zdravotním postižením“ (OZP), používání korektní terminologie	261
	Souvislost zdravotního postižení s lékařskými obory a dalšími zdravotnickými odbornostmi	262
	Mezinárodní organizace a dokumenty související s problematikou	264
	Organizace osob se zdravotním postižením	265
	Desatera pro lepší komunikaci	266
	Postoje lékařů a dalších zdravotníků při jednání s OZP	268
	Specifičnost komunikace u některých typů postižení	270
26	Komunikace a etika při jednání s osobami závislými na návykových látkách (<i>M. Miovský</i>)	273
	Úvod	273
	Mezioborovost a uživatelské skupiny a jejich důsledky pro komunikaci	273
	Specifika settingu komunikační situace s adiktologickým pacientem	276
	Komunikační strategie a intervence z hlediska vlivu návykové látky	281
27	Komunikace a etika s nemocnými s poruchami smyslů (<i>V. Linhartová</i>)	289
	Úvod	289
	Komunikace s nevidomými	291
	Komunikace s neslyšícími	296
	Komunikace s hluchoslepými pacienty	299
	Závěr	302
28	Etika a komunikace lékařů s pracovníky nelékařských oborů (<i>H. Haškovcová</i>)	305
29	Komunikace a etické problémy s VIP pacienty (<i>R. Honzák</i>)	313
	Úvod	313
	VIP syndrom	314
30	Jak komunikovat s nemocným lékařem (<i>H. Haškovcová</i>)	323
31	Interkulturní aspekty komunikace v medicíně (<i>J. Mareš</i>)	331
	Úvod	331
	Terminologické aspekty	331
	Zdroje nedorozumění a konfliktů	332
	Dva příklady rozdílů	334
	Předpoklady pro interkulturní komunikaci	337
	Nové požadavky na školství a zdravotnictví	341
	Pravidla pro jednání s příslušníky menšin	341
	Závěr	343

32	Komunikace versus rasismus v lékařské praxi (T. Kamín)	345
	Úvod	345
	Rasismus, jeho formy a oblasti výskytu	345
	Rasismus v medicíně?	347
	Jakou roli hrál rasismus při sterilizacích romských žen?	348
	Závěr	350
33	Genderová specifika lékařské komunikace (I. Smetáčková)	353
	Úvod	353
	Genderové uspořádání jako platforma komunikace	353
	Gender v lékařství	355
	Genderový rozměr v lékařské komunikaci	357
	Závěr	360
34	Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími (E. Kalvínská)	363
	Úvod	363
	Specifická situace vážně nemocného či umírajícího a ošetřujícího personálu	363
	V čem spočívá spirituální péče	364
	Specifika komunikace při vážném onemocnění či umírání	366
	Možnosti jak zlepšovat současnou situaci	367
	Odebírání spirituální anamnézy	369
	Čemu je vhodné se v komunikaci s vážně nemocným či umírajícím vyhnout	370
	Jak o sebe pečovat	371
	Komunikace při sdělování nepříznivé prognózy	371
	Komunikace s pozůstalými při sdělování úmrtí pacienta	372
	Závěr	373
35	Komunikace s umírajícími a dlouhodobě nemocnými dětmi a jejich rodiči (J. Víchová)	375
	Úvod	375
	Komunikace s rodiči nemocných a umírajících dětí	375
	Pocit viny při onemocnění dítěte	376
	Snaha chránit dítě před špatnými zprávami	376
	Dopad špatné zprávy	377
	Rodičovská potřeba otevřené budoucnosti	377
	Komunikace o nemoci a smrti s dítětem	378
36	Komunikace s agresivním pacientem (J. Vevera)	381
	Úvod	381
	Bezpečí zdravotníka je prioritou	381
	Prostředí, ve kterém jednáme	381
	Deeskalace	384
	Agrese, která má charakter násilného nebo kriminálního chování	387
37	Komunikace s obětí trestného činu (L. Čírtková)	389
	Úvod	389

	Diferenciace obětí zločinu	389
	Komunikace zdravotníků s oběťmi zločinů	391
	Doporučení pro kontakt s oběťmi kriminality	393
38	Komunikace při mimořádných událostech (R. Ptáček)	397
	Úvod	397
	Základní pojmy	397
	Psychologická první pomoc	401
	Etické otázky	406
	Závěr	407
39	Etika ve vědě a výzkumu (V. Pačes)	411
	Úvod	411
	Etický kodex výzkumných pracovníků v Akademii věd České republiky	411
	Postup při řešení sporných etických otázek	414
40	Etika práce s laboratorními zvířaty (V. Sýkora)	415
	Úvod	415
	Biomedicínský výzkum	415
41	Etika versus ekonomika (P. Sláma)	419
	Úvod	419
	Modely zdravotnických systémů a jejich vliv na poskytovanou zdravotní péči	419
	Úhrady zdravotní péče – historie	420
	Úhrady zdravotní péče a motivace zdravotnických subjektů	421
	Výkonový způsob úhrady dle Seznamu výkonů	421
	Paušální způsoby úhrad	422
	Platba za případ hospitalizace – DRG	423
	Ostatní ovlivňující faktory	424
	Vliv šedé ekonomiky	425
42	Komunikace s médii (J. Hořejší)	427
	Úvod	427
	Média odborná – víme vždy, co čteme?	427
	Média všeobecná – veřejný prostor a my	430
	Jak, kdy a proč (ne)komunikovat s novináři	433
43	Jsou lékaři 21. století vázáni Hippokratovou přísahou? <i>(L. Hlaváčková)</i>	439
	Jak odpovědět závěrem na otázku položenou v názvu kapitoly?	442
44	Etická komise České lékařské komory (H. Stehlíková)	443
45	Právní aspekty komunikace v lékařské praxi (J. Mach, E. Prošková)	447
	S pacientem nelze nekomunikovat	447
	Vizita a komunikace	449
	Kdo, kdy a kde má s pacientem komunikovat	450
	Informovaný souhlas a informovaný nesouhlas	452

	Komunikace s nezletilým pacientem a jeho zákonnými zástupci	455
	Komunikace s nevyléčitelně nemocnými	457
	Komunikace s osobami blízkými pacientovi	458
	Komunikace v případě léčby a hospitalizace bez souhlasu pacienta	460
	Telefonická komunikace s pacientem a jeho blízkými	461
	Komunikace mezi lékaři v lékařském týmu a při navazující zdravotní péči	462
	Komunikace lékaře, zdravotní sestry, porodní asistentky a dalších zdravotníků	464
	Právní odpovědnost v souvislosti s komunikací v lékařské praxi	466
	Občanskoprávní odpovědnost – náhrada škody a právo na ochranu osobnosti v souvislosti s komunikací	468
	Závěr	469
46	Právní souvislosti	
	Lékařská etika – právní aspekty (J. Mach)	471
	Etika v medicíně má svůj právní základ	471
	Iatropatogenie	473
	Trestní odpovědnost ve zdravotnictví a etika	473
	Ochrana osobnosti a etika	475
	Pracovněprávní odpovědnost zdravotníků a etika výkonu zdravotnického povolání	476
	Správní odpovědnost zdravotnického zařízení a etické jednání s pacienty	477
	Disciplinární odpovědnost lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a etika ...	477
	Etika výkonu nelékařských zdravotnických povolání z právního pohledu	478
47	Burnout syndrom jako důsledek komunikačního přetížení lékařů a zdravotníků (R. Ptáček)	481
	Úvod	481
	Příznaky a příčiny	481
	Závěr	485
48	Etika a kritické stavy (J. Drábková)	487
	Téma a jeho základní pojmy	487
	Bioetika kritických stavů a její zásady	490
	Eutanazie	490
	Základní zásady bioetiky a jejich pojetí u kritických stavů	491
	Přání a rozhodnutí pro dobu budoucí	493
	Etické pojmy života a tanatologie	493
	Etika informací v urgentní a v intenzivní medicíně a péči	494
	DNR – do-not-resuscitate (order), DNAR (do-not-attempt resuscitation) ...	495
	Nezahájení nebo ukončení, odnětí léčby, podporující nebo nahrazující v intenzivní medicíně základní životní funkce	496
	Omezovací prostředky	498
	Výzkum s tématy kritických stavů	498
	Závěr	499

49	Informovaný souhlas z pohledu etiky (<i>M. Máca</i>)	503
----	--	-----

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Norimberský kodex	509
Příloha 2 – Evropská charta lékařské etiky	510
Příloha 3 – Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory	512
Seznam zkratk	515
Jmenný rejstřík	517
Věcný rejstřík	519
Souhrn	527
Summary	528

Předmluva

Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí čtenáři,

dostává se vám do rukou kniha širokého autorského kolektivu lékařů, psychologů a právníků věnovaná etice a komunikaci v medicíně. Monografie je zajímavě koncipovaná. Kromě obecných kapitol je zaměřena na specifika a odlišnosti většiny klinických oborů. Podstatná část je věnována komunikaci s různými skupinami nemocných při zohlednění jejich typu chování, zdravotního stavu či věku. Předností knihy je skutečnost, že autorský tým je převážně tvořen významnými lékaři s dlouholetou klinickou zkušeností, bohatými životními zkušenostmi a potřebnou empatií ve vztahu k nemocným.

Etika má základ v řeckém slově *ethos* čili mrav a studuje morálku a morální jednání včetně norem při posuzování lidského konání z hlediska dobra a zla. Etika v průběhu dějin se významným způsobem vyvíjela od Platonovy teze o transcendenci ideje dobra, resp. tří charakteristik člověka, totiž žádostivosti, vůle a rozumu, přes Aristotelovu teorii středu, křesťanské tradice k novověkým myslitelům, teorii utilitarizmu přes Kantův kategorický imperativ vycházející z motivů jednání, nikoliv jejich důsledků až po existencialismus.

Etický imperativ lékařství vždy poskytovat pomoc trpícímu však má díky moderním diagnostickým a terapeutickým metodám a postupům takové konotace, které staví rozhodování lékaře před dosud nepoznaná dilemata právě z hlediska morálky.

Všechny formy komunikace v lidském společenství jsou esenciální pro navázání účinného kontaktu, spolupráce a porozumění. Více než v kterémkoliv jiném oboru to je patrné v lékařství. Naprostá většina problémů a stížností ve zdravotnictví jde totiž na vrub nedostatečně či nesprávně volené komunikaci mezi zdravotníky a pacienty.

V posledních letech je s ohledem na rozvoj informatiky a komunikace prostřednictvím sítí a portálů nezbytné podporovat všechny aktivity, které zdůrazňují a prohlubují komunikační dovednosti, neboť vzájemný lidský kontakt byl a je nezastupitelný.

Je nesporné, že kniha, kterou má čtenář nyní k dispozici k tomu přispívá zásadním způsobem.

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Předmluva

„Hvězdné nebe nade mnou a mravní zákon ve mně“

Tak jako vztahy mezi lidmi ve společnosti obecně, tak i vztahy mezi lékaři a jejich pacienty upravují normy právní a etické. Zatím co právní předpisy – zákony a vyhlášky představují jakési morální minimum, jehož dodržování vynucuje stát svojí represivní mocí, psané i nepsané etické (morální) normy upravují mnohem širší oblast společenských vztahů. Jejich dodržování zajišťuje jednak naše svědomí, tedy vnitřní hodnotící mechanismus každého z nás, tak zároveň i veřejné mínění – tedy zevní mechanismy posuzující naše konání. Chceme obstát před sebou samými i v očích ostatních. Snažíme se jednat tak, abychom si udrželi svoji čest a morální integritu, tedy abychom si mohli vážit sami sebe a abychom si udrželi úctu ostatních.

Etika, jejíž název je odvozen z řeckého slova „ethos“ – mrav, zvyk, je vědeckou disciplínou zabývající se hodnocením mravnosti lidského chování. Široký systém pravidel a norem určujících chování a jednání lidí nad rámec onoho zmiňovaného právního minima pak nazýváme morálkou neboli seznamem povinností – deontologií („deon“ – řecky povinnost), které by měl slušný člověk plnit. Nejenom právní předpisy, ale také morální normy a pravidla chování se s vývojem společnosti v čase mění. A tak jednání dnes běžné by dříve mohlo představovat nepřijatelné porušení společenských konvencí a naopak. Základní principy, jejichž dodržování povyšuje člověka nad zvířata, však zůstávají platné stále.

Vedle obecně platných morálních imperativů shrnutých například v křesťanském Desateru, má svá vlastní pravidla a normy snad každý obor lidské činnosti. Avšak patrně žádný z nich nemá pravidla profesní morálky tak propracovaná jako medicína. Lékařská etika, která má za sebou několik tisíc let nepřetržitého vývoje, se dnes snaží především udržovat vysoký standard a rovnováhu mezi odborností na straně jedné a lidskostí v konání lékaře na straně druhé. Nejenom bez odborných znalostí, ale ani bez lidského přístupu k nemocným nemůže nikdo být dobrým lékařem.

Vztah důvěry mezi pacientem a jeho lékařem

Vztahy mezi lékaři a pacienty se v čase proměňují, avšak vždy a za všech okolností se řídí minimálně dvěma morálními imperativy:

- „Salus aegroti suprema lex.“ – Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem.
- „Primum non nocere.“ – Především neškodit.

