

Petr Bartůněk, Jana Šeblová – editoři

ETIKA A KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ

VYBRANÉ KAPITOLY



EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK



 GRADA®

Petr Bartůněk, Jana Šeblová – editoři

ETIKA A KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ

VYBRANÉ KAPITOLY

EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK



 GRADA®

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

**Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.,
MUDr. Mgr. Jana Šeblová, Ph.D., FESEM – editoři**

ETIKA A KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ

Vybrané kapitoly

Recenzent série publikací Etika a komunikace v medicíně:

Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

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

© Grada Publishing, a.s., 2025

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2025

Cover artworks Wikimedia Commons – Samuel Luke Fildes: The Doctor (1891),
olej na plátně.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 10348. publikaci

Odpovědná redaktorka Jindra Bláhová

Sazba a obálka Antonín Plicka

Počet stran 280

1. vydání, Praha 2025

Výtiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

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

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

ISBN 978-80-271-8356-2 (ePub)

ISBN 978-80-271-8355-5 (pdf)

ISBN 978-80-271-5976-5 (print)

Autoři

Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D., Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Mgr. Tibor A. Brečka, Ph.D. et Ph.D., MBA, LL.M., katedra psychologie a sociálních věd vysoké školy AMBIS, a.s.; katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva Fakulty biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze

PhDr. David Černý, Ph.D., Ústav státu a práva Akademie věd ČR, v. v. i.

JUDr. Adam Doležal, Ph.D., LL.M., Ústav lékařské etiky a humanitních základů medicíny 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze; kabinet zdravotnického práva a bioetiky Ústavu státu a práva Akademie věd ČR, v. v. i.

Doc. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., LL.M., Ústav státu a práva Akademie věd ČR, v. v. i.

Doc. Mgr. Sylva Fischerová, Ph.D., Ústav řeckých a latinských studií Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., emeritní profesorka Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. Jaroslav Hořejší, emeritní šéfredaktor *Medical Tribune*

† **Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych.,** ředitel Národního ústavu duševního zdraví (do roku 2021), přednosta Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Národního ústavu duševního zdraví (do roku 2020)

MUDr. Milan Kubek, prezident České lékařské komory

Doc. PhDr. Věra Linhartová, CSc., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně

Mgr. Bc. Miloš Máca, Česká lékařská komora, Praha

JUDr. Jan Mach, Česká lékařská komora, Praha

Doc. MUDr. Jaromír Matějka, Ph.D., Th.D., LL.M., Ústav humanitních studií v lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

PhDr. Josef Pavlát, CSc., Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Mgr. et Mgr. Eva Prošková, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

† **Prof. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA,** Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (do roku 2024); Česká lékařská komora (do roku 2024)

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., emeritní přednosta Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D., katedra zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy

MUDr. Mgr. Jana Šeblová, Ph.D., FESEM, Ústav etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, Urgentní příjem Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., emeritní ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně

Obsah

Předmluva děkana 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy	IX
Předmluva editora	X

I

ASPEKTY LÉKAŘSKÉ ETIKY

1. Vztah lékaře a pacienta v proměnách času (<i>Helena Haškovcová</i>)	3
2. Důstojnost člověka v kontextu lékařství (<i>Tibor A. Brečka</i>)	10
3. Etika a komunikace v lékařské praxi (<i>Helena Haškovcová</i>)	24
4. Význam a šíře etiky v klinické praxi (<i>Jan Žaloudík</i>)	33
5. Etické souvislosti vztahu lékaře a pacienta (<i>Marek Vácha</i>)	49
6. Psychologické souvislosti vztahu lékaře a pacienta (<i>Jiří Raboch, Josef Pavlát</i>)	58
7. Sociologické souvislosti vztahu lékaře a pacienta (<i>Sylva Bártlová</i>)	67
8. Etické poradenství – vývoj a přínos pro zdravotnické zařízení a pro pacienta (<i>Jaromír Matějek</i>)	75
9. Etická dilemata ve věku informačních technologií (<i>† Cyril Höschl</i>)	80

II

ASPEKTY KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ

10. Význam komunikace v medicíně (<i>† Radek Ptáček</i>)	85
11. Komunikační dovednosti v medicíně (<i>† Radek Ptáček</i>)	98
12. Empatie, její význam a formy (<i>Věra Linhartová</i>)	111
13. Komunikace a etika v klinické psychologii (<i>† Radek Ptáček</i>)	118
14. Vztah lékaře a pacienta z pohledu pacienta (<i>Jaroslav Hořejší</i>)	129
15. Komunikace a etika v urgentní medicíně (<i>Jana Šeblová</i>)	139

III PRÁVNÍ ASPEKTY

16. Etické problémy medicíny 21. století z právního pohledu (<i>Jan Mach</i>)	153
17. Právní aspekty komunikace v lékařské praxi (<i>Jan Mach, Eva Prošková</i>)	174
18. Etické normy a kodexy v medicíně (<i>Miloš Máca, † Radek Ptáček</i>)	196
19. Etické kodexy – tradice a současnost (<i>Helena Haškovcová</i>)	204
20. Hippokratova přísaha a eutanazie (<i>Sylva Fischerová</i>)	213
21. Informovaný souhlas v medicíně. Mýtus, pohádka, nebo pouhý právní požadavek? (<i>David Černý, Adam Doležal, Tomáš Doležal</i>)	226
22. Psychologické aspekty informovaného souhlasu: informovaný souhlas – informovaný pacient (<i>† Radek Ptáček</i>)	238
23. Lege artis v proměnách času (<i>Helena Haškovcová</i>)	243
24. Vždy pomáhat, nikdy neškodit (<i>Milan Kubek</i>)	247
25. Právní pohled na nové technologie, informační společnost a vztah pacient–lékař (<i>Olga Sovová</i>)	249
Rejstřík	257
Souhrn	263
Summary	265

Předmluva děkana 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Potěšilo mě, že se připravuje další kniha úctyhodné nepřerušené patnáctileté série, věnovaná tentokrát zastřešujícímu pohledu na lékařskou etiku a komunikaci, v níž budou shrnuty nejzajímavější dosud zveřejněné příspěvky.

Život a poznání se skládají z cesty vpřed, plánované i improvizované, ale rovněž z reflexe, pozastavení se. A v těchto zdánlivých návratech pak vidíme spoustu věcí, které nám napoprvé unikly, ale také věci nové, které vlastně byly už tehdy předvídaný, jen jsme je nemuseli v daném čase pochopit. Nejde tedy o statický návrat, je to vlastně rovněž cesta vpřed, jen jakoby něčím posílená.

Smutné na tom je, že jeden z iniciátorů a hybatelů celého cyklu již na této cestě nepokračuje s námi. I když ani to není úplně pravda, protože myšlenky a úsilí se nikdy úplně nevytrácejí; byly-li opravdové a hodnotné, provázejí nás stále.

Celé téma lékařské etiky a komunikace je samo o sobě velmi důležité. Etický přístup a komunikaci především s pacienty se snažíme rozvíjet už v pregraduálním vzdělávání, protože stejně jako se budoucí lékaři již na počátku studií seznamují v pitevně s lidským tělem, musí do sebe také včas zakomponovat etický rozměr medicíny a komunikaci a jejich význam pro celou svou budoucí práci. Ač umělá inteligence nahradí spoustu věcí, a i zde snad může být ku pomoci, lze si těžko představit, že plně nahradí kontakt člověka s člověkem, skutečnou empatii a respekt či lásku.

Přeji knize hodně štěstí, ať vrostle do podhoubí etického rozměru zdravotnictví, ať z jejího obsahu mají užitek pacienti, ač o ní třeba nebudou vědět. A ať ti, kteří o ní vědí, z ní přímo čerpají poučení, sílu, energii a smysl pro další práci.

prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc.

Předmluva editora

Cyklus konferencí a souběžně vydávaných monografií *Etika a komunikace v medicíně*, realizovaný v letech 2011–2025 a iniciovaný prof. PhDr. et PhDr. Radkem Ptáčkem, Ph.D., MBA, vycházel z potřeby zdůraznit naléhavost problematiky jak lékařské etiky, tak komunikace mezi zdravotníky a nemocnými. Činil tak určitou reflexí čtených témat v různých souvislostech.

Téma je nadčasové: problematika lékařské etiky provází medicínu od počátku jejího vzniku, přičemž se témata každoročně lišila, ale vždy odrážela současné etické problémy (např. *Etika a komunikace v medicíně*, *Lékař a pacient v moderní medicíně*, *Lege artis v medicíně*, *Etické problémy medicíny 21. století*, *Eutanazie – pro a proti*). Svoje názory na tyto okruhy vyjadřovali nejzkušenější lékaři z lékařských fakult i z praxe, etici, filozofové, psychologové, právníci i teologové.

Jde o jedinečný soubor, jehož editoři se důsledně a systematickým způsobem věnovali řadě obecných i speciálních témat (např. *Spravedlnost v medicíně*, *Soucit v medicíně*, *Naděje v medicíně*, *Důstojnost v medicíně*, *Bolest v medicíně*).

Tento poslední svazek cyklu je výběrem nejzávažnějších textů z předchozích vydání z pera předních reprezentantů české medicíny. Ve svém úhrnu představuje kompletní soubor prezentovaných monografií kompendium teoretických i praktických znalostí, které by si měl osvojit každý lékař.

doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.



