

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

Bioetika a eutanázie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. et Mgr. Zdeněk Šigut, PhD., MPH

Vypracovala:
Bc. Naděžda Fojtů

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Bioetika a eutanázie zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne 13. 3. 2012

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji panu PhDr. et Mgr. Zdeňku Šigutovi, Ph.D., MPH za velmi užitečnou metodickou pomoc a podporu, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce a za čas, který mi věnoval.

Také bych chtěla poděkovat prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D., který mi rovněž poskytl pomoc při zpracování mé diplomové práce. Především nám byl po celou dobu studia morální oporou a je vynikajícím pedagogem, jehož si velmi vážím.

.....

OBSAH

Úvod	2
1. BIOETIKA	4
1.1 Vymezení pojmu bioetika	4
1.2 Východiska bioetiky	6
1.3 Etika a lidská genetika	7
1.4 Etické problémy v experimentální medicíně	10
1.5 Eugenika	11
2. LIDSKÁ REPRODUKCE JAKO BIOETICKÉ TÉMA	12
2.1 Etika asistované reprodukce	12
2.2 Institut náhradního mateřství	16
2.3 Věk versus těhotenství	17
2.4 Prenatální diagnostika	19
2.5 Interrupce	21
3. EUTANÁZIE	25
3.1 Umírání a smrt člověka	25
3.2 Formy eutanázie	28
3.3 Historie eutanázie a její legislativa	30
3.4 Eutanázie v konfrontaci s „nechat zemřít“	34
3.5 Paliativní medicína a hospicová péče	38
4. BIOETIKA V SOCIÁLNÍCH SOUVISLOSTECH	43
4.1 Nechtěné děti	43
4.2 Mentální a fyzické handicap novorozenců jako bioetický problém	45
4.3 Stárnoucí populace	49
4.4 Kvalita života a současná sociálně zdravotní péče	52
4.5 Současná společnost a její postoj k výše uvedené problematice	54
5. EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ	62
5.1 Předmět empirického šetření	62
5.2 Stanovení hypotéz	63
5.3 Zpracování výsledků šetření	64
5.4 Vyhodnocení hypotéz	75
Závěr	78
Resumé	84
Anotace	86
Klíčová slova	86
Seznam použité literatury	87
Seznam příloh	91

Úvod

V současné době dochází k velmi rychlému vývoji ve vědě a technologiích, které stále více ovlivňují náš život. Vědecký a technologický pokrok byl a je velmi prospěšný pro lidstvo, ale s novými technologiemi se soustředila do lidských rukou velká část moci nad lidským životem. Aplikace vědeckých poznatků by měly být zvažovány s náležitým respektem k důstojnosti lidské osoby a s dodržováním základních lidských práv a svobod. Širokou oblastí etických problémů se zabývá bioetika. Prostupuje filozofií, medicínou, psychologií, právem a dalšími vědními obory. Nejčastěji diskutovaná témata jsou o etických problémech spojených s medicínským výzkumem, s otázkami asistované reprodukce, experimenty s využitím lidských embryonálních buněk, interrupcemi, transplantacemi a eutanázií.

V první části své práce bych chtěla vysvětlit pojem bioetika a z čeho vychází, dále popsat některé vybrané oblasti, kterými se zabývá. V bioetické problematice jde především o otázky lidského rozhodování a jeho motivů. Myslím si, že je třeba mnohem více se věnovat zkoumání etických problémů v oblasti lidských činů, souvisejících se vstupem člověka do hraničních situací, týkajících se počátku života, jeho trvání a smrti. Lidé kolem nás se do takových situací dostávají a často se rozhodují, aniž by měli dostatečné množství adekvátních informací, aniž by si dokázali uvědomit a nést následky svých rozhodnutí. Současná postmoderní společnost je složitá a chaotická a člověk mnohdy přestože chce, nedokáže jednat v souladu s morálními aspekty.

V další části diplomové práce se chci v teoretické rovině věnovat otázce eutanazie. Často přicházíme do styku s lidmi, kteří se nacházejí v těžkých životních situacích a potřebují něčí pomoc, podporu nebo jen pouhé vyslechnutí, pochopení a povzbuzení. Je až zarážející, kolik lidí dnes bere smrt jako vysvobození a kolik lidí souhlasí s legalizací eutanázie, aniž by byli o této problematice dostatečně informováni.

Cílem diplomové práce je ukázat, že rozhodnutí týkající se etických záležitostí v medicíně a aplikace získaných vědeckých poznatků, mohou mít dopad na jednotlivce, rodiny, skupiny a lidstvo jako celek. Budu se snažit přispět k tomu, aby si lidé uvědomili jak jsou důležité morální zásady a etické uvažování při rozhodování nejen lékařů a vědců, ale především každého z nás. Mnohdy od medicíny očekáváme zázraky a když se něco nepovede podle našich představ, očekáváme s naprostou samozřejmostí pomoc od společnosti. Je třeba dokázat přijmout zodpovědnost a dobře zvažovat své požadavky, nároky a svá rozhodnutí.

V praktické části bude průzkumným šetřením zjišťován názor a postoj veřejnosti na výše zmíněnou problematiku, zaměřenou na některá vybraná témata, především na otázky spojené s asistovanou reprodukcí, péčí o postižené děti, vážně nemocné lidi a postoj k eutanázii.

To všechno jsou otázky, které nelze uspokojivě zodpovědět v omezeném prostoru diplomové práce. O hledání odpovědí se s větším či menším úspěchem snaží četné studie mnohem sofistikovanější, než tato diplomová práce. Nad spoustou otázek se nedokáží shodnout ani největší odborníci. Přesto jsem si vybrala ke zpracování toto téma s cílem popsat aktuální stav a alespoň malou měrou přispět k důraznější osvětě a uvědomění si, kam až jsme schopni jako lidstvo zajít v našich požadavcích a jak si v mnoha situacích nevíme rady. Snad nám bioetika bude nápomocna k tomu, abychom dokázali využívat výsledky technologického pokroku a nových technologií v medicíně tak, aby byly lidstvu ku prospěchu a nestaly se jeho ohrožením.

1. BIOETIKA

1.1 Vymezení pojmu bioetika

Etické teorie v současné době soustřeďují značnou pozornost na dvě oblasti lidské činnosti. První se týká lidských aktivit, jejichž objektem je příroda, tj. zásahů člověka do přirozeného biosystému naší planety. Druhou oblastí zájmu jsou medicínské aktivity, které se týkají biologických zásahů do lidského organismu v zájmu jeho léčení nebo v zájmu optimalizace činností jeho psychických a somatických funkcí. Možnosti takovýchto zásahů, díky obrovskému technologickému pokroku medicínských metod, vzrostly za poslední desetiletí netušeným způsobem. Dnes jsou možné takové terapeutické zákroky, které v nedaleké minulosti nebyly vůbec možné. Aplikace těchto metod však v praxi vedla k vynoření řady dosud neexistujících etických problémů (Ondok, 2005). Bioetika je poměrně mladá disciplína. Název vznikl ze slov *bios*, což znamená život a *etika*, což je filozofická disciplína, zabývající se teoretickým zkoumáním hodnot a principů, které usměrňují lidské jednání v situacích, kdy existuje možnost volby prostřednictvím svobodné vůle. Samotný název bioetika pak pochází od amerického onkologa Van Rennselaer Pottera, který tento termín použil poprvé v článku z roku 1970, publikovaném na University of Wisconsin a nazvaném *Bioethics: The science of survival* (Bioetika: věda o přežití).

Bioetika zahrnuje širší oblast problémů než starší lékařská či zdravotnická etika, protože se zabývá nejen zkoumáním etických problémů v praktickém výkonu lékařské praxe, ale též ve výzkumu, a to zejména v těch oborech, které výkon lékařské praxe podmiňují jako např. biologie, chemie, farmacie, biofyzika aj. Je interdisciplinární, protože má velmi úzkou vazbu na některé jiné obory jako například medicínské právo, psychologii, teologii apod. V bioetické problematice jde především o otázky lidského rozhodování a jeho motivů. Nejčastěji diskutovaná témata jsou o etických problémech spojených s medicínským výzkumem, experimenty s klonováním, využití lidských embryonálních buněk, asistovanou reprodukcí, interrupcemi, transplantacemi a eutanázií.

Za základní bioetické principy jsou považovány: **samostatnost** (autonomy), vyplývající z lidských práv důstojnosti a svobody jednotlivce, **nepoškozování** (non maleficence), spojené mimo jiné s ochranou dat, **směřování k dobru** (beneficence) a **spravedlnost** (justice). (Haškovcová, 2002)

Rozlišujeme bioetiku **deskriptivní**, která popisuje a vysvětluje postoje a názory, jak jsou společností přijímány. Bioetika **normativní** se snaží určit, které postoje a názory mají být přijímány, protože jsou oprávněné. O výsledku bioetické rozvahy rozhoduje filozofický přístup. **Deontologická** bioetika posuzuje morálnost jednání především podle toho, nakolik jsou při něm respektována daná pravidla a povinnosti. **Teologická (utilitaristická)** bioetika naopak považuje za rozhodující následky činu. (Šipr, 2001)

Munzarová (2005) v knize Zdravotnická etika od A do Z uvádí, že: „Bioetika je dnes natolik interdisciplinární obor, který se stal natolik všezahrnujícím, že ztratil svou identitu.“ Já se naopak domnívám, že bioetika má své místo jako součást aplikované etiky, která má reálné možnosti ovlivňování tvorby legislativních norem. Bioetická problematika v současnosti představuje inspiraci mnoha diskuzí, do nichž se prostřednictvím mediálního šíření intenzivně zapojuje široká veřejnost. Ústav státu a práva akademie věd začal v loňském roce vydávat Časopis zdravotnického práva a bioetiky.

Prudký rozvoj techniky otevřel člověku nové možnosti ovládnutí přírody i biologické kontroly vlastní existence, ale přinesl s sebou i nová nebezpečí, ohrožující existenci lidstva a narušil tradiční pojetí lidského života, úctu k životu a vědomí povinnosti vůči budoucím generacím. Vše se velmi rychle mění. Urychlení změn moderní doby vede k tomu, že se cítíme přetížení. Dá se říci, že naše myšlení zaostává za pokrokem. Stává se, že již nedokážeme zpracovat získané informace, natož abychom rozvíjeli morálně únosné postoje jak v osobních úvahách, tak ve veřejném dialogu. Zde si dovoluji citovat Konráda Lorence „Pokud se lidstvo zahubí samo, nemusí k tomu dojít udušením, nedostatkem kyslíku, nebo proto, že se vědomě vystavujeme nebezpečí radioaktivity. K zániku lidstva úplně postačí, když se moderní člověk zbaví všech morálních hodnot.“ (Konrád Lorenz In Haškovcová, 2002)

Bioetika se bude dále rozvíjet i když třeba ne jako samostatná, nezávislá disciplína, ale jako aplikace obecné etiky na oblast lidské aktivity v souvislosti s jednáním v hraničních situacích, týkajících se lidského života.

Slipko (1998) ve své knize Hranice života definuje bioetiku takto: „Bioetika představuje tu část filozofické etiky, která má určovat morální důležité hodnocení a normy v oblasti lidských činů, souvisejících se vstupem člověka do hraničních situací, týkajících se počátku života, jeho trvání a smrti.“

1. 2 Východiska bioetiky

Podle Ondoka (2005) se Shannon, jeden z tvůrců bioetiky pokouší schematicky klasifikovat hlavní možné koncepce bioetiky. Podle tohoto autora lze teorie, které obsahují principy, jimiž zdůvodňujeme partikulární bioetická rozhodnutí, rozdělit do čtyř kategorií:

a) **Konsekvenencialismus.** Tato koncepce řeší problém etického, respektive neetického jednání uvážením důsledků, které z jednání plynou. Kritériem pro posouzení důsledků může být např. maximum prospěchu pro jednotlivce nebo pro společnost. Jednání lze charakterizovat jako eticky dobré, jestliže ve svých důsledcích vede ke prospěchu člověka respektive celého lidského společenství. Tohoto typu je např. situační etika a **utilitarismus**, což je filozoficko-etický směr, který za cíl a měřítko lidského jednání pokládá hledání blaha, prospěchu, užitku a naopak omezování utrpení a bolesti.

b) **Deontologismus.** Podle tohoto pojetí je etickým aktem ten, který je motivován povinnostmi a odpovědností. Povinnost a odpovědnost může být chápána různým způsobem.

c) **Etika práv.** Tento přístup znamená, že při jednání a rozhodování zjišťujeme primárně, jaká a čí práva jsou v našem jednání zahrnuta. V takovémto pojetí je nutno řešit především samotnou otázku, jaká práva komu náleží. Je výhodná z hlediska jednotlivé osoby, ale není vždy schopna řešit konflikt mezi jednotlivými osobami, dojde-li ke střetu jejich individuálních práv.

d) **Intucionismus.** Podle této koncepce nelze určit, co je eticky správné racionální cestou, ale pouze intuicí na základě bezprostřední reflexe etické stránky jednání. Zůstává ovšem obtížné zdůvodnit tuto reflexi. Intuice také zahrnuje subjektivní prvek a zůstává problémem jak dospět ke společným a obecně závazným etickým normám na základě intuitivního přístupu.

Jednotlivé koncepce mohou ovlivnit formulace konkrétních bioetických problémů a vést k rozdílným řešením. Neexistuje jednotný konsensus o jednotlivých bioetických zásadách a jejich aplikacích např. interrupce u defektního plodu. Na druhé straně však může být u některých bioetických problémů řešení stejné, bez ohledu na výchozí koncepci bioetiky. Je pouze jinak motivované. (Ondok, 2005)

Otázkou, jaký může být teoretický základ bioetiky se zabývá Reich, editor Encyklopedie bioetiky, který uvádí 3 možná paradigmatu bioetického východiska, která ovšem mohou být východisky obecné etiky:

a) **Etika povinnosti.** Tato bioetika je založena na povinnosti a na principech, které tuto povinnost specifikují. Podle předcházející klasifikace odpovídá tomuto typu

deontologismus. Postup zdůvodňování spočívá v tom, že se pro daný bioetický problém použije nějaký osvědčený princip známý z obecné etiky, jako např. princip autonomie osoby, princip prospěšnosti, sociálního prospěchu apod. Nevýhodou této metody je, že spočívá na ustrnulých principech teoretického rázu a přehlíží nové induktivní a často i intuitivní argumenty

b) Etika charakteru. Cílem je formování lidského charakteru jakožto trvalého postoje, opírající se o pevné dispozice k určitému jednání, které si záměrně osvojujeme. Tato koncepce určuje především požadavky, které by měly být kladeny na charakter pracovníků v oboru péče o zdraví člověka.

c) Etika hodnot. Tato koncepce vychází spíše z intuitivní dimenze našeho poznání a hodnocení. Každé intuitivní hodnocení však zahrnuje i subjektivní prvek. Není pak jasné, jakým způsobem lze dosáhnout konsenzu o hierarchickém uspořádání jednotlivých hodnot, který je předpokladem pro objektivní rozhodování v situacích, v nichž dochází ke střetu hodnot. Příkladem je situace, v níž se musí rozhodnout, zda vyšší hodnotu představuje záchrana života matky, než záchrana života dítěte s rizikem smrti matky.

Péče o zdraví předpokládá kromě obecných morálních cností ještě specifické cnosti: schopnost komunikace, schopnost vcítit se do situace nemocného člověka, schopnost solidarity, úcty k životu apod. Ctnost je výsledkem procesu sebevýchovy. Je životním postojem získaným stále opakovaným jednáním a je trvalou dispozicí jak emocionálních, tak i kognitivních schopností. (Ondok, 2005)

1.3 Etika a lidská genetika

„Genetický výzkum a jeho aplikace se pro mnohé jeví jako nová, neznámá a vysoce riziková aktivita. Jedná se o oblast, v níž se objevují četná etická dilemata a to často s nejednoznačným řešením. A proto může na různých stranách docházet i k restriktivním postojům jak k výzkumu, tak ke genetické praxi. Tyto postoje mnohdy vychází z neadekvátních informací.“ (Munzarová, 2005)

Většina otevřených otázek a zamyšlení, v nichž se prolíná získávání nových poznatků pomocí výzkumu a jejich uplatňování v praxi, vedla ke tvorbě velmi významných dokumentů. Za nejdůležitější považují Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny - **Úmluva o lidských právech a biomedicíně**, která byla přijata dne 4. dubna 1997 v Ovideu. Jménem České republiky byla Úmluva podepsána ve Štrasburku dne 24. června 1998. S Úmluvou vyslovil souhlas

Parlament České republiky a schválil ji podle článku 39 odst. 4 Ústavy České republiky jako mezinárodní smlouvu o lidských právech a základních svobodách ve smyslu článku 10 Ústavy České republiky. Prezident republiky tuto Úmluvu ratifikoval a pro Českou republiku vstoupila v platnost dne 1. října 2001.

26. června 2000 dva nezávisle na sobě pracující vědecké týmy ze Spojených států a z Velké Británie oznámily dokončení mapování lidského genomu. Projekt mapování genetického kódu člověka (*the Human Genome Project*) měl za cíl identifikovat více než 100 000 genů lidské DNA na molekulární úrovni, uložit získané informace do databází a vyvinout nástroje pro analýzu získaných dat o lidském genomu. Projekt lidského genomu představuje mocný nástroj, který umožní určit genetické příčiny biologických procesů, objasnit různé biologické funkce v organismu a jeho náchylnost k onemocnění.

Jedinečným aspektem Projektu lidského genomu je skutečnost, že se jako první velký vědecký projekt začal vážně zabývat etickými, právními a sociálními otázkami.

Dědičné choroby se totiž týkají nejen jednotlivců, ale často postihují celé rodiny a to v řadě generací. Je tedy nutné brát v potaz skupiny nemocných a jejich rodiny a nikoli pouze jednotlivé pacienty. Základním principem vztahu k nemocnému je zachování důvěrnosti. A při tom genetická informace může být životně důležitá pro další osoby. Je například etickou povinností sdělit informaci o riziku, jemuž se v budoucnosti vystaví někdo, kdo se ožení nebo vdá do rodiny, v níž hlavním problémem určujícím kvalitu života bude dědičná choroba? (Munzarová, 2005)

Není pochyb o tom, že genetické testování může být značnou hrozbou pro naše soukromí, naše „genetické soukromí“. Kdo je majitelem informace o genomu jedince? Kdo bude mít přístup k osobním informacím o složení genomu jedince a jak budou tyto informace využívány? V oblasti zaměstnání nebo v oblasti pojištění může dojít k nové formě diskriminace pro určitou skupinu osob. Jeden úhel pohledu je právo na genetické soukromí před zaměstnavateli a pojišťovny, na druhé straně rovněž mohou vznikat obavy pojišťoven, že klienti, kteří budou mít možnost znát svůj genom, mohou zvolit takovou pojišťovací strategii, která povede k jejich zruinování. V tomto kontextu je nutné se zamýšlet nad genetickým screeningem, jenž může vést k různým zneužitím a k uvedené hrozbě, vážně uvažovat nad nezamýšlenými důsledky těchto postupů a připravit v tomto ohledu patřičnou legislativu.

Otázky zachování důvěrnosti v oblasti lékařské genetiky se liší od těch, jenž se týkají negenetických poruch. Rozšiřují se možnosti poznávání genetické skladby člověka a je identifikováno čím dál víc lidských genů, rozšiřují se i možnosti předpovídat riziko

vzniku choroby u lidí, kteří jsou dosud zcela zdraví nebo dokonce dosud nenarození. Pokud budou objeveny geny, které indikují náchylnost ke kriminalitě, inteligenci nebo homosexualitě, jak by na to měla společnost reagovat? Jak se pak postavit k otázce genetika versus kriminalita? Když se u pachatelů trestných činů snažíme o resocializaci, manipulujeme prostředím (vězení), ale mohli bychom též manipulovat jejich genomem? Jsou genetické testy spolehlivé a interpretovatelné lékařskou komunitou? Opravdu způsobují geny, že se lidé chovají určitým způsobem? Mohou lidé vždy kontrolovat své chování? Kde se nachází linie mezi léčbou a vylepšením?

Je třeba si uvědomit zvětšující se rozdíly mezi možnostmi diagnostiky a léčby genetických chorob, možnou diskriminaci nemocného a slabého a možnou hrozbu rasistické mentality. Snaha o zlepšení lidského genomu nesmí poškozovat základní předpoklad o rovnosti všech lidských bytostí. Vědecký pokrok, jakkoliv žádoucí, nesmí být dosažen na úkor slabého.

Nikdo nejsme odpovědni za geny, jimiž jsme vybaveni. Je třeba mít na paměti, že většina genů, jenž signalizují predispozici k běžným chorobám, odráží normální genetický polymorfismus (různorodost, mnohotvárnost). Tyto geny jsou součástí bohaté genetické výbavy při normální lidské různosti a samotné nejsou příčinou choroby. Je to spíše současný životní styl naší společnosti, který vede k chorobě u lidí s určitou konstelací normálních genů. Výzkum, odhalující genetickou predispozici, musí být podporován proto, aby těmto lidem mohla být včas nabídnuta prevence.

1. 4 Etické problémy v experimentální medicíně

V souvislosti s potřebami rychle se rozvíjející výzkumné praxe se v současnosti setkáváme s těmito obecnějšími otázkami:

1. Samotná nezbytnost takového výzkumu. Podobně je tomu i v případě výzkumu na jiných živých tvorech, zejména na zvířatech. Často se to týká i testování kosmetických přípravků, chemických prostředků především domácí chemie apod.