Bezvýhradné dodržování těchto etických pravidel je pak základním předpokladem pro existenci onoho zvláštního vztahu důvěry mezi pacientem a jeho lékařem. Vztahu, který bez ohledu na špatné zákony vycházející v poslední době z dílny našeho ministerstva zdravotnictví nelze v žádném případě redukovat na pouhý obchodní vztah poskytovatele určité služby a jeho klienta, či chcete-li zákazníka.

Základem vztahu mezi lékařem a pacientem je samozřejmě slušnost a vzájemná úcta, ale i respekt vůči důstojnosti člověka v jeho zdraví i nemoci, v utrpení. Samotné slovo pacient přece pochází z latinského „patiens“ – trpící, případně „patientia“ –

trpělivost. Pacient musí věřit lékaři, že udělá vše, co bude v jeho silách, aby mu od jeho utrpení pomohl. A lékař je tím, kdo má ze všech sil pacientovi pomáhat, tím kdo nikdy nesmí zneužít jeho nouze a zoufalství nebo své informační převahy k vlastnímu prospěchu. Vyšší stupeň důvěry, jíž se lékaři oprávněně těší v porovnání s nejrůznějšími profesemi, vyplývá právě z víry a přesvědčení pacientů, že lékař ve svém jednání respektuje nejenom vědecké poznatky (odbornost), ale též morální zásady (etika). Bez vzájemné důvěry je úspěšná léčba prakticky nemožná.

Autonomie lékaře – podmínka bezpečnosti pacientů

Prospěch pacienta musí být vždy prioritou práce a snažení lékaře, který nesmí ordinovat neúčelné léčebné a diagnostické úkony ze zjištěných motivů. Při léčbě pacientů se nesmí řídit hledisky komerčními, ale vždy výhradně svým svědomím a svými znalostmi. Nezávislost lékaře při rozhodování o způsobu léčby je základní a nejdůležitější podmínkou bezpečnosti pacientů. Lékař zkrátka nemůže být ekonomicky závislý na tom, co ušetří na svých pacientech.

Profesní autonomii lékařů omezují rozhodnutí manažerů, kteří jsou často ekonomové, medicíně vůbec nerozumí, a tedy nenesou vůči zdraví pacientů žádnou odpovědnost. Ta zůstává stále na bedrech lékařů, kteří by se, když už ne z etických ohledů na své pacienty, tak alespoň z vlastního pudu sebezáchovy, nikdy neměli nechat donutit k tomu, aby bez jasného právního podkladu omezovali kvalitu, dostupnost a bezpečnost lékařské péče.

Lékaři se dnes ocitají také pod stále tvrdším tlakem zdravotních pojišťoven. Pojišťovny i politici se prostřednictvím penalizací na jedné straně a finančních bonifikací na straně druhé snaží přinutit lékaře, aby omezovali nároky pacientů. Úhradové a regulační mechanismy jsou však často v příkrém rozporu s pravidly lékařské etiky. Tedy s principy obsaženými mimo jiné i v Etickém kodexu České lékařské komory, která je ze zákona jedinou institucí oprávněnou v České republice trestat lékaře za etické prohřešky.

Má-li komora v zájmu občanů a z pověření státu plnit úlohu garanta kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání, pak musí zároveň tvrdě hájit profesní zájmy svých členů tak, abychom my lékaři mohli své povolání vykonávat co možná nejlépe. Jen na státní moci nezávislá profesní samospráva, jejíž pravomoci podléhají všichni lékaři vykonávající v České republice své povolání, může dokázat hájit autonomii lékařské profese a svobodu pacientů proti diktátu zdravotních pojišťoven i proti zvůli politiků. Čím lépe komora v tomto zápase obstojí, tím větší autoritě se bude těšit mezi lékaři a tím více užitečnou bude i pro pacienty.

Dilema současné medicíny

Vedle ohrožení autonomie lékařů v jejich rozhodování vytváří komercializace a sílící ekonomické tlaky v medicíně ještě jedno ohrožení morálních principů naší profese. Jde o největší dilema současné medicíny, o hledání pokud možno spravedlivého kompromisu mezi „neomezenými“ možnostmi lékařské vědy na straně jedné a omezenými finančními zdroji na straně druhé. Tento problém se více či méně úspěšně snaží řešit

všechny vyspělé státy, přičemž žádné zázračné řešení pochopitelně neexistuje. Ani zdravotnictví totiž není perpetuum mobile a nemůže fungovat bez peněz. Prosazování ekonomických pravidel však nesmí narušovat etický rozměr lékařského povolání. Platí přitom jasná úměra, že čím jsou výdaje určené na zdravotnictví v dané zemi nižší, tím se lékaři dostávají pod větší ekonomický tlak, a tím více pak bezpečnost pacientů závisí na jejich morální integritě.

Lékaři mají právo hájit své profesní zájmy

Lékaři musí své povolání vykonávat s patřičnou odborností a v souladu s náročnými etickými pravidly. Nikde však nestojí psáno, že máme pracovat zadarmo, či že bychom snad dokonce měli ze svého platit zdravotní péči pro své pacienty. Podobné zneužívání lékařů prostřednictvím různých regulačních srážek je pouze výmyslem českých ministerských byrokratů a úředníků zdravotních pojišťoven. Každý člověk dělá chyby a dopouští se omylů. Chyba lékaře však může mít fatální následky. Také z toho důvodu v civilizovaných zemích dostávají lékaři za svoji náročnou a odpovědnou práci přiměřeně zaplacení. U nás tomu tak stále není. Proto mají naši lékaři morální právo své profesní i ekonomické zájmy hájit a proto je bude při tom i nadále Česká lékařská komora podporovat.

*MUDr. Milan Kubek
prezident České lékařské komory*

Předmluva editorů

Předkládaná publikace „Komunikace a etika v lékařské praxi“ vznikla v letech 2010–2011 v poměrně širokém kruhu spoluautorů. Hlavním cílem publikace není podat systematické a vyčerpávající informace o problematice komunikace a etiky v medicíně v učebnicovém stylu, ale vytvořit text, který by v co nejširším záběru ilustroval rozmanitost této problematiky v reálné každodenní medicíně. Výsledný text není samozřejmě zcela vyčerpávajícím a řada témat by si zasloužila rozpracovat podrobněji, některá jistě i chybí. Nicméně i tak se domníváme, že výsledná publikace je hodnotným textem, který mezi ostatními publikacemi na příbuzná nebo shodná témata podává diferencovaný a relativně komplexní pohled řady odborníků na tak složitou oblast, jako je komunikace a etika v medicíně.

Publikace je rozdělena do tří základních oddílů. První oddíl je zaměřen na problematiku na obecné úrovni a v širších souvislostech. Druhý oddíl je orientován na profesní odlišnosti a třetí oddíl je zaměřen na konkrétní specifické otázky a oblasti, které nelze jednoznačně oborově určit, protože se často týkají většiny medicínských oblastí, jak je tomu např. u komunikace s umírajícími, oběťmi trestného činu apod.

Věříme, že se předkládaná publikace stane inspirací a možná i rádcem nejen pro všechny začínající, ale i zkušené lékaře a zdravotníky.

Poděkování patří všem spoluautorům za spolupráci, oběma recenzentům za připomínky a cenné podněty a nakladatelství Grada Publishing za realizaci publikace.

Radek Ptáček, Petr Bartůněk

OBECNÁ ČÁST

1 Etika a komunikace v lékařské praxi

Helena Haškovcová

Komunikovat s druhými lidmi je dovednost, která se zdá být samozřejmá, neboť si ji jen tak mimochodem osvojujeme už od dětství. Teprve nedorozumění nejrůznějšího druhu nás v průběhu života učí korigovat onu samozřejmost. **Nesamozřejmost „správné“ komunikace** zatěžuje vzájemné vztahy laiků stejně jako reprezentantů určitých profesí. Všeobecně ceněné vysoké odborné a prestižní vzdělání lékařů však zakládá mýtus, že jejich komunikace vůči pacientům, která je přece také projevem „správného“ a tedy „etického“ chování, je lékařům vlastní. O tom jsou dokonce dodnes přesvědčeni i někteří lékaři, kteří s různými obměnami čas od času vyjadřují názor, že etiku a od ní odvozenou „správnou“ komunikaci „mají v sobě“ a že není třeba, aby se jí „učili“. Uvedené přesvědčení zaznívalo často zejména v době, kdy vítězily snahy institucionalizovat lékařskou etiku jako samostatný obor (1992) a posílit výuku komunikace v pregraduálním vzdělávání lékařů. Předložená publikace obsahuje sérii příspěvků význačných českých odborníků, kteří systematicky připomínají, že nic není samo sebou a že **je nezbytné zvládnout naukovou část vážíci se k profesní komunikaci**, a to zcela logicky vždy v návaznosti na určitou specifickou skupinu nemocných, resp. k jejich specifickým potřebám. Teprve osvojené znalosti a dovednosti tohoto druhu totiž umožňují každému lékaři jednak tolik potřebnou a zdůrazňovanou **individualizaci přístupu** k jednotlivým pacientům, jednak povyšují profesi lékařů na umění svého druhu, tedy **lege artis** (podle pravidel umění, teprve později přeneseně i podle zákona). Jisté ovšem je, že někteří lékaři mají větší, jiní menší nadání komunikovat se svými pacienty, jejich příbuznými i kolegy, stejně tak jako jen někteří mají větší citlivost k etickým konotacím komunikačního procesu či k profesní etice jako takové. Rozhodně všichni mohou čerpat poučení a inspiraci v prezentovaných sděleních svých zkušenějších kolegů.

Připusťme často opakovanou tezi, že v minulosti lékaři dovedli se svými pacienty hovořit se „samozřejmostí“ a jejich komunikaci nebylo třeba věnovat zvláštní pozornost, a ptejme se, kdy a proč lékaři „zmlkli“. Tedy jinak řečeno, kdy byla medicína charakterizována jako „mlčící“ a proč je v současné době komunikace mezi nimi a pacienty tak komplikovaná.

Po dlouhá staletí se vytvářel a ustálil tzv. partnerský (otcovský, rodičovský) model vztahů mezi lékařem a pacientem. Ponechme stranou ty nemocné, kteří z nejrůznějších důvodů žádného lékaře neměli a byli odkázáni na laickou pomoc svých bližních. Jestliže se celý diagnostický i terapeutický proces odehrával pouze v diádě a jestliže odborné možnosti lékaře byly značně omezené, lze předpokládat, že **vkládání slova a emotivní podpora** nemocného nebo jeho příbuzných **byla účinným a často používaným nástrojem**. Vzhledem k význačné vzdělanostní asymetrii vztahu lékaře a laika určoval základní rámec vzájemné komunikace vždy lékař a ve shodě se staletími převažujícím odborným názorem volil v případě závažného stavu svého pacienta **milosrdnou lež** (pia fraus). Tím ovšem také omezil jak „rizika“ komunikace pro pacienta, tak i úzkost na své straně. V odborné literatuře najdeme opakovaně prezentovaný názor, že právě rozvolnění tradičního paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem změnilo základní scénář tohoto vztahu, ve kterém je právě vzájemná komunikace komplikována řadou nebývalých problémů.

Důsledkem rozvolnění paternalizmu, které se dnes blíží až k jeho zániku, je vznik tzv. **partnerského vztahu**, který „funguje“ zatím tak krátce, že si jej řada lékařů, pacientů a jejich příbuzných osvojila pouze na racionální, nikoliv praktické úrovni. Nepředbíhejme však a zdůrazněme, že **pád paternalizmu nebyl náhodný**, ale byl výsledkem mnoha převratných změn, ke kterým došlo po 2. světové válce. Pro stručnost uvedme jen hlavní důvody:

- **důraz na lidská práva a individuální svobody** v reakci na jejich pošlapání za války;
- mimořádné **pokroky ve vědě a lékařské praxi**, které si vynutily **týmovou spolupráci** lékařů, případně i reprezentantů dalších zainteresovaných profesí;
- **vzrůstající vzdělanost laiků**, ke které v posledních 20 letech přispěly také nové technologie (zejména internet), které umožňují zvědavým (a zejména mladším pacientům) rychle získat i odborné informace o nemoci, která je postihla;
- **pozwolný, ale dramatický nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných**, kteří nárokuje vyšší míru informovanosti;
- **nárůst dilematických situací**, kde je konkrétní řešení možné jen ve spolupráci s informovaným a poučeným pacientem (3).

Připomeneme-li opět osobní vztah paternalisticky jednajícího lékaře ke svému pacientovi, pak musíme dovodit, že v uvedené době se mezi lékaře a jejich pacienty „vložíly“ přístroje. Lékaři byli právem nadšení tím, že díky novým technologiím mohou navrátit zdraví značnému množství nemocných a že i u těch, kteří byli kdysi odsouzeni k smrti, dosahovali výrazných úspěchů v podobě dlouhodobých remisí. Jinými slovy řečeno **úspěchy moderní, technické a specializované medicíny** byly (a jsou) nesmírné, což oceňují samozřejmě i zachránění laici. Nadšení z mimořádného a úspěšného rozvoje zejména akutní medicíny však byla koncem sedmdesátých let 20. století vystřídána jistým rozčarováním. Lékaři byli nuceni **uznat limity své profese** a připravit a realizovat koncept **rozvoje medicíny chronických stavů**. Pacienti, jmenovitě ti, kteří byli zachráněni, ale nebyli zcela uzdraveni a potřebovali dlouhodobou dispenzární péči, „náhle“ nárokovali řadu potřebných informací i tradiční lékařovu lidskou účast. Té se jim však nedostávalo a neudivuje, že koncept práv pacientů byl přiměřenou reakcí na absenci nebo výraznou redukci komunikace. Shoda odborníků, především těch, kteří se věnují lékařské etice, je v tom, že lékaři „zmlkli“ právě v době, kdy svou pozornost zcela logicky upřeli „k přístrojům“. **Majoritní problém moderní medicíny identifikovali jako doprovodnou a nechtěnou dehumanizaci medicíny**, jejímž praktickým výrazem se stala **medicína mlčení** (2).