Aspekty lékařské etiky

Vztah lékaře a pacienta v proměnách času

Helena Haškovcová

Motto: „Mezi nemocným a lékařem je předně vztah mravní.“

(GRIGORIJ ALTSCHULLER, 1930)

Internista Grigorij Altschuller (1895–1983) se zcela jistě nemýlil, když v roce 1930 poznamenal: „*Smysl pro význam etického principu pro vztah lékaře k nemocnému nevzniká nikdy účinkem speciálního studia filosofického. Mravní vědomí je vždy důsledkem současných názorů, charakterizujících epochu, je vždy v souhlasu se soudobou kulturou ducha. Klesá-li kulturní úroveň, stává-li se z lékaře jen technik medicíny, mizí mravnost ze vztahu lékaře k nemocnému a přes veškeré vědecké objevy lékařství upadá*“ (Altschuller, 1930).

Máme-li se tedy pokusit o retrospektivní charakteristiku specifických vztahů mezi lékaři a pacienty, pak můžeme jako hodnoticí kritérium použít právě úroveň všeobecné kultury dané doby. A patrně nemůžeme začít nikde jinde než u učení zakladatele evropské medicíny, tedy u Hippokrata.

Hippokratovští lékaři poprvé a zřetelně formulovali základní pravidla, podle nichž by se měl lékař chovat ke svým pacientům, kolegům a veřejnosti. Z Hippokratovy přísahy dodnes víme, že by lékař měl činit vše pro blaho svých nemocných, žádnému z nich by neměl uškodit, připravit ani podat nevhodný, nebo dokonce smrtící lék, že by se měl vyvarovat obtěžujícího jednání (dnes bychom řekli, že sexuálního harašení), neměl by se dopustit potratu, a konečně že by měl dodržovat lékařské tajemství. Méně je známo, že lékař měl (i když v přísaze neuvedenou) povinnost zajistit umírajícímu zpověď a svátost posledního pomazání. Stejně tak měl v případných soudních sporech svědčit spravedlivě a rádně.

Zajímavé je, že dodnes známou přísahu skládal adept lékařství do rukou svého učitele ve chvíli, kdy ho dotýčný přijímal ke studiu. Jak pěkně ukázal Skripnik, přísaha byla de facto smlouvou doplněnou „*poplatkem na společné živobyті*“, kterou byl „*učedník*“ (resp. student lékařství – pozn. aut.) „*adoptován svým učitelem*“. Lékařství bylo tehdy chápáno „*jako rodinné dědictví*“, které si adept osvojoval „*bok po boku lékařových synů*“, a proto získané znalosti „*nesměl předat mimo klan*“ (Skripnik, 2013). Se znalostí této okolnosti pak neudivuje ta část přísahy, ve které je uvedeno: „*Budu si vážiti svého mistra v tomto*

umění jako svých vlastních rodičů, budu se s ním dělit o svůj příjem, budu mu dávat to, čeho bude mít nedostatek“ atd.

Vyspělost a věhlas lékařských škol, jichž byla v historickém Řecku řada, se tedy týkaly nejen faktických medicínských znalostí té doby, ale také jejich mravního profilu. Hippokratova tzv. kjótská škola je pokládána když ne za nejvýznačnější, tak za jednu z nejvýznačnějších škol tohoto typu právě proto, že deklarovala etické principy, na nichž byla později vystavěna západní medicína. I když hippokratovští lékaři dodržovali stanovená pravidla, je nutné je chápat především jako vytyčený étos, ke kterému by se lékaři jiných lékařských škol měli nejen hlásit, ale také jej v praxi naplňovat.

Pojem **étos** označuje společenský obyčej nebo také mravní základ, kterému jako fenoménu věnovali řeční filozofové značnou pozornost. Návazně byla vyznávána **kalokagathia**, tedy mravní ideál ušlechtilosti, který byl v Řecku pěstován s cílem „*dosáhnout krásné mužnosti se zásadami: moudrost, statečnost, umírněnost*“ (Etika, 1920) a který, jak víme, našel své místo v etických zásadách určených lékařům. U nás se v současnosti problému étosu lékařů opakovaně věnuje J. Kořenek (Kořenek, 1999).

Není účelem tohoto příspěvku popisovat dobové problémy praktické medicíny, a proto jen připomeňme, že mnozí nemocní svého lékaře neměli. Lékařů bylo málo, a tak se lidé s prosbou o pomoc často obraceli na dostupné a živnost bez vzdělání provozující lazebníky a ranhojiče. Svěřovali se také do rukou kamenorezů a kýlořezů, stejně jako bradýřů. Plné ruce práce měly i porodní báby. Chirurgie ani porodnictví tehdy nebyly součástí medicíny. Nemocní se proto nezdívali dostávali do „péče“ fušerů a podvodníků. V návaznosti na tyto skutečnosti pak hippokratovští lékaři reprezentovali to, co by bylo dobré, aby bylo obecně splnitelným ideálem. Vzhledem k tomu, že etika vytyčuje mravní ideály, které „mají být“, lze jejich úsilí nadmíru ocenit.

Po dlouhá staletí byl mezi lékaři a pacienty vztah, který zpětně označujeme jako paternalistický. Jeho charakteristickým rysem byla výrazná asymetrie daná mimořádným vzděláním lékařů, jež jim zajistilo i výjimečné postavení ve společnosti. Je logické, že povinnosti byly uloženy právě jim jako osobám vzdělaným, dominantním, a tudíž i odpovědným. Po staletí bylo pěstováno **aristokratické pojetí lékařství** s důrazem na to, aby se lékař choval k pacientům laskavě, přátelsky a ukázněně. Nemocní a jejich rodiny si vážili vzácné lékařovy péče a nebylo třeba oboustranně vyhovující vztah měnit. To je patrně důvod, proč nelze v dobové literatuře najít žádné bližší informace, které by dovolovaly udělat si představu o skutečné plasticitě paternalistického vztahu lékařů a pacientů. Lze se však právem domnívat, že všichni lékaři nevyznávali hippokratovská pravidla a v praxi se jimi neřídili. Také určité historické etapy etickou tradicí řeckého lékařství buď opomíjely (středověk), nebo se k ní naopak hrdě hlásily (renesance). Faktem je, že základní etická pravidla byla lékařům intermitentně a s různou intenzitou připomínána v průběhu všech staletí.

Značnou roli ve zvyšující se úctě k lékařům sehrávala i tzv. **etika soucitu**, jejíž podstatou je zaměřenost na druhé. Tak například v textu Konstantina Afrického z 11. století se lze dočíst, že lékař „*má sáhnout i do své vlastní peněženky a koupit pro chudého potřebný lék*“ (Skripnik, 2013).

Historii etiky soucitu by bylo vhodné věnovat náležitou pozornost, protože pozdější praxe tzv. lékařů chudých nebo těch, kteří si od bohatších pacientů nechali zaplatit více, aby mohli poskytnout péči nemajetným lidem, stejně tak jako rozvoj sociálního lékařství na počátku 20. století ovlivňují postoje i řady současných nemocných a vnášejí do vztahu k lékařům konstantní prvek. Dodnes jsou mnozí lidé přesvědčeni, že lékař je nebo má být ochoten a schopen se kdykoli a kdekoli angažovat pro druhé, jmenovitě nemocné lidi.

Zvyšující se odborné znalosti a dovednosti lékařů, stejně tak jako prakticky uplatňovaná etika soucitu zcela nepochybně posilovaly důvěru nemocných, která byla z jejich strany v paternalistickém uspořádání vzájemných vztahů značná. Většina lidí byla bezvýhradně přesvědčena, že každé rozhodnutí lékaře je nejen správné, ale také jediné možné. V dobách omezených medicínských prostředků to byla patrně pravda.

Ke cti historiků lékařství je nutné uvést, že poctivě a podrobně zpracovali životopisy slavných lékařů, popsali jejich vědecké přínosy, jakož i jejich obětavé činy v dobách epidemií a válek. Informací o vzájemném vztahu lékařů a pacientů je však poskrovnu a lze je získat jen z poznámek některých lékařů až v 18., častěji až v 19. století, případně z beletristických děl.

Příkladem mohou být texty Josefa Thomayera (1853–1927). Tento zakladatel české internistické školy napsal *Pestré kapitoly*, kde se lze dočíst o tom, jak léčil některé slavné osobnosti, ale i „obyčejné“ pacienty. Na základě těchto informací si lze udělat představu o dobovém vztahu lékaře k pacientům a částečně i naopak. Jeho pozoruhodné úvahy a postřehy z lékařské praxe jsou reprezentativně uspořádány v publikaci *Ze zápisů lékaře* (Thomayer, 1977).

Zajímavé pojednání s názvem *Nemoci a zdravotní péče v dílech českých písmáků v druhé polovině 18. a první polovině 19. století* napsala historička Ludmila Hlaváčková (Hlaváčková, 1976). Autorka správně konstatovala, že „naši historici dosud celkem nevěnovali pozornost pramenům, které dovolují učinit si představu o tom, jaký vztah měli k medicíně a zdravotnictví té které doby tehdejší obyvatelé“ (Hlaváčková, 1970), a sama se ujala v této věci iniciativy. Uvedme proto alespoň její studii s názvem *Z lékařských deníků J. V. Podlipského*, který byl známým a úspěšným lékařem, a pro pohled z druhé strany také studii nazvanou *Lékaři a léčení v pamětech F. V. Heka*, který byl nejen kupcem v Dobrušce, ale také výrazným nespokojencem s péčí lékařů.