2. Ochrana lidské autonomie a důstojnosti. Člověka nelze používat jako objekt. Z toho plyne, že ani dobrovolník ve výzkumu, ani pacient nesmí být manipulován. Zhoršení zdravotního stavu nesmí být kalkulovaným záměrem experimentu, tzn. že při testování nesmí být onemocnění vyvoláno záměrně, současně je však možné nemocného podrobit experimentální terapii, ovšem při dodržení požadavku informovanosti. (Jemelka, 2008)

Klinické zkoušení léků se definuje jako jakákoliv výzkumná činnost prováděná na nemocném a nebo zdravém člověku, s cílem prokázat jejich účinnost či bezpečnost, tj. léčebné i nežádoucí účinky. Je nezbytné rozlišit terapeutické studie, u nichž se předpokládá určitý přímý přínos pro účastníka experimentu, od neterapeutických studií. Každá experimentální studie musí být tzv. eticky čistá, to znamená, že musí respektovat současná pravidla pro provádění experimentu. Tato pravidla jsou shrnuta zejména v Helsinské deklaraci, neontologických kodexech i v právech pacientů. Nejucelenějším textem týkajícím se pokusů na lidech jsou mezinárodní etické směrnice pro biomedicínský výzkum, zahrnující lidské účastníky. K zamýšlenému experimentu se vyjadřuje místní etická komise a ta doporučuje jeho realizaci, pokud jsou splněny následující podmínky:

- Osoby, které budou provádět experiment, musí být odborně i morálně způsobilé.
- Experiment musí být zajištěn po stránce personální i technické.
- Proporcionalita rizika a prospěchu musí být jednoznačná směrem k prospěchu.
- Každý účastník experimentu musí být řádně poučen o účelu studie, způsobu provedení, jakož i svých právech a povinnostech.
- Každý účastník pokusu musí svým podpisem písemně potvrdit, že se studie účastní dobrovolně. Tzv. informovaný souhlas je dobrovolné písemné prohlášení, které má předepsaný obsah. Zvláštním způsobem je upraveno získávání informovaného souhlasu u osob s psychickou poruchou, porušeným stavem vědomí, jakož i u osob ve výkonu trestu.
- Etická komise má právo průběžně kontrolovat studii. Výsledky studie nemohou být publikovány, pokud chybí potvrzení příslušné etické komise, že experiment proběhl podle uznávaných etických kritérií. (Haškovcová, 2002)

Při pohledu do historie můžeme vidět mnoho problémových variant jako například to, že se výzkumu dobrovolně podrobil sám experimentátor. Tato situace je v dějinách vědy poměrně častá, kdy takto postupující vědec mnohdy riskoval zdravím, či dokonce vlastní život.

Snadno zneužitelnými byli a budou lidé na okraji společnosti. Objekty výzkumu se mohou stát zdánlivě dobrovolně – v důsledku neinformovanosti, nebo jako oběti bezohledné manipulace, kdy především z ekonomických důvodů přistoupí na experiment za finanční odměnu.

1. 5 Eugenika

Francis Galton v roce 1869 vydal knihu *Dědičnost geniality a její důsledky* (Hereditary Genius and its Consequences). Od té doby se začala rozvíjet věda, která se zabývala „zlepšováním lidského rodu“ a kterou sám Galton roku 1885 nazval - eugenika (eu - v řečtině dobrý, genos - rod). Galton poukázal na to, že na člověka už přírodní výběr nemá vliv a usoudil z toho, že lidské populaci hrozí degenerace. Měl na mysli především degeneraci duševní stránky člověka.

V současné době lze eugeniku charakterizovat jako geneticky i sociologicky podložené snahy o biologické i sociální zušlechťování lidstva a zlepšení jeho genofondu. Naše společnost se díky vlivům dalšího rozvoje genetiky a molekulární biologie setkává s eugenikou stále více. Jako příklad lze uvést situaci v Asii, která by pro nás měla být v mnoha ohledech varovná (Haškovcová, 2002). Čínská kultura je úplně odlišná a věci jsou zde zaměřeny na dobro společnosti, ne na dobro jednotlivce. Čína od roku 1993 důsledně uplatňuje program s výstižným názvem „Jeden pár jedno dítě. Je to bezesporu krátkozraká čínská politika jednoho potomka, díky níž se v drtivé většině rodiče rozhodují pro mužského potomka, schopného se postarat o své rodiče. Podobný trend je i v Indii, kde jsou ve vysokém počtu ničeny interrupcí plody ženského pohlaví. Hlavním důvodem je zde také povinnost poskytnout dceři při vdávání velké věno. Málakdo ví, že se sterilizační zákon objevil i v Japonsku. Během jeho platnosti v letech 1948 až 1995 bylo sterilizováno několik tisíců žen. V Asii je patrné ekonomické pozadí těchto programů. I v naší západní kultuře se objevují eugenické tendence i když v jiné formě než v Asii a to například právo na dítě (viz kapitola institut náhradního mateřství), nebo dokonce právo na zdravé dítě.

Ačkoli již Platón vyslovil základní myšlenku pozitivní eugeniky, kdy ideální potomstvo vzejde z „nejlepších“ mužů a žen, vešla eugenika do lidské historie spíše kvůli své negativní formě v ideologii nacistického Německa, ale i v nedobrovolných sterilizacích mentálně postižených, epileptiků a vězňů coby nositelů „defektních“ a nežádoucích dědičných znaků, což bylo praktikováno v USA mezi lety 1902 až 1964 a dalších státech. Kritikům eugeniky se nelíbí představa cílevědomého šlechtění lidského genofondu předně z politických a hodnotových důvodů. Není též jasné, kdo by měl určovat, jaké lidské vlastnosti jsou ty nejlepší. Etické otázky v souvislosti s eugenikou se v současnosti objevují především ve vztahu k in vitro fertilizaci, preimplantačnímu genetickému testování embryí a možnému rozvoji genové terapie.

2. LIDSKÁ REPRODUKCE JAKO BIOETICKÉ TÉMA

2.1 Etika asistované reprodukce

Proces asistované reprodukce vyvolává obrovskou řadu etických otázek. Každá společnost musí o těchto otázkách přemýšlet a rozhodovat o jejich řešení. Světová zdravotnická organizace – WHO definovala nedobrovolnou bezdětnost jako nemoc. Z toho plyne, že bezdětné páry mají právo být léčeny všemi dostupnými prostředky současné medicíny. Základní principy a podmínky asistované reprodukce byly stanoveny mezinárodní Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, kterou Česká republika ratifikovala v roce 2001. Pokrok v této oblasti jde velmi rychlým tempem, takže neaktuálnost podmínek, principů i zákonů může vést ke zneužití nových objevů nejen ve sporný prospěch některých bezdětných párů, ale především v rámci „reprodukčního byznysu“.

„Potřeba reprodukce je forma geneticky zakódovaného chování, vlastního všem členům lidského rodu.“ (Uniacle, S. In Haasová). Proto mnohé bezdětné páry procedury asistované reprodukce podstupují, přestože jsou nepříjemné, stresující i bolestivé. Mnohdy některé ženy i muži začínají léčbu neplodnosti vnímat jako velmi zatěžující, až ponižující. Období, kdy páry asistovanou reprodukcí prochází, je mimořádně psychicky náročné. Všem neplodným párům by měla být nabídnuta psychoterapeutická péče. Léčba neplodnosti vytváří nejen somatickou nepohodu a psychickou zátěž, ale ovlivňuje partnerství i sociální a pracovní vztahy. I zde může pomoci člověk se sociálně-pedagogickým vzděláním. Vzhledem k tomu, že děti počaté metodami asistované reprodukce jsou v současnosti žáky základních i středních škol a jejich počet narůstá, je třeba asistovanou reprodukci natolik přiblížit laické veřejnosti, aby se předešlo případné diskriminaci těchto dětí v dětských kolektivech.

Dárcovství genetického materiálu

Centra asistované reprodukce v současné době nabízí všechny možnosti darování reprodukčních buněk: dárcovství spermií, dárcovství vajíček i dárcovství embryí. Darování reprodukčních buněk je oboustranně anonymní - pro dárce i pro příjemce.

Darování spermií, vajíčka i embrya patří mezi nejdiskutovanější etické problémy v procesu asistované reprodukce, protože jde o začlenění třetí strany do procesu reprodukce. Velmi důležité je zde správné uzákonění celé problematiky. I přesto zůstává celá řada těžko zodpověditelných otázek, a to především na straně dítěte. Zvládne v budoucnu vyrovnání se s vlastní identitou? Má vůbec právo znát své biologické rodiče? Pokud ano, vyrovná se se svou situací? Bude respektovat a ctít své rodiče, kteří jej vychovali i po obeznámení s okolnostmi svého zplazení? V některých zemích, např. ve Švédsku, mají tzv. „děti ze zkumavky“ po dovršení osmnácti let právo se dozvědět, kdo jsou jejich biologičtí rodiče. U nás tomu tak není. Je otázkou, zda si zájemci o asistovanou reprodukci uvědomují i jiná rizika, než zdravotní.

Pár, který podstupuje umělé oplodnění, při kterém se vyvinulo více embryí, může několik darovat. V případě darovaného embrya, přestože matka dítě odnese a porodí jako by bylo její vlastní, mohou nastat velké problémy. Dítě nemá geneticky podmíněné vlastnosti po žádném z rodičů. Dynamika jeho vývoje, temperamentu, inteligence, intelektu a dalších rysů osobnosti může být pro rodiče překvapením. Mohou se tak potýkat se stejnými problémy, jako rodiče adoptovaných dětí. Každý pár rozhodnutý pro adopci si pokládá otázku, zda řeknou svému dítěti, že je adoptované, nebo vše zatají. Ve většině případů přístup zatajení funguje jen dočasně a naplňuje potřeby pouze adoptivních rodičů. Rodiče, kteří se rozhodnou pro přístup uznání rozlišností a otevřenosti, se zbavují celoživotního strachu a břemene života s utajováním. (Matějček, 1999) Před adopcí prochází žadatelé psychologickým vyšetřením a následně přípravou, kde získávají informace o problematice náhradní rodinné péče, zejména o úskalích, která s sebou přináší rozdíly mezi biologickým a náhradním rodičovstvím. V případě asistované reprodukce, kde nelze použít vlastní spermie nebo vajíčka a přistupuje se k dárcovství, se většinou nad „vzdálenou“ budoucností dítěte tolik nediskutuje. Budou oba rodiče vždy milovat svého potomka, bez ohledu na jeho původ?

I na straně dárců se po čase může ozvat svědomí a začít je pronásledovat myšlenky na poznání „svého“ dítěte. Nebude dárce jednou svého činu litovat? Tyto otázky mohou vyvstat, přestože se jedná o jeho rozhodnutí, které učinil z vlastní vůle. Ale dítě, které přišlo na svět jiným rodičům s naprosto odlišnou genetickou výbavou, možnost vlastního rozhodnutí nemělo. Centra asistované reprodukce v naší zemi respektují anonymitu dárce, od něhož registrují pouze několik základních údajů, vztahujících se především k vzhledu. Kdyby jeden aktivní dárce spermatu obešel 30 center, v každém pak bylo oplodněno 6 vajíček, vznikne 180 potomků. Co když se setkají v budoucím životě syn a dcera od

jednoho dárce? V tomto případě hrozí zcela reálně genetické poškození plodu. (<http://www.podporareprodukce.cz>) V mnoha zemích platí názor, že dárce nemá nárok na finanční odměnu a dárcovství je tak projevem čistého altruismu a ne obchodem. Výsledkem tohoto přístupu je na druhé straně nedostatek dárců.

Morální postavení embrya

Jako embryo bývá obvykle označován plod v počátečních stádiích svého vývoje, tedy od oplodněného vajíčka, až po ukončení vývoje orgánů. U člověka jde o vývoj do 12. týdne těhotenství. Debata o ochraně embrya a jeho morálního postavení má dva pohledy - dvě názorové linie.

Jeden názor je, že počátkem lidského života je zplození, tedy spojení vajíčka se spermií. Embryo je vždy, bez ohledu na stav vývoje, člověkem a mělo by jako člověk požívat ochrany v každém okamžiku své existence. Tento názor zastávají především lidé věřící a církve. Druhý názor, který zastávají spíše vědci a lékaři je, že je třeba brát v úvahu dosažené momentální stadium vývoje. Počáteční shluk buněk dělící se zygoty za člověka považován není. Teprve kolem patnáctého dne se začnou tvořit první primitivní nervové buňky. Většina etických výborů dospěla k názoru, že embryo prvních čtrnáct dnů morální status lidské bytosti nemá. Tento přístup vychází z komplexnějšího pojetí člověka jako bio-psycho-sociální bytosti. Praxe preferuje teoretické úvahy druhé skupiny. A ke shodě názorů v tomto případě asi nikdy nedojde. Oba tyto přístupy se následně rozcházejí v mnoha specifických otázkách – včetně úvah o přijatelnosti, či naopak nepřípustnosti použití lidských zárodků pro potřeby výzkumu či terapie. Jednou z problémových oblastí je otázka potencionálního využití embryonálních kmenových buněk. Zásadním problémem je i otázka dalšího osudu tzv. přebytečných embryí, jako průvodního projevu postupů umělého oplodnění. (Jemelka, 2008)

Co s přebytečnými embryi

Hormonální stimulace vede k větší produkci vajíček, která se oplodní, ale ne vždy se upotřebí. Tím vznikají nadbytečná embrya, tzv. „do zásoby“, která mají čtyři způsoby využití:

- zmrazení pro pozdější využití,
- dárcovství,
- výzkumné účely a to především se zaměřením na kmenové buňky,
- likvidace.

Rozhodnutí je na rodičích. Pro mnohé je to často stresující situace a rodiče s takovým rozhodnutím musí žít celý život. Pokud se rodiče rozhodnou pro zmrazení pro pozdější využití, jsou embrya uchovávána v tekutém dusíku. Výhodou je, že pokud první pokus o umělé oplodnění nevyjde, může pár podstoupit další pokus bez stimulačního procesu a odběru vajíček. Jakou zátěž ale může přinést mražení pro počínající budoucí život? Budou se opravdu vyvíjet přirozeným způsobem? Nebude ovlivněno jednou jejich zdraví? A máme vůbec právo manipulovat tímto způsobem s potencionální lidskou bytostí?

Možnost zmrazení pohlavních buněk v mladším věku a jejich pozdější využití přináší výhodnou možnost prodloužení reprodukčního věku. Je to však eticky přípustné? Pokud nebudou embrya využita později, nebo darována jinému neplodnému páru, přichází možnost využití pro embryonální kmenové buňky jak ve výzkumu, tak i v budoucnu k léčbě těžkých onemocnění. Na kmenové buňky je v současnosti pohlíženo jako na zdroj, který může poskytnout náhradní tkáňový materiál a být tak velmi nadějným řešením řady onemocnění. Jde tedy o jejich využití ve smyslu vytvoření náhradních tkání konkrétního pacienta. Pro někoho může být děsivé, že příběh dítěte, které trpí vážnou chorobou, kterou lze vyléčit pouze transplantací s využitím kmenových buněk, lze na jednu stranu považovat za šťastný, ale na druhou stranu to, co mu pomohlo, mohl být v případě pozdějšího využití pro další asistovanou reprodukci, jeho sourozenec. Obavy ze zneužití těchto metod nejsou v žádném případě bezpředmětné. A nutno přiznat, že schvalování zákonných norem s etickými aspekty značně vážne.

Syková (2004), ředitelka Ústavu experimentální medicíny akademie věd uvádí, že: „Přesně informovaná veřejnost zásadně vyjadřuje podporu jak výzkumu, tak užití embryonálních buněk k léčbě nemocných. Vytváření embryí pouze za účelem jejich využití pro léčbu může být neetické. Každé embryo je plnohodnotný lidský jedinec a tak s ním musíme od počátku zacházet, ale bez implantace do dělohy matky umírá a můžeme s ním nakládat jako s dárce orgánů. Proč by to nemělo být etické, když rodiče nebo příbuzní mohou darovat jednu ledvinu nebo kus jater dítěti nebo příbuznému pro transplantaci. Názory nesouhlasící menšiny je však třeba respektovat a je nutné postupovat podle zákonem schválených etických norem. Sporné otázky mezi etikou a vědou se však dají vyřešit.“

Jako velmi slibný a morálně víceméně bezproblémově přijatelný zdroj kmenových buněk se při současném stavu rozvoje vědění i technologických aplikací jeví získávání neonatálních kmenových buněk z krve pupeční šňůry novorozenců.

2.2 Institut náhradního mateřství

Náhradní mateřství je v některých zemích běžně praktikováno, jako např. ve Velké Británii nebo USA, přestože přináší mnoho rizik a komplikací. Náhradní matka je žena, která si nechá zavést do dělohy embryo, které odnese, porodí a předá zpět biologickým rodičům. Tento morálně i právně problematický postup je v řadě vyspělých zemí, jako je Německo, Rakousko, Dánsko, Švédsko aj. výslovně zakázán. U nás tuto problematiku legislativa neřeší, takže se provádí, ale bez jakékoli zákonné úpravy. Tento institut je rovněž eticky velmi sporný. Podle některých psychologů a psychiatrů hrozí dítěti, náhradní i biologické matce biopsychosociální rizika. Těhotenství je fyziologický děj, ale v jeho průběhu, při porodu i po něm, se může mnoho stát. Od hypertenze, různých nemocí a komplikací, přes psychické poruchy, až po úmrtí. Příprava na mateřství je komplexní a jejím smyslem je ochrana bezbranného jedince. Pro novorozence to také není jednoduché. Rytmus matčina srdce, zvuk hlasu, její vůně a chuti na něž byl nastaven - to vše je pryč a najednou se ocitá v naprosto cizím prostředí. A cizím může zůstat celý život; v dospívání mají adoptovaní jedinci dvojnásobek psychických obtíží a sebevražedných pokusů než jejich standardně vyrůstající vrstevníci. Ale ani adoptivní matka nemá vyhráno, může být ohrožena depresí, která souvisí s pocitem přetížení v nové situaci. (Honzák, 2010)

Na druhé straně bych jako příklad uvedla názor MUDr. Bohuslava Svobody, gynekologa a porodníka, bývalého děkana LF UK a prezidenta České lékařské komory, který tvrdí, že: „I po překonání smrtelné choroby má žena právo na mateřství. Vývoj společnosti i léčby onkologických onemocnění přinesl nový, stále aktuálnější problém. Věk prvorodiček se v naší zemi významně posunul, takže porod prvního dítěte po 35. roce není žádnou výjimkou. Současně je to věk, kdy se již začínají ve větší frekvenci objevovat nádorová onemocnění ženských pohlavních orgánů, nejčastěji hrdla děložního. I při velmi radikální operaci, kdy odstraňujeme dělohu, lze zachovat vaječníky. Po úspěšné léčbě zde tedy máme pacientku, která je mladá, má vyléčený nádor, je hormonálně plně aktivní a její vaječníky produkují vajíčka, nemá ale žádné děti a ani mít nemůže, protože jí chybí orgán, ve kterém se oplozené vajíčko vyvíjí: děloha. Z vaječníku lze odebrat vajíčka a použít partnerovy spermie k oplození těchto vajíček. Problém, který zůstává, je zajištění dalšího růstu embrya, který je možný jenom v lidské děloze. A to je důvod, proč se ve světě začala řešit otázka náhradního mateřství a náhradní matky. Osobně jsem přesvědčen, že institut náhradního mateřství by měl být v naší zemi povolen a legalizován. Právo ženy mít své dítě po překonání smrtelné choroby je jistě stejné, jako obecné právo ženy na mateřství a stát by je neměl omezovat.“ (Honzák, 2010)

Tím však vyvstává několik zásadních problémů, a to především právních: čí je takto porozené dítě? Je to dítě biologických rodičů, nebo matky, která je odnosiла? Pro první řešení hovoří to, že jde o genetický materiál biologických rodičů, který jim nemůže být zcizen. Pro druhé zase to, že náhradní matka dítě po devět měsíců nosila ve své děloze, její krev mu dodávala živiny a kyslík, vnímala jeho pohyby a nakonec ho přivedla na svět. A druhý problém je etický: Co když náhradní matka, která primárně souhlasí s tím, že dítě odnese a vrátí ho původním rodičům, po porodu zjistí, že není schopna se jej vzdát? Dalším etickým problémem je jistě otázka ekonomická. Jak je uvedeno v úvodu kapitoly, v USA je běžně praktikováno, že ženy odnose dítě za peníze - a objem prostředků, o které se jedná, není malý. To je v přímém rozporu s tím, že by s lidskými bytostmi nemělo být obchodováno a je to jistě jeden z nejsilnějších argumentů proti porodu za úplatu.

2.3 Věk versus těhotenství

Ideální věk pro mateřství se z biologického hlediska pohybuje mezi 20 až 29 lety. Přitom průměrný věk matek u nás stále roste. Jak uvádějí nejnovější údaje statistiků, stále se přesouvá do vyšších věkových skupin. V současné době jsou to ženy ve věku 25 až 29 let. Dá se předpokládat, že se časem hlavní těžiště přesune k 30. až 34. roku života. Odkládání těhotenství do vyššího věku výrazně zhoršuje šanci na otěhotnění. Přesáhne-li žena 40 let, její šance na otěhotnění se v tomto případě sníží velmi výrazně. V odborných i laických kruzích se téma ideálního věku žen pro mateřství diskutuje stále častěji. I když se vědci snaží přinést určité závěry o tom, v kterém věku je nejlepší pořít si dítě, je třeba objektivně říci, že ideální věk pro mateřství vlastně neexistuje. Při plánování rodičovství záleží totiž na mnoha faktorech jako je zdravotní stav, psychická a společenská připravenost budoucí matky a v neposlední řadě i finanční zajištění rodiny. Přesto existují určité věkové hranice, které mohou pro těhotné ženy představovat jistá rizika. Mezi časté obavy starších matek patří především strach z Downova syndromu. Vrozená vada se u dětí objevuje nejčastěji právě u matek nad 35 let. U starších matek přibývá komplikací i u samotného porodu. Proto starší ženy mnohem častěji rodí císařským řezem. Po porodu se navíc u starších prvorodiček může objevit cukrovka a další zdravotní komplikace. To neznamena, že každé těhotenství po 35. roce věku je rizikové. Nemusí to tak být, ale je třeba upozornit na tato zvýšená rizika. Největším rizikem ale je, že ve vyšším věku již k otěhotnění vůbec nemusí dojít. Možností, jak otěhotnět i jinou cestou než tou přirozenou, je v současné době několik a úspěchy těchto metod určitě nejsou zanedbatelné. Přesto je

vždy lepší nepodceňovat plynoucí čas a pokusit se otěhotnět dříve, než je nutné k těmto metodám přistoupit. Ženy by si měly uvědomit, že věk hraje určitou roli i v případě umělého oplodnění a rizika spjatá s těhotenstvím v pokročilém věku tu tedy budou stále. V České republice dosud platily dvě věkové hranice pro vstup žen do asistované reprodukce. Do 40ti let věku ženy byla léčba hrazena pojišťovnou a v 48 letech se jí možnost asistované reprodukce uzavírala zcela, bez ohledu na způsob úhrady. V současné době vstupuje v platnost zákon o specifických zdravotních službách, kde se hranice posouvá na 55 let.