Mlčení lékařů, jehož trvání můžeme datovat až do roku 2001, lze do jisté míry pochopit. Jejich soustředění na odborně technický a náročný diagnostický či terapeutický výkon bylo logické a potřeba hovořit s nemocným klesala. Pokud s nemocnými mluvili, pak nadále v paternalistickém konceptu vztahu, kdy sami určovali **komu, co, kdy, kde a jak říci**. Připomeňme, že každý lékař byl podle platných zákonů (Zákon 20/1966 Sb.) povinen informovat nemocného o jeho zdravotním stavu, ovšem v rozsahu, který určí on sám. Malá ochota informovat nemocného o závažném zdravotním stavu nebo dokonce o zlé prognóze byla (a nezdídká i zůstává) lidsky pochopitelná. Každý člověk raději sděluje příznivé než nepříznivé zprávy. Týmová práce navíc nabízela možnost jak uniknout nutnosti sdělit závažné a pro pacienta nepříjemné informace tím, že jeden lékař (často mylně) předpokládal, že nemocného již informoval „ten před ním“, nebo tak učiní „ten po něm“. Klasický scénář tohoto typu byl praktikován například

v péči o onkologicky nemocné. Chirurg byl přesvědčen, že onkologicky nemocného již informoval praktický lékař. Onkolog se domníval, že validní informace podal chirurg. A tak se nezřídka stávalo, že se posléze nemocný vrátil do péče ke svému praktickému lékaři zcela neinformován. Máme tím na mysli oficiální informace, tedy ty, které měl podat lékař. Samozřejmě, že takový pacient, a zůstaňme u příkladu onkologicky nemocného, „**věděl své**“, neboť si nemohl nevšimnout, co se s ním děje. Pojmy jako onkologie, radiologie atd. se staly obecně známými, nehledě k tomu, že **i nesdělení je významné sdělení**. Lékaři si samozřejmě byli vědomi neudržitelnosti takového stavu, kdy **nemocný věděl a lékař věděl, že nemocný ví**. Proto v té době někteří lékaři projevili odvahu tím, že přerušili své už nefunkční mlčení a tzv. pravdu na nemocničním lůžku pacientovi sdělili (2). Jiní obdivovali praxi v některých západních státech (tehdy tzv. kapitalistická cizina), kde se „pravda říkala na rovinu“, i když ve skutečnosti byla situace mnohem složitější a v mnohém ohledu analogická. K větší otevřenosti lékařů sdělovat pravdivé informace nemocným přispěla i legendární práce Elizabeth Kübler-Rossově na počátku sedmdesátých let 20. století, v nichž popsala dnes už klasickou křivku psychologické odezvy na příchod a rozvoj onkologických onemocnění (5). V té době se začalo hovořit o **konceptu psychologizace medicíny**, jehož podstata spočívala v tom, že by měl každý lékař brát v úvahu psychickou fázi prožívání nemoci konkrétním pacientem (podle Kübler-Rossově) a přizpůsobit ji svou komunikaci. V tehdejší Československu se dokonce poprvé objevilo několik psychologů, kteří začali pracovat v týmech lékařů na odděleních somaticky nemocných. Faktem ovšem je, že větší otevřenost a vyšší míra komunikace „tam na Západě“ byla skutečně na kvalitativně jiné úrovni.

Zbývá doplnit, že se v té době rozlišovala tzv. **běžná a výjimečná komunikace**. Termín běžná komunikace byl rezervován **pro věcné, pravdivé a uvážlivé sdělování informací, instrukcí a rad pacientům**, které postihla léčitelná a časově omezeně trvající nemoc. Výjimečná komunikace pak měla být uplatňována vůči těm pacientům, kteří se nacházeli v závažném zdravotním a následně i emotivně vypjatém stavu. Podstatné je, že běžná komunikace výrazným způsobem ovlivňuje hodnocení pacientů a následně i celé laické veřejnosti. Běžná komunikace je dodnes vizitkou zdravotnictví, a tak jako kdysi, tak i dnes, v ní řada zdravotníků chybuje. Možná proto, že z odborného hlediska považují pacientovu nemoc právem za přechodný stav, po kterém se pacient právě jejich zásluhou plně uzdraví. V takovém kontextu je běžná komunikace „nezajímavá“, resp. se zdá, že jí není třeba věnovat zvýšenou a důslednou pozornost. Paradoxně ve výjimečné komunikaci lékaři té doby vždy chybovali méně, neboť pečlivě vážili svá slova s ohledem na závažný zdravotní stav svého pacienta.

Jako pamětník „starých časů“ musím poznamenat, že lékaři již od sedmdesátých let 20. století hojně a především neformálně diskutovali o tom, jak mají vlastně komunikovat s těžce nemocnými a jejich příbuznými. Podobně frekventované byly diskuse o tom, jak komunikovat s umírajícími. Nepříliš časté semináře, případně konference, jejichž tématem byl psychologický přístup k nevyléčitelně nemocným a umírajícím, byly hojně navštěvované. Lékaři měli prostě o takové pacienty starost a věděli, že nešetrné slovo může ublížit, jako vhodné slovo může pacienty uklidnit. Stejně tak si uvědomovali, že paternalistické mlčení není dlouhodobě udržitelné.

Postupně tedy také u nás vzrůstala potřeba systémové změny. K již uvedeným důvodům se zařadil i do té doby nevídaný **nárůst tzv. dilematických situací**. Jejich podstatou je, že v řadě konkrétních případů existovalo více terapeutických řešení. Kdo měl rozhodnout o volbě jednoho z nich? V teoretické úrovni se začalo hovořit o tom,

že je třeba „**vrátit subjekt do medicíny**“, tedy umožnit nemocnému, aby se takového rozhodování účastnil. Tento, brzy převažující názor dobře koreloval s **nezpochybnitelným a nezczizitelným právem každého člověka, podílet se na rozhodování o svém osudu v nemoci** (stejně tak jako ve zdraví).

Všechny uvedené důvody vedly ke změně strategie a **k budování partnerského vztahu**, což je dosud neukončený a značně komplikovaný proces. Zatímco ve vyspělých západních zemích reagovali nejen lékaři, ale i organizátoři zdravotnických systémů na razantní (a výše jmenované) změny „okamžitě“, u nás došlo k časovému posunu. Zdržení, představuje časový úsek 1970–1989, který se politicky kryje s tzv. normalizací.

Povšimněme si ještě jednou časových a věcných souvislostí. V době, kdy bylo zřejmé, že „se za všechno platí“, a kdy bylo jasné, že „medicína mlčení“ má jen omezený „mandát“, vznikl **v roce 1970 první kodex práv pacientů na světě** z pera Davida Andersona, lékárníka z Virginie. Následně spatřily světlo světa další etické kodexy, které vzhledem ke specifickým potřebám vyjadřovaly opodstatněná přání určitých skupin nemocných (fyzicky handicapovaných, psychicky nemocných, alergiků, astmatiků atd.). I když je vytvářeli nelékaři a pravidelně se jednalo o aktivitu „zdola“ (vysoké angažmá patientských sdružení), brali je lékaři „tam na Západě“ zcela vážně. Pregnantně formulované požadavky pacientů začali postupně a důsledně naplňovat v lékařské praxi. Učinili tak významný „krok“ ke strategii partnerství. Ve stejné době jsme však u nás zakonzervovali paternalismus a celých dalších 20 let jsme jej dále favorizovali, ačkoliv byla jeho neudržitelnost nepřehlédnutelná. Iniciativa „zdola“ byla politicky nemyslitelná a existence sdružení pacientů nereálná (1).

Není účelem tohoto textu popsat dramatické změny, ke kterým došlo ve zdravotnictví po roce 1989. S ohledem na komunikaci lékařů s pacienty je však třeba zdůraznit, že **v roce 1992 byl formulován a zveřejněn první kodex Práv pacientů i u nás**. Byl stručný a vyjadřoval opodstatněné potřeby všech lidí, kteří se ocitli v roli nemocných. Následovaly však další kodexy, které kopírovaly již proběhlý vývoj ve vyspělé cizině. Věrní tehdejšímu politickému heslu „Zpět do Evropy“ byly etické kodexy tohoto druhu až na výjimky formulovány „shora“, v případě české verze Práv pacientů to byla tzv. Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR. S ohledem na komunikaci mezi lékařem a pacientem připomeňme z české verze Práv pacientů část ustanovení č. 3:

„Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena ...“ (1).

V návaznosti na uvedené opodstatnění přání nemocných se komunikace mezi lékaři a nemocnými zlepšovala, i když bylo možné zaznamenat rozdíly jak mezi lékaři v jednom týmu, tak i v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Bylo na zvážení každého lékaře, nakolik otevřeně bude komunikovat, neboť uvedené ustanovení etického kodexu nebylo právně nijak vymahatelné. To byl ovšem pro některé lékaře důvod k setrvání v dosavadní praxi „medicíny mlčení“.

Další osud etického kodexu Práv pacientů byl dramatický a vyvrcholil **v roce 2001**, kdy Parlament České republiky ratifikoval mezinárodní smlouvu s názvem **Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny**, která bývá pro stručnost nazývána **Úmluva o biomedicíně** (8). Od té doby je uvedená Úmluva o biomedicíně **nejvyšším zdravotnickým zákonem země** a tam,

kde jsou s ní některé české a dosud platné zákony (nebo jejich části) v rozporu, **má aplikační přednost**. I když je Úmluva o biomedicině obsáhlá a upravuje celou řadu závažných oblastí týkajících se nejen lékařské praxe, ale i biomedicínského výzkumu, soustředíme se pouze na ta ustanovení, která mají podmiňující nebo zprostředkující vztah ke komunikaci mezi lékařem a pacientem. Je nutné zdůraznit podstatnou informaci, totiž skutečnost, že to, co bylo v etických kodexech Práv pacientů opodstatněným přáním nemocných, se až na výjimky stalo obsahem právě uvedené, závazné a tudíž i vymahatelné právní normy.

V kapitole III., čl. 10 Úmluvy o biomedicině je napsáno:

„Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním vztahu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutné respektovat.

Ve výjimečných případech mohou být práva uvedená v předchozím bodu omezena zákonem, je-li to v zájmu pacienta“ (8).

Uvedené ustanovení je zcela revoluční, protože **o tom, zda bude pacient informován a v jakém rozsahu rozhoduje poprvé v dějinách medicíny pacient, nikoliv lékař**. Lékař je vždy povinen vyhovět nemocnému, který si přeje být informován, a jiný prostředek než komunikace není znám. Přeje-li si to pacient, pak lékař sdělovat informace musí, ač by je sám a třeba i důvodně, raději omezil. Možnost pravdy sdělované „po kapkách“ i strategie *pia fraus* prakticky zanikla.

Důležitost komunikace je proto zcela mimořádná, neboť její kvalita rozhoduje o tom, zda pacient nakonec aktem své svobodné vůle projeví souhlas s navrhovaným diagnostickým nebo terapeutickým postupem, či nikoliv. A právníci by jistě a opodstatněně dodali, že tam, kde není souhlas, nemůže být ani léčba, zajisté s výjimkou, kterou Úmluva o biomedicině stanoví a která se týká nemocných ve stavu, kdy poučení nelze udělit a souhlas není možné získat. Ten je však v daných situacích předpokládán.

Prostředkem náležitě a uskutečněné komunikace mezi lékařem a nemocným je od chvíle platnosti Úmluvy o biomedicině **tzv. informovaný souhlas**. Má tři formy: ústní, konkludentní (vyplývající z okolností) a písemnou. Nikde není stanoveno, kdy a za jakých okolností má lékař zvolit jednu z nich, a dodejme, že **písemná forma informovaného souhlasu není povinná**. Bylo by správné, aby v ambulantní sféře dominovala ústní, případně konkludentní forma souhlasu. Písemný informovaný souhlas by měl být rezervován jen pro náročné, zejména invazivní diagnostické a léčebné metody. Problém prvních dvou forem informovaného souhlasu spočívá v tom, že jej zpětně nelze prokázat. To je důvodem pro to, že se stále více rozšiřuje písemná forma souhlasu, jejíž vypracování má být vždy „šito na míru“ konkrétnímu pacientovi. Neúměrně tím narůstá administrativní zátěž lékařů. V každém případě by měl být podpis pacienta pod písemnou formou informovaného souhlasu vrcholem vzájemné ústní domluvy. Neuskutečnilo-li se ústní poučení, pak je získaný podpis pouhým formálním aktem, který nezaručuje lékaři právní ochranu. Množí se případy, kde je později takový informovaný souhlas pacientem zpochybněn. Značné etické problémy přináší nutnost uvádět rizika zamýšleného výkonu. I když je lékař v ústním poučení pacientovi zamlčí, nebo jejich závažnost zmírní, v písemné formě si to dovolit nemůže. Když si uvedeného rozporu pacient všimne, pochopitelně znejistí. Důsledkem bývá **otřesená důvěra k informujícímu lékaři** i k lékařům obecně. Palčivým problémem je povinně uváděná (a pacientem v rámci informovaného souhlasu i potvrzovaná) věta, že „se pacient měl možnost ptát na všechno, co ho v souvislosti s jeho zdravotním stavem zajímá“. I když

na uvedenou možnost zatím celá řada pacientů rezignuje, někteří nemocní, zejména z řad mladších věkových kategorií, se aktivně svých lékařů vyptávají, a to i na zdánlivé nebo faktické podrobnosti. Časová náročnost takového rozhovoru pak nutně vzrůstá. Lze předpokládat, že „zvídavých“ nemocných bude v budoucnu přibývat.