Josef Podlipský (1816–1867) byl lékař, novinář a politik. On i jeho manželka, spisovatelka Sofie Podlipská (1833–1897), patřili k intelektuální elitě své doby. Z mimořádných pracovních záznamů Podlipského o jeho vlastní lékařské praxi zjistíme, že pacienty přijímal jednak ve svém bytě, jednak je navštěvoval v jejich domácnostech, kde zpravidla vyšetřil nejen akutně nemocného, ale i ostatní členy rodiny. Jeho lékařská praxe byla proslulá, znal se nejen s předními osobnostmi své doby, ale mnohé z nich také léčil (např. K. Havlíčka Borovského, B. Němcovou, P. J. Šafaříka, J. Erbeny, F. Čelakovského, K. Sabinu a další). Pečlivý Podlipský si mimo jiné zapisoval honoráře, které od svých pacientů požadoval. Bez ohledu na četnost návštěv mu byl odměnou zpravidla jeden zlatý. V souhlase s etikou soucitu ošetřoval nemajetné občany zdarma. Připomeňme, že v té době byly finanční rozdíly mezi pevnými platy venkovských a městských lékařů značné a na pořadu dne byla nejen snaha o úpravu a sjednocení tax, ale také o jejich navýšení. I když nemajetní pacienti byli vděční za lidumilný přístup Podlipského, někteří kolegové ho za to kritizovali (Hlaváčková, 1967).

F. V. Hek (1769–1847) byl vyzván redakcí časopisu *Der Bruderbote*, který vydávali reformní čeští bratři, aby napsal své paměti, jež pak opravdu byly zveřejněny. V nich nejprve popsal onemocnění svého otce. Po neúspěšných pokusech matky zvládnout zdravotní obtíže manžela domácími léčebnými a v té době obvyklými praktikami k němu přivolali městského lékaře. Po jeho intervenci došlo k úmrtí nemocného a Hek byl přesvědčen, že „lékařská pomoc, kterou museli draze zaplatit, přispěla zřejmě pouze k dřívějšímu úmrtí pacienta“ (Hlaváčková, 1970). Ještě smutnější zkušenost pak zažil při stonání své manželky. Povolal k ní lékaře „považovaného za schopného“, který „na první pohled určil diagnózu“ a „pustil nemocné žilou tak silně, že omdlela“. Vzhledem k tomu, že lékař chtěl v této terapii pokračovat i další den, Hek mu raději vyplatil neobvykle vysoký honorář 10 zlatých (oproti běžné taxě 1 zlatý) s tím, aby k nim pan doktor již raději nechodil. Protože ani zkušenosti

s dalšími lékaři nebyly lepší, Hek na ně zanevřel, ostře je kritizoval a následně se stal zaníceným zastáncem léčby bylinami a později Hahnemannovy homeopatické metody, která byla tehdy novinkou. Podstatné je, že Hekovy „*paměti jsou dalším důkazem, že dnešní představy o nekritickém přijímání soudobého léčení pacienty nutno brát s rezervou a mít vždy na paměti, jaké zkušenosti měli tito lidé s lékaři*“ (Hlaváčková, 1970). Jisté je, že zejména vzdělaní lidé, mezi něž F. V. Hek patřil, „*kriticky přemýšleli*“ nejen o dobových metodách medicíny, ale také o lékařích.

Nabízí se samozřejmě otázka, zda lze F. V. Hekovi vůbec věřit. To proto, že své paměti psal se značným odstupem let, a také proto, že mohl reprezentovat vždy existující kverulanty. Takový názor je třeba odmítnout, protože F. V. Hek byl mimořádně vzdělaný a čestný člověk. Patřil mezi skupinu východočeských vlastenců a spisovatelů. To jsou důvody, proč jeho postavení v české krásné literatuře popsali Ptáček a Šůla (2005). Pro zajímavost dodejme, že Hek se stal inspirací pro Aloise Jiráska, který podle něj vytvořil všeobecně známou literární postavu F. L. Věka (Ptáček, Šůla, 2005).

Jisté lze namítnout, že uvedené příklady jsou vybrány nahodile a nevypovídají o většinově správné strategii paternalistického vztahu mezi lékaři a nemocnými, a proto je vhodné připomenout kritická slova řady lékařů, která mířila „do vlastních řad“. V rozporu se současnou glorifikací první československé republiky to byli lékaři zabývající se některými problémovými okruhy lékařské etiky, kteří úroveň vzájemných vztahů mezi lékaři a pacienty považovali za neutěšenou a doporučovali způsoby, jak ji zlepšit. Tak například Václav Cedrych (1934) litoval, že „*prohloubená specializace lékařství a na druhé straně jeho zlaicizování péči denního tisku a časopisů pomohly odstranit domácího lékaře a zničily bývalé vzácné vztahy mezi lékaři a nemocnými*“. Odkazoval na hippokratovskou tradici a byl přesvědčen, že kvalitativní změnu zaručí jen „*dobrá erudice vědecká a smysl pro etiku*“. Navrhoval, aby se medicí učili vlídnosti, taktu a trpělivosti k nemocným, a zdůrazňoval i nutnost dodržovat základní deontologická (povinnostní) pravidla vůči kolegům a veřejnosti. Ve stejné době vyzýval František Hamza (1921) k vlídnosti k sociálně slabým nemocným a zabýval se praktickou etikou. Také v úvodu citovaný Grigorij Altschuller (1930) patřil mezi kritiky tehdejších vztahů mezi lékaři a pacienty. Jmenování lékařů však nebyli ve své kritice osamoceni a jejich úsilí o kvalitativní změnu nakonec vyústilo v návrh na ustanovení tzv. lektorátů deontologie (ta je dnes součástí lékařské etiky). Dramatická historie vzniku lékařské etiky jako oboru je popsána jinde (Haškovcová, 2015). Zde jen konstatujeme, že v každé epoše vývoje lidstva se lidé domnívali, že mravy jsou pokleslé a že doby minulé „musely“ být v této věci rozhodně lepší. Takové nelichotivé hodnocení každých současných poměrů se samozřejmě týká i etiky v lékařství.

Opusťme však doby dávno minulé, i když nepochybně zajímavé, z dnešního pohledu často zkreslené a někdy i bezdůvodně mytizované, a konstatujme, že počátkem 2. poloviny 19. století se pomalu a s nebyvalou progresí začala rozvíjet vědecká medicína, která si vynutila změny i v organizaci zdravotní péče. Všichni víme, že dominantní dyadický vztah lékaře a pacienta byl stále více nahrazován institucionalizovaným a týmovým způsobem péče. Nejprve ojediněle, ale nejspíše po druhé světové válce se problematika nutně se měnících vztahů mezi lékaři a pacienty dostala do popředí zájmu odborníků, kde zůstává dodnes.

Julika Lossová (2012), která se zamýšlela nad důsledky změn v medicíně, upozornila, že už v roce 1981 popsal Arnold Relman tzv. **tři revoluce**, které podminily změny ve vzájemných vztazích lékařů a pacientů. První z nich nazval **expanzí medicíny** a datuje ji do období 1945–1970. Je charakteristická pokrokem v medicíně a specializací lékařů. Počátek druhé revoluce klade do roku 1970 a nazývá ji **tlakem nákladů**. Ten spočívá v tom, že se od lékařů

očekává i přesná evidence limitovaných finančních zdrojů, tedy to, co jiní autoři později charakterizovali jako byrokratizaci medicíny s nezbytnými a častými kontrolami. Lossová v této souvislosti uvedla, že za takové situace pak „lékařská služba není spojena s žádnou euforií“ a odklon od práce s individualitou pacienta je logickým důsledkem takto nastaveného systému. Třetí revoluci nazval Relman **revolucí informační**. Ta má své výhody (např. pacienti jsou vzdělanější), ale také nevýhody (s pacientem není třeba rozmlouvat, protože si najde informace sám). Autor odhadoval, že v budoucnosti bude nezbytný „*důraz na vztahový aspekt léčení*“ (Loss, 2012). V tom se nemýlil a my už víme, že právě na konci 70. let a výrazně v 80. letech 20. století byla evidentní snaha navrátit subjekt, tedy pacienta, do každodenní medicínské praxe. Prakticky se o to snažíme stále, a zejména u nás je důsledkem **neukončené budování partnerského vztahu mezi lékaři a nemocnými**.

V podnětné úvaze z roku 2012 Lossová zdůraznila, že na straně pacientů došlo k nebývalému **vzestupu očekávání**. V atmosféře terapeutického optimismu (medicína přece umí zázraky) pacienti spoléhají na onnipotenci medicíny a nestarají se náležitě o své zdraví. Doplníme, že jiní si učinili z péče o své zdraví životní program. Obtěžují lékaře s každou „maličkostí“ a vyhledávají neterapeutické metody zkrášení. Oba extrémy jsou škodlivé, z toho druhého dobře profitují výrobci nejrůznějších doplňků stravy a nezastírejme, že také reprezentanti estetické chirurgie. Ostatně nejen proto je chirurgie, na rozdíl od minulosti, vysoce ceněna a chirurg je vnímán jako „heroická postava“. Smrt, která k životu patří, považují nemocní (nebo jejich rodiny) za selhání lékařů. Autorka připomněla, že ještě v 19. století (a nepochybně i později – pozn. aut.) lékař poslouchal pacienta „*s uchem na zádech*“, a měl s ním tudíž fyzický kontakt. „*Dnes při CT vyšetření sedí lékař dokonce v jiné místnosti.*“ Proto je třeba uvažovat o „*balanci techniky a lidství*“, jinak řečeno vyvážit „*imperativ technický a imperativ etický*“. V závěru svého příspěvku Lossová (2012) konstatuje, že orientace na cenu a náklady způsobila „*kolonizaci medicíny ekonomikou*“.