Na celém světě existuje několik desítek žen, které své děti přivedly na svět po padesátce nebo dokonce po šedesátce. Každá „stará“ matka vyvolává obrovský zájem médií i veřejnosti. Obvykle se vyskytuje názor, že je od ženy sobecké, když si dítě pořídí v tak vysokém věku. Těhotenství po padesátce nebo dokonce později je biologicky prakticky nemožné. Žena už není schopná otěhotnět, protože zásoby jejích vlastních vajíček se vyčerpaly. V tu chvíli nastupují moderní technologie. Mnoho „starých“ matek tak využívá vajíčka dárcyň. Ženy i muži budují svou profesní kariéru a rození dětí budou postupně odkládat až za hranici přirozených reprodukčních schopností ženy. Když to technologie asistované reprodukce umožní, budou si mladé ženy mrazit svá vajíčka stejně tak, jako si muži dnes mrazí sperma. Založení rodiny lidé odloží na dobu, kdy budou již zcela finančně zajištěni a budou se moci plně věnovat pouze výchově dětí. Díky prodlužujícímu se věku dožití a stále se zlepšující zdravotní péči, budou se tito „předdůchodoví“ rodiče cítit docela „mladí“ s tím, že mohou vychovat své děti až do dospělosti.

Jenže riziko toho, že své děti do dospělosti nedovedou tady je. Osobně se domnívám, že původně stanovená hranice věku 48 let pro asistovanou reprodukci byla nastavena správně, protože tato hodnota vycházela z průměrného věku, ve kterém dochází u žen k menopauze. Produktivní věk trvá až do doby odchodu do důchodu, tedy pokud se ho člověk dožije. Během této doby jedinec postupně přichází o svoje původní vlastnosti, elán, nadšení, zásady a zdraví. Hranice odchodu do důchodu se postupně sjednocuje na 65 let. Žena, která má dítě po čtyřicítce má dobrou šanci je vychovat a dovést do dospělosti ještě v produktivním věku, na rozdíl od žen, které otěhotní po padesátém roce.

2. 4 Prenatální diagnostika

Prenatální diagnostika představuje komplex preventivních přístupů, které se týkají optimálního průběhu těhotenství bez ohledu na jeho vznik, tzn. zda jde o důsledek přirozeného či umělého oplodnění. Jde o taková diagnostická opatření, která mají za úkol rozeznat či vyloučit molekulární, chromozomální, morfologické, strukturální nebo funkční poruchy plodu během těhotenství. Cílem je optimální péče o matku a dítě před, během i po porodu, včetně možnosti připravit se na možné komplikace, nemoci, či vývojové vady dítěte. Není to rozhodně pouze cesta k eliminaci postižených jedinců ještě před jejich narozením, jak bývá někdy odpůrci této prevence uváděno. Prenatální diagnostika představuje v souvislosti s dosaženým rozvojem biologických a medicínských poznatků celý komplex postupů, které lze rozdělit na invazivní a neinvazivní metody.

K neinvazivním metodám patří především ultrazvukové vyšetření a krevní testy matky. Sem řadíme i tzv. triple test, který sice neposkytuje přesnou diagnózu, ale ukazuje případnou pravděpodobnost výskytu některých poruch jako je např. Downův syndrom, s následnou potřebou diagnostického zpřesnění.

Invazivní metody mají za cíl získat materiál pro další analytické zkoumání, pokud existuje podezření na výskyt poškození plodu. Patří sem odběr plodové vody, punkce pupeční šňůry a fetoskopie. Uvedené metody jsou ovšem větším či menším zásahem do nitroděložního prostředí a jako takové nesou různě velké riziko vyvolání potratu. V těchto souvislostech je vhodné upozornit, že 95% novorozenců přichází na svět zdravých, 2% utrpí poškození během porodu a 3% jsou nositeli genetické poruchy. (Jemelka, 2008)

Rodiče možnosti screeningu nezdídky přeceňují. Chtějí mít jistotu, že se jejich dítě narodí zdravé. Lékaři se snaží na jejich otázky zodpovědně odpovídat, jenže co lze tvrdit s jistotou a kdy je lépe přiznat, že jasná odpověď neexistuje? Odhalí-li screening poškození plodu, dochází k jedné z nejsložitějších situací, která v životě vůbec může nastat, a to jak pro rodiče, tak i pro lékaře, kteří mají rodičům pomoci zlou zprávu pochopit a přijmout, ale nikoliv je ovlivňovat v rozhodnutí, co dál. Těhotná žena od prenatální medicíny žádá plnohodnotný výsledek. Ačkoliv zatím neexistuje lepší zjišťovací metoda než právě prenatální diagnostika, nároky na ni kladené neodpovídají skutečnosti. Obecná představa, že prostředky moderní medicíny jsou zárukou zdraví dítěte, je bohužel mylná. Dá se zjednodušeně říci, že existují dvě skupiny. Skupina těhotných žen, které žijí v touze po zdravém dítěti, prožívají radost, obavy, nejistotu, důvěru a různé stavy psychického rozpoložení. Vedle toho stojí skupina lékařů, kteří mají medicínské znalosti,

chladnokrevnou aplikaci metod, touhu pomáhat, strach z mylné diagnózy, tlak způsobený právní odpovědností a všudypřítomné tlaky časové. Podstatou poradenství je to, jak obě strany vzájemně sblížit, jak dospět ke smysluplné a srozumitelné komunikaci. Základem je srozumitelný jazyk, tzn. nepoužívání přemíry odborných pojmů, ale také slov, navozujících negativní citové naladění. Některé lidové výrazy vzbuzují natolik zlé představy, že je lepší je ze slovníku zcela vypustit (např. "vodnatá hlava"). Neméně důležité je prostředí, ve kterém se poradenství poskytuje, tzn. lékař by měl pokud možno sedět s těhotnou ženou u stolu, a nikoliv s ní hovořit v nerovnoprávné situaci, kdy ona leží na lehátku a on sedí na židli vedle ní. Poradenství by mělo být úplné, kompetentní, upřímné a neutrální. (http://www.evalabusova.cz/preklady/prenatalni_diagnostika.php)

V rámci screeningu tzv. triple testů, které se provádí v období mezi 15. a 18. týdnem těhotenství se až třetina ze sta tisíců žen, které jsou ročně testovány, dozví falešně pozitivní výsledek. Budoucí matky jsou vystaveny velkému stresovému zážitku a nutnosti rozhodovat o sobě a nenarozeném dítěti tak, jakoby skutečně bylo postiženo. Z tohoto důvodu pak velké množství žen podstupuje invazivní zákroky (nejčastěji amniocentézu), které riziko diagnózy např. Downova syndromu teprve bezpečně potvrdí nebo vyvrátí. Ovšem nejdříve za 24 hodin, při kompletním rozboru dokonce až za tři týdny. Sám triple test přináší i etický problém. Tím, že se krev odebírá až v 16. týdnu těhotenství, výsledky jsou zhruba za týden, provádí se amniocentéza, která jediná může předpokládané postižení dítěte na sto procent potvrdit nebo vyvrátit, až kolem 18. týdne těhotenství. Na výsledky se obvykle čeká další dva až tři týdny. Pokud odběr plodové vody prokáže postižení a žena si nepřeje v těhotenství pokračovat, k potratu dojde kolem 21. – 22. týdne gravidity. To je už dítě velké a matka cítí jeho pohyby. Je to na pováženou, když si uvědomíme, že od 24. týdne už lékaři zachraňují předčasně narozené děti. Na druhou stranu lékaři se nemohou řídit tím, že nejprve udělají vyšetření plodové vody a pak teprve sdělí ženě patologický výsledek. Těhotná žena musí již před zákrokem vědět, jakým směrem se rozhodování vlastně odvíjí. Značný počet rodiček se po objasnění problému již předem rozhoduje amniocentézu nepodstupovat, aby nebyly vystaveny možnému dilematu, nebo prostě vědí, že by své těhotenství za žádných okolností neukončily. Ani pro lékaře to není snadné a musí se dokázat s důsledky a rozhodnutími, které vyplývají z jejich konání, vypořádat. Jak před pacientkou vyjádřit obavu, nebo i domnělou jistotu, vyplývající z výsledků vyšetření, že dítě může být, nebo je vážně postiženo? Chce budoucí rodička vůbec slyšet takovou informaci? Do jakého vnitřního konfliktu bude těhotná žena přivedena, jestliže jí bude sděleno podezření na nepříznivou diagnózu? Lze po zvážení právních aspektů toto

podezření zamlčet? Jak prenatalní diagnostika mění vztah žen k těhotenství a navazování vztahu s jejich dítětem? Má prenatalní diagnóza přímý pozitivní vliv na dění po porodu, jestliže si matka na "jiné" dítě již předem zvykne?

Rostoucí diskuze na témata spojená s prenatalní diagnostikou sílí a vede k přemýšlení a (sebe)reflexi všech zúčastněných. Zároveň přibývá žen, které se rozhodují родit až po 35. roce svého života a které jsou o možnostech i metodách prenatalní diagnostiky informovány mnohem lépe, než tomu bylo dříve, takže často považují amniocentézu za standardní vyšetření. Tyto ženy potřebují nejen poradenství vedené lékaři, ale také poradenství porodních asistentek a fungování speciálních poradenských center. Zásadou číslo jedna u všech profesionálů by přitom měla být otevřenost, kompetentnost a neutralita. Cílem všech by mělo být, aby těhotné ženy a jejich partneři docházeli i v nejtěžších otázkách, které s sebou prenatalní diagnostika bohužel přináší, k samostatným a vlastním rozhodnutím.

A jakou má spojitost prenatalní diagnostika se sociální pedagogikou? S nastávajícími matkami se můžeme setkat v podstatě kdekoli – v zaměstnání, na úradech, v poradnách apod. Pokud zrovna těhotná žena zažívá těžké období, kdy čeká na výsledky prenatalního vyšetření, může to prožívat jako krizovou situaci, ze které nevidí východisko, obzvláště pokud se riziko postižení jeví jako vysoké. V této situaci je velmi důležitá pomoc a podpora nejen partnera a úzké rodiny, ale celého okolí.

2. 5 Interrupce

Jedním z nejdéle diskutovaných bioetických problémů je problém morálního aspektu interrupce. Jeho historie sahá hluboko do dějin všech národů. Existuje mnoho dokumentů dokazujících, že poptávka po ukončení nechtěného těhotenství není záležitostí moderní společnosti. Vyhnání plodu zajímalo po staletí nejen lékaře, ale také filozofy, zákonodárce a státníky. Vzájemně neslučitelné pohledy na tuto problematiku otevírají mnoho diskusí o legitimitě umělého ukončení těhotenství. Ve veřejné diskusi a médiích často zaměňují termíny potrat a interrupce. Interrupci náš zákon označuje jako "umělé přerušování těhotenství". Proti slovu „přerušování“ již bylo vzneseno mnoho kritik, které poukazyvaly na jasnou nemožnost v těhotenství dále pokračovat. Věcně správně je třeba interrupci definovat jako umělé ukončení těhotenství. Potrat, též abortus, znamenal v původním významu samovolné, nezamýšlené, předčasné vypuzení plodu neschopného života.

Postoj k interrupci

Přístup k interrupci prošel vývojem. Nejprve to byl **odmítavý postoj**, který se nejčastěji objevoval a v současnosti objevuje v širším kontextu, založeném na myšlence posvátnosti života, který je pojímán jako dar – obvykle v souvislosti s představou Boha – stvořitele a dárce života. Odtud je vyvozována nepřípustnost lidských zásahů do stvoření. Tento názorový směr bývá obvykle úzce provázán s odmítáním zabíjení ve své podstatě a v kontextu se projevuje v odmítavých názorech i na sebevraždu a eutanázii.

Po překonání původně zcela odmítavého postoje k interrupci, který vedl k tajným a nebezpečným realizacím interrupcí s neblahými, mnohdy až tragickými následky, přichází **možnost určitého ospravedlnění**, nebo-li úprava podmínek, za nichž je možné k interrupci přistoupit. Byla vytvořena na základě medicínských podmínek v případě, že se jedná o zdraví nebo život matky a to většinou v případě nutné volby mezi zachováním života matky a života dítěte. (Jemelka, 2008)

Následně byla v některých zemích do řešení této problematiky zahrnuta i další rovina a to v podobě rozhodnutí ženy těhotenství ukončit. Lze to chápat jako realizace práva ženy disponovat svobodně se svým životem. V tomto případě se vychází z pozice, že lidský zárodek – embryo ještě není považován za osobu, což vyvolává spory, jak již bylo uvedeno v kapitole Morální postavení embrya.

V současnosti můžeme možné přístupy k problematice interrupce charakterizovat jako:

a) Konzervativní přístup, který je spojen s absolutním odmítáním tohoto zákroku vždy a za všech okolností. Zejména u nábožensky podloženého zdůvodnění o posvátnosti lidského života jsou odmítány i velmi závažné důvody jako např. ohrožení života. V praxi se můžeme setkat s velmi problematickým situačním hodnocením, kdy například na oběť znásilnění může být pohlíženo jako na osobu morálně pochybnou. Obvykle se tento názor pojí také s odmítáním antikoncepce, ale i osvěty a výchovy v oblasti lidské sexuality. Aktivity ideologických odpůrců interrupcí jako protestní a nátlakové akce se pak obrací i proti platnému legislativnímu řádu s cílem jej změnit.

b) Liberální postoj naopak chápe interrupci jako oprávněné rozhodnutí a je zde považováno za součást plně přijímané osobní odpovědnosti. Často je činěno s ohledem na:

- fyzické a mentální zdraví matky
- realizace práva matky disponovat svobodně se svým tělem
- širší aspekty života rodiny

Problém příliš volného přístupu k možnosti interrupce je nezodpovědné chování, které pak vedlo k tomu, že se interrupcí řešilo nechtěné těhotenství a využívala se k plánování rodičovství místo antikoncepce. K tomu docházelo dříve, kdy antikoncepce nebyla tak dostupná a nebo jako projev nedostatečné osvěty v oblasti sexuálního života. Tento postoj lze považovat za nepřijatelný, ale praktikoval se i u nás v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století.

c) Umírněný postoj se snaží především zohledňovat zdraví a také případné utrpení matky i dítěte. Vychází z pozice, že interrupci nelze ani zakazovat, ani vynucovat. V každém konkrétním případě je třeba vyhodnocovat závažnost důvodů pro i proti tomuto zákroku, který je považován za přípustný a legální. (Jemelka, 2008)

V naší zemi jsou interrupce legalizovány od roku 1957 zákonem č.68/1957. Původní podobu rozhodování tzv. interrupčních komisí následně změnil zákon č. 66/1986 Sb., ve prospěch práva ženy rozhodovat sama v této věci. Vývoj po roce 1989 zaznamenal další uvolnění dané vyhláškou ministerstva zdravotnictví, počet interrupcí však velmi výrazně poklesl. Přes to, i přes liberální postoj české veřejnosti se však začaly objevovat tendence usilující o změnu stávající legislativy. Často zmiňovaným důvodem pro tyto aktivity byl kromě důvodů etických také strmý pokles porodnosti. Návrhy, usilující o změnu stávající legislativy ve prospěch omezení interrupcí či jejich zákazu, jsou v České republice iniciovány křesťanskými neziskovými organizacemi působícími v této oblasti.

Psychologické aspekty interrupce

Ačkoli bývá obvykle rozhodnutí v otázce interrupce především záležitostí ženy, nezřídka je žena vedena nátlakem (zejména psychickým) svého partnera, případně rodiny. Konkrétní rozhodnutí záleží na způsobu a intenzitě nátlaku, možných předpokládaných důsledcích svého rozhodnutí, celkovém vztahu k partnerovi a rodině a ve velké míře také na psychickém rozpoložení ženy, jejím celkovém psychickém i zdravotním stavu a povaze.

V některých případech je žena k interrupci dovedena svojí sociální či finanční situací. Tato oblast se týká zejména početnějších rodin, rodin s nízkým příjmem a se špatnými životními podmínkami. Významnou skupinou žen, které se ocitají ve složité sociální životní situaci, jsou především mladé a neplnoleté dívky, které řeší nechtěné otěhotnění a následnou interrupci kvůli své nerozváženosti a nezodpovědnosti, neboť podcenily prevenci (použití antikoncepce). Tyto dívky často nemají ještě vybudované dostatečné zázemí, nemají vlastní finanční příjem a jsou samy závislé na svých rodičích. Neplánované

rodičovství pro ně tedy představuje jakousi bariéru ve studiích, budování profesní kariéry a plnění svých plánů. Mnohé z nich se necítí být schopné postarat se o dítě a poskytnout mu veškerou potřebnou péči. Rozhodnutí o interrupci nikdy není snadné. Zpravidla jde o mezní životní situaci, kterou žena řeší pod sociálním či ekonomickým tlakem a v nepříznivém psychickém rozpoložení. Ačkoliv potupné interrupční komise patří minulosti a ženy v současné době o sobě a svých dětech rozhodují samostatně, většina z nich by uvítala, kdyby na svůj problém nebyla sama. Jenže možnosti, kam se obrátit, neznají. Existují sice bezplatné psychologické poradny a praktické služby některých občanských sdružení včetně domovů pro matky v tísní, avšak nabídky tohoto typu jsou jen omezené. Ani alternativy utajeného porodu, možnosti nabídnout dítě k nekomplikované a rychlé adopci nepatří u nás dosud k obvyklým. A tak k běžné praxi spíše patří, že ambulantní gynekolog při prvním kontaktu s neplánovaně těhotnou ženou vznese dotaz na interrupci a právě tento zákrok se posléze stává řešením "problému".

Mnoho žen, které se pro interrupci rozhodly ať již z jakýchkoliv důvodů, bývá později sužováno vlastní zraněnou psychikou. Bolestné následky interrupce, kterými ženy bez ohledu na své náboženské vyznání nebo jistotu, se kterou se rozhodly tento zákrok podstoupit, trpí, mohou přetrvávat i několik let. Traumata, jež si žena svým rozhodnutím způsobí, vedou nezhledka k celkovým změnám chování. Nejčastěji se jedná o tzv. post-abortivní syndrom. Ten převážně nastupuje u žen, které prožily nechtěný, samovolný potrat, ale nevyhýbá se ani ženám, které se pro interrupci rozhodly samy. Neuspořádané obranné psychické mechanismy mohou vyústit v abnormální vzorce chování až k vážnějším poruchám osobnosti. Nejčastěji se objevují poruchy spánku, divoké sny, neustále se vracející myšlenky na dítě, zármutek až deprese. U některých žen dochází k dočasné sexuální dysfunkci, protože v muži spatřují původce svého utrpení. Uvedené potíže mohou vyústit v problémy ve vztazích a následnému rozvodu nebo rozchodu partnerů.

3. EUTANÁZIE

3.1 Umírání a smrt člověka

Z biologického hlediska je smrt chápána jako zánik organismu. Z psychologického hlediska se jedná především o vyrovnání se s faktem vlastní smrtelnosti. Říká se, že smrt je jediná jistota, kterou člověk má. S tímto tvrzením všichni souhlasí, ale jen do doby, než se k nám přiblíží. Současná doba je charakteristická snahou smrt ze života vytěsnit. Každému, kdo se narodí, je předurčena také smrt. Smrt je součástí života a nelze nad ní zvítězit. Jediné co může člověk udělat je, že ji bude respektovat. Fakt, že život není nekonečný, si lidé uvědomovali vždycky. V dřívějších dobách byla smrt chápána jako předěl mezi pozemským životem a posmrtným životem věčným. Lidé dožívali relativně nízkého věku, ať už kvůli kojenecké úmrtnosti, neléčitelným infekcím, zraněním či špatné výživě, které snižovaly šanci dožít se dospělosti. Celé generace byly srozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu svého života učili přijímat smrt, když pozorovali úmrtí v okolí, nebo pomáhali těm, kteří umírali. Smrt byla součástí života. V současnosti je smrt zpravidla konečným stadiem nějakého patologického procesu v důsledku nemoci. Rychlost, jakou smrt přichází, je různá. Rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou. Pojem náhlá smrt je nejčastěji spojován s tragickou smrtí, jako je úraz či autonehoda. Rychlá smrt nastává většinou důsledkem krátké, nebo-li rychlé nemoci jako je například infarkt myokardu. Smrt pomalá přichází v relativně dlouhém čase v důsledku vleklých chorob a nejrůznějších obtíží. Umírající strádá a musí se se smrtí smířit stejně tak jako jeho příbuzní. Smrt můžeme také rozdělit podle toho v jakém věku přichází. Rozlišujeme tak smrt předčasnou a přiměřenou. Přiměřená přichází ve vysokém věku a bývá označována jako „požehnaný věk“. (Haškovcová, 2000)

Vzhledem k tomu, že většinu hodnot jedinec přebírá od svého okolí, bude se i kultura a společnost, ve které jedinec žije, podílet na utváření jeho vztahu k umírání a smrti. Drtivá většina kultur a společností vnímá smrt jako negativní okamžik lidského života - existence člověka nenávratně končí, co se s ním po smrti bude dít, nikdo neví. Proto je také okamžik smrti a okolnosti, které jsou se smrtí spojeny, obklopeny společenským tabu. Čím je umírání a smrt pro společnost méně uchopitelná a přijatelná, tím více se společnost této konfrontaci brání a snaží se poslední okamžiky člověka odsunout z jeho dosahu. (Hučín, 2010)

Dříve většina lidí umírala doma a smrt byla zcela přirozenou součástí života. V dnešní době věříme na zázraky moderního lékařství. Nemoci, na které se dříve umíralo, jsou dnes léčitelné, nebo lze alespoň zmírnit jejich průběh a smrt oddálit. Právě díky rozmachu vědy se smrt přesunula do nemocnic nebo jiných zařízení poskytujících zdravotní a sociální péči. Důsledkem toho je porušený mechanismus uvědomování si vlastní konečnosti, stejně jako odpovědnosti za život. Lékaři a zdravotnický personál se učí především jak smrti zabránit a přestože se výuka věnuje v rámci etiky i komunikaci s pozůstalou rodinou, jsou jim tyto rozhovory velmi nepříjemné a snaží se jim často vyhnout. Nejen lékaři, ale i nemocný člověk a jeho blízcí se bojí o smrti otevřeně mluvit. Pro medicínu znamená smrt selhání vědy a péče o nemocného.