Informovaný souhlas byl jistě koncipován s dobrým úmyslem proto, aby se zvýšila informovanost nemocného a aby se on, jako suverénní svobodná bytost mohl rozhodnout, zda léčbu podstoupí či nikoliv, případně, které z nabízených alternativ dá přednost. Neměl by se však stát „dogmatem“, jehož pečlivě sledovaná formální stránka zastíní, nebo dokonce rezignuje na lidský a o důvěru se opírající vztah lékaře a pacienta. O tom, jaké problémy se k informovanému souhlasu vážou a jak se s nimi vypořádat, svědčí vzrůstající počet odborných diskusí. Je však nepochybné, že **daný právní rámec umožňuje jen malé individuální modifikace**, což škodí především pacientům. S principy informovaného souhlasu a s problematikou, která s ním souvisí, se lze seznámit i v českých monografiích (3, 7), stejně jako v řadě časopiseckých statí. V této souvislosti je vhodné nahlédnout i do právníkové časopisecké literatury. Zdrojem validních informací je i internetová stránka www.zdravotnickepravo.info.cz.

Přes všechny uvedené problémy by se mohlo zdát, že se existencí Úmluvy o bio-medicíně ulevilo lékařům i pacientům. To proto, že lékaři už nemusejí zvažovat komu, kdy a co sdělí svému nemocnému. Pacientům proto, že se už nemusejí spoléhat na tzv. zprostředkovaná sdělení a že mohou získat informace o svém zdravotním stavu bez překonávání bariér lékařova mlčení. Opak je však pravdou. Některé problémy „medicíny mlčení“ byly odstraněny, jiné a nemalé vznikly. V souvislosti s komunikací jsou to především tyto:

1. **Tzv. informovaný souhlas jako standardní prostředek komunikace** je nezřídka používán nesprávným nebo nevhodným způsobem a stále více slouží především jako právní ochrana lékařům před případnými soudními spory. Ostatně proto je stále častěji používána jeho písemná forma než forma ústní či konkludentní. Není tajemstvím, že lze získat písemný informovaný souhlas formálně (podpisem nemocného), aniž by k náležité komunikaci mezi ním a nemocným vůbec došlo. Za zvláště politováníhodnou lze považovat praxi, kdy nejenže chybí náležité poučení ze strany lékaře, ale písemný informovaný souhlas předkládá pacientovi sestra nebo dokonce sociální pracovnice. Zdůrazněme, že informovaný souhlas znamená, že **nemocný je poučen předem** (jak je to jen časově možné) **a řádně o účelu a povaze zákroku, o jeho rizicích i důsledcích** (mají se na mysli i praktické dopady pro běžný život uzdraveného pacienta, jako je například předpokládaná délka pracovní neschopnosti nebo omezení praktických pracovních činností).
2. **Někteří nemocní nejsou s to se rozhodnout** a uvítali by doporučení lékaře, co tedy mají dělat. Některé lékaři neodmítají poskytnout doporučení tohoto typu, vědomi si nejen psychické rozlady svého nemocného, ale i někdejšího „kánonu“, že mají pacienta „získat pro svůj léčebný plán“. Jiní se zdráhají takové doporučení dát s odkazem na respekt k právně zakotvené svobodné volbě nemocného. **Favorizované partnerství mezi lékařem a pacientem však nevylučuje poskytování rad váhajícímu nemocnému.** I při této formě vztahů je žádoucí, aby lékař využil svou odbornou převahu a partnersky poradil. Změna se tedy týká především formy komunikace, v níž autoritativní (paternalistický) způsob jednání už patří minulosti.
3. **Informovaný pacient není ještě poučený pacient.** Současná situace je charakteristická tím, že je pacient většinou zahlcen množstvím informací, kterým při nejlepší

- vůli lékaře nerozumí a rozumět nemůže. I když použije lékař srozumitelný a jak říkají nemocní tzv. „lidský“ slovník, pacient je před závažným výkonem nakonec stejně nucen přečíst si a podepsat písemný informovaný souhlas, který je naopak psán odbornou terminologií. Je známou skutečností, že jde-li „nemocnému o život“, stejně si není schopen zapamatovat více než 2–3 základní informace a „nikde není napsáno“, že si zapamatuje ty nejdůležitější. V souvislosti s psychickým stavem, který závažná nemoc ovlivňuje, pak nebere na vědomí ani důležité souvislosti.
4. Řada nemocných se ostýchá zeptat se lékaře na to, čemu nerozumí, nebo co by chtěl ještě vědět. Pak ale shání informace, „kde se dá“. Mladá generace běžně pracuje s internetem a je nadšena existencí sociálních sítí. Pokud někdo z mladších občanů onemocní, získává informace též na internetu a své obavy z nemoci sdílí se svými internetovými přáteli. Odborně se popisuje vznik „**second world**“. A právě onen virtuální svět může v budoucnu (až mladí lidé zestárnou a budou se stávat pacienti) zkomplikovat i rozhovory budoucích pacientů s lékaři. **Množství nehierarchizovaných internetových** informací může pacienty zúzkostnit, ovšem stejně tak může digitální svět otevřít pro tyto pacienty prostor pro neformální komunikaci a laickou emocionální podporu. Čím méně moderní lidé hovoří mezi sebou v reálném světě, tím více komunikují na tzv. sociálních sítích. Nelze odhadnout dopady na konkrétní vztahy mezi zdravotníky a pacienty, je však třeba na ně včas pamatovat. I když existence second world nemá souvislost s existencí Úmluvy o biomedicíně, je nutné ji uvést. Souvislost s celkovou úrovní komunikace ve zdravotnictví již částečně má a v budoucnosti nabude na významu. Nepochybně také platí, že hledání informací „jinde“ vzrůstá tam, kde chybí poučení se strany lékaře.
 5. **Informace o případných rizicích**, ať již jsou sděleny ústně nebo je v rozšířené formě obsahuje písemný informovaný souhlas, bývají nezištně a mnohé pacienty **pravidelně děsí**. Po staletí pěstovaná ohleduplnost vůči člověku, který se ocitl v nouzi nemoci, mizí, informace jsou podávány „natvrdo“ a o **iatrogenním poškození pacienta** se v této souvislosti neuvažuje (6). (Pozn.: Iatrogenie je negativní působení kteréhokoliv zdravotnického pracovníka na nemocného nejen výkonem, ale i slovním projevem.) Nejistí se mohou cítit též lékaři, kteří z logiky věci nemohou uvést „všechna myslitelná rizika“. **Důvěra mezi lékařem a pacientem „mizí“**, protože lékař se obává konfliktu s nemocným či jeho příbuznými a pacient má dojem, že je ve své tíživé situaci sám.
 6. **Existuje-li více alternativ**, ze kterých si má pacient vybrat, je iluzorní si myslet, že si bez odborného doporučení lékaře vybere tu pro sebe nejvhodnější. I když lékař vždy nabízí možnosti lege artis, které konec konců „všechny vedou do Říma“, přece jen je zátěž rozhodovacího procesu pro nemocného člověka mimořádně vysoká.
 7. Extrémní alternativou je **odmítnutí léčby nebo její části**. I když zákon takovou volbu pacientovi umožňuje, důsledky bývají závažné. Řešení, tedy podpis negativního reversu, který chrání lékaře, není konečné. Odmítající pacient dříve či později vyhledá lékaře s prosbou o pomoc, protože jeho nemoc progreduje. Lékař se pak nachází v obtížné situaci, neboť musí léčit nemocného ve zhoršeném stavu a kromě pochopitelné prožívané rozlady až vzteku, že „k tomu nemuselo dojít“, uvažuje i o tom, zda vhodnou komunikací a příznejme, že v podstatě i určitým přemlouváním, nemohl komplikovanou situaci předejít. Nemluvě o tom, že pozdější léčba takového, zprvu odmítajícího pacienta, je většinou podstatně dražší. V této souvislosti se otevírá prostor pro diskusi o alokaci zdrojů, když na jedné straně pomyslné

misky vah leží ničím neohraňčená svobodná vůle nemocného a na druhé peníze, které se daly využít efektivněji ve prospěch jiných pacientů. Ekonomický tlak, jehož podstatou je nezbytná úspora disponibilních finančních i lidských zdrojů, se jistě promítne i do řešení uvedené palčivé situace.

8. **Reminiscence na paternalistický model vztahů ožívají** v řadách některých lékařů i pacientů. Zejména nemocní senioři nerozumí tomu, proč se mají najednou rozhodovat v tak obtížných věcech sami, když to před tím vždy dělal podle svého nejlepšího vědomí a svědomí lékař. K jejich překvapení, že jsou „věci jinak“, přispívá nejen malá osvěta související s informovaným souhlasem, ale také osobní zkušenost. Lze totiž předpokládat, že v minulosti již stonali a osvojili si paternalistický model vztahů. Ten by ostatně i dnes intermitentně vyhovoval i některým zúzkostněným rodičům vážně nemocných dětí, jakož i úzkostným dospělým pacientům (3, 4, 7).

Zásadní etický problém, který se promítá do praktických vztahů mezi lékařem a nemocným, tkví v **pojetí partnerství**. Chápeme-li jej jako skutečné partnerství, zajisté musíme počítat s celou řadou problémů, z nichž byly některé jmenovány a jiné popisují někteří autoři této monografie. Skutečné partnerství musí být přece prověřeno celou řadou životních a většinou krizových situací. V případě lékařů a pacientů je situace jiná. Nemocný si svou nemoc nevybral a i když si může vybrat lékaře (případně zdravotnické zařízení), přece jen je to volba z nutnosti. Řada odborníků je přesvědčena o tom, že **partnerství mezi lékařem a pacientem nemůže být skutečné, ale vždy a výhradně profesionální**. Pacient totiž zůstane laikem, i kdyby byl vysokoškolsky vzdělaným člověkem a „jedničkou“ ve svém oboru. **Vzdělanostní asymetrie mezi lékařem a pacientem trvá**, své zvláštní formy nabývá i v případech, kdy lékař léčí jiného lékaře nebo zdravotníka. Omyl spočívající v představě skutečného partnerství mezi lékaři a jejich pacienty zesiluje ještě klientské pojetí zdravotnických služeb. **Klientský neboli zákaznický model** již dominuje v sociálních službách, pomalu se ale vkrádá i do zdravotnictví (3, 7). Je třeba rozlišit, kde je možná **zákaznická služba** a **kde lékařská péče**, v níž osobní angažmá lékaře je pro pacienta cennou devizou. Nehledě k tomu, že právě ono osobní angažmá lékaře jako „přidaná hodnota“ činí z jeho odborných dovedností právě ono již uvedené umění. Vyjasnění základní strategie partnerství, určení výhod i nevýhod v podobě limitů, je předpokladem pro bezproblémovou komunikaci s většinou nemocných. V opačném případě lze očekávat jen chaos svého druhu a redukci komunikace na formální rovinu „jak informace říkat“. I když způsob sdělování závažných informací vyžaduje příslušný odborný trénink, mnohem podstatnější je uvažovat o jejich smyslu. Má-li být hlavním cílem poučení a rozhodnutí schopný pacient, pak je třeba nejen informace hierarchizovat, ale také jimi „neplýtvat“.

Jistě **bylo nesprávné, když pacienti neměli informace, které chtěli a potřebovali**. **Stejně alarmující je, když jich mají nadbytek** a závažná rozhodnutí o léčbě jsou pouze v jejich rukách. I v běžném životě se s před závažným rozhodnutím radíme s někým, kdo má naši důvěru. Proč by to v nemoci, která postiženého člověka výrazně emotivně ovlivňuje, neměl být lékař? Vzhledem k dominantnímu profesionálnímu partnerství rada takového druhu nemůže být autoritativní, ale diplomaticky „partnerská“. Může mít například formou doporučení – „co bych já dělal na vašem místě“ nebo „co bych já poradil své manželce, tatínkovi atd., kdyby byl ve stejné situaci. I když není možné „vrátit kolo dějin“ zpět, přece jen je nutné otevřít diskusi o tom, zda by nebylo vhodné „oprášit“ princip spočívající v úsilí jak vhodnou komunikací **získat pacienta pro**

svůj plán. V některých státech se dobře uplatňuje analogický a dokonce i legislativně zakotvený **tzv. princip vyjednávání.** Je také na místě uvažovat o **tzv. terapeutickém privilegiu,** které by umožnilo lékařům nesdělít všechny informace, resp. v odůvodněných případech některé informace zadržet (3, 7). „Absolutní“ rovnost mezi lékařem a pacientem v tom smyslu, jak v České republice rozumíme podstatně partnerství, je nesmysl a usilovat o ni je projevem naivity nebo nezkušenosti. Věřím, že většina lékařů rozumí a přijímá plnou právní odpovědnost za pacienta nikoliv ve smyslu právního purizmu současného výkladu Úmluvy o biomedicíně, ale také v kontextu tradice, kterou je možné interpretovat jako odbornou a vstřícnou pomoc člověku, kterého postihla nemoc.