Jistě bychom mohli pokračovat a uvažovat o diktátu ekonomů a o souvisejících modelech zdravotní péče (vědecký, úřednický, resp. byrokratický, juristický atd.), ale s ohledem na téma přidejme ještě čtvrtou revoluci, kterou reprezentuje **proměna pacienta v klienta**. V hippokratovské tradici byl pacient především trpící člověk, kterého bral lékař v ochranu a kterému se snažil pomoci. Klient neboli zákazník zastává jiné role, i když třeba strádá obtížemi nemoci. Aniž bychom zpochybňovali právo pacienta na názor a na jeho rozhodnutí či spolurozhodování, kdo a jakými metodami (zejména je-li jich více) ho bude léčit, zákazník si nejen vybírá lékaře, ale také objednává léčbu, za kterou řádně zaplatí. To už není partnerský, ale zákaznický, resp. **spotřebitelský model**. Zdravotní péče se stává službou, medicína produktem a role lékaře je (a lze odhadovat, že i nadále bude) degradována na vykonavatele přání klientů. Už dnes je snížena ochota pacientů podřídit se radám lékařů. Když se Giovanni Maio (2012) zamýšlel nad napětím mezi službou lidem a službou zákazníkům, které dnes v medicíně existuje, uvedl dvě podstatné věci. Podle jeho názoru „*medicína a ekonomie nejsou antipody, ale ekonomie má* (nebo by měla mít – pozn. aut.) *v medicíně služebnou, nikoli diktující roli*“. Odmítá totalizaci tržního myšlení v medicíně, ale existenci trhu v ní připouští. Současné podnikatelské aktivity lékařů, stejně jako přání klientů vedou k tomu, že moderní medicína „*přináší nabídku především zdravým lidem místo péče nemocným*“ (i u nás realizovaná a kritizovaná strategie „zdraví pro zdravé“) (Maio, 2012). V takových podmínkách vzniká i nový typ lékařů, které nazývá **inženýry vztahů**. Společně s autorem budeme v bezprostřední budoucnosti hledat odpovědi na následující otázky: „*Je služba zákazníkům ještě medicínou?*“ a „*Jak odkrýt sociální oblasti v konceptu trhu?*“ (Maio, 2012). Doprovodným, ale důležitým problémem bude odlišit terapeutické a neterapeutické

zákroky lékařů. Na ty první byli lékaři soustředěni celá dlouhá staletí, ty druhé asociují (nejen) s human enhancement (vylepšováním lidí). V této souvislosti zatím diskrétně, ale přece jen zaznívá otázka, zda je medicína ještě posláním, jakým po dlouhá staletí byla, nebo profesí, která podléhá pravidlům jako „každá jiná“.

Poslední historicky výraznou změnou je proměna základního paradigmatu medicíny. Její reprezentanti, tedy lékaři, uznávali celá dlouhá staletí jako **nejvyšší hodnotu život člověka** a svým nemocným se snažili pomoci tak, aby je pokud možno zpět do života zase vrátili. V posledních třiceti letech však pomalu, ale jistě dochází k rehierarchizaci hodnot a na první místo se, se stále větší razancí, dostává individuální svoboda. Počinání lékařů a jejich vztah k pacientům to dnes výrazně ovlivňuje už také u nás. Zatím se potýkáme především s tím, že někteří nemocní odmítají léčbu nebo její část, i když nezřídka chápeme důvody takového počinání a horlivě diskutujeme i „právo“ nemocných na ukončení života. V odborném diskurzu je shoda v názoru na předem vyslovené přání, proto bylo zakotveno i v české legislativě. V praxi je však z mnohých, zejména formálně administrativních důvodů zatím používáno výjimečně. K asistované sebevraždě nebo přímo k eutanazii však převládá zdrženlivost (nejen) českých lékařů a radikalizace části laiků. Téma je závažné a přesahuje možnosti tohoto příspěvku (Haškovcová, 2012; Ptáček, Bartůněk, 2012). Proto se omezme na konstatování, že přes všechny dramatické proměny medicíny a obsahy základních vzorců chování lékařů k pacientům zůstávají některé ideály a přání neměnné. Ideály řecké lékařské etiky a hippokratovská tradice jsou silné a mnoho lékařů je i nadále chce pěstovat. Změněné podmínky v tom však takovým lékařům úspěšně brání. Lze pozorovat, že étos lékaře je zatlačován do privátní, resp. individuální lékařovy sféry. Připusťme však, že řadě lékařů je trh zdravotních služeb a zákaznický model vztahů k nemocným blízký, dobře se v něm uplatňují a lze odhadovat, že k ušlechtilým cílům pomoci nemocným jsou přidruženy i jejich finanční zájmy. Podobná polarita se vyskytuje rovněž u laiků, pokud jsou zdraví. Když je ale postihne nemoc, „rozpomenou“ se na „zlaté časy“ a přejí si mít lékaře vzdělaného, moudrého a laskavého, který jim porozumí a pomůže, tedy takového, který odpovídá reálným i idealizovaným tradičním představám. Současné rozvolněné vzájemné vztahy však redukují jejich důvěru nezřídka nejen k jednotlivým lékařům, ale i ke zdravotnickému systému, který je silně ovládan tzv. medicínsko-průmyslovým komplexem (medical industrial complex) s mimořádným angažmá farmaceutických firem.

Důvěra byla základním a určujícím prvkem ve vztahu nemocných k lékařům, což je mimořádně závažný jev. V nově vzniklém a jednotlivci prakticky neovlivnitelném prostředí se řadě lékařů nesnadno pracuje a nemocným těžce stůně. Čas ukáže, zda naše moderní kultura se všemi vědeckými poznatky a technickými dovednostmi opustí, nebo naopak znovu obnoví tradiční etické ideály v lékařství. Kolo dějin nejde vrátit zpět a lze predikovat, že bude nutné nově stanovit etický rámec moderního lékařství, stejně jako nová pravidla pro vzájemný vztah lékařů a pacientů. „Vylít vaničku i s dítětem“ by bylo chybou. Proto ani v nových nebo jen modifikovaných a okolnostmi podmíněných verzích etických principů by neměly chybět dvě základní věci. První by se měla týkat **starosti každého lékaře o osud svěřených nemocných**, která k profesi lékařů integrálně patří. Druhá by se měla týkat zřetelnějšího vymezení role nemocných tak, aby byla zachována důvěra k lékařům a pokud možno eliminována hrozba „diktátu“ v objednávání si zdravotních služeb. Úkol je nesnadný, protože praktická úspěšnost všech pravidel je limitována tím, zda jsou pro většinu zúčastněných stran akceptovatelná. Proto je třeba závěrem zdůraznit, že ke vzniku kvalitativně nových a funkčních vztahů mezi lékaři a pacienty nepomohou ušlechtilé a relativně často zaznívající apely ani etické kodexy. To proto, že kromě Hippokratovy přísahy a některých výjimečně

zdařile koncipovaných textů jsou pouze neživou snůškou „svatých pravd“, a představují tak nejen módní formalitu, ale dokonce i past s iluzí řešených nebo vyřešených problémů, ne záchranu v nejisté a překotně se měnící realitě (Haškovcová, 2006).

Máme-li navázat na úvodní slova Altschullera, pak se soudobá kultura vyznačuje mimořádným vědeckým rozvojem a vyspělou technikou, na kterou jsme právem hrdi. Měli bychom však vážně uvažovat také o jejích negativních dopadech. Ty spočívají v tom, že „*bezprecedentně vysoký vědecký pokrok a technologický vývoj zvláště v informačních technologiích a biologii lidí sbližuje známostmi a možnostmi komunikace, ale nezlepšuje morální kvalitu vztahů*“ (Zikmund, Paulas, 2013). Jak zlepšit morální úroveň vztahů mezi lidmi a nejen v medicíně, je otázkou, na kterou zatím není známa odpověď. Potěšitelné však je, že ji řada lidí aktivně a poctivě hledá.

Literatura a zdroje

1. Altschuller, G. Etika v lékařství ve svých vztazích k osobě Hippokratově a k filosofii pozdějších věků. Praha: Spolek českých lékařů, Thomayerova sbírka 155, 1930.
2. Cedrych, V. Úvahy z lékařské deontologie. Věstník českých lékařů 1934; 46(38): 1009–1012.
3. Etika (heslo). Masarykův slovník naučný, 2. díl. Praha: Československý kompas 1920, s. 627.
4. Étos (heslo). Akademický slovník cizích slov A–Ž. Praha: Academia 2001, s. 207.
5. Hamza, F. Úvahy o sociální péči zdravotní. Praha: Ministerstvo veřejného zdraví a tělesné výchovy 1921.
6. Haškovcová, H. Co má větší hodnotu: život člověka, nebo jeho svoboda? In Ptáček, R., Bartůněk, P. Eutanázie – pro a proti. Praha: Grada Publishing 2012, s. 24–30.
7. Haškovcová, H. Etické kodexy – záchrana, past nebo módní formalita? Vita activa, vita contemplativa Janu Sokolovi k sedmdesátým narozeninám. In Kružík, J. (ed.) Praha: FHS UK 2006, s. 328–334.
8. Haškovcová, H. Lékařská etika. 4. vydání. Praha: Galén 2015.
9. Hlaváčková, L. Lékaři a léčení v pamětech F. V. Heka. Farmakoterapeutické zprávy 1970; 4: 285–288.
10. Hlaváčková, L. Nemoci a zdravotní péče v dílech českých písmáků v druhé polovině 18. a první polovině 19. století. Český lid 1976; 63: 33–39.
11. Hlaváčková, L. Z lékařských deníků J. V. Podlipského. Čas Lék čes 1967; 106: 1305–1309.
12. Kořenek, J. Étos lékaře na jevišti proměnlivých her o hodnoty. Čas Lék čes 1999: 150–152.
13. Kropáček, L., Paulas, J., Zikmund, M. T. Po cestách kamenitých. O životě, islámu a křesťanské víře. Praha: Vyšehrad 2013.
14. Loss, J. Wandel der Medizin – Folgen für Arzt und Patient. In Einhäupl, K. M. (ed.) Chancen und Grenzen (in) der Medizin. Düsseldorf: Hanns Martin Schleyer Stiftung 2012, s. 39–46.
15. Maio, G. Moderne Medizin zwischen Dienst am Menschen und Kundendienst – eine ethische Grenzziehung. In Einhäupl, K. M. (ed.) Chancen und Grenzen (in) der Medizin. Düsseldorf: Hanns Martin Schleyer Stiftung 2012, s. 47–53.
16. Ptáček, J., Šůla, J. Dva dobrušští občané v české krásné literatuře. Město Dobruška v Expedici F. L. Věka, 2005.
17. Ptáček, R., Bartůněk, P. a kol. Eutanázie – pro a proti. Praha: Grada Publishing 2012.
18. Skripnik, O. O přísaze, univerzitních sponzích a Hippokratovi. Magisterská práce. Praha: FHS UK, 2013.
19. Thomayer, J. Ze zápisků lékaře. Praha: Avicenum 1977.