Během života se snažíme úvahy o smrti zahnat. Ve stáří nebo v případě vážné nemoci už to nejde. Nevíme, kdy smrt přijde. Přítomnost odborníků v nemocnici je důležitá, ale i když se budou snažit doprovázet nemocného na posledním úseku života sebevíc, nikdy mu nenahradí blízkého člověka z jeho života. Pokud člověk nemá vlastní zkušenost, jen těžko si uvědomí, co vše vážně nemocný člověk ztrácí. Životní jistotu, postavení, soukromí, volnost pohybu, zažívá nepříjemná vyšetření a jiné nepříjemnosti. Proto bývají těžce nemocní často negativně ladění, depresivní, úzkostní i agresivní. V průběhu nemoci se mění žebříček jejich hodnot. V závěrečné fázi života je pro těžce nemocného nutností zajištění potřeb v bio-psycho-sociální rovině a to zejména potřeby duchovní. Obzvláště lidé, kteří nejsou věřící, se v terminálním stádiu nemoci zabývají smyslem svého života. Dochází k bilancování a přehodnocování všech dosavadních hodnot.

Kübler-Rossová (1993) na základě svých mnohaletých zkušeností s vážně nemocnými a umírajícími popsala jednotlivé fáze, kterými prochází pacient, ale i jeho nejbližší.

- Fáze šok – proč se to stalo právě mně? Vede k popření a stažení se do izolace. Tato fáze je provázána silnými emocemi, pláčem, vztekem, impulzivností. Pacient odmítá přijmout co se děje, existuje nebezpečí sebevraždy.
- Fáze zloba a hněv. Tento časový úsek je značně náročný jak pro pacienta, tak pro jeho okolí a ošetřující personál. Časté invektivy nejrůznějšího typu vůči zdravým jsou pouze zastřenou formou životní krize. Pacient nedává průchod podstatným a mysl zaměstnávajícím myšlenkám. Cítí velkou křivdu a vrcholnou nespravedlnost.

- Fáze smlouvání a vyjednávání. Pacient zvažuje své individuální cíle s ohledem na nemoc, o které tuší, že mu výrazně zkomplikuje život. Z hlediska vlastní hierarchie hodnot pacient zvažuje, co by ještě chtěl nebo mohl vykonat. Nastupují myšlenky – kéž bych se dočkal promoce syna, vnoučete apod. Člověk je ochoten zaplatit cokoli, činí velké sliby a uzavírá dohodu s osudem (Bohem).
- Fáze deprese. Bývá zpravidla kratší, projevuje se smutkem a strachem. Po překonání tohoto stavu přichází
- Fáze akceptace pravdy. Je to fáze smíření a přijetí role vážně nemocného. Tuto fázi je nutno odlišit od rezignace. Nemocní, kteří svůj osud přijali, získávají osobitý výraz vyrovnanosti. V této fázi je důležitá přítomnost blízkého a držení za ruku. (Svatošová, 1995)

Všechny fáze jsou seřazeny za sebou tak, jak většinou přicházejí, ale není tomu tak vždy. Často se některé z nich opakovaně vracejí, střídají a někdy i prolínají. Těmito fázemi prochází smrtelně nemocný člověk i jeho okolí. Tyto fáze může mít okolí vůči nemocnému v časovém posunu a může docházet k vzájemným kolizím. Je důležité rozeznat závěrečnou fázi smíření. Nemocný může být už se svou situací smířen a jeho okolí stále ještě bojuje a smlouvá. Paradoxně pak právě nemocný poskytuje psychickou podporu svému okolí, které není schopné přijmout prognózu nemoci.

Osobní konfrontace s vlastní smrtí závisí na mnoha psychologických i společenských faktorech, proto i o smrti platí, že ji každý prožívá individuálně. K vyrovnání se se svou situací využívají nemocní širokou škálu obranných mechanismů. Aktivní obranné mechanismy se projevují zejména v agresivitě nemocného a umírajícího vůči svému okolí, anebo také v jeho zvýšené aktivitě. Tímto způsobem se snaží „zapomenout“ a nevídat si svého stavu. Mezi pasivními obrannými mechanismy najdeme popření situace a její vytěsnění pomocí fantazií nebo substitute, rezignaci, regresi, při které se nemocný snaží zbavit vlastní odpovědnosti a veškerá svá očekávání upne k všemohoucí medicínské péči. U většiny pacientů přitom převládají spíše tendence uniknout před ohrožením, než s tímto nebezpečím otevřeně bojovat. (Hučín, 2011)

Hodnotový systém každého člověka bude do značné míry určovat i jeho postoj k otázce smrti. Je pravděpodobné, že jedinec, který klade důraz na hodnoty, které s jeho smrtí pominou, se bude smrti obávat více a bude vlastní konfrontaci se smrtí prožívat neklidněji, než člověk, který má pocit naplněného života a jistoty v základních vztazích, ze kterých může čerpat i v posledních okamžicích svého života. (Haškovcová, 2007)

3. 2 Formy eutanázie

Než se však můžeme začít zabývat otázkou, do jaké míry je eutanázie řešením tohoto problému, je třeba si vyjasnit, co vlastně tento termín znamená, protože se často používá ve velmi různých významech. Ve své práci "Důstojnost lidského života" uvádí Hans Rotter (1999) pět možných případů, které se dají označit jako eutanázie:

- pomoc při umírání bez zkrácení života, tedy např. běžná lékařská péče o umírajícího, kterou vykonává lékař nebo duchovní;
- upuštění od prostředků prodlužujících život ("pasivní eutanázie");
- mírnění bolestí prostředky, které zatěžují organismus vedlejšími účinky a urychlují proces umírání (morfium, které ztěžuje dýchání a může vést k zástavě srdce);
- přímé, chtěné a aktivními zásahy navozené zkrácení života na přání pacienta ("aktivní eutanázie");
- úmyslně navozená smrt bez svolení nebo proti vůli pacienta.

Nejčastěji se uvádí rozdělení do těchto forem:

Aktivní eutanázie, čímž se rozumí úmyslné jednání, kterým je osobě trpící vážnou a nevléčitelnou nemocí, způsobena smrt.

Pasivní eutanázií se rozumí přerušení nebo neaplikování léčby, která udržuje nevléčitelně nemocného pacienta naživu.

Asistovaná sebevražda, neboli pomoc při sebevraždě je zvláštní formou, kterou se rozumí poskytnutí prostředků na žádost jiné osoby, s jejichž pomocí si tato osoba sama způsobí smrt. Většinou tyto prostředky, nebo metodickou radu jak realizovat odchod ze života, poskytuje lékař. Sám však tento akt nevykonává, vykonává jej pacient sám.

Pollard (1996) definuje eutanázii jako záměrné ukončení života, motivované soucitem.

Dále ji pak specifikuje na :

Vyžádanou, nebo-li dobrovolnou, kde si osoba sama pro sebe o eutanázii požádá.

Nevyžádanou, když o ni sama osoba nepožádala, protože je nedospělá, mentálně nebo jinak nezpůsobilá, nebo vůbec nebyla tázána.

Nedobrovolnou, je-li uskutečněna navzdory žádosti pacienta, aby se neprováděla.

V literatuře se můžeme setkat i s jinými formami eutanázie. Mezi velmi diskutabilní pojmy patří tzv. **prenatální eutanázie**, kterým je označována interrupce ne ze zdravotních, ale ze sociálních důvodů, při níž matka rozhoduje o ukončení života nechtěnému dítěti. Mnozí odborníci poukazují na příliš silný emocionální náboj tohoto slovního spojení, který by mohl ovlivnit veřejnost při zamyšlení nad problematikou ochrany nenarozeného dítěte. (Haškovcová, 2007)

Méně známý pojem **sociální eutanázie** vyjadřuje poskytnutí péče s ohledem na omezené ekonomické a geografické a vzdělanostní zdroje dané země. V ideálním případě by každý člověk mohl čerpat takovou péči, která odpovídá současným poznatkům vědy a špičkové medicíny. Žádný stát na světě nemůže poskytnout každému občanu, v každé situaci a na každém místě ideální formu péče, a vždy uplatňuje postupy dle reálných možností dané medicíny. (Haškovcová, 2007)

Čím více literatury jsem k dané problematice pročítala, tím více rozdílných názorů jsem nacházela, a to dokonce v popisu významu klíčových slov a pojmů. Například Svatošová (2001) uvádí: Obsah pojmu pasivní eutanázie je chápán různě, bývá zamlžován, směřován a zaměňován s právem nemocného na přirozený odchod ze života – čemuž říkáme „dovolit odejít, když nastal čas“ a vznikají tak mnohá nedorozumění. Snáze bychom se mezi sebou domluvili, kdybychom pojem eutanázie používali výhradně pro úmyslné ukončení života.

Slabý (1996) uvádí jako neoprávněné a matoucí pojmy: nedobrovolná aktivní eutanázie (záměrné podání léků vedoucí k usmrcení pacienta při jeho nekompetentnosti), nevyžádaná aktivní eutanázie (záměrné podání léků vedoucí k usmrcení pacienta, který nebyl dotázán), přípustná pasivní eutanázie (přerušování léčby udržující životní funkce, s cílem nechat pacienta zemřít), nepřímá eutanázie (nepředvídané účinky nezbytných léčebných zákroků a léků) apod. „Teprve tehdy, odlišíme-li vše, co ve své podstatě eutanázií není, bude se nám jevit v plném světle skutečná eutanázie.“

Mnozí odborníci jsou proti dělení eutanázie na aktivní a pasivní a považují to za zavádějící především v případě ukončení terapie, která je vzhledem ke stavu nemocného nepřiměřená a neúčinná a jedná se spíše prodlužování procesu umírání. Pacovský (1981) prohlašuje: „Dnes se pod pojem euthanasie zahrnuje prakticky všechno od aktivního usmrcení až po humánní lékařovo jednání kolem přirozené smrti.“

„Z věcného a etického hlediska charakterizují eutanázii tři podstatné rysy. Je to přímý úmysl, motivace ukončit utrpení a nikým nevynucené rozhodnutí nemocného.“

(Petrová, 2010)

3.3 Historie eutanázie

Problematika eutanázie (termín pochází z řečtiny a znamená "dobrou smrt") provází lidstvo již od pradávna. Setkáme se s ní i v Bibli (Saulova smrt - v jednom z popisů vypráví voják, jak Saula na jeho přání zabil) a ve starém Řecku a Římě byla běžnou součástí filozofických úvah. Názory na eutanázii v řecko-římské kultuře odpovídaly jejímu chápání pojmu zdraví a pojmu důstojnosti lidské bytosti. Sokrates, Platón a představitelé stoické školy až k Senekovi schvalovali eutanázii v případě těžkého utrpení. Člověk má právo zvolit si způsob ukončení svého života. Bylo praktikováno i usmrcení defektních dětí, které podle Platóna představovaly břemeno pro obec. (Ondok, 2005) Aristoteles vystupoval naopak proti ukončování života v případě těžkostí a kladl důraz na statečnost člověka v boji s obtížemi, přičemž odsuzoval zbabělost. Přestože odmítal eutanázii motivovanou nesnesitelným utrpením, připouštěl zabíjení defektních novorozeňat.

V Hippokratově přísaze, která ovlivnila celou historii medicíny je uvedeno: „Nepodám nikomu smrtící látku i kdyby ji ode mne žádal a nikomu tuto možnost nenavrhnou. Přísaha je připisována Hippokratovi, ale autorem mohl být i některý představitel pythagorejské školy. (Ondok, 2005) Pythagorejci s eutanázií nesouhlasili z náboženských důvodů. Život byl dán bohy a jeho předčasné ukončení je proti božskému řádu. Stoikové připouštěli eutanázii tehdy, pokud život člověka již nebyl v souladu s individuálně pocíťovanými potřebami díky bolesti, chorobě a nebo tělesným abnormalitám. Bylo potřeba splňovat alespoň dvě podmínky a to, že motivace musela být odpovídající a vše muselo být zváženo i vzhledem k odpovědnosti vůči ostatním. Stoikové vyžadovali, že eutanázie nebude schvalována jen díky impulzivním přáním uniknout povinností života. (Munzarová, 2007)

Středověké křesťanství eutanázii radikálně odmítá. Dobrovolný odchod ze života - včetně sebevraždy - pokládá např. sv. Augustin za projev zbabělosti a z křesťanského pohledu porušení přikázání - nezabiješ. Pozemský život byl považován především za přípravu na život posmrtný. Smrt byla chápána jako brána mezi dvěma fázemi lidského bytí. Celý lidský život směřoval k okamžiku smrti a aby tento okamžik byl otevřen něčemu, co není v lidských silách, co však člověk může v rámci tohoto života svobodně přijmout. (Špinka, Špinková, 2006)

Protestantismus zaujal liberálnější postoj při posuzování etické kvality a v případě sebevraždy tím, že uvažoval o stavu mysli sebevraha a milosrdenství Boha, avšak v podstatě se tyto názory nelišily od názorů katolické ortodoxie. (Ondok, 2005)

V novověku se stále více začíná uplatňovat sekulární hledisko přirozené etiky, neopírající se o náboženství. Francis Bacon řeší otázku, do jaké míry může lékařská věda pomoci i v takových situacích, jako je umírání a oproti středověkému postoji zdůrazňujícímu posvátnost smrti se snaží ukázat, že je zapotřebí využít všech prostředků medicíny k tišení bolesti a zmírnění utrpení. Baronovo pojetí eutanázie tak stojí mezi tradičním středověkým pojetím smrti, kdy prosazuje, že dobrá smrt je především ta, která je prosta utrpení. Montaigne připouští eutanázii v situaci nesnesitelné bolesti, podobně jako Hume, autor spisu O sebevraždě. (Ondok, 2005)

Důležitý vliv na novověké pojetí eutanázie i na současnou diskuzi mělo osvícenectví a jeho zdůraznění konceptu autonomie člověka. Velmi důležitou roli sehrála i koncepce sociálního darwinismu v úvahách o rasové hygieně, která stála u zrodu extrémních podob praktikování eutanázie v nacistickém Německu. (Špinka, Špinková, 2006)

Moderní historie eutanázie a její legislativa

Dá se říci, že moderní historie eutanázie začíná vydáním knihy Adolfa Jorsta s názvem *Právo zemřít*, která vyšla v Německu v roce 1895. Její ústřední téma zaujalo málokoho. V roce 1920 vyšla další německá kniha s názvem *Poskytnutí souhlasu k zničení života, který žití není hoden*, kterou napsali dva autoři, právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche. Stala se z ní velmi vlivná kniha a připisuje se jí odpovědnost za legalizaci eutanázie v Německu, ve dvacátých a třicátých letech později za Hitlerovu filozofii etnického zabíjení. Zpočátku tato myšlenka nebyla rasově motivovaná, ale byla v ní viděna blahodárná sociální reforma, která umožňovala vypořádat se s beznadějně chorými. Praktikovala se v nemocnicích pro nevléčitelně choré, aniž byla vyžádána, a pro těžce mentálně postižené. Jako oprávnění eutanázie se uváděl soucit, nedostatečná kvalita života a omezení osobních nákladů. Na konci třicátých a začátkem čtyřicátých let se indikace rozšířila i na některé efekty a na senilní jedince včetně válečných veteránů, a to z podnětu lékařů. Do roku 1939, kdy Hitler vydal formální souhlas s širším využitím eutanázie, se už tak zneužívala, že přechod k okamžiku, kdy se stala nástrojem genocidy, byl tak snadný. Cestu k tomuto vývoji připravili lékaři, právníci i duchovní, kteří už dříve tuto praxi obhajovali v rozporu se svými profesionálními povinnostmi a závazky, že budou ochraňovat lidský život. (Pollard, 1996)

Šok z tohoto počínání zastavil po válce veškeré další diskuze o eutanázii, takže se s úvahami o ní setkáváme znovu až na konci 70. let a později. Důvod, proč se tato otázka stala znovu velice aktuální, tkví paradoxně v technickém pokroku. Strach ze smrti vedl k tomu, že jí lidé vyhlásili nemilosrdnou válku. Díky ní se dnes daří udržet mnohé nevyлéčitelně nemocné pacienty naživu mnohem déle, než bylo kdy v minulosti možné. Proces umírání se tím prodloužil často až na nesnesitelně dlouhou dobu, která je přílišnou zátěží nejen pro pacienta, který je často udržován naživu jen napojením na nákladné přístroje nebo podáváním silných léků, díky nimž je neustále v otupělém stavu, a který zároveň ví, že se jeho situace už nikdy nezlepší. Často pak končí v rezignaci a svůj život začne vnímat jako nesmyslný. Ale vedle samotného pacienta je nadměrně zatížena i jeho rodina, pro kterou jeho dlouhé umírání představuje jednak přílišnou ekonomickou zátěž, ale je nutné zmínit i zátěž emocionální, která bývá mnohem tíživější zvláště tehdy, pokud stav, kdy pro milovaného člověka nelze nic udělat, trvá příliš dlouho. V neposlední řadě představuje příliš dlouhé umírání i obrovské břemeno pro zdravotnický personál a ošetřovatele. Nakonec sami lidé po smrti volají jako po vysvobození ze života, který se nemůže přirozenou cestou naplnit. (Volfová, <http://www.getsemany.cz/node/241>)

Česká republika si zatím drží nulovou toleranci vůči eutanázii a tak jakékoliv napomáhání, či asistování sebevraždě je považováno za trestný čin.

V současné době se eutanázie prakticky provádí v Nizozemí, Belgii, Lucembursku a Švýcarsku. Nizozemí, někdy nesprávně nazývané Holandsko, což je pouze středozápadní část území, má od roku 2001 zákon o „ukončení života na žádost pacienta a pomoci při sebevraždě“. Pojem eutanázie se v něm nevyskytuje. Vše je prováděno za přísných podmínek, pacient musí trpět nesnesitelnou a nevyлéčitelnou chorobou a ještě za vědomí o zákrok opakovaně požádat. Každý případ se musí hlásit zvláštní komisi, která v případě pochybností kontaktuje státního zástupce. Nizozemí se dá označit z mnoha aspektů za velice tolerantní vůči právům jednotlivce.

Belgie se přímo inspirovala na příkladu Nizozemí a praxe vykonávání eutanázie je tam velice podobná, jen podmínky jsou možná ještě přísnější. Zvláštností Belgie je, že eutanázie je za určitých podmínek poskytována i nezletilým, kteří jsou při této příležitosti zplnoletněni. Musí jim však být minimálně 15 let.

Lucembursko je od roku 2009 třetí zemí v Evropě, která má schválený zákon o eutanázii a asistované sebevraždě. Lékař, který vyhoví žádosti o eutanázii, či se bude podílet na asistované sebevraždě, nebude nijak postihován. Podmínkou provedení je

jednomyslný souhlas dvou lékařů a dalších odborníků u pacientů, kteří si o eutanázii opakovaně požádali. (<http://zahranicni.eurozpravy.cz/evropa/386-eutanazie-je-jiz-v-lucembursku-legalni/>)

Poslední evropskou zemí, kde je možné jistou formu eutanazie provádět, je Švýcarsko. Zde usmrcení na rozdíl od jiných zemí neprovádí lékař podáním nějaké látky, ale sám pacient na speciálních klinikách. Lékař jen po patřičné formální žádosti předepíše na předpis roztok, který způsobí pacientovu smrt. Podmínkou zůstává, že tento roztok vypije nemocný sám, jinak by se jednalo o klasické usmrcení, což je bráno jako trestný čin. Asistovanou sebevraždou v pravém slova smyslu se zde zabývají soukromé kliniky, které poskytují pacientům v posledních chvílích pomoc. Asistovanou sebevraždou zde mohou využívat i cizinci, což vede k “sebevražedné turistice”.

V USA existuje možnost asistované sebevraždy pouze ve státě Oregon. Důstojnou smrt v Oregonu upravuje podobně jako v Belgii speciální zákon. Samotné usmrcení probíhá opět samotným pacientem, kdy spustí přístroj, který mu smrtící látku pustí přímo do žil.

Zajímavý je i přístup k eutanázii v Japonsku. Tam je však stále eutanazie nelegální, ale existují dva precedentní rozsudky z 90. let, které určily kritéria, při jejichž dodržení nebude lékař za zabití pacienta trestán.

V Německu je trestná každá forma eutanazie, která je doprovázená zkrácením života. Když někdo zabije druhého člověka, poruší tím zákon. Nejsou zde dány okolnosti vylučující protiprávnost, neboť zde doposud panuje obava ze zneužití situace

Francouzská úprava trestá usmrcení, byť na žádost nebo ze soucitu jako vraždu a nemá specifické ustanovení zakazující pomoc k sebevraždě. Zpravidla jsou případy asistované sebevraždy v podobě omisivního jednání trestně stíhány jako případy neposkytnutí pomoci osobě v nebezpečí. Odsouzení však jsou vzácná a tresty nízké zejména proto, že jde o řízení před porotou, která může s ohledem na okolnosti přílišnou tvrdost zákona výrazně zmírnit. Ve Francii jsou zakázány publikace, které poskytují rady k sebevraždě.