Předložená monografie obsahuje příspěvky významných českých odborníků vybraných tak, aby čtenář získal ucelený přehled o komunikaci ve „velkých“ lékařských oborech a také o tom, jak o ni někteří z nich uvažují v souvislosti s profesní etikou. V knize jistě není a nemůže být všechno. Pozorný čtenář si jistě všimne i validních literárních odkazů na další ať již české, nebo zahraniční publikace, ve kterých najde podrobnější informace. Zbývá doplnit, že na českém knižním trhu jsou k dispozici i vysoce speciální monografie jak komunikovat nebo jednat s vymezenými skupinami znevýhodněných nebo nemocných lidí.

Literatura

1. Haškovcová, H. Práva pacientů, komentované vydání. Havířov: Nakladatelství A. Krtilové 1996.
2. Haškovcová, H. Lékařská etika, 3. vyd. Praha: Galén 2002.
3. Haškovcová, H. Informovaný souhlas: proč a jak? Praha: Galén 2007.
4. Haškovcová, H. Fenomén stárí, 2. vyd. Praha: Havlíček Brainteam 2010.
5. Kübler-Ross, E. Interview mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz 1992.
6. Mareš J. a kol. Iatropatogenie a sororigenie aneb Jak lze poškozovat člověka. Praha: V. Š. J. A. Komenského 2002.
7. Šustek, P., Holčapek, T. Informovaný souhlas. Praha: ASPI 2007.
8. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Sbírka mezinárodních smluv ČR, částka 44/2001.

2 Význam komunikace v medicíně

Radek Ptáček

Úvod

Komunikace mezi lékařem a pacientem má pro medicínu klíčový význam, a takto je třeba ji chápat (66, 19). Součástí klinických kompetencí lékaře jsou nejen medicínské znalosti, schopnosti řešit klinické problémy a realizovat klinické vyšetření, ale nezbytnou složkou jsou i dovednosti komunikační. Ty nejsou pouze nadstavbou či přidanou hodnotou klinických kompetencí, jak se někteří lékaři stále domnívají, ale patří do souboru základních předpokladů pro výkon medicínských povolání.

I když mnozí zastávají názor, že umění komunikace je dar, pravdou je, že komunikaci je třeba se učit. Komunikace není osobnostní charakteristika, kterou buď člověk má, anebo nemá, ale je to celá řada dovedností, které je třeba učit se a naučit. Tak, jako je nutné naučit se jak správně vyšetřit pacienta, stejně tak je nezbytné naučit se jak s pacientem hovořit. Umění komunikace není jen „být milý“, ale zahrnuje řadu konkrétních postupů, dnes často i s prokázanou efektivitou a dopadem na celkový proces léčby. Komunikovat v běžném sociálním styku není totéž jako komunikovat s pacientem. Zdravotník, který je běžně komunikativní, tedy ještě nutně nemusí umět správně hovořit s pacientem. Lékařská komunikace musí být rozvíjena na profesio-nální úrovni.

V posledních 25 letech vzrůstá ze strany odborníků tlak na lékaře a zdravotníky obecně, aby zlepšili své komunikační schopnosti (4, 30). Komunikace a obecně kontakt lékaře s pacientem totiž na základě řady dostupných studií do určité míry předurčuje nejen úspěšnost léčby pacienta, ale ovlivňuje i některé další faktory, jako je délka trvání léčby a náklady na její realizaci. Lze tedy jednoznačně konstatovat, že komunikace je v klinické praxi – a to jak u lékařských, tak zdravotnických nelékařských profesí – klíčová. Na základě řady moderních studií lze jednoznačně konstatovat, že efektivní komunikace v medicíně významně zlepšuje nebo alespoň pozitivně ovlivňuje:

- přesnost diagnózy a její provázanost s dalšími skutečnostmi,
- dodržování léčby a terapeutický vztah pacienta a lékaře,
- výsledky léčby pacienta,
- spokojenost pacienta i lékaře.

V této souvislosti je vhodné dále zdůraznit několik důležitých skutečností:

- Komunikace je hlavní klinickou dovedností a nezbytnou komponentou klinické kompetence – už jen z důvodu, že lékaři vykonají během svého profesního života až 200 000 konzultací.
- Efektivní komunikace je v medicíně nezbytná, zajišťuje nejen spokojenost pacienta, jeho pochopení, „compliance“ a spokojenost s léčbou, ale přímo ovlivňuje efektivitu realizované léčby.
- Na základě toho lze konstatovat, že to, jak lékař komunikuje, je stejně důležité jako to, co říká (45).

Už z těchto důvodů je zřejmé, že komunikačním schopnostem je třeba se učit. Proto je třeba dále si uvědomit, že:

- Komunikace je série dovedností, které mohou být naučeny, nejde pouze o osobní dispozici.
- Komunikace v medicíně musí být vedena na profesionální úrovni, je tedy zapotřebí využívat specifických metod.
- Samotná zkušenost není pro dobrou komunikaci dostačující.
- Komunikace musí být vyučována stejně jako jiné dovednosti, jako např. vyšetření pacienta.
- I zkušení lékaři musejí posilovat své komunikační dovednosti (47).

Důležitost komunikace a její efekt

Celá řada odborných studií již více než 25 let intenzivně studuje, jaké psychologické faktory ovlivňují proces léčby. V podstatě všechny docházejí k výsledkům, že v procesu, byť dnes na důkazech založené léčby, zůstává individuální kontakt s pacientem zcela rozhodující. Mnoho odborníků z celé řady medicínských oborů se přiznává, že v podstatě neléčí pacienta, ale diagnózu, EKG nebo EEG záznam, případně výsledky biochemického vyšetření. V tomto procesu pacient jako osoba se svým příběhem, obavami, ale i řadou příčin aktuálního zdravotního stavu zůstává zcela v pozadí. Přitom právě moderní, na důkazech založená medicína jasně poukazuje na fakt, že pokud lékař dokáže s pacientem vhodným způsobem komunikovat, může zásadním způsobem ovlivnit v podstatě všechny aspekty léčebného procesu, o dobrém pocitu pacienta a jeho spokojenosti s léčbou v podstatě nemluvě. Studie, zjišťující efektivitu jednotlivých aspektů komunikace v medicíně lze v posledních 25 letech počítat v odborných medicínských databázích na desetitisíce. V tomto ohledu lze dokonce konstatovat, že efektivita vhodné komunikace lékaře s pacientem je lépe prozkoumaná a prokázána než řada běžně používaných farmakologických postupů. Dostupné studie zjišťující účinnost komunikace lékaře s pacientem lze klasifikovat z hlediska efektu, který studují nebo prokazují. Jedná se především o tyto základní okruhy:

1. rozlišení příznaků a stanovení diagnózy,
2. účinnost léčby,
3. spokojenost pacienta,
4. dodržování léčby pacientem,
5. náklady na léčbu,
6. medicínsko-právní spory.

V následujícím textu v rámci každé kategorie podáme přehled několika nejvýznamnějších studií.

■ Rozlišení příznaků a stanovení diagnózy

- Trénink lékařů v komunikačních dovednostech vede ke zlepšení identifikace psychosociálních problémů pacienta a redukci pacientovy emoční úzkosti, což vede ke stanovení přesnější diagnózy (74).
- Pro rozlišení příznaků chronické bolesti hlavy je důležitější sdělení pocitů, o kterých je pacient schopen hovořit při první návštěvě u lékaře, než objektivní vyšetření nebo standardy vyšetření (35).

- Spokojenost pacienta s konzultací a skutečností, jak dobře se lékař zabývá jeho prognózou, určuje délku léčby při problémech s bolestí v krku (54).
- Lékaři, kteří prošli praktickým tréninkem v komunikačních dovednostech, vykazují oproti lékařům bez tohoto výcviku statisticky významně menší procento chybných diagnóz (9).
- Lékaři často pacienta přeruší příliš brzy poté, co začne hovořit otevřeně, což způsobí nevyslovení některých důležitých symptomů a vede k chybné diagnóze (9).

■ Účinnost léčby

- Možnost pacienta diskutovat o svých zdravotních obtížích, spíše než odpovídat na uzavřené otázky, vede k lepší kontrole nad hypertenzí (65).
- Snížená potřeba analgetik po infarktu myokardu souvisí s informacemi, které jsou pacientům podány, i způsobem, jakým jsou podány (63).
- Vytvoření možnosti volby, pokud je možná, a efektivní komunikace vede ke snížení úzkosti a deprese u pacientů po chirurgické operaci rakoviny prsu (26).
- Pacienti, kteří prošli tréninkem v pokládání otázek a jednání s lékařem, dostávají nejen více informací, ale mají též lepší výsledky při léčbě hypertenze a diabetu (43, 72).
- Komunikace orientovaná na pacienta je spojena s rychlejší úzvazou a snížením obav, což vede ke snížení potřeby další léčby i diagnostiky (79).
- Efektivní komunikace s pacienty po výměně kloubů vede k jejich rychlejší postoperační pohyblivosti i časnější úlevě od bolesti (38).

■ Spokojenost pacienta

- Identifikace očekávání pacienta zvyšuje jeho spokojenost s léčbou (10).
- Spokojenost pacienta narůstá, pokud se lékař zeptá, zda pacient má nějaké další otázky, a ujistí se, že pacient všemu rozuměl a nemá další nezodpovězené otázky (76).
- Lékařova vědomá neverbální komunikace pozitivně ovlivňuje spokojenost pacienta (32).
- Pacientova spokojenost je přímo spojena s množstvím informací, které dostane od lékaře (33).
- Podávání informací, vyjádření dojmů, budování vztahů, empatie a větší zaměření na pacienta vede ke zvýšení spokojenosti pacienta (85).
- U onkologických pacientů je spokojenost s lékařskou konzultací vyšší, jestliže se mohou podílet na rozhodování o své léčbě (29).
- Pacienti, kteří podstoupili chirurgickou náhradu kloubů, vnímají kvalitu péče jako významně vyšší v nemocnicích, kde jsou lékaři kontinuálně školeni v komunikaci (38).

■ Dodržování léčby pacientem

- Průměrně 50 % pacientů nebere předepsané léky nebo je bere nesprávně (13). Pacienti, kterým jsou průběžně podávány informace, je jim zdůvodňována léčba a lékař jim pomáhá porozumět jejich onemocnění, častěji souhlasí s plánovanou léčbou a lépe ji dodržují než pacienti, u kterých se tak neděje (77).
- Lékaři mohou zvýšit pravděpodobnost dodržování léčebného režimu tím, že výslovně žádají pacienty, aby jim sdělili názory, přesvědčení, obavy a postoje k onemocnění (58).

- McLane et al. (61) zjistil, že komunikace se staršími pacienty je nejdůležitějším faktorem k jejich rozhodnutí dodržet i ochotě dlouhodobě dodržovat léčbu.
- Konzultace, jejichž součástí je systematický zájem o pacientovy obavy, vedou ke zlepšení užívání medikace dokonce i tři měsíce po zastavení této intervence (22).

■ Náklady na léčbu

- Ve srovnání s kontrolní skupinou, přítomnost lékaře a zdravotní sestry speciálně zaměřených na zlepšení komunikace s pacienty a jejich rodinami významně redukuje délku pobytu na jednotce intenzivní péče (6,1 versus 9,5 dne) a v nemocnici (11,3 versus 16,4 dny). A vede též k nižším fixním (15 559 versus 24 080 dolarů) i pohyblivým (5087 versus 8035 dolarů) nákladům na léčbu (2).
- Ve studii na pacientech po kloubních výměnách v devíti nemocnicích se zvýšením spolupráce zdravotnických pracovníků s pacienty a jejich rodinami se zkrátil pobyt v nemocnici o 53 %. Všechny jednotlivé dimenze spolupráce (pravidelná, načasovaná a pečlivá komunikace, stejně jako řešení problémů spojených s léčbou, stanovení společných cílů a vzájemný respekt mezi zdravotnickými pracovníky) byly spojeny s kratší dobou pobytu v nemocnici, a tím i výrazně nižšími náklady (38).

■ Medicínsko-právní spory

- Selhání komunikace mezi lékařem a pacientem je kritickým faktorem vedoucím k vedení většiny soudních sporů (50). Právníci identifikovali lékařskou komunikaci a postoje v 70 % případech jako primární důvod toho, proč pacienti žalují za zanedbání povinné péče (6).
- Beckman et al. (9) poukázali na to, že následující komunikační problémy byly přítomny v 70 % výpovědích o zanedbání povinné péče: znehodnocení názorů pacienta, podání nedostatečných informací, selhání v porozumění stanovisek pacienta.
- Ve studii ortopedických chirurgů bylo prokázáno, že pozorný vztah k pacientům a dostatečný čas pro vysvětlení zdravotního stavu vede k menšímu počtu stížností na zanedbání péče (1).
- Menší počet stížností na zanedbání péče byl na lékaře, kteří byli orientováni na komunikaci s pacienty – ptali se na jejich názory, ujišťovali se, zda rozumí léčebným postupům, usmívali se a používali humor (50).
- V případech porodníků si pacientky často stěžují na zanedbání péče a často si stěžují na pocity spěchu a ignorace a nedostatek adekvátního vysvětlení situace, ačkoliv většinou nepodávají žaloby (37).
- V některých státech v USA pojišťovny pro „zanedbání lékařské péče“ oceňují slevami 3–10 % z ročního pojištění ty lékaře, kteří se účastní pravidelných školení komunikačních dovedností (17).