Důstojnost člověka v kontextu lékařství

Tibor A. Brečka

Úvod

Důstojnost člověka představuje základní hodnotu, kterou je nutné v medicíně respektovat. Pojem lidská důstojnost obecně označuje vnitřní hodnotu a nezcizitelné právo každého člověka na úctu a ohleduplné zacházení. Ve zdravotnictví tento koncept nabývá zvláštního významu – pacient není pouze objekt léčby, ale celostní bytost s fyzickými, psychickými, sociálními a duchovními potřebami. Moderní lékařská etika a právo zakotvují respekt k důstojnosti jako jednu ze svých ústředních zásad (UNESCO, 2005). Zároveň psychologie zdůrazňuje, že pocit důstojnosti významně ovlivňuje duševní pohodu pacienta, jeho sebeúctu a ochotu spolupracovat při léčbě (Chochinov et al., 2002). Důstojnost hraje roli i v hlubších rovinách lidské psychiky – psychoanalýza a hlubinná psychologie zkoumají, jak je vnímání vlastní hodnoty ovlivněno nevědomými procesy či životními zkušenostmi člověka. Existencialisté považují zachování smyslu a důstojnosti za klíčové i tvář v tvář utrpení a smrti (Frankl, 2006). V neposlední řadě teologie nahlíží na lidskou důstojnost jako na dar od Boha a morální imperativ v péči o nemocné (John Paul II, 1995).

Cílem tohoto textu je shrnout vědecké poznatky o důstojnosti člověka v medicíně z několika komplementárních perspektiv: etické, psychologické, psychoanalytické, hlubinně analytické, existenciální a teologické. Jednotlivé části se zaměří na teoretické pojetí důstojnosti v daném přístupu a rovněž na praktické dopady v klinické péči, podložené dostupnými studiemi či odbornou literaturou. Na závěr bude zdůrazněno propojení těchto pohledů a význam udržení lidské důstojnosti v každodenní lékařské praxi.

Etický pohled

Etika považuje lidskou důstojnost za jedno z ústředních východisek pro morální jednání ve zdravotnictví. Filozoficky vychází pojetí důstojnosti zejména z kantovské tradice: Immanuel Kant definoval důstojnost jako vnitřní hodnotu člověka, která nikdy nesmí být použita jen jako prostředek, ale vždy musí být chápána jako cíl sám o sobě (Kant, 1785). Toto pojetí

proniklo do moderní bioetiky a lidskoprávních dokumentů. Již Všeobecná deklarace lidských práv OSN z roku 1948 uvádí, že „*všechny lidské bytosti se rodí svobodné a rovné v důstojnosti i právech*“ (United Nations, 1948). V kontextu medicíny zaručuje například Úmluva o lidských právech a biomedicíně či Univerzální deklarace o bioetice a lidských právech UNESCO (2005) právo pacienta na respekt k jeho osobní důstojnosti, autonomii a integritě (UNESCO, 2005). Prakticky to znamená, že zdravotníci mají povinnost přistupovat ke každému pacientovi s respektem, zachovávat jeho soukromí, získávat informovaný souhlas k zákrokům a vnímat jej jako rovnocenného partnera v rozhodování o léčbě.

V lékařské etice se respekt k důstojnosti odráží i v principech, jako je respekt k autonomii a princip úcty k osobě. Například **Beauchamp a Childress** (2013) zdůrazňují, že pacientova autonomie vychází z uznání jeho hodnoty jako morální bytosti. Důstojnost však zahrnuje více než jen autonomii; označuje i hodnotu lidí, kteří třeba momentálně autonomii postrádají (např. děti, osoby v bezvědomí či s těžkým postižením). Proto je důstojnost relevantní pro všechny fáze života a stavy člověka, od narození po smrt, ať už je člověk schopen samostatného rozhodování, či nikoli (Andorno, 2009). Bioetika 21. století vnímá koncept důstojnosti jako základ pro princip solidarity a ochrany zranitelných – například starých, nemocných či handicapovaných osob – před diskriminací nebo ponižujícím zacházením (Andorno, 2009).

Přesto koncept důstojnosti nebyl ušetřen diskusí. Někteří autoři tvrdí, že je příliš vágní nebo nadbytečný. Bioetička Ruth Macklinová (2003) dokonce označila důstojnost za „*zbytečný koncept*“, který podle jejího názoru pouze duplikuje princip autonomie. Podle ní by stačilo mluvit o respektu k autonomii pacienta a nebylo by třeba odkazovat na neurčitou „důstojnost“ (Macklin, 2003). Většina etických autorit však tento redukcionistický pohled odmítá – argumentují, že důstojnost zahrnuje i aspekty lidské hodnoty, které autonomie plně nepokrývá (Andorno, 2009). Například člověk v kómatu si nevybírá autonomně, přesto s ním musíme zacházet důstojně, tj. pečovat o něj s úctou k jeho hodnotě jako člověka. Důstojnost také implikuje ochranu člověka před ponižením, dehumanizací či zneužíváním, a to i v situacích, kdy nemůže vyjádřit svou vůli. V praxi zdravotnické etiky se tak koncept důstojnosti promítá do řady konkrétních požadavků: například zákaz mučení a krutého zacházení (v medicínském kontextu třeba při klinickém výzkumu či omezování pacientů), povinnost zmírňovat utrpení a poskytovat paliativní péči umírajícím nebo respekt k intimní sféře pacientů (vnímání studu pacienta, poskytování adekvátního přístupu k hygieně atd.).

Jednou z oblastí, kde je princip lidské důstojnosti často skloňován, je péče na konci života. Koncept „důstojné smrti“ se objevuje jak v hospicové a paliativní péči, tak v debatách o eutanazii. Z etického hlediska je **důstojnost umírajícího** zachována zejména tehdy, pokud respektujeme jeho přání, tlumíme bolest a netratíme jeho osobnost – umožníme mu zemřít s pocitem, že je stále člověkem hodným úcty a lásky (Chochinov, 2007). Podporovatelé legalizace asistované smrti často argumentují právem na „smrt s důstojností“, zatímco odpůrci naopak tvrdí, že skutečná důstojnost spočívá v ochraně života až do přirozeného konce a v nabídce paliativní pomoci namísto ukončení života (John Paul II, 1995). I když se názory liší, všechny strany souhlasí s tím, že cílem medicíny má být minimalizace utrpení a ponižení pacienta. Hospicová péče se proto soustředí na to, aby pacient netrpěl nesnesitelnou bolestí, nezůstal osamocený a mohl si uchovat pocit vlastní hodnoty až do posledních chvil života (Ptáček a Bartůněk, 2022).

Z etické perspektivy tedy důstojnost člověka v medicíně představuje normativní zásadu, která usměrňuje chování zdravotníků i podobu zdravotnických systémů. Vyžaduje, aby každý pacient byl respektován jako osoba, nikoli redukován na diagnózu či „případ“. Tento pohled tvoří základ řady etických kodexů a norem – například Mezinárodní etický kodex

zdravotních sester uvádí, že sestra prosazuje opatření k zachování důstojnosti pacientů za všech okolností. Dodržování těchto principů má přímý dopad na kvalitu péče: pacienti, kteří cítí, že s nimi je zacházeno důstojně, mají vyšší důvěru v lékaře, lepší spolupráci při léčbě a celkově pozitivnější zkušenost se zdravotnickým systémem (Ptáček a Bartůněk, 2022). Naopak pokud je důstojnost pacienta porušena – například necitlivou komunikací, nerespektováním soukromí nebo neadekvátním paternalistickým přístupem – může to vést k psychické újmě, pocitům ponížení či nedůvěře, což jsou eticky i terapeuticky nežádoucí důsledky.

Psychologický pohled

Z psychologického hlediska je pocit vlastní důstojnosti úzce spjat se sebeúctou, identitou a duševní pohodou jedince. V kontextu nemoci a zdravotní péče může být lidská důstojnost ohrožena řadou faktorů: ztrátou tělesné autonomie, závislostí na pomoci druhých, změnami vzhledu vlivem choroby, stigmatizací určitých diagnóz či necitlivým přístupem okolí. Psychologové se zaměřují na to, jak tyto okolnosti ovlivňují prožívání pacienta a jak lze negativní dopady na jeho sebehodnotu zmírnit.