Ve Velké Británii a Walesu byl a je přístup k tomuto problému spíše konzervativní. Pomoc v jakékoli účinné podobě při sebevraždě (tedy tzv. asistovaná sebevražda) je pro toho, kdo ji poskytuje, trestána až do 14 let trestu odnětí svobody s přihlédnutím ke zvoleným prostředkům a k následku (zda nastal, či nikoli). Odmítání eutanazie vede i k omezením v publikaci pojednávající o tom, jak pomoci k sebevraždě. Přímé usmrcení, byť i na žádost či ze soucitu, se posuzuje jako trestný čin vraždy. (Kliment, 2011)

3. 4 Eutanázie v konfrontaci s „nechat zemřít“

Chceme-li diskutovat o eutanázii v konfrontaci s „nechat zemřít“, je třeba se znovu vrátit k vysvětlení pojmu eutanázie, protože nejen laická veřejnost, ale ani mnozí lékaři nemají tento pojem řádně ujasněn. Slovo eutanázie pochází se slov *Eu* – dobrý, *thanatos* – smrt. Může být vůbec smrt dobrá? Smrt může být dobrá, pokud je bez bolesti, ale především, pokud je na ni člověk připraven a je-li s ní smířen. A to záleží na jeho předchozím životě. Podle Munzarové (1994) si lidé v Holandsku, kde je eutanázie legalizována a praktikována, žádají o její provedení ani ne tak z důvodu fyzického utrpení, ale především pocitu ztráty smyslu života, z pocitu osamělosti, že jsou ostatním na obtíž, z pocitu ztráty důstojnosti, ze strachu z umírání. Nemocní v terminální fázi onemocnění jsou velmi zranitelní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných. V mnoha případech lze jejich autonomii zpochybnit. (Munzarová, 2005)

Má-li každý člověk právo na sebeurčení, má jistě i právo vyjádřit se ke kvalitě svého nemocného a utrpením naplněného závěru života. Má však skutečně právo požadovat na jiném člověku, konkrétně lékaři, splnění svého přání? Eutanázie není věcí soukromou proto, že její akt vyžaduje dvě osoby. Jednu, která eutanázii požaduje a jednu, která ji naplňuje. Komplikované jsou situace, kdy stanovisko pacienta není známo, nebo se pouze předpokládá. Většina odborníků i laiků se shoduje v názoru, že milosrdné ukončení života za nesnesitelné trýzně a bolesti je čin humánní, ale současně jen málokdo je ochoten stát se vykonavatelem. (Haškovcová, 2002)

Velmi diskutabilní je pojem pasivní eutanázie, který by podle Munzarové (2005) měl být zcela vymýcen. V knize Zdravotnická etika od A do Z uvádí: „ Pod pojmem pasivní eutanázie by mohly být schovány dva, po mravní stránce diametrálně rozdílné postupy. Na jedné straně úmysl zabít, zabít tím, že nezasáhnu – což je v tomto případě po mravní stránce totéž, jako přístup aktivní. A na druhé straně ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li už zcela zbytečné a nadměrně zatěžující a přinášejí –li nemocnému jen ještě další utrpení v jeho umírání. Tento druhý postup se dá nazvat „necháním zemřít“ – „**letting die**“ . Jde o ustoupení před vítězstvím smrti v naší bezmoci, a to tehdy, pokud by naše přílišná horlivost nemocnému spíše škodila. První postup je odsouzeníhodný, zatím co druhý je chvályhodný, a to obzvláště tehdy, odmítá-li nemocný sám toto naše počínání.“

Problematika eutanázie má především etický základ. V doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících" (tzv. "Charta práv umírajících") se uvádí:

„Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují. " "

V poslední době se diskutuje o tom, že některá dobře míněná léčba přináší nemocnému více utrpení než prospěchu. Stav tzv. **dystanázie**, kdy smrt je neodvratná, ale přesto je stále a nákladně oddalována, vzbuzují četné rozpaky a jsou pravidelně zdrojem utrpení umírajících i jejich rodin. Někdy se mluví také o zadržované smrti. Zdravotníci stále intervnují ve prospěch života, který nezadržitelně odchází a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít. (Haškovcová, 2007) V odborné literatuře se můžeme setkat i s pojmem **overtreatment** označujícím nadbytečnou, resp. marnou léčbu. V odborných kruzích převažuje názor, že by bylo třeba vypracovat kritéria, podle nichž by bylo možné tzv. marnou léčbu buď nezahajovat, nebo od ní upustit. (Haškovcová, 2002)

V některých zemích se používá zvláštní formy pro vyjádření svobodné vůle, tzv. „**living will**“, který umožňuje pacientovi vyjádřit se k tomu, co se s ním bude dít, kdy již není schopen se k tomu vyjádřit.“

Institut předem vyjádřeného přání

1. října 2001 se stala „Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny“, známá jako „Konvence o biomedicíně“, součástí českého právního řádu. Jejím přijetím vstoupil do českého prostředí také tento právní institut tzv. dříve projevených přání pacientů

Tento text jinými slovy znamená, že každý člověk má právo vydat prohlášení, ve kterém se bude vyjadřovat o péči o sebe v době, kdy již nebude schopen se k péči o sebe vyjádřit. Může se to týkat posledních dnů, týdnů jeho života, ale také může jít o dobu, která bude přechodná. K tomuto institutu se upíná mnoho nadějí s tím, že každý člověk může již nyní rozhodnout o péči o sebe, o podobě svého života nebo umírání.

V České republice však chybí konkrétnější právní norma, která by se této problematice věnovala. Navíc s tímto nástrojem nejsou praktické zkušenosti. Pacient i zdravotnický personál, především lékaři, jsou tak v situaci, kdy mají a chtějí respektovat

přání a představy pacienta, ale díky právní i praktické nejistotě nemohou tento nástroj účinněji využít. Pacienti nevědí, nakolik bude text jejich prohlášení skutečně pro lékaře vodítkem. Lékaři zase nevědí, zda, pokud budou postupovat podle pacientova textu a odejmou mu třeba po půl roce péče dechovou podporu, nebudou pohnáni před soud, protože to bude pojmato jako provedení eutanázie. Jaký je pak smysl obsahu pacientova prohlášení? Protože pacientův text je součástí komunikace mezi lékařem a pacientem, musí si lékař klást otázky, jak porozumět obsahu tohoto sdělení. Musí se ptát po době vzniku, po autorovi a jeho osobnosti, po okolnostech okamžiku, kdy má pacientovo prohlášení být interpretováno. Jaké byly okolnosti při vzniku prohlášení a jak se vyvíjely až do situace, ve které má být pacientovo prohlášení respektováno? Nepřinesla změna okolností také změnu významu pacientova textu? Může se rozhodnout lékař sám, který navíc třeba pacienta zná jen minimálně? Co vše se odehrálo v životě pacienta, jak nemoc poznamenala jeho život v sociálním kontextu? Tyto otázky ukazují, že o pacientovi nemůže rozhodnout lékař sám. Lékař, jehož vzdělání je spíše přírodovědecké než humanitní, lékař, který nemusí rozumět sociálnímu nebo spirituálnímu kontextu života konkrétního člověka.

Podle Matějka (2011) by měl pacientovo prohlášení interpretovat tým lidí, kteří budou kontextům jeho života rozumět. Do rozhodování by měla být zapojena rodina, také někdo, kdo rozumí duchovnímu životu konkrétního pacienta. To znamená, že nelze trvat na doslovném chápání pacientova textu. Minimálně také proto, že by jeho aplikace mohla být pro pacienta kontraproduktivní a koneckonců také proto, že interpretace nemůže být nikdy doslovná. Institut dříve projevených přání pacienta je nástrojem, který může přinést více světla do rozhodování o otázkách týkajících se zástupné péče. Jeho používání však není bez nebezpečí ani pro pacienta, ani pro zdravotnický personál. Jde o to, jak tato nebezpečí minimalizovat.

Podle Singera (2007) by podmínkou jakékoliv léčby měl být pacientův informovaný souhlas, pokud jde o svéprávnou dospělou osobu schopnou činit rozhodnutí. Vnucování léčby svéprávnému dospělému pacientovi, který ji nechce, se prakticky rovná násilnému trestnému činu. Můžeme si myslet, že pacient činí nesprávné rozhodnutí, ale měli bychom respektovat jeho právo je učinit.

Dokonce i římskokatolická církev už dlouho zastává názor, že neexistuje povinnost využívat „mimořádných“ či „nepřiměřených“ prostředků za účelem prodloužení života – toto stanovisko bylo znovu zopakováno v „Prohlášení o eutanázii“, které v roce 1980 vydala Svatá kongregace pro doktrínu víry a schválil je papež Jan Pavel II. V dokumentu se konstatuje, že odmítnutí tíživé léčby „se nerovná sebevraždě“. Právě naopak: takové

odmítnutí „by mělo být pokládáno za smíření se se stavem člověka, za přání vyhnout se lékařskému zákroku nepřiměřenému k výsledku, jež lze očekávat, nebo za touhu nezatěžovat rodinu či společenství nadměrnými výdaji.“ (Singer, 2007)

Současná zdravotní péče je nesmírně nákladná a prostředky poskytované na tzv. pouhé umělé udržování při životě na přístrojích by se mohly využít účelněji na léčbu jiných pacientů. Ekonomické aspekty je jistě třeba zvažovat, ale poukazování na ekonomickou náročnost není z etického hlediska přijatelné. Navíc všeobecná zkušenost jasně ukazuje, že dovolíme-li sami něco, o čemž víme nebo cítíme, že to není úplně správné a dobré, ale přijmeme to, časem se objeví otázka, jestli bychom si nemohli dovolit udělat i něco dalšího. Je to tzv. nastoupení na kluzký svah, nebo-li. kluzkou cestu.

Kluzký svah „**slippery slope**“ je termínem lékařské etiky. V případě eutanazie to znamená, že pokud dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, rozhodně to tím nemusí skončit. Lze předpokládat, že postupně bude tato možnost rozšiřována a dojde k ukončování životů lidí s těžkou chorobou, ale dosud neumírajících, životů lidí s chorobami nevyлéčitelnými, kteří by však mohli být ještě dlouho živi, životů těžce postižených novorozenců, lidí senilních nebo lidí s různým mentálním handicapem atd. Velká řada dokumentů z Nizozemí svědčí o tom, že kluzký svah se zde stal skutečností a že mezi chtěnou a nechtěnou eutanazií je jen krůček. Zneužít se v dnešní době dá téměř všechno. Ať už bychom vymysleli složité byrokratické postupy a několikanásobné odborné posudky, nikdy bychom se tohoto rizika zcela nezbavili. Proto eutanázii bychom legalizovat neměli. Ale eutanazií by se nemělo nazývat jednání, které bývá označováno jako „dovolit zemřít.“ Existují bolestná a těžká umírání. Proto by bylo vhodné zvažovat, jak proces umírání zbytečně nenatahovat a jak ho učinit lidsky důstojným, než se snažit stanovit podmínky a pravidla, podle kterých můžeme život ukončit, když ho sami začneme považovat za nesmyslný. Vhodný způsob řešení se nabízí v dobré paliativní péči a rozvoji hospicového hnutí. (Munzarová, 2005)

3.5 Paliativní medicína a hospicová péče

Definice paliativní péče

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevléčitelných nemocí a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na:

- základním onemocnění,
- stupni jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stadia, preterminální a terminální stadia onemocnění),
- přítomnosti více závažných onemocnění současně,
- pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.),
- psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.).

Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.).

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. (Dostupné z www: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>)

Strach z umírání je u mnoha nemocných spojen s obavami z bolesti. Tyto obavy bývají pak silnější než strach ze samotného okamžiku smrti. Při srovnávání vnímání bolesti

mezi několika pacienty a jejich okolím se zjistilo, že v mnoha případech vnímá okolí nemocného jeho bolest intenzivněji než on sám. Bylo to způsobeno pocitem bezmoci a nemožností jakkoli stav nemocného ovlivnit. Díky takzvané paliativní medicíně je však možné průvodní bolesti nemoci minimalizovat, což není ve vědomí široké veřejnosti stále příliš rozšířené. Některé léky nedokáží nemoc léčit, dokáží ale alespoň trpícího zbavit bolesti a umožnit mu klidně prožít i poslední okamžiky života. (Svatošová, 1995) Pro další vývoj psychického stavu pacienta je důležité, aby neztratil důvěru k okolí a aby se mohl cítit jak mezi blízkými, tak i v odborné péči bezpečně. Proto je podle Svatošové, propagátorky hospicového hnutí u nás, důležité nemocnému nelhat, sdělit mu tolik informací, kolik jich chce slyšet a sdělit mu je tehdy, kdy je chce slyšet. Klidně a jasně. Příliš krutě sdělená pravda, která bere veškerou naději, bude pravděpodobně na pacienta působit zdrcujícím způsobem. Naopak vyhybavé odpovědi, kdy zejména nechtěná neverbální komunikace toho, kdo zprávu sděluje, prozradí neupřímnost, ponechají nemocného v nejistotě a sníží jeho důvěru k okolí, které mu něco důležitého, co se ho týká, chce zatajit. Právě citlivá otevřenost a upřímnost osob, kterým pacient důvěřuje, je právě v této první fázi důležitá i proto, že pacient má obvykle vysokou potřebu dostat o své nemoci co nejvíce informací. Řada nemocných se po zjištění své nemoci pustí do studia své nemoci a začne sledovat medicínský výzkum. Tato zvýšená potřeba souvisí podle lékařky Haškovcové (2002) s potřebou udržet si naději.

Paliativní péče se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života. Dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění, podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti. Je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty, vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení. Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých. Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.

Základní formy specializované paliativní péče

- zařízení domácí paliativní péče - domácí hospic, tj. domácí prostředí nemocného, kde o něj rodině pomáhají pečovat kvalifikovaní pracovníci. Je pro nemocného zpravidla ideální, ale vyžaduje určitou úroveň domácího a rodinného zázemí
- hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben)
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny)
- specializovaná ambulance paliativní péče
- denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“) Pacient v tomto případě přichází ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Tento způsob přichází v úvahu, pokud je stacionář pro pacienta dostupný svou vzdáleností od jeho bydliště
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.)

Hospice a hospicová péče

Hospic je zdravotnicko-sociální zařízení, které slouží k pobytu nevy léčitelně a těžce nemocných osob a péči o ně. Hospice jsou poměrně často zřizovány církvemi nebo náboženskými společnostmi. Neznamena to ale, že by automaticky sloužily jen členům církví, natož aby víra byla podmínkou přijetí do péče hospice. Zaměstnanci a dobrovolníci hospice poskytují naplno své schopnosti a dovednosti každému bez rozdílu světového názoru, nikomu svoje náboženské přesvědčení nevnucují a o věcech duchovních rozmlouvají s pacientem či rodinou jen tehdy, projeví-li klienti o takové téma zájem.

V České republice poskytují specializovanou paliativní péči lůžkové hospice. Některé lůžkové hospice rozvíjejí kromě lůžkové péče také domácí hospicovou péči, respitní péči a intenzivní edukační činnost. Pokud není možné zvládnout péči o umírajícího člověka doma, je lůžkový hospic velmi dobrým řešením, je to zařízení, které je svým zaměřením, zařízením i režimem nejvíce podobné prostředí domácímu. Zpravidla

disponuje jednolůžkovými pokoji s přistýlkou pro blízké osoby nemocného, které mohou kdykoli přicházet a pobývat v pokoji s nemocným.

Hospic je zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Podmínky pro přijetí do hospice jsou čtyři:

- postupující choroba ohrožuje nemocného na životě,
- potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu a péči,
- momentálně nepotřebuje akutní nemocniční ošetření,
- nestačí nebo není možná péče domácí.

Zaměstnanci hospice kladou důraz na individuální potřeby a přání každého nemocného a v případě lůžkového hospice také na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou domácí atmosféry hospice, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice.

Hospice hrají v dosavadním rozvoji paliativní péče klíčovou roli. Díky dotačnímu programu Ministerstva zdravotnictví mohlo být v České republice v posledních 15 letech vybudováno 14 lůžkových hospiců. Další lůžkové hospice se budují. Obvykle mají kapacitu 15 – 50 lůžek, nejčastěji kolem 30 a bývají nadstandardně vybavené. Hospic není léčebnou pro dlouhodobě nemocné, ani domovem důchodců, ani sanatoriem. Je to komplexní jednotka speciální péče pro umírající. Zakladatelka hospicového hnutí v České republice Svatošová (2008) říká, že „hospic je umění doprovázet.“ Je zajímavé, že v hospicích nemocní nežádají o eutanázii. Žádný z nich se nenachází v záviděníhodné situaci, přesto o eutanázii nežádají. O té se někdy až moc mluví a málo se přemýšlí, proč o ní vůbec někdo uvažuje. Není pochyb o tom, že jsou-li uspokojeny všechny potřeby pacienta, ani ho nic takového nenapadne. A pokud nemocný takovou žádost vysloví, je to vždy důvod ke zpytování svědomí. Nikoliv pacientova, ale našeho, protože jsme někde nezvládli péči. Pak je nutno hledat příčinu a snažit se ji odstranit, nikoliv ukončit život pacienta. Postoj k eutanázii v hospicích je vyhraněný: pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE.
<http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/doprovazeni.html>

Hospicové hnutí

Hospicové hnutí spočívá na několika pilířích. Rozumíme jím dnes všechny snahy a iniciativy, jejichž cílem je podporovat kvalitu života až do jeho konce. Středem všech snah je umírající člověk se svými blízkými. Protože jde o respektování tělesných, duševních, sociálních a duchovních potřeb umírajících lidí, potřebují profesionální pracovníci hospicového hnutí dobré doplňkové vzdělání v těchto oborech. Interdisciplinární tým podporuje nejen postižené rodiny, ale jeho členové se podporují také navzájem, zejména v emocionální oblasti. Do spolupráce vstupují také dobrovolní neplacení spolupracovníci, nezdravotníci. Nemají roli náhradníků nebo pomocníků, ale mají své vlastní specifické úkoly - reprezentují prvky normality v mezilidských vztazích. Právě velký počet dosud výkonných a schopných starých lidí, kteří jsou už v důchodu, představuje v tomto ohledu nevyužitou sociální rezervu.

Rozvoj hospicové péče byl v České republice nastartován až na začátku devadesátých let, dříve to byl pojem v naší republice téměř neznámý. Jako první, byl u nás otevřen v roce 1995, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Dnes je v České republice 14 hospiců. Přestože se stav paliativní a hospicové péče v posledních letech velmi zlepšil, kvalitní péče o umírající pacienty stále není dostupná všem potřebným.

Naše společnost i přes současnou ekonomickou krizi, objektivně disponuje dostatečnými finančními prostředky, znalostmi, dovednostmi, léky i přístrojovým vybavením, aby nemocným, u kterých kurativní léčba vyčerpala všechny dostupné možnosti, byla poskytnuta odpovídající paliativní léčba. Jen tak bude možné nemocnému zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života, včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti, fyzického, psychického a duchovního utrpení. **„Pro rozhodnutí o poskytování nejvyšší etické služby nevléčitelně nemocnému a umírajícímu musí být lékařům nápomocná celá společnost, právo, ekonomická i zákonodárná systémová opatření.“** (Munzarová, 2005)

4. BIOETIKA V SOCIÁLNÍCH SOUVISLOSTECH

Od poloviny dvacátého století dochází k mimořádnému rozvoji biologických a lékařských věd, včetně stále se rozšiřujících možností léčebných zákroků, diagnostických procedur, preventivních opatření apod. Ruku v ruce s mohutným rozvojem biotechnologií a možností medicíny se však stále více vynořuje otázka jejich etického dopadu nejen v teoretické rovině, ale také přímým vlivem na životy lidských jedinců. Z požadavků moderní doby tak povstala nová interdisciplinární věda - bioetika, která není totožná s medicínskou etikou ani žádným konkrétním filozofickým a etickým systémem. (Černý, 2011) Jedná se o vědu, která představuje etiku vztaženou na lidský život, jeho vznik, vývoj, umírání a smrt, zdraví a nemoc lidských bytostí. Jedním z mnoha témat, s nimiž se v rámci bioetiky můžeme pravidelně setkat, je problém interrupcí.

4.1 Nechtěné děti

V současné pluralitní společnosti lze těžko očekávat etický a legislativní konsenzus v otázce umělého ukončení těhotenství. Hlavním důvodem je neschopnost ujednotit se na definici lidství, osoby člověka a jeho přirozených práv. Lze se však sjednotit v názorech na strategiích, které by umožnili předcházet interrupcím, neboť se jeví jako nežádoucí a přesto jsou často vnímány jako nutné, přípouštěné zlo. Pozitivním úkolem společnosti by mělo být odstraňovat hlavní příčiny poptávky po provedení interrupce, poskytovat např. větší pomoc svobodným matkám, zřizovat azylové domy, přístupné a kompetentní poradny a především pečovat o adekvátní sexuální výchovu mladých lidí. (Ondok, 2005)

Jen asi jedna třetina všech těhotenství u nás je plánovaná. Ostatní jsou neplánovaná nebo dokonce nechtěná. Taková mohou končit interrupcí nebo adopcí. Pokud však ani jedna varianta není pro matku přípustná třeba ze sociokulturních či jakýchkoliv jiných důvodů, potomka vychovává i přes to, že ho nemiluje, v horším případě i nenávidí. Může ještě nenarozené dítě vnímat, že jej matka nechce? Je běžné, že matky, jakmile cítí pohyby plodu, už s miminkem povídají, hladí si břicho, snaží se na něj psychicky vyladit. Přibližně od 24. týdne těhotenství dítě vnímá zvukové podněty, učí se rozpoznávat obvyklé zvuky a hlasy, a to umožňuje vytváření vzájemného vztahu. U nechtěného těhotenství žena představy o dítěti odsouvá nebo si je ani nepřipouští a s dítětem se takzvaně nebaví. Je tedy ponecháváno v jakési izolaci. Citový chlad pak pokračuje i po narození dítěte, které časem samo vycítí, že je nevítané. Ať už je mu to dáváno najevo při sebemenší příležitosti, nebo

je to zastíráno předstíraným zájmem a péčí, který potomek brzy odhalí. Žena, která se nalézá v psychické, finanční nebo společensko-politické tísní, podvědomě promítá do následků narození svého potomka všechny vlastní životní prohry a komplikace a obviňuje jej z nich.