Problémy v komunikaci mezi lékaři a pacienty

Problémy v komunikaci mezi lékaři a pacienty jsou časté. Nejde pouze o to, zda lékař s pacientem komunikuje, ale též, a možná především o to, jakým způsobem. Mnoho lékařů se v této souvislosti brání tím, že pacientům věnuje dostatečný čas pro komunikaci. Nicméně většina studií zaměřených na pacienty poukazuje na pravý opak. Většina pacientů stále vnímá nezáměr ze strany lékaře v pochopení pacientových reálných

obtíží, neochotu pro dostatečné sdělení a vysvětlení diagnózy a způsobů terapie. Tyto skutečnosti pak vedou nejen k neefektivnímu dodržování léčby a nižší spokojenosti pacienta, ale v důsledku mohou vést k celkově nižší úspěšnosti léčby, její vyšší nákladovosti apod. V tomto smyslu je povinností lékaře znát principy efektivní komunikace a být si vědom možných zdrojů problémů a konfliktů v komunikaci s pacientem a efektivně jim předcházet. Mezi ty patří především případy, kdy pacient informacím od lékaře dostatečně nerozumí, připadá si nezahrnutý do plánování léčby, má nedostatek informací o prognóze a příčinách jeho onemocnění, případně pociťuje nedostatek empatie ze strany lékaře. V oblasti problémů v komunikaci mezi lékaři a pacienty je vhodné zdůraznit několik významných empirických zjištění:

- Lékaři obecně dávají pacientům méně informací, než by si pacienti přáli, a užívají odborný slang, kterému pacienti nerozumí. To vede nejen ke konfliktům, ale též k riziku chybného dodržování léčebného režimu (76).
- Lékaři přeceňují čas, který věnují vysvětlení a plánování během konzultace až o 900 %. Tzn., jsou nadměrně spokojeni s časem, který pacientům v tomto ohledu poskytnou (59).
- Pacienti a lékaři nesouhlasí s relativní důležitostí sdělování lékařských informací. Pacienti na první místo kladou informace o prognóze, diagnóze a příčinách obtíží, zatímco lékaři kladou nepřiměřenou váhu informacím o léčbě a farmakoterapii (44).
- Závažným problémem je, jak si pacienti na informace, které jim lékař řekl, vzpomenu a jak jim porozumí. Tyto skutečnosti může lékař významně ovlivnit znalostí a používáním některých komunikačních principů (24).
- Mezi významné nedostatky v lékařském vzdělání patří minimální pozornost vzdělávání a tréninku v komunikačních dovednostech a schopnostech budování terapeutického vztahu k pacientům. Je mylné předpokládat, že lékař má schopnost empaticky komunikovat se svými pacienty nebo že tuto schopnost získá během lékařské praxe (7).
- 75 % pacientů po lékařské konzultaci uvádí, že nemohli vyslovit své zásadní nebo neurčité obavy (7).
- Lékaři se zřídka pacientů ptají na jejich myšlenky a ve skutečnosti se myšlenkám pacientů vyhýbají a potlačují jejich vyjádření (83).
- Lékaři odpovídají pouze na pacientovy přímé otázky. Na otázky otevřené nebo nejasně formulované většinou neodpovídají (51).

Význam naslouchání

Komunikace musí být oboustranná, zahrnuje tedy jak přímou komunikaci lékaře, tak aktivní vyslechnutí pacienta. Nasloucháním lékař neztrácí čas, jak by se mohlo zdát, ale naopak získává od pacienta důležité informace, a celý proces konzultace nebo diagnostiky tak může být ve svém důsledku kratší, než kdyby lékař pacientovi nenaslouchal.

Dovednost naslouchání je prvním krokem k účinné a efektivní lékařské konzultaci. Lékaři jsou často v časovém tlaku a cítí potřebu bezprostředně převzít iniciativu a pokládat otázky. Naslouchání ovšem – spíše než pokládání otázek – je však v úvodní fázi rozhodně efektivnější. Prvním krokem je vyslechnutí toho, o čem chce pacient hovořit, a naplánovat, jakým směrem se bude konzultace ubírat. Jestliže se lékař začne

ptát okamžitě, pacient přijímá pasivní pozici a dle řady dostupných studií nesdělí často velice podstatné okolnosti. Lékař tím, že pokládá uzavřené otázky, nedává pacientovi možnost opustit dané téma rozhovoru a případně se vrátit k nevyčleněným informacím.

Mnoho lékařů nemá dobré schopnosti naslouchání (14), a nemůže tak ani odhalit některé individuální potřeby nebo rizika pacienta. Komunikační chování lékaře je totiž velmi důležité pro to, jak je pacient sdílný. Beckman a Frankel (9) zjistili, že:

- Lékaři často přerušují pacienty ještě před tím, než pacient dokončí, co chtěl říct – a to již po 18 sekundách.
- Pouze jeden z 51 přerušovaných pacientů později dokončí, co chtěl říci.
- Vyslechnutí pacienta redukuje možné následující problémy v léčbě.
- Upřesňující nebo uzavřené otázky často způsobují přerušení pacienta a nesdělení některých podstatných okolností.
- Po několikáté konzultaci za den lékař již přerušuje pacienta po první sdělené větě.
- Pořadí, v jakém sdělují pacienti své problémy, neodpovídá jejich klinické důležitosti.
- Pacienti, kteří nejsou po dobu 60 vteřin přerušeni, většinou nehovoří déle než 150 sekund.

Uzavřené otázky často vedou k tomu, že rozhovor zaměřený na pacienta se přesune do rozhovoru zaměřeného na potřeby lékaře a pacient zůstává v pasivní roli, snaží se dávat co nejstručnější odpovědi na otázky a pouze odpovídá na dotazy lékaře. Pokud například pacient začne s tím, že má bolesti hlavy, a lékař ho ihned přeruší otázkou: „Povězte mi, kde máte bolesti?“ Pacient ani nestihne uvést, že má například ještě bušení srdce a manželské problémy. Rozhovor se dále již soustřeďuje pouze na bolesti hlavy, aniž by byly sděleny další důležité okolnosti. Marvel et al. (60) poukázali na to, že pouze 28 % pacientů se po takovém přerušení ještě vrátí k tomu, co chtěli říci, a pouze 8 % lékařů jim k tomu dá příležitost. Podpora pacienta za strany lékaře by měla být prokázána otázkami typu: „Je ještě něco, co byste se mnou chtěl probrat?“ Langewitz et al. (48) sledovali skupinu 335 pacientů u 14 lékařů, kteří aktivně naslouchali pacientům do doby, než neskončili s výčtem svých obtíží. Zjistili, že průměrná spontánní doba hovoru pacienta je 92 sekund a 78 % pacientů ukončí, co chtěli říci, do 2 minut. Naslouchání tedy rozhodně není ztráta času, jak by se mohlo zdát.

Trénink komunikačních dovedností a jeho efekt

Komunikace mezi lékařem a pacientem je mnohdy významným problémem. Jak již bylo uvedeno, často panují mylné názory, že schopnost komunikace je součástí osobnosti a osobních dispozic a člověk ji buď má, nebo nemá. Tedy někteří lidé to umějí a jiní to nebudou umět nikdy. V klinické praxi tak zcela oprávněně vyvstávají otázky ve smyslu: Mohou být tyto dovednosti naučeny? Není to věc, které se nelze naučit jinak než zkušenostmi? Není tedy dostačující, když se během profesního života lékař setkává s řadou obtížných situací a učí se je řešit? Nepostačí pouhé sledování nadřízených nebo kolegů? Nejsou vlastně snahy o definování toho, co je důležité pro dobrou komunikaci, trochu podobné tomu, jako kdybychom chtěli porozumět tomu, proč některý herec má je na jevišti dobrý a jiný ne? (45).

Všechny tyto otázky zaznívají od účastníků na začátku v podstatě všech kurzů komunikačních dovedností. Kdyby tyto úvahy byly správné a komunikační dovednosti

se nedaly naučit, mohli bychom zanechat veškeré snahy a úsilí o to naučit se cokoliv, co neumíme. Komunikaci je možné se naučit a v této souvislosti je nutné zdůraznit některé skutečnosti, které jsou podpořeny i celou řadou vědeckých studií:

1. Komunikace je základní klinická dovednost.
2. Pouhá zkušenost není učitelem komunikačních dovedností.
3. Efektivní komunikace může být naučena systematickou a cílenou přípravou.
4. Dovednosti získané při tréninku komunikačních dovedností přetrvávají během další profesní kariéry.

■ Komunikace je základní klinická dovednost

Jak jsme již opakovaně uvedli, efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem je základní klinickou dovedností, která vyžaduje trénink stejně tak jako jakékoliv jiné dovednosti v oboru klinické medicíny. Z tohoto pohledu lze vyvodit, že by měla být vyučována se stejnou pozorností jako veškeré další medicínské znalosti a dovednosti (23, 62). Ačkoliv by většinu univerzitních pedagogů při výuce medicíny ani nenapadlo nevěnovat dostatečnou pozornost výuce pochopení a interpretace objektivních výsledků, dovednostem studentů nebo mladých lékařů v oblasti komunikace s pacienty je věnována pozornost v podstatě minimální. To i přes opakovaně prokázanou skutečnost, že správná komunikace s pacientem přispívá ke správnému určení diagnózy významněji než samotné objektivní vyšetření (34, 67, 46).

■ Pouhá zkušenost není učitelem komunikačních dovedností

Délka praxe u lékařů a zdravotníků bohužel nesouvisí s kvalitou komunikace. Dle prací řady autorů (např.: 14, 70) mají lékaři tendenci využívat stále ty stejné, neměnicí se styly konzultací, které aplikují na všechny pacienty, a není zde vztah ani k délce praxe nebo odbornosti lékaře. Navzdory zřejmým nedostatkům v technikách konzultace, které jsou kontraproduktivní i při běžné komunikaci mezi lékařem a pacientem, lékaři užívají stále dokola tytéž techniky. Naše vlastní vnímání toho, jak komunikujeme, nemusí být nutně správné. Například Waitzkin (84) zjistil, že lékaři věnovali v průměru jen pouze více než minutu otázkám v rozhovorech trvajících 20 minut. Laidlaw et al. (47) ve své studii srovnával komunikační dovednosti lékařů v prvním roce praxe s lékaři, kteří pracovali čtyři roky. Dále porovnával jejich sebehodnocení a hodnocení odborných hodnotitelů a pacientů. Srovnání ukázalo, že lékaři s delší praxí sice hodnotí své komunikační dovednosti lépe, nicméně z objektivního hlediska nebyl shledán rozdíl mezi lékaři na počátku praxe a lékaři s několikaletou praxí.

Někteří autoři (např. 36) zjistili, že u studentů medicíny se schopnost komunikace zhoršuje během jejich přípravy na lékařské povolání. Kvalita jejich komunikace s matkami nemocných dětí byla snížena vzrůstající touhou získat objektivní informace. V jiné studii bylo poukázáno na to, že tradiční metody lékařského vzdělávání znehodnocují interpersonální a komunikační dovednosti studentů medicíny (4). Jiní autoři (27) prokazují, že studenti medicíny mají lepší komunikační schopnosti v prvním roce studia než při jeho ukončení. Samotným procesem lékařského tréninku, přijetí lékařského modelu a myšlenkových procesů se tak podle autorů této studie snižuje schopnost komunikovat s pacienty.

Maguire et al. (55) sledoval způsoby podávání informací ve dvou skupinách mladých lékařů, kdy jedna skupina absolvovala před pěti lety komplexní komunikační trénink zaměřený na naslouchání pacientům, zatímco druhá skupina nikdy takový

trénink neměla. Výsledky studie byly překvapující i pro samotné autory. Ačkoliv byly nalezeny významné rozdíly mezi skupinou trénovaných a netrénovaných lékařů ve schopnostech získávat informace, nebyly shledány rozdíly ve schopnosti informace podávat. Tento nálezkou poukazuje na skutečnost, že lékaři a zdravotníci obecně nemohou pouze vycházet ze zkušeností, ale potřebují specifický trénink v každé oblasti komunikačních dovedností.