Empirický výzkum v oblasti psychologie zdraví a psychoonkologie přinesl modely, které strukturovaně popisují, co utváří nebo narušuje pocit důstojnosti u pacientů. Například Chochinov et al. (2002) na základě rozhovorů s nevyléčitelně nemocnými vytvořili model důstojnosti u terminálně nemocných, který obsahuje tři hlavní okruhy faktorů: (1) obavy související s nemocí – sem patří fyzické symptomy (bolest, slabost), ztráta funkční nezávislosti, kognitivní úpadek či pocit zátěže pro rodinu; (2) repertoár zachování důstojnosti – tedy vnitřní zdroje a strategie pacienta, které mu pomáhají udržet si pocit vlastní hodnoty navzdory nemoci (např. smysl pro humor, duchovní víra, udržování role – třeba i jako rádce rodiny, snaha dokončit nedořešené věci, předávání odkazu); (3) sociální důstojnost – vlivy prostředí a chování druhých lidí k pacientovi, například míra soukromí, respektu, sociální podpory, finanční zátěže rodiny, ale i například způsob oslovování pacientů personálem apod. (Chochinov et al., 2002). Tento model ukazuje, že důstojnost je multifaktoriální: není to jen vnitřní vlastnost, ale dynamický stav ovlivňovaný jak zdravotním stavem a psychikou pacienta, tak jeho sociálním okolím.

Výzkumy potvrzují, že ohrožení důstojnosti (např. intenzivní pocit, že je člověk „na obtíž“, nebo stud z odkázanosti na pomoc) úzce souvisí s psychickým distresem. Pacienti, kteří se cítí poníženi nebo objektivizováni, často trpí zvýšenou úzkostí, depresí nebo ztrátou vůle žít (Chochinov et al., 2002; Julião et al., 2017). Naopak pokud se podaří udržet či posílit pacientův pocit důstojnosti, zlepšuje se i jeho psychická odolnost a kvalita života. Pro zdravotnickou psychologii je proto důležité identifikovat faktory, které pacientovu důstojnost podkopávají, a cíleně se jim věnovat v terapeutické či podpůrné péči.

Jedním z praktických přístupů, který z psychologie vychází a zaměřuje se přímo na posilování důstojnosti, je tzv. **terapie důstojnosti** (dignity therapy). Jde o krátkou strukturovanou psychoterapeutickou intervenci určenou především pro pacienty v konečných stádiích nemoci (Chochinov et al., 2011). V rámci terapie důstojnosti je pacient vybídnut, aby v rozhovoru s terapeutem probral nejdůležitější vzpomínky, hodnoty a poselství, která by chtěl zanechat svým blízkým. Terapeut hovor zaznamená, následně upraví do podoby písemného dokumentu (jakési „rozloučení“ či osobní testament) a ten je předán pacientovi, aby jej mohl předat rodině. Smyslem je umožnit nemocnému reflektovat svůj život, vyjádřit

nevyslovené a upevnit pocit smyslu a hodnoty vlastního bytí. Randomizovaná kontrolovaná studie publikovaná v časopise *Lancet Oncology* ukázala, že pacienti, kteří absolvovali terapii důstojnosti, následně uváděli vyšší kvalitu života, silnější pocit, že jejich důstojnost byla zachována, a lepší náladu ve srovnání s pacienty, kteří dostávali jen podpůrný rozhovor nebo standardní paliativní péči. Konkrétně 78 % pacientů po terapii důstojnosti uvedlo, že jim výrazně pomohla, a 68 % hlásilo zmírnění pocitů deprese či smutku. Ačkoli objektivní psychologické testy úzkosti a depresivity ve zmíněné studii neprokázaly statisticky významné snížení (oproti kontrolním skupinám), subjektivní přínos terapie pro pacienty i jejich rodiny byl významný – nemocní měli pocit, že jejich život stále má hodnotu a že po sobě zanechají smysluplný odkaz. Tyto výsledky podporují využití terapie důstojnosti v praxi jako prostředku ke zmírnění existenciální tísně a posílení pozitivního prožívání závěru života (Chochinov et al., 2011).

Kromě terapie důstojnosti existují i další psychosociální intervence, jež se snaží chránit pacientovu důstojnost. Patří sem například **respektující komunikace a empatie** v každodenním kontaktu zdravotníka s pacientem. Výzkumy opakovaně ukazují, že způsob, jakým zdravotnický personál s pacienty jedná, má hluboký dopad na to, zda se pacient cítí jako vážená osoba, nebo jen jako „číslo“ v systému (Chochinov, 2007). Chochinov dále uvádí jednoduchou pomůcku **ABCD důstojné péče**, která shrnuje čtyři klíčové prvky chování zdravotníků vůči pacientům: **Attitude** (postoj) – zdravotník by si měl uvědomit své postoje a předsudky vůči pacientovi a naladit se na respektující přístup; **Behavior** (chování) – zahrnuje konkrétní jednání projevující úctu (např. představení se pacientovi, pozorné naslouchání, fyzická ohleduplnost při vyšetření); **Compassion** (soucit) – vžívání se do pacientova utrpení a snaha projevit lidskost a laskavost; **Dialogue** (dialog) – otevřená komunikace, kdy pacient má prostor vyjádřit své obavy, přání a hodnoty a zdravotník s ním o nich citlivě hovoří. Studie uvádějí, že i krátké školení zdravotnického personálu v těchto principech může vést ke zlepšení pacientovy zkušenosti – pacienti pak častěji popisují, že se cítí „viděni a slyšeni“ jako lidé, nikoli jen jako nositelé nemoci (Chochinov, 2007; Ptáček a Bartůněk, 2022).

Z psychologického pohledu je důležité také zapojení rodiny a blízkých do péče. Rodinní příslušníci mohou být oporou pacientovy sebeúcty – připomínají pacientovi jeho roli mimo nemocnici (roli rodiče, prarodiče, partnera atd.) a pomáhají mu udržet propojení s běžným světem. Naopak konflikty v rodině nebo neúcta ze strany některých příbuzných mohou důstojnost nemocného podkopávat. Psychologové proto často pracují i s rodinným systémem, radí pečujícím osobám, jak komunikovat s těžce nemocným členem rodiny citlivě a s respektem. Sociální podpora obecně je ochranným faktorem – pacient, který cítí, že není sám a že je pro své blízké stále důležitý, lépe zvládá psychické nároky nemoci.

Psychologický pohled na důstojnost v medicíně tedy zdůrazňuje subjektivní zkušenost pacienta. I objektivně vážně nemocný člověk může prožívat svou situaci důstojně, pokud má dostatek psychické podpory, cítí smysl svého boje s nemocí a není zbytečně vystavován ponižujícím situacím. Úkolem zdravotníků (ve spolupráci s klinickými psychology či psychiatry) je vytvářet takové podmínky, aby si pacient mohl uchovat pocit vlastní hodnoty. To zahrnuje jak zmírňování symptomů a bolesti (protože nesnesitelná bolest může vyústit v pocit ztráty lidskosti), tak citlivou komunikaci a respekt ke copingovým strategiím pacienta. Někdo si například udržuje důstojnost tím, že o své nemoci hovoří s nadhledem a vtipem – zdravotník by mu to neměl upírat strohým jednáním. Jiný pacient zase chce spolurozhodovat o péči – i to je pro něj způsob, jak si zachovat sebeúctu. Psychologický přístup nám připomíná, že důstojnost je pro pacienta prožitková realita – není automaticky zaručena titulkou zákonů, musí být naplněna konkrétním jednáním a přístupem k člověku.

Psychoanalytický pohled

Psychoanalytický přístup nabízí hlubší ponor do nevědomých a vývojových aspektů prožívání důstojnosti. Klasická psychoanalýza (vycházející z díla Sigmunda Freuda a jeho následovníků) nepojednávala o „důstojnosti“ přímo jako o teoretickém konceptu, avšak zabývá se emocemi a konflikty, které jsou s pocitem vlastní hodnoty úzce spojeny – zejména studem a ponížením, ale také pýchou či narcismem. Z psychoanalytického hlediska může těžká nemoc nebo hospitalizace aktivovat hluboké vrstvy psychiky, často spojené s ranými zkušenostmi závislosti a ztráty kontroly. Pacient se náhle ocitá v roli bezmocného dítěte, které je odkázáno na péči druhých (lékařů, sester), musí se podřídit jejich pokynům, leckdy trpí fyzickým nepohodlím nebo bolestí a to vše může nevědomě ohrožovat jeho ego a integritu (Freud, 1923).

Freudovská teorie by mohla nahlížet na situaci nemocného jako na potenciální narcistickou ránu. Narcismus zde neznamená sobectví, ale základní libidózní investici do vlastního já – tedy zdravou sebelásku, sebeobraz. Nemoc, zejména taková, která mění tělo nebo znemožňuje obvyklé činnosti, zasazuje ránu obrazu sebe sama coby silného a nezávislého. Pacient může cítit hanbu za to, že je slabý, že nezvládá své tělesné funkce (typicky pacienti, kteří potřebují pomoc s hygienou, trpí inkontinencí apod., se stydí a mají pocit ztráty důstojnosti). Z pohledu psychoanalýzy by mohlo být zkoumáno, jak tyto pocity souvisejí s pacientovou minulostí – možná v něm nemoc probouzí starý strach z ponížení či méněcennosti, který si nese z dětství nebo z předchozích životních zkušeností.

Psychoanalýza také upozorňuje na **fenomén přenosu a protipřenosu ve vztahu lékař–pacient**. Pacient může na lékaře nevědomě přenášet role významných autorit z minulosti (např. rodičů). Pokud měl například přísného, kritického otce, může podvědomě vnímat lékaře podobně a obávat se znehodnocení či trestu. Jestliže se zdravotník chová necitlivě, může v pacientovi skutečně vyvolat intenzivní pocity ponížení – mnohem silnější, než by se dalo čekat čistě z dané situace. Toto je jedno z úskalí paternalistického přístupu, který sám o sobě, pokud je užit správně, může být velice prospěšný, ale právě v takovýchto případech může vyvolávat mnoho problematických situací. To může vést buď k regresi (pacient se stáhne, pasivně se podřídí, trpí však vnitřně studem a zlostí vůči sobě za svou slabost), nebo naopak k obranné agresi či odmítání (pacient nadává personálu, odmítá spolupracovat, čímž si paradoxně snaží uchovat zbytek sebeúcty) (A. Freud, 1936). Pochopení těchto dynamik je důležité pro zachování důstojnosti – zdravotník by si měl uvědomovat, že hrubé či odměřené jednání může u pacienta aktivovat hluboký komplex méněcennosti či jiné psychické obrany.