Profesor Matějček (1994) k tomu píše: „Označili jsme to jako subdeprivaci, tedy něco, co do jisté míry připomíná situaci dětí ústavních, vyrůstajících „bez lásky“. Neznamená to hned, že by rodiče dítěti ubližovali nebo je týrali, ale atmosféra v rodině je obecně chladnější, dítě není plně přijímáno, je tu nějaký těžko definovatelný odstup. Děti trpí nedostatkem lásky a náklonnosti, cítí rozpor mezi tím, co cítí, a tím, co se kolem nich děje a přestanou tak důvěřovat svým pocitům a prožitkům. To může později v dospívání nebo dospělosti přinést různé psychické problémy.

Nechtěné děti se cítí opuštěné a prázdnotu zaplňují náhradními aktivitami jako je agrese vůči sobě i okolí. Upozorňují na sebe hlučností, vzdorovitostí a provokacemi, což v rodičích dále posiluje negativní pocity vůči dítěti a jeho odmítání.

Zdravotní péče o tyto děti byla někdy i zanedbávána a zároveň byly tyto děti méně odolné vůči biologické zátěži, protože organismus dlouhodobě vystavený subdeprivačním podmínkám si vyvine horší imunitu. Inteligence dětí se nelišila, jejich školní prospěch byl však výrazně horší. Učiteli byly nechtěné děti pokládány za méně snaživé a svědomité, zato více dráždivé a zlostné. Tyto děti mají méně přátelských vztahů, častěji nejsou přijímány za kamarády, častěji jsou hodnoceny jako rváči, zbabělci nebo ti, kteří nikoho nezajímají.

Výše popsané problémy mohou mít původně nechtěné děti, které zůstaly v péči svých rodičů a ještě ve větší míře děti umístěné v dětských domovech. Citové strádání dětí v ústavní výchově je neoddiskutovatelné. Proto je třeba mnohem více investovat nejen peníze, ale i úsilí do rozvoje profesionální pěstounské péče, než do výstavby nových dětských domovů. Stejně tak je třeba zjednodušit a zrychlit proces adopce, aby se děti co nejrychleji dostaly do péče náhradních rodičů. Je na zvážení, zda by úsilí vynaložené na změnu stávající legislativy na omezení či zákazů interrupcí nebylo vhodnější vynaložit na rozvoj péče o pomoc svobodným matkám nebo rodičům, kteří dlouho a marně čekají na adopci a nakonec se raději rozhodnou pro metodu asistované reprodukce.

4.2 Mentální a fyzické handicap novorozenců jako bioetický problém

Další etickou otázkou je problém samostatně žít neschopného či poškozeného novorozeněte. Pokroky nejen zdravotnické techniky, technických možností a realizace porodní péče o matku a dítě výrazně zvyšují úspěšnost této péče. Projevem je zejména stále klesající úmrtnost novorozenců a to zejména v souvislosti se zkvalitňováním vybavení jednotek intenzivní péče, sanitek, dostupností letecké přepravy akutních případů apod. Snižování novorozenecké úmrtnosti je rysem pozitivním, přesto ne bez dalších problematických aspektů. Je provázeno zvyšováním počtu novorozeňat vyžadujících hned od počátku svého života zvláštní péči. Nejčastěji se jedná o úspěchy se záchranou dětí předčasně narozených. Tyto děti s velmi nízkou hmotností tráví následně dlouhé období v inkubátorech a jejich vývojová nevyzrálость vede ke zvýšeným rizikům mozkových dysfunkcí, poškození zraku, častou komplikací při předčasném porodu bývá krvácení do centrální nervové soustavy, následně dětská mozková obrna, opoždění psychomotorického vývoje a jiné. K nejtěžším poškozením novorozeňat je třeba počítat zejména absenci důležitých orgánů a jiné vývojové anomálie. Tato poškození výrazně a ve své podstatě trvale ovlivňují budoucí kvalitu života, protože ani ta nejintenzivnější péče pacientovi adekvátní kvalitu života zajistit nedokáže.

V rukou lékařů přežívá zhruba polovina dětí, které přijdou na svět po 24 týdnech těhotenství. Právě 24. týden těhotenství je dnes onou hranicí, kdy má smysl o život předčasně narozeného dítěte bojovat. Obecně mají děti narozené na hranici takzvané viability (schopnosti přežití a následného zdravého vývoje) šanci na přežití 40 procent. Pravděpodobnost, že budou zcela zdravé, je také čtyřicetiprocentní. Toto stále vysoké číslo pravděpodobnosti závažného poškození podtrhuje dlouhotrvající etický problém zachraňování novorozenců narozených před hranicí viability. V odborných kruzích se v celé Evropě i u nás rozhořela diskuse, zda by měla být zavedena jednotná hranice a postup v rámci Evropské unie. Podle neonatologa kliniky u Apolináře Richarda Plavky to není nejlepší řešení. Rozhodovat o tom, zda by se dítě narozené na hranici přežití mělo zachránit, je třeba na základě tří faktorů - přání rodiny, anamnézy a stavu matky (v úvahu se berou všechna možná rizika) a výsledků jednotlivých neonatologických pracovišť. V závažných a nejasných případech vstupuje do hry etické konzilium, které si vyslechne možnou prognózu dítěte, diskutuje o případu s lékaři i rodiči a doporučí, zda v péči pokračovat či ne. Finální rozhodnutí je ale vždycky na rodičích.

(<http://www.celysvet.cz/n1567-v-hodine-narozeni--nebo-smrti.php>)

Velmi závažnou otázkou je rozhodnutí jak postupovat v případě prenatalního diagnostického zjištění velmi závažného poškození či nemoci plodu. Často bývá proti interrupci argumentováno především tím, že zabití není správný medicínský postup. V této situaci je rozhodnutí na rodičích, i když v širším pohledu jde o problém distribuce odpovědnosti za život, zdraví i kvalitu života na lékaře, zdravotníky a potažmo společnost jako celek. Příkladem takové z hlediska odpovědnosti problematické situace je případné narození dítěte se závažným fyzickým a mentálním respektive kombinovaným postižením, které bude vyžadovat celoživotní péči. Lze po rodičích, kteří se dobrovolně a vědomě rozhodli pro narození takového dítěte požadovat jako samozřejmost, že se musí o takové dítě sami postarat? Na druhou stranu – je správné požadovat po společnosti, aby přejímala péči o toto dítě, jehož rodiče si zcela bezohledně prosadili svoji vůli a nyní na nutnou péči sami nestačí? Jde o skutečně závažnou otázku osobní odpovědnosti, která se netýká jen zvažování možnosti – interrupce ano – ne, ale také příliš vysoký věk rodičů a jiné okolnosti. (Jemelka, 2008)

Argumenty vycházející z absolutizace práva na život i opačný pól, upozorňující na důležitost kvality života, proto nemůžeme užívat v jednostranné podobě. Volbu, která se dotýká života a zdraví druhých lidí, bychom měli promyšlet z více aspektů než jsou pouhá egoistická přání, ideologické apriorní důvody či tlak tradic nebo tzv. veřejného mínění, které dokáže odsuzovat, samo však odpovědnost nenese. (Jemelka, 2008)

Ve chvíli, kdy člověk svým rozhodnutím přejímá odpovědnost za život, zdraví a kvalitu života druhého člověka, by si této odpovědnosti měl být skutečně vědom. Jen nevyzrálý člověk se rozhoduje snadno a s tím, že víceméně otevřeně počítá s přesunutím této odpovědnosti na jiné.

Rodina postiženého dítěte aneb: „Proč muži často utíkají a kde ženy berou sílu?“

Rodina s dítětem s postižením má jinou sociální identitu, je něčím výjimečná. Tato odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů: rodičů i zdravých sourozenců. Existence postiženého dítěte je příčinou toho, že se určitým způsobem změní životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. V důsledku toho se změní i jejich chování nejen v rámci rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti, kde se tito lidé mohou v rámci obranných reakcí projevovat jiným způsobem než dřív, resp. než je obvyklé, nebo se od ní dokonce izolovat. (Vágnerová, 2004)

Když radost z narození dítěte vystřídá šok z toho, že je nějakým způsobem postižené, ne každý tu zátěž unese. Častěji jsou to otcové, kteří náročnou péči o mentálně či fyzicky postižené dítě nezvládnou. Ve chvíli, kdy se rodiče dozví, že jejich dítě není v pořádku, prožívá matka i otec v podstatě totéž. Oba se na dítě těšili, oba si plánovali, co všechno společně prožijí. Každý se ve svých dětech vidí, bere je jako své pokračovatele. Je to pocit určitého životního přesahu, jako že po nás, i když zde nebudeme, pokračuje náš život v našich dětech dál. Když se rodiče dostanou do situace, že se jim narodí postižené dítě, prochází matka i otec stejným procesem. Jedná se o typickou reakci na tragickou událost stejně jako u pacientů, kteří se dozví nezvratnou onkologickou diagnózu. Nejprve přichází prvotní obranná reakce - šok a popírání, kdy rodiče nechtějí uvěřit, že se něco takového stalo zrovna jim. Pak fáze zloby a hněvu, křivdy a nespravedlnosti. Po odeznění hněvu nastupuje rozum, objevuje se naděje a odhodlání nad nepříznivým osudem vyhrát. Rodiče se upínají k léčbě, možnostem moderní medicíny, jsou ochotni podstoupit cokoli, aby se stav dítěte zlepšil. Pokud se tak nestane, naděje vyhasínají, nastupuje pocit smutku a zklamání. Přichází fáze deprese. Nic nemá cenu, nic nezmůžeme, dítěti pomoc nedokážeme. Jde v podstatě o ty nejtěžší chvíle. Teprve po jejich překonání přichází fáze smíření – konečná fáze, kde rodiče pochopí, že nelze dělat nic jiného, než se se svým osudem smířit a pokusit se život zvládnout co nejlépe to jde

Faktem je, že muži ve většině případů tyto situace nezvládají tak dobře jako ženy. Konečná fáze smíření u nich často nepřichází. Proč tomu tak je? Muži i ženy mají odlišné vzorce chování. Ženy jsou mnohem více schopny se takzvaně obětovat, lépe řečeno věnovat svůj život péči o někoho jiného. Muži jsou ve své podstatě více egoističtější a sobečtější, častěji jednají ve prospěch svých zájmů. Samozřejmě nelze tak hodnotit všechny, ale je vysoké procento těch, kterým dojde, že nejen že nemají svého „pokračovatele“ podle svých představ, ale že péče o takové dítě bude vyžadovat příliš velkou investici ze strany ženy a tím pádem na vztah s ním zbude již málo času a energie. Velmi často to dopadá tak, že muži veškerý tento nápor nezvládnou, od rodiny odchází a začínají jinde budovat nový život. Ženy tohle udělají málokdy. Je to dáno i tím, že ženy mají navíc oproti mužům náskok devíti měsíců, kdy dítě nosily a budovaly si k němu vztah. Energii jim dodává i sám pocit, že to nevzdaly a že navzdory okolnostem se o dítě dokáží postarat.

Pokud rodina zůstane pohromadě, způsob a adekvátnost vyrovnávání se se zátěží závisí na mnoha faktorech: na zkušenostech rodičů, jejich osobnostních vlastnostech, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí, které spolu mají, na druhu

a příčině postižení atd. Strategie zvládnání mohou mít dvojí charakter – aktivní a pasivní. Únikové varianty zvládnání zátěžové situace jsou charakteristické nějakou formou útěku ze situace, kterou nelze uspokojivě zvládnout, nebo se s ní rodiče ještě nedokážou vyrovnat. Únikovou variantou je přetrvávající popírání situace, event. její bagatelizace. Rodiče se chovají tak, jako by dítě bylo zdravé, resp. jeho potíže byly nevýznamné, dočasné apod. Mohou jej takto prezentovat pouze za určitých okolností, např. před ostatními lidmi. Krajním řešením je umístění dítěte do péče instituce. (Vagnerová, 2004)

Narození dítěte s postižením představuje krizovou situaci, která vždy tlačí rodinu do extrémního fungování. Buď se rodina semkne a vydrží, nebo se pod zátěží hroutí a nastává dysfunkce. Pokud má otec malé adaptační schopnosti a tíha péče o dítě leží na matce, narušené partnerské vztahy vedou poměrně často k rozchodům.

Důležitá a často opomíjená je podpora rodičům a pečovatelům o postižené dítě. I když v současnosti se tato situace alespoň částečně lepší, mám stále pocit, že se hodně dělá pro samotné postižené, ale jejich rodiče a pečovatelé stojí jakoby v pozadí a na ně již tak velká pozornost soustředěna není. Má-li někdo o někoho pečovat, musí také pečovat sám o sebe, nelze energii jen vydávat a nedostávat ji zpět. Pomocí a podporou může být ranná péče, speciální pedagogická centra (SPC), různé spolky a sdružení, podpůrné služby, krizová intervence, psycholog, psychoterapeut apod. Mnozí rodiče však nemají dostatečné informace a kontakty, nebo je těžko získávají. V mnoha případech by pomohly odlehčovací služby pro posílení vztahů mezi rodiči. Takovéto služby se nazývají respitní – nebo-li úlevné. Poskytuje je sociální zařízení s celodenní péčí o děti. Na určitou dobu je odebrána z beder rodičů neustálá zátěž, kterou starost a péče o těžce postižené dítě bezpochyby je. Rodiče mají tak šanci žít běžným životem, prostě si jít nakoupit, projít se, zajít k holiči...apod. Výborné jsou víkendové pobyty pro děti, aby si mohli rodiče společně vyjet a prožít víkend bez starosti o své dítě s vědomím, že je o ně postaráno. Bohužel takových zařízení je stále velký nedostatek, a to především z finančních důvodů. Financovat zařízení tohoto typu není v současné době nijak jednoduché. Jednou z cest, jak získávat finance, je tvorba projektů a účast v grantových řízeních. A zde se otevírá velký prostor pro sociální pedagogy.

4.3 Stárnoucí populace

Stáří se většinou datuje od 60 let, sám věk je však značně nespolehlivým ukazatelem stáří. Psychické aspekty stáří se stávají předmětem odborného zájmu prakticky až ve 20. století. Stárnutí organismu i duše začíná pozvolna a je otázkou, kdy vlastně přichází ten zvrat. Dosud byli většinou studováni jen nemocní staří lidé nebo ti, kterým byl poskytován nějaký druh sociální péče. Existuje ale i mnoho zdravých stárnoucích nebo starých osob. Mezi základní aspekty stáří lze považovat to, že obecně s věkem klesá vitalita a energie. Dále dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace. Chůze se zvolňuje, gesta se zmenšují, je jich méně i co do počtu. Řeč starých lidí bývá pomalejší, někdy rozvláčná. Veškerá činnost trvá starému člověku déle, toto negativum je ale naopak vyrovnáno systematičností, důsledností a důkladností. To je velmi důležité uvažujeme-li o případném zaměstnaneckém poměru starého člověka. Produktivitu práce lze určitým způsobem dohnat trpělivostí a vytrvalostí. Za typické jsou považovány poruchy paměti. To však není zcela přesné konstatování. Zapomnětlivost není výhradním rysem stárnoucího a starého člověka. Paměť má různé kvality a problémy s pamětí mohou mít i lidé v mladším věku.

Klesá však celková schopnost psychické adaptability. Staří lidé bývají nejistí až úzkostní v neznámém prostředí stejně jako při rozhovoru s neznámými lidmi.

To vše nakonec ústí v pocity nejistoty, které se mohou projevit nepřiměřenými reakcemi. Starý člověk se bojí, že ho někdo ošidí, bývá nesnášenlivý, jindy až vztahovačný. Protože také hůře vidí a špatně slyší, vysvětluje si často dobře míněné jednání po svém. Starý člověk trpívá též zvýšenou únavností, poruchami spánku a rozmrzelostí. Tyto obtíže lze s pomocí lékařů minimalizovat, avšak zůstává ještě jeden problém: smutek. Staří lidé bilancují svůj život. Je to přirozené a normální. (Haškovcová, 1990)

Výraznou roli ve stáří hraje rodina. Stále představuje rozhodující místo v sociální integraci starých lidí. Během stáří rodičů se jejich vztahy s dětmi mění. V první fázi představují rodiče pro rodinu svých dětí podporu jak finanční, část z nich dokonce prodlužuje svou ekonomickou aktivitu, aby mohla finančně pomoci svým, již dospělým dětem, tak převzetím některých povinností jako je péče o děti, výpomoc v domácnosti aj. Orientace na rodinu a výpomoc dětem je u starých lidí součástí nového pojetí úlohy rodiny v životní dráze. Postupně se však tento vztah obrací. Rodičům ubývá sil, zhoršuje se jejich zdraví a později sami potřebují podporu. Nakonec bývají děti zaskočeny situací, kdy péče o starého člověka vyžaduje buď pravidelné návštěvy, nebo jeho přijetí do vlastní domácnosti.

Většina starých lidí také tuto péči od svých potomků očekává a dává jí přednost před jakoukoli jinou formou péče, což je bohužel v poslední době méně časté.

Ekonomicky sílicí společnost a důsledky vědeckotechnické revoluce se promítají do společenských změn. Pozornost lidstva se soustřeďuje na práci, efektivitu práce a samozřejmě také na práce schopné jedince. Ti, kteří současnému výrobnímu tempu nestačí, ti starší, kteří jsou pomalejší a vypadávají z rytmu, ztrácejí z uvažovaného hlediska na ceně. (Haškovcová, 1990)

Demografické stárnutí společnosti, které od poloviny 20. století postihuje ve větší či menší míře všechny země, se v současnosti stává jedním z celosvětových problémů.

Podle dlouhodobých prognóz budoucího vývoje bude podíl starších osob v populaci stále narůstat. O starých lidech a jejich zvyšujícím se počtu se v západních společnostech často hovoří jako o sociálním problému především v souvislosti s důchodovým systémem a s růstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči.

Podstatné jsou však otázky týkající se kvality takto prodlouženého života. Budou tato přidaná léta, léta zdraví nebo léta nemohoucnosti?

Demografové jsou v tomto ohledu rozděleni do dvou táborů. Optimistický tábor předkládá, že se zkrátí doba od vypuknutí choroby vedoucí ke smrti do smrti samotné. Předpokládá, že redukce rizikových faktorů a dokonalejší způsoby léčení oddálí příchod chorob způsobujících bezprostředně smrt, a proto bude celková stařecká nemocnost vtlačena do kratšího období, což by mohlo udržet, resp. nezvyšovat potřebu a nákladnost lékařské péče pro naše staré spoluobčany.

Druhý, pesimistický tábor naopak předpokládá, že prodlužování střední délky života povede ke zvyšujícímu se počtu let strávených před smrtí ve stavu zdravotní nezpůsobilosti. Podle pesimistů dojde k výměnnému obchodu mezi delším životem a zhoršujícím se zdravím. Odborníci si uvědomují, že vzhledem k rychlému stárnutí populace a změně spektra jejich pacientů je zapotřebí podporovat rozvoj geriatric a gerontologie.

Gerontologie k seniorům přistupuje z pohledu meziresortního na pomezí zdravotní a sociální oblasti.

Geriatric jako medicínský obor se vyznačuje interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří. Předmětem zájmu geriatric je stárnoucí a starý člověk ve zdraví a především v nemoci. Geriatric se zabývá četnými zvláštnostmi chorob ve stáří a jejich důsledky, zaměřuje se na prevenci, diagnostiku, terapii, rehabilitaci a ošetrovatelskou péči patologických forem stárnutí a stáří, přičemž používá specifické metody a formy

práce, zejména se pak zabývá chronickými stavy, spojenými se ztrátou funkčního potenciálu, ubýváním soběstačnosti a narůstáním závislosti..

Geriatrické syndromy jako imobilita, inkontinence, intelektové poruchy, demence, deprese, Alzheimerova choroba aj. nemusí nemocné bezprostředně ohrožovat na životě, ale podstatně ovlivňují kvalitu dalšího života. Jejich nositelé se v plné míře stávají závislými na pomoci dalších osob (rodina, přátelé, sousedé, komunitní služby). Nejednou vedou k přijetí do institucionální péče nemocniční (geriatrie, LDN) nebo sociální (domov důchodců), a to nejčastěji z důvodu nedostatečné péče doma.

Péče o stále rostoucí počet starších jedinců, kteří mají současně více chorob a komplikací ve sféře psychosociální, klade nejen daleko vyšší požadavky na systém organizace zdravotní a sociální péče o ně, ale bude vyžadovat i daleko vyšší stupeň znalostí a dovedností nejen pomoci, ale i pochopit tuto skupinu nemocných se všemi jejími specifiky v oblasti diagnostiky, léčby a komplexní péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Současná realita si žádá zásadní změnu v přístupu a vnímání stále rostoucí seniorské populace nejen v odborné veřejnosti, ale i celospolečenského povědomí stáří jako významné epochy lidského života. (<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/klinika-interni-geriatrie-a-prakt-lekarstvi/starnouci-populace/t2717>)

V České republice je péče o sociální případy ve zdravotnictví velkým problémem. Až třicet procent klientů ve zdravotnických zařízeních je zde hospitalizováno, protože pro ně není místo v ústavu sociální péče. Dnes jsou obě sféry placeny a organizovány odděleně a resorty mají tendenci mezi sebou náklady na péči neustále přesouvat.

Péče o starého člověka, který je nesoběstačný a dlouhodobě nemocný, má své velké nedostatky a rodina musí řešit spoustu překážek, jako je například složitá administrativa či nedostatek míst v institucích. Bylo by třeba, aby v budoucnu vznikaly zdravotně sociální ústavy, které budou péči o pacienty a klienty kombinovat, jako například zařízení, kde by fungovala jídelna pro staré lidi, léčebna dlouhodobě nemocných, penzion nebo chráněné bydlení.