■ Efektivní komunikace může být naučena systematickou a cílenou přípravou

Jak již bylo opakovaně uvedeno, komunikace v medicíně je série naučených dovedností, nikoliv otázka osobnostních dispozic. Je zcela samozřejmé, že osobnostní kvality jsou důležité. Nicméně schopnost komunikace je z podstatné části naučená. Určité osobnostní charakteristiky mohou poskytnout dobrý základ, ale dobře se naučit komunikovat mohou všichni. Již více než 25 let jsou dostupné důkazy o tom, že trénink specifických komunikačních dovedností může vést k výraznému zlepšení lékařských komunikačních schopností (např. 23, 3). Aspergren (3) systematickou metaanalýzou 180 studií zaměřených na komunikační dovednosti v medicíně potvrdil, že komunikační schopnosti mohou být naučeny, a významně tak ovlivňují celý proces léčby. Evans et al. (25) zjistil, že studenti, kteří se učí klíčové techniky rozhovoru, jsou v diagnózách chirurgických pacientů přesnější a efektivnější než studenti netrénovaní. Obdobné nálezy byly potvrzeny i dalšími autory:

- Putnam et al. (69) a Joos et al. (42) prokázali, že trénink lékařů a zdravotnického personálu v komunikačních dovednostech vede k významnému zlepšení informovanosti pacientů.
- Goldberg et al. (31) prokázal, že trénink rozhovorů může významně zlepšit přesnost určování psychiatrických diagnóz.
- Roter et al. (74) v randomizované kontrolované studii poukázali na to, že po osmihodinovém kurzu pro lékaře primární péče se nejen zlepšilo rozpoznání a management psychosociálních problémů, ale též schopnost redukce emočního stresu u pacientů.

■ Dovednosti získané při tréninku komunikačních dovedností přetrvávají během další profesní kariéry

Mezi řadou odborníků z klinické praxe lze pozorovat vůči systematickému vzdělávání v oblasti komunikačních dovedností určitou skepsi. Minimálně v tom smyslu, že školení v oblasti komunikace se jim zdají příliš teoretická a odtržená od reality, a to i v případech, že jsou doprovázena praktickým nácvikem. Tento argument je zapotřebí brát zcela vážně a v tomto ohledu je nutné zkoumat změny v komunikačním přístupu k pacientům nejen bezprostředně po absolvování specifických školení a tréninků, ale též s určitým časovým odstupem. Na tuto problematiku se opět zaměřovala a zaměřuje velká řada studií. Ústřední otázkou je zde, zda naučené komunikační dovednosti mají určitého časového trvání, případně jakého. Mezi nejvýznamnějšími studiemi v této oblasti lze citovat:

- Maguire et al. (55) sledoval studenty pět let po tréninku komunikačních dovedností a zjistil, že studenti, kteří jím prošli, si zachovali klíčové schopnosti jako pokládání otevřených otázek, objasnění, vyzdvížení informací a zodpovězení psychosociálních otázek.
- Bowman et al. (12) popsali, že zlepšení dovedností ve vedení rozhovoru u všeobecných lékařů přetrvává minimálně dva roky poté, co absolvovali kurz.

- Stejně tak Oh et al. (64) zjistili, že i po dvou letech po absolvování intenzivního kurzu zaměřeného na komunikaci s pacientem, jsou lékaři při rozhovoru více zaměřeni na pacienta.
- Laidlaw et al. (47) zjistil, že předchozí trénink komunikačních schopností během studia medicíny pozitivně ovlivňuje schopnost komunikace i postoje jak u rezidenčních lékařů všech zaměření v prvním roce, tak v dalších letech jejich působení.

Závěr

Komunikační dovednosti představují nedílnou součást výkonu všech medicínských profesí. Komunikace s pacientem, v nejširším smyslu slova, představuje na základě nespočetných odborných studií, publikovaných v posledních několika desítkách let, jeden z rozhodných faktorů přímo ovlivňující proces léčby, ale též související oblasti, jakou jsou náklady na léčbu nebo četnost právních sporů s pacientem. Efektivní, vědomá, cílená a profesionální komunikace s pacientem není pouze „třešničkou na dortu“ v procesu na důkazech založené léčby, ale její přímou součástí. Přes opakovaně prokazovaný význam profesionální komunikace lékaře s pacientem zůstávají ve výuce moderní medicíny značné rezervy. Stále lze vnímat přeceňování samotné zkušenosti nad formální výukou. Řada studií ovšem jasně poukazuje na skutečnost, že efektivní komunikace v medicíně představují sérii specifických dovedností, které je třeba se naučit. V tomto ohledu je nutné vnímat, že kontinuální vzdělávání v oblasti komunikace, ale i obecně kontaktu s pacientem, je nedílnou součástí výkonu medicínských profesí, a to jak z odborného, tak etického pohledu.

Literatura

1. Adamson, T., Bunch, W., Baldwin, D., Oppenberg, A. The virtuous orthopaedist has fewer malpractice suits. Clin Orthop Relat Res 2000; 1: 104–109.
2. Ahrens, T., Yancey, V., Kollef, M. Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive-care unit and resource use. Am J Crit Care 2003; 12: 317–323.
3. Aspergren, K. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. Med Teacher 1999; 21: 563–570.
4. Association American Medical Colleges. Report 3. Contemporary issues in medicine: communication in medicine. Washington, DC: Association of American Medical Colleges 1998.
5. Association of American Medical Colleges. Physicians for the twenty-first century: the GPEP report. Washington, DC: Association of American Medical Colleges 1984.
6. Avery, J. K. Lawyers tell that turns some patients litigious. Med Malprac Rev 1986; 2: 35–37.
7. Barry, C. A., Bradley, C. P., Britten, N., Stevenson, F. A., Barber, N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ 2000; 320: 1246–1250.
8. Bass, L. W., Cohen, R. L. Ostensible versus actual reasons for Peking pediatric attention: another look at the parental ticket of admission. Pediatrics 1982; 70: 870–874.

9. Beckman, H. B., Frankel, R. M. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Am Intern Med* 1984; 101: 692–696.
10. Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D., Krupat, E., Azari, R. Unmet expectations for care and the patient–physician relationship. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 817–824.
11. Berg, J. S., Discher, J., Wagner, D. J., Raia, J. J., Palmer-Shevlin, N. Medication compliance: a health care problem. *Ann Pharmacother* 1993; 27: 817–824.
12. Bowman, F. M., Goldberg, D., Millar, T., Gask, L., McGrath, D. Improving the skills of established general practitioners: the long–term benefits of group teaching. *Med Educ* 1992; 26: 63–68.
13. Butler, C., Rollnick, S., Stott, N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1357–1362.
14. Byrne, D., Lang, F. Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. *Fam Med* 1976; 34: 337–343.
15. Byrne, D., Lang, F. Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. *Fam Med* 2002; 34: 337–343.
16. Byrne, P. S., Long, B. E. L. Doctors talking to patients. London: HMSO 1976.
17. Carroll, J. G. Medical discourse: difficult patients and frustrated doctors. Oxford conference on teaching about communication in medicine. Oxford 1996.
18. Coombs, R. B., Jensen, P., Hoa Her, M., Ferguson, B. S., Jarry, J. L., Wong, J. S., Abrahamson, R. V. Review of scientific literature on the prevalence, consequences, and health cost of noncompliance and inappropriate use of prescription medication in Canada. Pharmaceutical manufacturers association of Canada (in association with University of Toronto Press), Ottawa 1995.
19. Cohen-Cole, S. A. The Medical Interview: The three-Function Approach. St. Louis: Mosby Year Book 1991.
20. Davis, H., Nicholau, T. A comparison of the interviewing skills of first – and final year medical students. *Med Educ* 1992; 26: 441–447.
21. Degner, L. F., Kristjanson, L. J., Bowman, D., Sloan, J. A., Carriere, K. C., O'Neil, J., Bilodeau, B., Watson, P., Mueller, B. Information needs and decisions preferences in women with breast cancer. *JAMA* 1997; 277: 1485–1492.
22. Dowell, J., Jones, A., Snadden, D. Exploring medication use to seek concordance with non-adherent patients: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 24–32.
23. Duffy, F. D. Dialogue: the core clinical skill. *Ann Intern Med* 1998; 128: 139–141.
24. Dunn, S. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H., Jones, Q. J., Sheldon, J. S., Pylor, J. J., Sumich, M. D. General information tapes inhibit recall of the cancer consultation. *J Clin Oncol* 1993; 11: 2279–2285.
25. Evans, B. J., Stanley, R. O., Burrows, G. D., Sweet, B. Lecture and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. *Med Educ* 1989; 23: 364–370.
26. Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, R., Rose, L. Effect of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educ* 1990; 25: 517–526.
27. Fallowfield, L. J., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., Eves, R. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologist: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 650–656.
28. Gask, L., Goldberg, D., Boardman, A. Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. *Med Educ* 1991; 22: 132–138.

29. Gattellari, M., Butow, P. N., Tattersall, M. H. Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1865–1878.
30. General Medical Council. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*. London: General Medical Council 2002.
31. Goldberg, D., Steele, J. J., Smith, C., Spivey, L. Training family practice residents to recognise psychiatric disturbances. National institute of Mental Health, Rockville, MD 1983.
32. Griffith, C. H. III, Wilson, J. F., Langer, S., Haist, S. A. House staff non-verbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 170–174.
33. Hall, J. A., Roter, D. L., Katz, N. R. Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657–675.
34. Hampton, J. R., Harrison, J. R. A., Prichard, J. S., Seymour, C. Relative contributions of history, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ* 1975; 13: 41.
35. Headache Study Group of the University of Western Ontario. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians – a one-year prospective study. *Headache J* 1986; 26: 285–294.
36. Helfer, R. E. An objective comparison of the pediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. *Pediatrics* 1970; 45: 623–627.
37. Hickson, G. B., Clayton, E. W., Entman, S. S., Miller, C. S., Githens, P. B., Whetten-Goldstein, K., Sloan, F. A. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA* 1994; 272: 1583–1587.
38. Hoffer Gittel, J., Fairfield, K., Beirbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., Laskin, R., Lipson, S., Siliski, J., Thornhill, T., Zuckerman, J. Impact of relations coordination on quality of care, post-operative pain and functioning, and the length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care* 2000; 38: 807–819.
39. Humphris, G. M., Kaney, S. Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Med Educ* 2001; 35: 225–231.
40. Inui, T. S., Yourtee, E. L., Williamson, J. W. Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. *Ann Intern Med* 1976; 84: 646–651.
41. Irwin, W. G., Bamber, J. H. An evaluation of medical students' behaviour in communication. *Med Educ* 1984; 18: 90–95.
42. Joos, S. K., Hickam, D. H., Gordon, G. H., Baker, L. H. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 147–155.
43. Kaplan, S. H., Greenfield, S., Ware, J. E. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27: S110–127.
44. Kindelan, K., Kent, G. Concordance between patients' information preferences and general practitioners' perceptions. *Psychol Health* 1987; 1: 399–409.
45. Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford, San Francisco: Radcliffe Publishing 2005.
46. Laidlaw, T., Kaufman, D. M., Macleod, H., Sareant, J., Langille, D. Patient satisfaction with their family physician's communication skills: a Nova Scotia survey. *Acad Med* 2001; 76: S77–79.
47. Laidlaw, T., MacLeod, H., Kaufman, D. M., Langille, D., Sergeant, J. Implementing a communication skills programme in medical school: need assessment and programme change. *Med Educ* 2002; 36: 115–124.

48. Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Ruttimann, S., Wossmer, B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002; 325: 682–683.
49. Langewitz, W. E., Eich, P., Kiss, A., Wossmer, B. Improving communication skills – a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 1998; 60: 268–276.
50. Levinson, W. Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 272: 1619–1620.
51. Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., Lamb, J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284: 1021–1027.
52. Levinson, W., Roter, D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 318–324.
53. Little, P., Everit, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., Payne, S. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322: 468–472.
54. Little, P., Williamson, I., Warner, G., Gould, C., Gantley, M., Kinmonth, A. L. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ* 1997; 314: 722–727.
55. Maguire, P., Fairbairn, S., Fletcher, C. (1986). Consultation skills of young doctors. 1. Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ*. 292: 1573–1576.
56. Maguire, P., Faulkner, S., Booth, K., Elliott, C., Hillier, V. Helping cancer patients disclose their concerns. *Eur J Cancer* 1996; 32A: 78–81.
57. Maguire, P., Rutter, D. History taking for medical students. 1. Deficiencies in performance. *Lancet* 1976; 2: 556–558.
58. Maiman, L. A., Becker, M. H., Liptak, G. S., Nazarian, L. F., Rounds, K. A. Improving pediatricians' compliance-enhancing practices: a randomized trial. *Am J Dis Child* 1988; 142: 773–779.
59. Makoul, G., Arnston, P., Schofield, T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision about prescription medications. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1241–1254.
60. Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K., Beckman, H. B. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283–287.
61. McLane, C. G., Zyzanski, S. J., Flocke, S. A. Factors associated with medication non-compliance in rural elderly hypertensive patients. *Am J Hypertens* 1995; 8: 206–209.
62. Meryn, S. S. Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity. *BMJ* 1998; 316: 1922.
63. Mumford, S., Schlesinger, H. J., Glass, G. V. The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health* 1982; 72: 141–151.
64. Oh, J., Segal, R., Gordon, J., Boal, J., Jotkowitz, A. Retention and use of patient-centered interviewing skills after intensive training. *Acad Med* 2001; 76: 647–650.
65. Orth, J. E., Stiles, W. B., Scherwitz, L., Hennrikus, D., Vallbona, C. Patient exposition and provider explanation in routine interview and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol* 1987; 6: 29–42.