Někteří neoanalytici (např. Erik Erikson) zakomponovali myšlenku důstojnosti do svých vývojových teorií. Erikson popsal poslední fázi psychosociálního vývoje člověka jako konflikt mezi ego integritou a zoufalstvím (Erikson a Erikson, 1998; Mitchell a Blacková, 1999). Tváří v tvář blížící se smrti člověk bilancuje svůj život – pokud dospěje k pocitu integrity, znamená to, že akceptuje svůj život tak, jak proběhl, nachází v něm hodnotu a smysl (což úzce souvisí s pocitem důstojnosti: *„Žil jsem jako člověk, můj život měl svou váhu“*). Pokud však převládá pocity lítosti, nenaplnění a hanby či zklamání ze sebe sama, upadá člověk do zoufalství – což můžeme chápat jako ztrátu vnímané důstojnosti (Erikson a Erikson, 1998). Psychoanalyticky orientovaná terapie u seniorů či vážně nemocných může pomoci pacientovi zpracovat jeho životní příběh tak, aby dospěl spíše k integritě než zoufalství, například skrze **life-review terapii**, která má podobné prvky jako výše zmíněná terapie důstojnosti.

Dalším psychoanalytickým konceptem relevantním pro důstojnost je **konflikt mezi superegem a egem**. Superego, tedy vnitřní hlas morálky a ideálů, může být u nemocného

člověka velmi kritické: pacient může sám sebe odsuzovat za slabost, může mít pocit, že „by měl bojovat víc“, nebo naopak že jeho nemoc je trestem za nějaké selhání. Takové pocity viny a studu (dané přísným superegem) podlamují jeho důstojnost. Terapie inspirovaná psychoanalýzou se snaží odhalit tyto sebekritické myšlenky a působit na pacienta, aby se na sebe dokázal podívat laskavěji, s větším sebesoucitem. To znamená odpustit si své domnělé nedostatky a přijmout svou zranitelnost jako součást lidskosti. Například onkologický pacient, který se obviňuje, že není dost statečný, by mohl skrze terapeutický proces dojít k uvědomění, že opravdová statečnost nespočívá v předstírání síly, ale v upřímnosti a vytrvalosti tváří v tvář strachu – a že už tím, že situaci zvládá, prokazuje obrovskou lidskou hodnotu.

Psychoanalytický pohled tedy přináší poznatek, že ohrožení důstojnosti v nemoci může mít kořeny v nevědomí. Pro zdravotníka z toho plyne, že u některých pacientů může být potřeba citlivější přístup, protože daná situace se jich „dotýká na citlivém místě“ spjatém s jejich životní historií. Například pacient, který v mládí zažil ponižující zacházení, může být na jakýkoli náznak disrespektu obzvláště citlivý. Vhodné je navázat s pacientem důvěrný vztah, v němž pacient může otevřeně vyjádřit i zdánlivě „iracionální“ obavy („*Připadám si tu jako věc*“, „*Mám strach, že se mi vysmějete*“ apod.). Již samotné vyslovení těchto pocitů v bezpečí terapeutického vztahu může mít léčivý účinek – pacient zjistí, že personál jeho prožívání bere vážně a nesoudí ho za něj, což posílí jeho pocit důstojnosti („*Moje pocity jsou legitimní, jsem jako člověk brán vážně*“).

Navíc psychoanalytický rámec poukazuje i na druhou stranu vztahu – **protipřenos zdravotníka**. I lékař či sestra mohou mít nevědomé reakce na pacienty, které je třeba reflektovat, aby nevedly k narušení pacientovy důstojnosti. Například zdravotník, který cítí úzkost z vlastní smrtelnosti, se může nevědomě distancovat od umírajícího pacienta, být chladný či odměřený – čímž pacienta zbavuje lidského tepla a důstojnosti. Uvědomění si vlastních pocitů a práce s nimi (např. supervizi, podporou kolegů) je proto důležité, aby zdravotník nejednal způsobem, který by pacienta ranil.

Jacques Lacan se otázkou etiky zabýval ve svém semináři VII Etika psychoanalýzy (1959–1960), kde kladl důraz na to, že **etika psychoanalýzy** není založena na tradičních morálních hodnotách, ale na věrnosti vlastní touze. Podle Lacana je důstojnost spojena s odmítnutím kompromisů, které by vedly k popření vlastní touhy, i když je tato touha nevědomá a obtížně uchopitelná. Lacan tvrdil, že jediným skutečným proviněním je „ustoupit ze své touhy“ (Lacan, 1992). V kontextu nemoci může být důstojnost ohrožena, pokud pacient ztratí kontakt se svou touhou a podřídí se očekáváním okolí nebo vnitřním požadavkům superega. Udržení důstojnosti tedy spočívá v zachování spojení s vlastní touhou, i když je to spojeno s utrpením nebo nejistotou.

Slavoj Žižek, inspirován Lacanem, rozvíjí myšlenku důstojnosti jako schopnosti čelit studu a cynismu moderní společnosti. Ve svém článku *On Shame and Dignity in and around Gaza* píše, že skutečná opozice není mezi svobodou a represemi, ale mezi bezostyšností a důstojností. Důstojnost podle něj spočívá v odmítnutí cynického postoje, který bagatelizuje utrpení a morální hodnoty (Žižek, 2024). V kontextu nemoci může pacient čelit pocitům studu a ztráty důstojnosti. Žižekův pohled naznačuje, že důstojnost lze obnovit prostřednictvím odmítnutí cynismu a přijetí autenticity vlastního utrpení.

Shrme-li psychoanalytický pohled: důstojnost člověka v medicíně je křehká veličina ovlivněná nevědomými psychickými procesy. Udržet ji znamená nejen dodržovat vnější etiketu respektu, ale také porozumět vnitřnímu světu pacienta – jeho strachům, studu, potřebě ocenění atd. Psychoanalýza vybízí k tomu, vidět za obrannými reakcemi (jako je agresivita či odmítání léčby) často skrytý zraněný pocit sebeúcty. V klinické praxi se tento pohled

promítá například do přístupu psychosomatické medicíny či psychoanalyticky orientované psychoterapie nemocných, kde se lékař snaží lépe pochopit subjektivní význam nemoci pro daného člověka. Takový přístup může pacientovi pomoci zpracovat emoční konflikty spojené s nemocí a najít smíření – což ve svém důsledku obnovuje jeho vnitřní pocit důstojnosti.

Hlubinně analytický pohled

Hlubinně analytický pohled vychází z tradice hlubinné psychologie mimo ortodoxní freudovský rámec – zahrnuje zejména analytickou psychologii C. G. Junga a příbuzné směry, které kladou důraz na celistvost osobnosti, spiritualitu a individuální proces růstu (individuaci). Z této perspektivy je lidská důstojnost spojena s autentickým bytím člověka a naplněním jeho potenciálu na úrovni duše či Self.

Jungovská psychologie chápe nemoc a utrpení často jako **výzvu k vnitřní proměně**. Nemoc může mít symbolický význam a její překonávání (či vyrovnávání se s ní) může jedince posunout na cestě k větší celistvosti. Důstojnost zde lze chápat jako vědomé přijetí sebe sama se všemi aspekty – i s tou zranitelnou, trpící částí – a integraci tohoto prožitku do svého životního příběhu. Pacient, který se dokáže postavit svému onemocnění čelem a nalézt v něm nějaký osobní význam (například přehodnotit životní priority, navázat hlubší vztahy nebo objevit spirituální rozměr existence), často vyzařuje zvláštní důstojnost, která není závislá na fyzické kondici. Jde o vnitřní důstojnost plynoucí ze souladu člověka se sebou samým.

Hlubinně analytický přístup zdůrazňuje **individuální smysl nemoci**. Každý člověk má jedinečný vnitřní svět obrazů, archetypů a hodnot. Když onemocní, tyto vnitřní obsahy se mohou aktivovat – například archetyp zraněného léčitele (wounded healer), kdy sám nemocný získává moudrost skrze svou bolest a může ji předávat dál (i kdyby jen jako inspiraci pro rodinu či jiné pacienty) (Hankir a Zaman, 2013; Dunne, 2000). Nebo archetyp hrdiny, který se vydává na nebezpečnou cestu (boj s nemocí) a vrací se proměněn. Hlubinně analytický terapeut by s pacientem mohl pracovat například skrze symboly a sny, aby mu pomohl porozumět, co jeho nevědomí komunikuje v souvislosti s chorobou. Pokud pacient například opakovaně sní o boji s temnou postavou, může to symbolizovat jeho vnitřní zápas s „temnotou“ nemoci – uvědomění si tohoto obrazu a jeho prozkoumání může pacientovi dodat kuráž (ztotožní se s hrdinou, který bojuje) a pocít, že jeho já není nemocí pohlceno, ale stojí jí aktivně tváří v tvář. To posiluje jeho vnitřní důstojnost – už není pasivní obětí, ale hrdinou svého příběhu.