4.4 Kvalita života a sociálně zdravotní péče

S pojmem kvalita života se v poslední době setkáváme čím dál častěji. Od druhé poloviny minulého století se začíná pojem kvalita života objevovat a zkoumat v různých vědních disciplínách. Předmětem zájmu byla z počátku především materiální stránka života společnosti jako celku, postupně však můžeme zaznamenat sílící proud výzkumu nematerialistické stránky a posun k subjektivnímu vnímání a hodnocení kvality života samotného individua. (Rapley In Svobodová, 2003)

Kvalita života je pojem složitý a velmi široký. Je těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu a komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Kvalita života je předmětem zájmu medicíny, psychologů, sociologů, environmentalistů, politologů, techniků, ekonomů apod. Pozornost byla v minulosti věnována odstraňování a zmírňování útrap nemocných, chudých; později byla zkoumána spokojenost s prací a životem, nyní je středem zájmu měření a analýza určité životní pohody a štěstí.

WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí. (Vaňurová, Múlpachr, 2011)

Hodnoty, populárně řečeno jsou uznávané, chtěné a zavazující ideje, působící na chování člověka. Hodnoty představují různou míru sepětí se systémem osobnosti a se sociálním systémem. Hodnotová orientace vyjadřuje smysl jednání a v ní zahrnutý cíl. Kvalita života se uskutečňuje výběrem a volbou možných cílů a prostředků vedoucích k jejich dosažení. Určuje životní styl a činnost člověka. Převažující přijaté hodnoty ve společnosti jsou kořenem motivace, chování, identifikace a sociální soudržnosti a ovlivňují proto všechny oblasti lidského rozvoje. Individuální hodnoty nemusí být totožné s hodnotami vyznávanými celou společností. Každý člen společnosti přikládá různým hodnotám různou důležitost. S tím, jak se mění společnost a její členové, mění se i společenský žebříček hodnot. Měnící se hodnotové žebříčky jsou odrazem přirozeného vývoje. Většina lidí se obvykle shodne na souboru základních hodnot, jednotlivé hodnoty však ve svých hodnotových žebříčkách se řadí různě. Zatímco pro někoho je největší hodnotou život a tak se snaží přežít za každou cenu, jiní život za nejvyšší hodnotu nepovažují a jsou ochotní například za svobodu (za vyšší hodnotu) ho položit. Kvalita

života se obvykle popisuje v pojmech jako je soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanost, tvořivost apod., jindy jako “schopnost milovat, pracovat a žít v souladu s danou kulturou”.

(http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc)

Babinčák (2011) ve výsledcích své studie ukázal, že šťastný život znamená mít rodinu, partnera, domov, přátele, kteří jsou oporou, zdravé a šťastné děti. Následuje mít práci, která baví, uspokojuje, finančně zabezpečuje. Na dalším pořadí je dostatečné finanční zabezpečení, dobrá životní úroveň, dostatek volného času pro sebe, blízké a přátele. Pro šťastný život je důležité zdraví (včetně blízkých osob). Šťastný život byl také zkoumanými osobami vyjadřován jako nebýt sám, nemít bolest, utrpení, problémy, nebýt bezmocný apod. Celkově lze shrnout, že většina osob spojovala a umísťovala šťastný život do vztahů.

V poslední době je věnována zvýšená pozornost otázkám kvality života uživatelů ústavních sociálních služeb. Ústavní sociální služby mají mezi sociálními službami zvláštní postavení. Jsou určeny lidem, kteří nemohou nebo nechtějí žít ve vlastním prostředí domova a mají snahu, aby se vlastnímu prostředí domova co nejvíce přibližovaly. Kvalita života v těchto zařízeních je velmi důležitá pro posouzení úspěšnosti, či neúspěšnosti intervencí léčebných, ošetrovatelských a rehabilitačních. Každý člověk má jinou hierarchii hodnot a v každém období svého života klade důraz na jiné priority. S přibývajícím věkem lze ve většině případů řadu všedních činností provozovat bez omezení, ale jsou i lidé, kteří toho nejsou schopni z důvodů sociálních, fyzických a nebo psychických postižení. Individuální potřeby člověka závislého na pomoci jiných se odlišují. Přechod z vlastního domova do ústavu, například po dlouhodobé hospitalizaci, je změnou prostředí, která je vnímána většinou negativně. Následky nemoci, úrazu, vrozených vad, změna soběstačnosti a uplatnění je téměř pro každého stresovou situací. Nejsou splněna očekávání, vnitřní i vnější faktory do značné míry ovlivní život člověka. Negativně je vnímána změna vlastního prostředí, které žádná instituce nemůže plně nahradit. Proto je žádoucí rozvíjet a rozšiřovat nabídku terénních ambulantních sociálně zdravotních služeb. Velkou roli pro začlenění obyvatele do ústavu má způsob přijetí, zajištění soukromí a vytvoření intimity domova v maximální míře. Nezbytnou podmínkou pro spokojený život uživatelů je podpora duševní činnosti spojená s aktivizací, zapojením do rozhodování, mít možnost volby a výběr nabídky. Poskytování kvalitních a komplexních služeb dle aktuálních a

individuálních potřeb, podpora integrace a předcházení izolovanosti a samoty by mělo být cílem každého poskytovatele. Kvalita života obyvatel ústavů je přímo závislá na velikosti a vybavení těchto objektů, ale také na vzdělání, schopnostech a přístupu pracovníků. (Hejduk, 2004)

V současné době se v České republice zvyšují nároky občanů na poskytovanou zdravotně sociální péči, která jim do značné míry pomáhá řešit nepříznivé životní situace způsobené zdravotním postižením nebo stářím. Velmi důležitá je především dostupnost zdravotně sociálních služeb, léčebné rehabilitace a další návaznost služeb.

4.5 Současná společnost a její postoj k výše uvedeným problémům

Dominujícím myšlenkovým trendem dnešní postmoderní společnosti je materialistický hédonismus. S tím souvisí úpadek tradičních hodnot, především těch, které ke své realizaci vyžadují námahu, sebepřekonávání a ochotu k oběti. Člověk dneška chce být především zdravý, šťastný a úspěšný. Největším nepřítelem je mu jakákoliv forma strádání. Tak dochází ke skutečnému přehodnocení mnohých hodnot. (Černý, 2012)

Člověka často ovládá nějaká touha, přání, chtění. Kdykoli si něco přejeme, musíme počítat s tím, že po splnění naší touhy nastanou určité změny. A ty bývají ne vždy úměrně velké velikosti našeho přání. Na první pohled samozřejmost, ale ne vždy dokážeme nebo chceme vidět všechny souvislosti. Mnohdy si vybereme jen to, co se nám líbí a před tím ostatním „strčíme hlavu do písku“. Jeden často opomíjený, zanedbávaný a podceňovaný faktor při rozhodování je schopnost plně přijmout zodpovědnost za vlastní činy. V naší společnosti je mnoho alibistů. Ať se stane cokoli, nikdo za nic nemůže, zodpovědná osoba neexistuje. Ne každý si uvědomuje význam pojmu „zodpovědnost“. Mnoho lidí se domnívá, že za své činy plnou zodpovědnost bere, velmi často si to jenom nalhávají nebo si význam pojmu „zodpovědnost“ dostatečně neuvědomují. Co vlastně *zodpovědnost* znamená? Je to schopnost zcela a bezmezně vykonat jakýkoliv čin s tím, že jsem si zcela vědom důsledků, který takový čin může přinést, a to jak pozitivních, tak negativních. Za důsledky, ať už budou jakékoliv, mohu pouze a jen já a jsem i připravený a ochotný veškeré důsledky a následky, z takového činu plynoucí, přijmout a nést. To by si měl každý dobře uvědomit, kdykoli se pro něco rozhoduje a to obzvláště v tak citlivé problematice, která se týká vzniku života, dětí, zdraví, nemoci, stáří i blížící se smrti.

Zodpovědnost za to, jakým způsobem přivedeme na svět svoje děti

Jedním z životních cílů většiny lidí je mít děti. Často to mnozí považují za samozřejmost. O to větší zklamání přichází, když touha po dítěti zůstává nenaplněná. Čím dál více rodičů se dnes obrací na centra asistované reprodukce. Reprodukční medicína může mít dvě odlišné podoby. Může být projevem snahy o vyřešení organických či funkčních problémů, jejichž výsledkem je nemožnost přivést na svět potomka přirozenou cestou. Pokud se podaří tyto problémy odstranit a rodiče mohou mít své dítě, můžeme brát reprodukční medicínu jako velký přínos pro společnost a její rozvíjení podporovat. Na tom se shoduje velká většina. Velká názorová odlišnost se objevuje v případě, kdy se jedná o umožnění získání potomků za pomoci nejmodernějších technik, který již nelze považovat za přirozený. Problémová je už i situace s dárcovstvím. Spermie i vajíčka mohou manželé dostat od anonymních dárců. Dárcovství gamet je běžná praxe, která umožnila narození spousty zdravých dětí. Právně jsou rodiče rodiči, ale biologicky ne, i když dítě matka přivede na svět. A co právo dítěte? Vlastní kořeny jsou stále pro člověka velmi důležité. Každý z nás pokládá za zcela jasné a samozřejmé odpovědi na základní otázky - kdo jsem, kam patřím, kdo je má rodina, kdo jsou mí předkové. Lidé bez možnosti znát odpovědi na tyto otázky (například některé děti z dětských domovů) tímto často trpí. Proto platí, že bychom neměli tyto situace sami vědomě a uměle vytvářet, ale naopak pokud možno se jim vyhnout. Vlastní dítě tak můžeme v budoucnu dostat do komplikací se svou biologickou identitou. Názory na tento problém se velmi liší - zatímco ve Francii je anonymita povinná, ve Švédsku má dítě ze zákona právo na identifikaci biologického rodiče. To celou věc značně komplikuje. Který z dárců bude riskovat, že se u něj doma po dvaceti letech objeví mladý člověk s tím, že je jeho vlastní biologické dítě. A co když se těchto dětí objeví třeba deset? Byť jen teoreticky, ale hrozí, obzvláště v naší malé republice, že tyto děti mohou mezi sebou navázat vztah nebo se dokonce i vzít, aniž by věděli, že jsou sourozenci! Je to sice málo pravděpodobné, ale možné.

Asistovaná reprodukce sloužila především těm partnerům, kterým se nedařila úvodní fáze oplození, ale jinak byli v pořádku. Přesto i tak nastávaly eticky velmi hraniční situace. Pro zvýšení pravděpodobnosti životaschopnosti embrya a jeho uchycení v děloze, se do dělohy přenášel větší počet embryí, zpravidla tři. Když se ujala všechna, leč která žena si nepřála, nebo nebyla schopná donosit trojčata, volil se postup, kterému se říká "redukce těhotenství". Zůstane jeden vyvolený, kterému je umožněno dál se vyvíjet a žít. A zde na sebe lékař bere rozhodnutí, které to bude, komu daruje život. Je absurdní, kam se

moderní medicína dostala - léčí neplodnost a v případě velkého úspěchu život ukončuje. V budoucnu budou možná rodiče v pokušení ovlivnit nejen kolik chtějí dětí, ale i pohlaví dítěte, rovněž jeho schopnosti, tělesnou výšku, atletické dovednosti, inteligenci, krásu – ať slovo krása znamená cokoliv.

Etických otázek, souvisejících s moderními metodami umělého oplodnění, je celá řada. Vytváříme zcela nové a nevyzkoušené situace, v nichž pojmy jako otec, matka, početí, mateřství dostávají smysl, jaký by si naši předkové vůbec neuměli představit. Nabouráváme samotné pojetí člověka - láska-sexualita-zrození, lidská důstojnost, identita, integrita, rodová linie, rodina, rodičovství. K těmto novým situacím musíme přistupovat s maximální opatrností a odpovědností, s bázni a pokorou. (Haškovcová, 1998)

Moderní medicína se dostává na rozcestí, kde se musí rozhodnout, jestli opravdu bude v praxi realizovat vše, co je schopna dělat. Někteří ctižádostiví vědci jsou přímo posedlí výzkumem ve svém oboru. Ale záleží jen na nás, do jaké míry necháme vše, co medicína dokáže, vstoupit do našich životů. Vždyť vědecký pokrok není ani zdaleka tou nejvyšší hodnotou, jíž bychom se měli podřizovat.

Zodpovědnost za kvalitu života svých dětí

Když se v roce 1960 narodilo dítě s váhou nižší než jeden kilogram, pravděpodobnost, že nepřežije, činila 95 procent. Dnes je tomu naopak. Časová hranice záchrany předčasně narozeného dítěte je v Česku stanovena na 24. týden těhotenství; stejně jako ve většině evropských zemí. Díky rozvoji technologie a s tím spojené péče o předčasně narozené novorozence ve speciálních, takzvaných perinatologických centrech, se v posledních letech značně snížila úmrtnost předčasně narozených dětí. Avšak pravděpodobnost závažného neurologického a mentálního poškození je stále alarmující. 4. 4. 2011 na ČT1 současný ministr zdravotnictví Leoš Heger hovořil o hranici pro zachraňování dětí narozených ve 24. týdnu a rovněž o tom, jak je tato péče nákladná. Jeho vystoupení vyvolalo silné emoce a téměř celonárodní diskuzi odborné i laické veřejnosti. Hranice, pod níž už lékaři dítě nezachraňují, může být posunuta na základě doporučení odborných lékařských společností - České neonatologické společnosti a České gynekologicko-porodnické společnosti. Přestože je lékařům připisována touha a poslání zachraňovat za každých okolností a posouvat hranice možností, někteří členové obou společností se přiklánějí k jejímu zvýšení na 25. týden. (<http://www.celysvet.cz/n1567-v-hodine-narozeni--nebo-smrti.php>)

Vývoj specializovaných odvětví lékařské vědy a technický pokrok umožňují překračovat lidskou přirozenost. Když se podíváme na ty malé človičky (24 týdnů) v inkubátorech, je třeba taky vnímat jejich utrpení. Mají nevyvinuté plíce a nezralé ostatní orgány. Prodělávají operace a některé z nich stejně nepřežijí. Trpí oni, jejich matky. Říká se, že: „V mapě těla zůstává vše, co prožijeme.“ Dokáže dítě zapomenout toto strádání a bolesti prvních pěti měsíců v inkubátoru?

Lidé své blízké milují tak moc, že kdyby je nezachránili, tak by se cítili provinile. Ale to je často pouhý alibismus, sobectví a strach přijmout zodpovědnost. Strach s toho, že se s negativní událostí nedokážeme vyrovnat. „Negativní události nás zasáhnou, ale obvykle ne tolik a ne na tak dlouho, jak předpokládáme,“ zdůrazňuje americký psycholog Gilbert. Tvrdí, že většina z nás silně přeceňuje dopad, jaký by na náš život měly potenciální tragické události jako je ztráta dítěte, partnera, zaměstnání nebo střechy nad hlavou. Lidé, kteří přežili velká traumata, se z nich podle něho vzpamatovávají rychleji a lépe, než by sami čekali. (Šťastná, 2011)

Postoj společnosti ke starým, nemocným a postiženým.

Často kolem sebe slýcháme nejen od starých a nemocných lidí: nechtěl bych být nikomu na obtíž. Mediální svět bohužel ukazuje z jedné strany stáří, jehož příchod jako by se dal oddálit zdravou životosprávou, pohybovou aktivitou, dostatkem koníčků či různými jinými formami péče o své tělo. Z druhé strany je pak prezentováno Alzheimerem, inkontinencí, ústavy a otázkami kdo to bude platit, když starých lidí bude přibývat. Proto se nelze nedívat obavám stárnoucích lidí, kdo se o ně postará, když budou „na obtíž“. Když nebyly rodičům na obtíž jejich děti a starali se o ně tzv. od plen, neměli by pak zase naopak být dětem na obtíž jejich rodiče. Bývalo zvykem, že jim jejich péči ve stáří „vracely“.

Současná mladá generace označovaná jako „já“ generace je sebestředná, individualistická a soupeřivá. K tomu přispívá mimo jiné udržování on-line přátelství v sociálních sítích. Konverzace probíhající on-line vytváří vzorec chování, který si lidé přenáší do mezilidských vztahů. Velmi výrazně poklesla empatie, citlivost a upřímnost. Lidé se uzavírají do sebe. Přitom mladší generace, které mají mezi sebou své stárnoucí rodiče, by se měly seznámit s procesy stárnutí, aby lépe chápaly změny, které mohou časem zaznamenávat. Vždyť právě pozornost, kterou našim stárnoucím rodičům poskytujeme, je pro ně to nejlepší. Hovořit s nimi o jejich problémech a nenechávat je samotné. Vždyť sami jednou také do jejich věku dojdeme a možná, že právě takový kontakt

je pro nás tím nejlepším poznatkem, jak předcházet různým obtížím, které stáří přináší a které jsou mnohdy zbytečné, kdybychom se naučili o sebe lépe pečovat. Péčí o starší rodinné příslušníky nic neztrácíme, ale naopak se obohacujeme o znalosti, které budeme jednou sami potřebovat.

Postoj společnosti k eutanázii

Podle výsledků průzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění se stále více Čechů domnívá, že by český právní řád měl umožňovat eutanazii. Vyslovují se pro to již dvě třetiny lidí. Lidé jsou stále liberálnější a zastávají názor, že pokud má člověk právo zvolit si způsob života, který chce vést, vedle toho by také měl mít zcela základní a suverénní právo zvolit si okamžik smrti, jestliže nastanou určité podmínky, předem definované.

Podle Svatošové, (2008) jsou výsledky průzkumu veřejného mínění alarmující. Příčiny, proč by většina národa hlasovala pro eutanazii, vidí v:

- přetechnizované a odlidštěné medicíně,
- nedostatečné nebo chybné komunikaci,
- direktivitě zdravotníků,
- invazivní vyšetřovací a terapeutické postupy leckdy jen z alibismu,
- nerespektování autonomie pacienta,
- strachu z dystanzie (zadržování smrti),
- terapeutická posedlost tam, kde je třeba "dovolit odejít",
- strachu z bolesti,
- nedostatečné informovanosti laiků o možnostech léčby bolesti,
- nedostatečné využívání možností léčby bolesti ze strany lékařů,
- člověk není vnímán jako jedinečná, neopakovatelná lidská bytost,
- život není chápán jako úkol,
- narušené mezilidské vztahy, sobectví, nedostatek obětavosti a lásky .

Při mapování veřejného mínění, pokud jde o eutanazii, bohužel dotazovaní nedovedou eutanazii ani správně definovat a přesto s ní souhlasí a jsou pro její legalizaci. Domnívám se, že je třeba řádně informovat veřejnost o tom, co eutanazie je, a snažit se ošetřovat nemocné tak, aby o ukončení života ani neuvažovali, anebo jim dokázat, že takové úvahy nejsou potřebné. Je třeba používat jasné argumenty a vyvrátit představu, že existují jen dvě možnosti: buď umírání s nesnesitelným utrpením, anebo eutanazie. O třetí

možnosti dosud málokdo uvažuje. V naší zemi se velmi dobře rozvíjí paliativní a hospicová péče. Kdo má vlastní zkušenost s hospici může potvrdit, že zde se umírá v důstojnosti. A to je nejlepší forma boje proti legalizaci eutanázie – ukázat, že je v podstatě zbytečná. Na druhou stranu rozvoj hospicové péče neobsáhne celou problematiku eutanázie, protože problém eutanázie se dotýká mnoha dalších rovin v oblasti zdravotní péče. Jedná se o

- extrémně nezralé a postižené novorozence,
- vážně postižené děti (např. hluboká mentální retardace),
- problematiku intenzivní a resuscitační péče,
- nevléčitelně nemocné,
- pacienty v terminálním stádiu,
- přestárlé lidi.

Munzarová, dlouholetá přednostka Ústavu lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, je velkým odpůrcem eutanázie, zato velkým zastáncem paliativní péče v České republice. V článku *„Akceptováním eutanázie bychom mohli dospět k tomu, že smrt má větší cenu, než život“* uvádí: „Dle holandského modelu je eutanázie definována takto: jedná se o úmyslné ukončení života člověka na jeho vlastní žádost někým jiným než člověkem samotným (např. lékařem). Je tedy přítomen úmysl zabít, zabití na vlastní žádost pacienta. S touto definicí souhlasí i Světová lékařská asociace, eutanázii však jednoznačně odsuzuje. Ale tzv. „nechání - dovolení zemřít“ (allowing to die, letting die) umírajícího nemocného v terminálním stavu choroby je naprosto odlišné od zabití. Nikdy bychom neměli úmyslně způsobit člověku žijícímu smrt. Léčba však může být odmítnuta nebo vysazena tehdy, není-li naděje na zlepšení stavu anebo tehdy, je-li nadměrně zatěžující (a to i kdyby určitá naděje na zlepšení byla). Při tomto uvažování se jedná o hodnotu léčby pro pacienta a nikoliv o hodnotu jeho života. Otázkou není, zda život nemocného je neúčinný nebo obtížný, otázkou je, zda léčba je pro nemocného užitečná, zda mu prospěje a nebo zda je pro jeho život nadměrnou zátěží. Samozřejmostí je o nemocného i po vysazení zbytečné, marné a nebo příliš zatěžující léčby nadále pečovat a mírnit jeho trápení až do posledního dechu. Rozlišování těchto dvou, diametrálně odlišných, postojů je tedy nesmírně důležité. Nechání umírajícího nemocného zemřít není eutanázie. Mnozí oba postupy směřují dohromady. Paliativní a hospicová péče je důkazem toho, že to jde. Její filozofií je řádné ošetřování všech dimenzí člověka – fyzické, psychické, spirituální a sociální; nemocný má plné právo odmítnout léčbu, kterou

již on sám pokládá za zbytečnou a zatěžující, vždyť jen on sám je zdrojem našeho práva jej léčit.“ (Bobůrková, 2011)

Dříve nebývalo obvyklé vyjadřovat takto svou vůli. Také to nebylo nutné, protože očekávaná délka života byla u většiny lidí krátká a medicína měla pro udržení života dělat všechno, co bylo v jejích omezených možnostech. Šlo o to zajistit, aby člověk nezemřel příliš brzy. Nyní jde vzhledem k modernímu vývoji lékařské techniky o to, jak by se člověk mohl o sebe postarat, aby nemusel prožívat proti své vůli při nasazení nepřiměřených lékařských prostředků příliš dlouhé umírání, které by mohlo sloužit jen k uspokojení tížádnosti odborníků. Téma vyjádření pacientské vůle je však také příznačné pro hodnotový posun, k němuž v naší společnosti došlo - dnes záleží více na prodloužení života než na jeho subjektivně vnímané kvalitě.