66. Pendelton, D., Schofield, T., Tate, P., Havelock, P. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford: Oxford Medical Publications 1987.
67. Peterson, M. C., Holbrook, J., VonHales, D., Smith, N. L., Staker, L. V. Contributions of the history, physical examination and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med* 1992; 156: 163–165.
68. Platt, F. W., McMath, J. C. Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Intern Med* 1979; 91: 898–902.
69. Putnam, S. M., Stilles, W. B., Jacob, M. C., James, S. A. Teaching the medical interview: an intervention study. *J Gen Intern Med* 1998; 3: 38–47.
70. Risdale, L., Morgan, M., Morris, R. Doctors' interviewing technique and its response to different boxing time. *Fam Pract* 1992; 9: 57–60.
71. Rogers, M. S., Todd, C. J. The „right kind“ of pain: talking about symptoms in outpatient oncology consultations. *Palliat Med* 2000; 14: 299–307.
72. Rost, K. M., Flavin, K. S., Cole, K., McGill, J. B. Change in metabolite control and functional status after hospitalisation. *Diabetes Care* 1991; 14: 881–889.
73. Roter, D., Rosenbaum, J., de Negri, B., Renaud, D., DiPrete-Brown, L., Hernandez, O. The effect of a continuing medical education programme in interpersonal communication skills on doctor practice and patient satisfaction in Trinidad and Tobago. *Med Educ* 1998; 32: 181–189.
74. Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, R., Cole, K. A., Roca, R. P. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1877–1884.
75. Sanson-Fisher, R. W., Poole, A. D. Training medical students to empathize: an experimental study. *Med J Austr* 1978; 1: 473–476.
76. Shilling, V., Jenkins, V., Fallowfield, L. Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology* 2003; 12: 599–611.
77. Schulman, B. A. Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment. *Med Care* 1979; 17: 267–281.
78. Smith, R. C., Marshall-Dorsey, A. A., Osborn, G. G., Shebroe, V., Lyles, J. S., Stoffelmayr, B. E., Van Egeren, L. F., Mettler, J., Maduschke, K., Stanley, J. M., Gardiner, J. C. Evidence-based guidelines for teaching patient-centred interviewing. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 27–36.
79. Stewart, M. A., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., Freeman, T. Patient-centred medicine: transforming the clinical method (2e). Oxford: Redcliffe Medical Press 2003.
80. Stewart, M. A., McWhinney, I. R., Buck, C. W. The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 77–82.
81. Stillman, P. L., Sabers, D. L., Redfield, D. L. Use of paraprofessionals to teach interviewing skills. *Pediatrics* 1976; 57: 769–774.
82. Stillman, P. L., Sabers, D. L., Redfield, D. L. Use of trained mothers to teach interviewing skills to first-year medical students: a follow-up study. *Pediatrics* 1977; 60: 165–169.
83. Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., Williams, A. Meeting between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London: Tavistock 1985.
84. Waitzkin, H. Information giving in medical care. *J Health Soc Behav* 1985; 26: 81–101.

85. Williams, S., Weinman, J., Dale, J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998; 15: 480–492.
86. Yedida, M. J., Gillespie C. C., Kachur, E., Schwartz, M. D., Ockene, J., Chepaitis, A. E., Snyder, C. W., Lazare, A., Lipkin, M. Jr. Effect of communication training on medical student performance. *JAMA* 2003; 290: 1157–1165.

3 Důstojnost člověka v kontextu lékařství

Marta Munzarová

„Lékařská etika je příliš starobylou a příliš podstatnou skutečností pro lékaře, nemocné a pro společnost, než aby mohla být vydána zcela na pospas náhodným módním proudům ve filozofii.“

EDMUND PELLEGRINO (14)

*Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu, v souladu se zásadami **lidskosti**, v duchu **úcty ke každému lidskému životu** se všemi ohledy na **důstojnost lidského jedince**.*

(ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY, § 1, Č.1)

Úvod

Jednoznačná úvodní zásada významného stavovského dokumentu může zpochybnit nutnost jakýchkoliv následujících rozborů. I když nejsme schopni termín důstojnost definovat, všichni přece toto doporučení ve své práci vnímáme a dodržujeme! Žádných „teoretických“ znalostí by skutečně ani nebylo potřeba, nebýt aktuální situace dnešních bioetické arény. V ní se ozývají hlasy nepřiznávající důstojnost a status osoby každému lidskému jedinci a hlasy zvažující zbytečnost pojmu důstojnost; ten prý může být nahrazen respektem k osobám nebo k jejich autonomii. Je proto nutné a urgentní, aby lékaři měli v těchto otázkách hlubší znalosti a aby mohli – nejen pomocí jakési intuice, nýbrž i logickou rozumovou argumentací – hájit důstojnost každého člověka, jakkoliv ubohého a nemohoucího.

K zakotvení ochrany lidské důstojnosti přispěly společnou měrou filozofické, náboženské a kulturní zdroje, a to i v kontextu etiky lékařské (2). Pro náš účel proto:

- Zmiňme zvažování alespoň některých filozofů z oblasti západního filozofického myšlení, na nichž lze ukázat rozličná pojetí důstojnosti.
- Seznamme se s postoji dnešních bioetiků.
- Připomeňme si základy, na nichž staví důstojnost člověka monoteistická náboženství.
- Uvedme závazné mezinárodní dokumenty, které ovlivňují i naše zákony a jejichž klíčovým pojmem důstojnost je.
- Upozorníme alespoň na některá doporučení Světové lékařské asociace.
- Zkoumejme, zda v praxi jednáme v souladu s respektem k důstojnosti nemocného a zda si uvědomujeme, že důstojnost je i záležitostí intersubjektivní.

Důstojnost a filozofie (18)

Marcus Tullius **Cicero** (106–43) za důstojnost (*dignitas*) pokládá autoritu osoby, která si zaslouží pozornost a úctu a která je hodná respektu; její postavení a pověst by měly být spojeny s vynikajícími vlastnostmi dotyčné osoby. Současně předpokládá určitou důstojnost každého člověka a lidskou vzájemnost (1).

Thomas **Hobbes** (1588–1679) hodnotí důstojnost člověka jako jakousi tržní cenu, především v souvislosti s původem, postavením, mocí, silou, bohatstvím, talentem, výkonem a jinými schopnostmi, stejně tak, jako se přisuzuje cena věcem jiným. Závisí na potřebě a na úsudku společnosti, komu tuto hodnotu – veřejnou vážnost a čest – přiřadí (5).

Immanuel **Kant** (1724–1804) definuje důstojnost (*Würde*) jako respekt, který on sám má k ostatním nebo který jiní mohou chtít od něj; to znamená, že jde o hodnotu, která není pouhou cenou tržní. Neexistuje žádný ekvivalent, za nějž by bylo možné tento objekt hodnocení vyměnit. V souladu s učením Kanta můžeme důstojnost považovat za úctu vyžadující vnitřní hodnotu lidské bytosti vlastní. V jeho spisech se nacházejí i citace, že lidství samotné je důstojnost. A ostatně druhá formulace jeho kategorického imperativu zní: „*Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*“ V dnešních diskusích se většinou spíše zdůrazňuje Kantův přístup k autonomii člověka – uznání autonomie lidské vůle na základě praktického mravního vědomí, svědomí a smyslu pro povinnost. Z jeho učení však vyplývá, že autonomie nemůže existovat odděleně od našeho lidství; „subjektivní“ stránka rozumové přirozenosti musí být propojena i s její „objektivní“ hodnotou, s rozpoznáním zákona, který musí být aplikován stejně i na všechny ostatní. A tedy morální síla autonomie tkví právě v inherentní důstojnosti, kterou máme proto, že jsme lidé. Rovněž tak Kantovo pojetí osoby v morálním kontextu (praktické přisouzení statutu mravního subjektu sobě i všem ostatním) souzní s respektem k lidskému druhu. Každá lidská bytost je povinna přiznat důstojnost lidství každé jiné lidské bytosti; jde i o důstojnost lidskosti samotné (6, 15, 17).

Různí filozofové tedy vnímají **důstojnost** člověka rozdílně (18). Někteří (Hobbes) ji chápou jako hodnotu člověku **přisuzovanou** zvenčí, na základě určitého výběru podle vlastností a schopností dotyčného. Podle stejných hledisek můžeme přisuzovat důstojnost i sami sobě. Jiní (Kant) pojmají důstojnost jako vnitřní, vrozenou, přirozenou, **inherentní** hodnotu, která je lidské bytosti vlastní, kterou má každý člověk bez jakéhokoliv přisuzování, a to proto, že je člověkem. A ještě jiní (Cicero) vnitřní důstojnost předpokládají, oceňují však především rozvíjení takových vlastností osoby, které si zaslouží úctu a které tuto vnitřní důstojnost rozvíjejí a stvrzují (**odvozená, získávaná, rozvíjející se** důstojnost). Ostatně asi všichni občas některá jednání posuzujeme jako hodné nebo nehodné důstojnosti člověka.

Postoje současných bioetiků

Postoje současných bioetiků jsou rozděleny na dva diametrálně odlišné směry (12):

- Ontologický personalismus zaručuje každému člověku tu nejvyšší ochranu a úctu související s jeho inherentní důstojností, která je lidské bytosti vlastní, a to od jeho počátku až do přirozeného konce. Pokládá za zbytečné rozlišování mezi „pouhou lidskou bytostí“ na straně jedné a „osobou“ na straně druhé (každý člověk je osobou, i když se jeho osobnost dosud nerozvinula anebo již zanikla). To platí v průběhu celého života navzdory nejrůznějším chorobám a handicapům, které každého mohou potkat. I člověk v bezvědomí a člověk umírající zůstává osobou do posledního vydechnutí.
- Empirický funkcionalismus naproti tomu přiznává lidské bytosti důstojnost a status osoby jen na základě určitých vlastností nebo funkcí. Není ve svých zásadách

zcela jednolitý. Tzv. gradualisté tvrdí, že například rozvíjející se embryo postupně získává stále větší a větší hodnotu a že se lidskou bytostí teprve stává. Osoba se z něj možná po určité době vyvine, dle některých ani novorozené dítě ještě osobou není. Potom ovšem i lidé dospělí postrádající vnímavost, rozumnost a vůli mohou přestat být osobami.

Utilitaristé pak rozvíjejí tento přístup i do roviny praktické. Tak například významný bioetik John Harris uvažuje následovně: *„To, co tedy potřebujeme, není definice smrti, nýbrž zhodnocení, kdy je správné říci, že osoba se již vytratila ... Být osobou ... zahrnuje schopnost chtít existovat a druh sebeuvědomění, který činí vlastnění této schopnosti možným ... Když už jednou tato schopnost vymizí, bytosti přestaly být osobami, a potom, i když je jejich tělo po technické stránce dosud živé, ztratily již mravní hodnotu a mohou být buď zabity, nebo ponechány zemřít anebo udržovány při životě, dle toho, jak si vybereme“* (4). Dnes již věhlasný Peter Singer srovnává hodnotu člověka a zvířat: *„... ale nebudeme považovat za svatý život každého člena našeho druhu, bez ohledu na to, jak je omezena jeho schopnost inteligence nebo dokonce jeho uvědomělý život. Srovnáme-li těžce postižené dítě s ne-lidským zvířetem, psem nebo prasetem, pak často zjistíme, že ne-lidé mají větší schopnosti jak aktuální, tak potenciální pro racionalitu, sebeuvědomění, komunikaci a cokoliv jiného, co může být plausibilně považováno za mravně významné. Jenom fakt, že defektní dítě je členem druhu Homo sapiens, vede k tomu, že je ošetřováno rozdílně od psa nebo od prasete. Příslušnost k určitému druhu však není po mravní stránce relevantní“* (16). Singer je zastáncem názoru, že těžce postižené děti by měly být i po narození zabíjeny, stejně tak, jako Helga Kuhse. Ta se zamýšlí i nad holandským modelem eutanazie a zvažuje, že *„... dojde-li k zacházení s nekompetentními pacienty, pak si musíme opatřit podstatná kritéria, která nám dovolí rozlišit mezi těmi rozhodnutími na konci života, která nekompetentnímu nemocnému škodí a která ne ... Trvalé starání se o úmysly lékaře a o to, do jaké míry co způsobí, odráží ... tradiční ... posvátnost života, která diktuje, že lékař nikdy nesmí úmyslně způsobit smrt. Ale tento pohled ... by neměl stále ovlivňovat politická rozhodování liberálních pluralistických společností“* (7). Takovéto a podobné úvahy jsou publikovány a hojně citovány a lze se s nimi setkat i v etickém zvažování praktických postupů (např. pokud jde o xenotransplantace: upřednostňování ochrany zvířat před ochranou těžce postižených). Není vůbec divu, že lidé postižení mají strach a že vydávají prohlášení o bioetice a lidských právech (9). Podobně uvažujících etiků, kteří ovlivňují veřejné mínění a kteří dokonce vyučují budoucí lékaře, je dnes již více.

Z uvedeného snad jasně vyplývá, že s pojmem důstojnost člověka si nelze zahrávat, vždyť právě z této hodnoty vyvěrají lidská práva a status osoby. Představa, že *„důstojnost neznámá nic více než respekt k osobám anebo k jejich autonomii“*, a tvrzení, že *„v lékařské etice je pojem důstojnost zbytečný a může být vyřazen bez jakékoliv ztráty“* (8), je v době rozmáhajícího se hrubého utilitarizmu názorem velmi nebezpečným.

Monoteistická náboženství

Monoteistická náboženství – **judaismus**, křesťanství a islám – staví důstojnost člověka na tom, že Bůh jej stvořil k jeho obrazu a podobě (Geneze 1, 26–27: *„Bůh řekl: Učiňme člověka, aby byl naším obrazem podle naší podoby ... Bůh stvořil člověka, aby byl jeho obrazem, stvořil ho, aby byl obrazem Božím ...“*).