Dalším klíčovým pojmem je **celistvost (integrita)** osobnosti. Z hlubinně analytického hlediska je důležité, aby člověk ani v nemoci neztratil spojení se svým pravým já (das Selbst), se svými hodnotami a smyslem (Jung, 1989). K tomu může napomoci například narativní terapie či arteterapie, kdy pacient vyjadřuje své prožitky tvořivě (kresbou, psaním deníku apod.) a zpracovává je. Například psaní autobiografických příběhů u onkologických pacientů se používá jako technika life review – pacient tím strukturuje svůj životní příběh, uvědomuje si kontinuitu své identity a získává pocit, že i tváří v tvář ohrožení smrtí je jeho já celistvé a hodnotné. To úzce souvisí s pojmem důstojnosti – pacient se definuje nejen jako „nemocný“, ale jako plnohodnotná osoba s historií a vnitřním světem, který přesahuje přítomnou diagnózu.

Hlubinná psychologie také integruje spirituální rozměr lidského bytí. Podle Junga má člověk přirozenou duchovní potřebu, která se může v krizích (jako je závažná nemoc)

zesilovat. Mnoho pacientů nachází oporu ve víře, v pocitu spojení s něčím větším (přírodou, vesmírem, Bohem). Zde se hlubinně analytický pohled prolíná s teologickým, nicméně Jung zdůrazňoval individuální prožitek posvátna (numinózního). Pro důstojnost pacienta může být rozhodující, zda jeho spirituální potřeby nejsou opomíjeny. Když se cítí i duchovně vyslyšen a pochopen, stoupá jeho vnitřní klid a důstojnost. Například meditace, modlitba či rituály mohou pacientovi pomoci přijmout realitu nemoci a smířit se s ní na hluboké úrovni, čímž si uchovává pocit vnitřní hodnoty (Ptáček a Bartůněk, 2022).

Z klinického hlediska inspiruje hlubinně analytický přístup různé holistické programy péče. Některé onkologické kliniky či hospice nabízejí vedle standardní léčby také terapie zaměřené na duši – práci se sny, skupiny zaměřené na hledání smyslu, spirituální podporu. Tyto přístupy mohou být zvláště vhodné pro pacienty, kteří cítí, že nemoc otrásla jejich identitou. Například pacientka po mastektomii (odnětí prsu) se může cítit žensky ponížena, „méněcenná“. Kromě lékařské péče a psychoterapie zaměřené na sebevědomí může hlubinný přístup hledat i symbolický význam této ztráty a transformace – pomoci jí nalézt novou definici ženskosti, která zahrnuje i prožitou zkušenost (např. role moudré ženy, která prošla zkouškou). To může obnovit její pocit důstojnosti na hlubší úrovni – že její hodnota nespočívá jen ve fyzické celistvosti, ale v niterné integritě.

Celkově hlubinně analytický pohled akcentuje, že důstojnost člověka je zakotvena hluboko v jeho psyché, v jeho bytostném já. Nemoc a léčba by měly respektovat a oslovovat i tuto hlubinnou složku. Zatímco etika a zákony mohou zajistit vnější rámec pro důstojné zacházení, hlubinný přístup usiluje o to, aby člověk neztratil kontakt se svou duší, se svou jedinečnou hodnotou, kterou má i tehdy, když jeho tělo chřadne. Lékař či terapeut by měl pacienta vnímat celostně a v komunikaci s ním používat i symbolický jazyk nebo metafory, které mohou lépe postihnout jeho existenciální prožitek. Například hovořit s umírajícím pacientem o tom, co si představuje „za horizontem“ či jaký odkaz zde zanechá, může být pro něj důstojnější a smysluplnější než jen mechanicky probírat fyziologické detaily umírání. Hlubinná psychologie tak obohacuje medicínu o dimenzi, která udržuje úctu k tajemství a hloubce lidského života, což je samo o sobě součástí zachování důstojnosti.

Existenciální pohled

Existenciální přístup vychází z filozofie existence a také z existenciální psychologie a psychoterapie (autoři jako Viktor E. Frankl, Irvin Yalom, Rollo May ad.). V centru pozornosti je lidská svoboda, volba, smysl a autentičnost – tedy otázky, které se ostře vyjevují právě v situacích nemoci, utrpení a blízkosti smrti. Důstojnost člověka je zde chápána jako možnost zachovat si lidskost a smysl i v mezních situacích, kdy jsou vnější podmínky krajně nepříznivé.

Klasickým představitelem existenciálního pohledu je Viktor Frankl, psychiatr a zakladatel logoterapie, který sám prošel extrémní zkušeností ztráty důstojnosti v koncentračním táboře. Frankl ve své slavné knize *A přesto říci životu ano* popisuje, že i v podmínkách naprosté degradace (hlad, násilí, odlidštění vězňů) pozoroval rozdíly mezi lidmi – někteří si dokázali uchovat vnitřní svobodu a důstojnost, projevovali neuvěřitelnou laskavost a altruismus, zatímco jiní rezignovali na své hodnoty (Frankl, 2006). Frankl z toho vyvozoval, že smysl pro smysl (noologická dimenze) je tím, co umožňuje člověku překonat i krajní utrpení. Pro důstojnost v medicíně z toho plyne, že klíčové je, aby pacient viděl smysl – v pokračování života, v podstupované léčbě, v tom, co ještě může vykonat či prožít. Pokud najde smysl, cítí se jako

subjekt, který se navzdory omezením rozhoduje a utváří svůj osud – a to je zdrojem důstojnosti. Frankl často citoval Nietzscheho: „*Kdo má své proč, dokáže unést téměř jakékoli jak.*“

Existenciální psychologie tedy v souvislosti s důstojností akcentuje svobodu volby postoje. I když člověk nemůže změnit objektivní okolnosti (diagnózu, prognózu), stále má svobodu zvolit si, jak na ně vnitřně zareaguje. Tuto poslední svobodu mu nikdo nemůže vzít. Když pacient tuto svou vnitřní svobodu objeví, často pociťuje vzestup důstojnosti – uvědomí si, že není jen pasivním trpítelem, ale může svému utrpení vtisknout nějaký význam. Například pacient trpící bolestmi a ochromením může zvolit postoj statečnosti a brát svůj úděl jako zkoušku, ve které ob stojí tím, že ji snáší s odvahou a třeba inspiruje své okolí hodnotou odvahy a vytrvalosti. Tím si zachovává sebehodnotu.

V klinické praxi se existenciální přístup uplatňuje v různých terapeutických technikách zaměřených na hledání smyslu a hodnot. Kromě již zmíněné terapie důstojnosti lze uvést logoterapii (Franklova škola psychoterapie) či moderní meaning-centered therapy rozvíjenou v psychoonkologii (Breitbart et al., 2015). Například skupinová terapie zaměřená na smysl života u onkologických pacientů prokázala, že pomáhá snížit pocit beznaděje a zvýšit spirituální pohodu: pacienti, kteří společně reflektovali důležité hodnoty, životní lekce a dědictví, jež chtějí zanechat, vykazovali méně zoufalství a větší pocit smíření než pacienti v běžné podpůrné terapii (Breitbart et al., 2015). Takové intervence cílí právě na existenciální důstojnost – pacient se učí vnímat, že jeho život má hodnotu a smysl nezávisle na tom, jak tělo chátrá. Pomáhá to též překonat existenciální úzkost, tedy strach z nebytí a ztráty identity.

Existencialisté často hovoří o autenticitě a hodnotách. Důstojnost úzce souvisí s věrností vlastním hodnotám. Pro pacienta může být zásadní, aby i v nemoci mohl realizovat to, co považuje za smysluplné. Například věřící člověk si uchová důstojnost, pokud mu bude umožněno praktikovat víru (modlit se, přijímat svátosti). Rodič malých dětí se bude cítit důstojněji, když bude mít příležitost například se s nimi pravidelně vídat, naplnit svou rodičovskou roli alespoň částečně i z lůžka (třeba vyprávět jim pohádky). Existenciální přístup by v péči kladl důraz na to, co dává životu nemocného význam, a snažil by se to podporovat. Tím se liší od čistě biomedicínského modelu, který se soustředí jen na fyzikální parametry zdraví. Existenciální terapeut v týmu může například položit otázku: „*Co dělalo život tohoto pacienta hodnotným a jak můžeme tyto hodnoty reflektovat v péči?*“ To může vést k drobným, leč významným úpravám péče (např. umožnit pacientovi oblíbenou činnost, zapojit rodinné rituály do péče...).

Za zmínku stojí i fenomén naděje, který existenciální psychologie chápe nikoli jen jako nerealistické popírání reality, ale jako podstatnou součást smyslu. Naděje nemusí znamenat víru ve fyzické vyléčení, ale může být nadějí v transcendenci utrpení. Například naděje, že „*můj příběh nekončí touto nemocí, něco po mně zůstane, moji blízcí ponesou dál část mne*“ – taková naděje dodává sílu a chrání důstojnost, protože dává člověku pocit, že jeho existence má význam přesahující přítomný okamžik. Klinické programy tzv. dignity-conserving care v hospicích s tímto pracují – nabízejí třeba vytvoření památečního projektu (album vzpomínek, nahrávka vzkazů dětem aj.), což je opět v souladu s existenciálním principem vytváření smyslu (Chochinov, 2007).

Existenciální filozofie (např. Martin Heidegger) analyzuje i bytí k smrti – fakt, že smrt je integrální součástí života. Z této perspektivy může přijetí smrtelnosti paradoxně vést k autentičtějšímu životu a posílení důstojnosti. Když pacient porozumí a přijme, že život je konečný, může se soustředit na to podstatné, uspořádat své záležitosti a prožít zbývající čas s intenzitou a pravdivostí. To je často doprovázeno jistou klidnou důstojností – lidé v terminálním stadiu někdy vyzařují smíření a moudrost, která budí úctu i u personálu.