Proto nelze očekávat, že by v diskuzi o legalizaci eutanázie mohlo v dohledné době dojít ke shodě mezi jejími odpůrci a zastánci.

Rodělení argumentů podle Krčméryové, (2011):

Argumenty zastánců eutanázie :

- Hlavní důraz kladou na autonomii pacienta v rozhodování o svém životě resp. smrti.
- Terminální stadium pacienta, resp. nevléčitelné onemocnění chápou jako stav nejvyšší nouze, který opravňuje použít i extrémní postupy.
- Vykonávání eutanázie chápou jako akt pomoci pacientovi - tzn. milosrdná smrt, zdůrazňují, že lékař je povinný tuto pomoc poskytnout.
- Uskutečnění eutanázie „v nejlepším zájmu pacienta“.
- Zdůrazňují otázku kvality života.
- Upozorňují na ekonomické a sociální aspekty péče o těžce nemocné a umírající.

Argumenty odpůrců eutanázie :

- Každý člověk má právo na ochranu svého života - právo na život je nejzákladnější lidské právo, život je nejvyšší hodnota
- Smrt jako zápor života není hodnotou. Proto ani mezinárodní právní dokumenty nezahrnují právo na smrt.
- Eutanázie je zkrácení života konáním jiné osoby, jde tedy o domáhání se práva pro toho, kdo úmyslně nemocnému zkrátí život, usmrtí ho.

- Úmyslné zbavení života jiného člověka je vždy usmrcením se všemi skutkovými znaky trestného činu.
- Eutanázie je zjednodušení problému utrpení terminálně nemocného pacienta, ale často i nedostatky ve zdravotní péči. Selhali zdravotníci, příbuzní a společnost. Určitý stupeň utrpení může mít pro pacienta hodnotu.
- Lékař, který vyhoví žádosti nemocného o eutanázii dělá tak z falešného soucitu. Pravý soucit umožní uvědomit si, že jde o volání o pomoc.
- Dobrá léčba bolesti je dnes možná.
- Legalizace by znamenala velkou diskriminaci mezi životem zdravým a životem postiženým nemocí. Je to v protikladu s právní logikou.
- Eutanázie je v rozporu s tradicí etiky medicíny i lékařského povolání.
- Narušení vztahu lékař - pacient. „Nikdo by nevěděl, zda se lékař blíží jako pomocník a léčitel a nebo jako soudce a kat.“
- Ekonomické argumenty mohou vést ke zbavování se jedinců.
- Otázka kvality života nemocného. Kdo ho může posoudit? Umírající může být šťastnější než zdravý. Otevírá se prostor pro zabíjení postižených a chronicky nemocných.

Eutanázie - ano, či ne ?

Problém eutanázie není o nesnesitelné bolesti. V každém člověku se totiž mísí dva postoje: Na jedné straně je to pomáhající postoj - altruismus - a na druhé straně je to sklon k odporu vůči nemoci a bezmoci. Stejně jako v panenské přírodě je pro stádo někdy nutností v rámci pudu sebezáchovy zanechat nemocného člena na pospas svému osudu. Obě tyto síly vytváří rovnováhu. Hledání zdravé rovnováhy je úkolem společnosti, avšak zdá se, že legalizování euthanasie je spíše útěk před problémem, než moudrým rozhodnutím.

Základní chybou lidského myšlení a jednání je krátkozraká účelovost. Medicína je jeden z příkladů toho, jak mnohdy účinně dosáhneme okamžitého cíle, který jsme si vytyčili, ale naprosto nám uniká širší kontext, systémová zpětnovazebná propojenost každého děje s celým organismem, populací, systémem. Navíc celé naše myšlení i jednání je součástí tohoto systému, proměňuje ho a proměňuje se s ním. (Škrdlant , 2002)

5. EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

5.1 Předmět empirického šetření

Empirické šetření bylo zaměřeno na zjištění názorů a postojů zdravotnické a laické veřejnosti na nejčastěji diskutovaná témata v bioetické problematice, kde se jedná především o otázky lidského rozhodování a jeho motivů v některých případech jako je asistovaná reprodukce, interrupce a eutanázie. Podmětem pro toto šetření mi byly některé výsledky anket a názory veřejnosti prezentované v českých médiích. Chtěla jsem si sama ověřit pravdivost údajů, která média uvádí a zjistit případné rozdíly v názorech.

Metoda empirického šetření a časový průběh

Jako metodu výzkumu jsem zvolila dotazník, který umožňuje získat údaje od většího počtu respondentů. Vzhledem k tomu, že se jedná o citlivá témata, snažila jsem se o zachování anonymity. Dotazník, který obsahuje 22 otázek, jsem rozeslala mailem na 100 adres s průvodním dopisem, kde jsem vysvětlila zkoumanou problematiku a požádala o rozeslání na další adresy. Odpovědi byly odesílány na systém Gogole – dokumenty, který byl nastaven tak, aby nebylo možné zjistit, od koho byla odpověď odeslána. Během dvou měsíců od 7. 11. 2011 do 7. 1. 2012 přišlo 300 vyplněných dotazníků.

Otázky č. 1 – 6 jsou obecné. Odpovědi na otázky č. 7 – 15 mají sloužit k doplnění teoretické části, zabývající se některými specifickými otázkami bioetiky. Otázky č. 16 – 22 byly určeny k potvrzení, či vyvrácení stanovených hypotéz.

5.2 Stanovení hypotéz

Na základě poznatků získaných při studiu literatury a na základě výsledků předběžných, nestrukturovaných, volných rozhovorů na dané téma, jsem si stanovila tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1 : Předpokládám, že většina obyvatel je pro legalizaci eutanázie.

Cílem je ověřit, zda informace prezentovaná v médiích je skutečně pravdivá.

Hypotéza č. 2 : Odpojení člověka v dlouhodobém komatu od přístrojů, které ho udržují při životě, je ukončení života zásahem druhé osoby. Domnívám se, že až čtvrtina respondentů tento zásah vůbec nepovažuje za eutanázii.

Na základě výsledků předběžných, volných rozhovorů na dané téma jsem zjistila, že část veřejnosti tento zásah vůbec nepovažuje za eutanázii, proto jsem si pro ověření stanovila tuto hypotézu.

Hypotéza č. 3 : Riziku zneužití eutanázie by teoreticky měli zabránit speciálně vytvořené komise. Přestože se větší část veřejnosti přiklání k legalizaci eutanázie, domnívám se, že více než 50% respondentů nevěří, že by tyto komise mohly zneužití eutanázie zabránit.

Cílem této hypotézy je ověřit postoj veřejnosti k návrhu na vytvoření speciálních komisí, které by se měly zabývat schvalováním a oprávněností žádostí o eutanázii a zabránit tak možnému zneužití.

Hypotéza č. 4 : Souhlasný postoj respondentů s legalizací eutanázie by měl vycházet z kvalitních a dostupných informací. Domnívám se, že nejméně 50% dotazovaných osob kvalitní a dostupné informace nemá.

Tato hypotéza má sloužit k ověření informovanosti veřejnosti.

Hypotéza č. 5 : Domnívám se, že osoby jiné profese jsou více pro legalizaci eutanázie, než pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách.

Cílem je zjistit, zda se zdravotničtí pracovníci a pracovníci sociálních služeb přiklání méně k legalizaci eutanázie, než lidé pracující v jiných profesích.

5.3 Zpracování výsledků šetření – univariační analýza

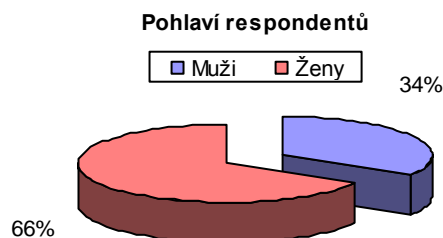
Získané údaje jsou uvedeny v konkrétních číslech a v procentech zaokrouhlených na celé číslo. Pro přehlednost jsou některé otázky vyhodnoceny i graficky.

Otázka č. 1 Pohlaví respondentů

Tab.1 Pohlaví respondentů

	Počet	Vyjádření v %
Muži	101	34
Ženy	199	66
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní



Graf č.1 Pohlaví respondentů

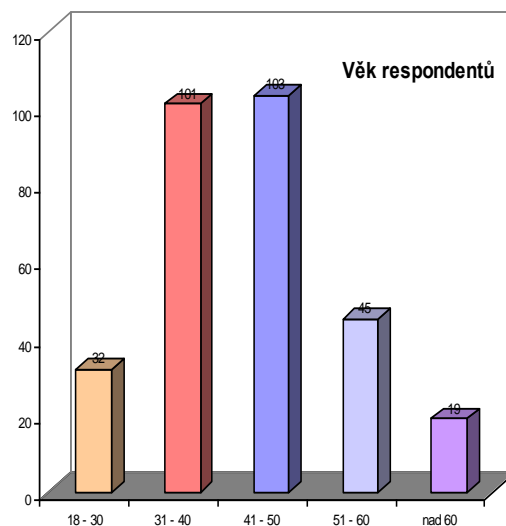
Z tří set respondentů je 34 % mužů a 66 % žen. Ženy samy projevovaly větší zájem o spolupráci.

Otázka č. 2 Věk respondentů

Tab.2 Věk respondentů

	Počet	Vyjádření v %
18 – 30 let	32	11
31 – 40 let	101	34
41 – 50 let	103	34
51 - 60 let	45	15
nad 60 let	19	6

Zdroj: vlastní



Graf č. 2 Věk respondentů

Věková skupina 18 - 30 let má 11% respondentů. Nejvíce odpovídala střední generace, stejné zastoupení 34% měly věkové skupiny 31 – 40 let a 41 – 50 let. V kategorii 51 - 60 let odpovědělo 15%, nad 60 let jen 6 %. Lze předpokládat, že starší generace je v menším zastoupení, protože tolik nevyužívá internet.

Otázka č. 3 Bydliště

Tab.3 Bydliště

	Počet	Vyjádření v %
Město	266	75
Vesnice	71	24
Neodpověděli	3	1
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

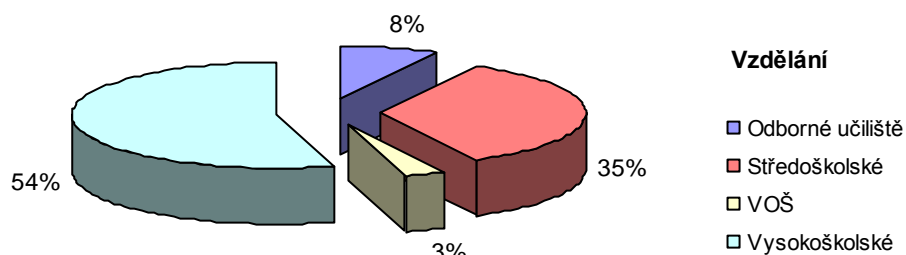
75% respondentů žije ve městě, 24% na vesnici. Je zajímavé, že na otázku bydliště neodpovědělo 1 procento dotazovaných. Domnívám se, že tuto otázku nepovažovali za důležitou.

Otázka č. 4 Vzdělání

Tab.4 Vzdělání

	Počet	Vyjádření v %
Odborné učiliště	23	8
Středoškolské	104	35
VOŠ	10	3
Vysokoškolské	163	54
Celkem	300	100%

54% respondentů má vysokoškolské vzdělání, 3% vyšší odbornou školu, 35% je středoškolsky vzdělaných a 8% absolvovalo odborné učiliště. Zastoupení vysokoškoláků oproti středoškolsky vzdělaným je vyšší, než jsem předpokládala.



Graf č.3 Vzdělání

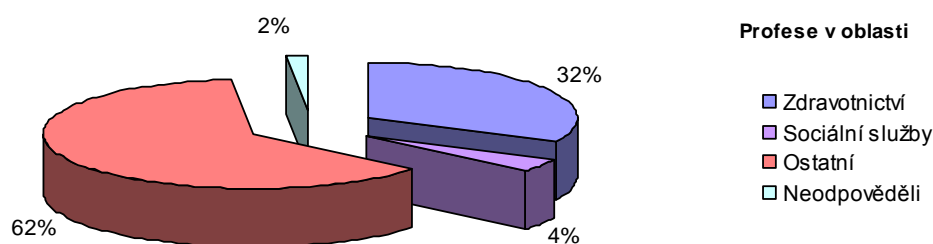
Zdroj: vlastní

Otázka č. 5 Profese v oblasti

Tab.5 Profese v oblasti

	Počet	Vyjádření v %
Zdravotnictví	97	32
Sociální služby	12	4
Ostatní	186	62
Neodpověděli	5	2
Celkem	300	100%

Na otázku v jaké pracují profesi odpovědělo 32% zdravotníků, 4% pracovníků ze sociálních služeb, 62% ostatní povolání a 2% dotazovaných neodpovědělo na tuto otázku vůbec.



Graf č.4 Profese v oblasti

Zdroj: vlastní

Otázka č. 6 Počet dětí

Tab.6 Počet dětí

	Počet	Vyjádření v %
1	52	17
2	153	51
3 a více	29	10
Nemám děti	65	22
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

17% dotazovaných má 1 dítě, 51% má dvě děti, 10% respondentů má 3 děti a více a 22% je bezdětných.

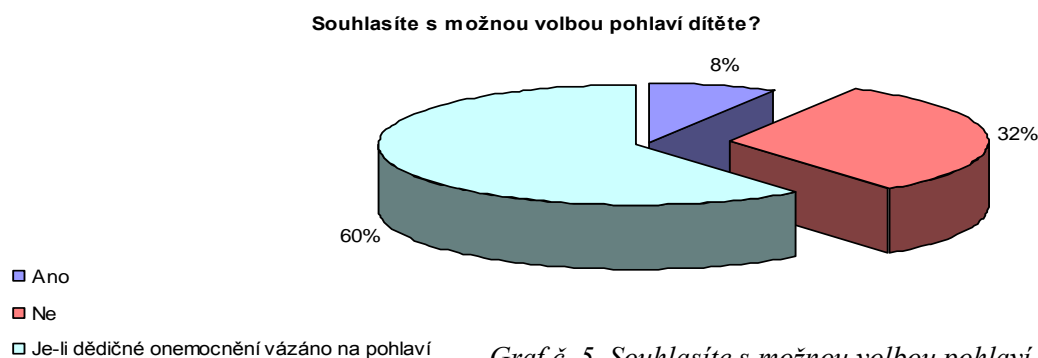
Otázka č. 7 Souhlasíte s možnou volbou pohlaví dítěte?

Tab.7 Souhlasíte s možnou volbou pohlaví dítěte?

	Počet	Vyjádření v %
Ano	24	8
Ne	95	32
Pouze v případě, je-li dědičné onemocnění vázáno na pohlaví	182	60
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

Na otázku zda souhlasí s možnou volbou pohlaví dítěte odpovědělo 32% dotázaných, že nesouhlasí, 8% souhlasí a 60% s volbou pohlaví souhlasí pouze v těch případech, kdy je na pohlaví vázáno dědičné onemocnění dítěte.



Graf č. 5 Souhlasíte s možnou volbou pohlaví dítěte?

Otázka č. 8 Interrupce

Tab.8 Interrupce

	Počet	Vyjádření v %
Zcela odmítám	10	3
Beru jako právo matky svobodně disponovat se svým tělem	219	74
Přípustná v případě ohrožení života či zdraví matky	37	12
V případě, že prenatální vyšetření signalizuje závažnou chorobu nebo poškození dítěte	31	10
Neodpověděli	3	1
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

74% respondentů považuje interrupci za právo matky svobodně disponovat se svým tělem, 3% interrupci zcela odmítají, pro ostatní je přípustná v případě ohrožení života matky, nebo když prenatální vyšetření signalizuje závažnou chorobu nebo poškození dítěte.

Otázka č. 9 Umělé oplodnění

Tab.9 Umělé oplodnění

	Počet	Vyjádření v %
Striktně odmítám	4	1
Je to dobrá metoda, jak pomoci partnerům, kteří mají problém	245	82
Uznávám jen ve výjimečných případech	30	10
Nemám vyhraněný názor	14	5
Jiný názor	7	2
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

82% dotázaných považuje umělé oplodnění za dobrou metodu, jak pomoci partnerům, kteří mají problém s početím, 10% tuto metodu uznává pouze ve výjimečných případech, jen 1% ji striktně odmítá.

Otázka č. 10 Institut náhradního mateřství není v ČR zakázán, ani povolen, či jinak legislativně řešen. Jaký je Váš názor na tuto problematiku?

Tab.10 Institut náhradního mateřství

	Počet	Vyjádření v %
Považuji za dobré řešení pro ženy, které samy nemohou donosit dítě	127	42
Považuji za obchodování s dětmi a nesouhlasím s ním	30	10
Souhlasím s tímto řešením, v případě, že je bezúplatné, vedené touhou pomoci	114	38
Jiný názor	29	10
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

Institut náhradního mateřství, považuje za dobré řešení pro ženy, které samy nemohou donosit dítě 42%, 38% s tímto řešením souhlasí, v případě, že je bezúplatné, vedené touhou pomoci a 10 % to považuje za obchodování s dětmi.

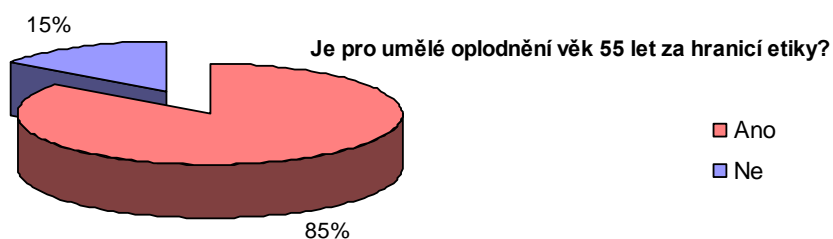
Otázka č. 11 Návrh zákona počítá s tím, že by ženy mohly požádat o umělé oplodnění až do věku 55 let. Je tento vyšší věk podle Vás za hranicí etiky?

Tab.11 Je pro umělé oplodnění věk 55 let za hranicí etiky?

	Počet	Vyjádření v %
Ano	255	85
Ne	45	15
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

85% dotazovaných odpovědělo, že zvýšení věku pro provedení umělého oplodnění považují již za hranici etiky. 15% posunutí věkové hranice na 55 let za etický problém nepovažuje.



Graf č.6 Je pro umělé oplodnění věk 55 let za hranicí etiky?

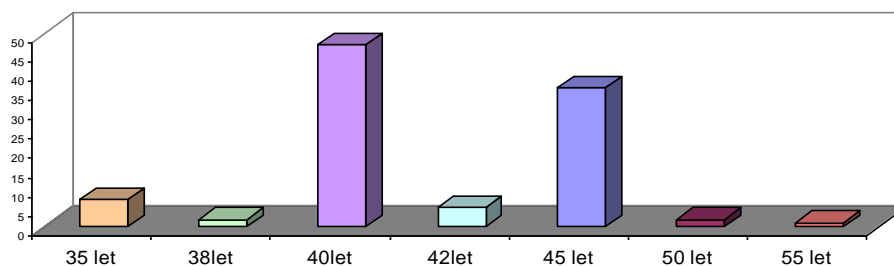
Otázka č.12 Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, uveďte do jakého věku ženy považujete za vhodné provádět umělé oplodnění.

Tab.12 Maximální věk žen, vhodný pro umělé oplodnění

Věk	35 let	38 let	40 let	42 let	45 let	50 let	55 let
Počet	7	2	47	5	36	2	1

Na otázku č.12 – do jakého věku ženy považujete za vhodné provádět umělé oplodnění, odpovědělo 100 respondentů – tedy jedna třetina. Nejčastěji se vyskytovala odpověď, že za věkovou hranici pro provedení umělého oplodnění považují 40 a 45 let.

Maximální věk žen, vhodný pro umělé oplodnění



Graf č.7 Maximální věk žen, vhodný pro umělé oplodnění

Zdroj: vlastní

Otázka č.13 Co si myslíte o návrhu ministra zdravotnictví, stanovit hranici, za kterou se již děti narozené předčasně, zachraňovat nemají.

Tab.13 Stanovení hranice, kdy se již děti narozené předčasně, zachraňovat nemají

	Počet	Vyjádření v %
Ano, měla by být stanovena nějaká hranice	123	41
Ne, je třeba využít všech možností i za cenu velkých rizik	86	29
Nevím	87	29
Neodpovědělo	4	1
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

41% dotázaných si myslí, že by měla být stanovena hranice, kdy by se předčasně narozené děti, extrémně nezralé s extrémně nízkou hmotností, zachraňovat neměly. 29% se domnívá, že je třeba využít všech možností i za cenu velkých rizik, ostatní neví, nebo neodpověděli.

Otázka č.14 V případě narození dítěte s velmi závažným fyzickým či mentálním onemocněním (resp.kombinací obou), které bude vyžadovat celoživotní intenzivní péči, domníváte se že byste se dokázali o dítě postarat?

Tab.14 Domníváte se že byste se dokázali o dítě postarat?

	Počet	Vyjádření v %
Dokázali bychom se o dítě postarat	29	10
Dokázali bychom se o dítě postarat, ale jen s pomocí (různé denní, týdenní stacionáře a jiná zařízení)	179	60
Využili možnosti ústavní péče	85	28
Neodpovědělo	7	2
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

60% respondentů uvádí, že by se dokázali o dítě s velmi závažným fyzickým či mentálním onemocněním (resp.kombinací obou), které bude vyžadovat celoživotní intenzivní péči, postarat, ale pouze s pomocí denních či týdenních stacionářů nebo jiných zařízení. 28% by využilo ústavní péči a poze 10% se domnívá, že by se o dítě dokázali postarat sami.

Otázka č.15 Předpokládáte, že byste se dokázal(a) postarat o rodinného příslušníka ve stáří nebo při vážném onemocnění vyžadujícím celodenní péči?

Tab.15 Dokázal byste se postarat o rodinného příslušníka vyžadujícího celodenní péči?

	Počet	Vyjádření v %
Ano	79	26
Ne	26	9
Pouze s výpomocí (např. pečovatelské služby)	192	64
Neodpověděli	3	1
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

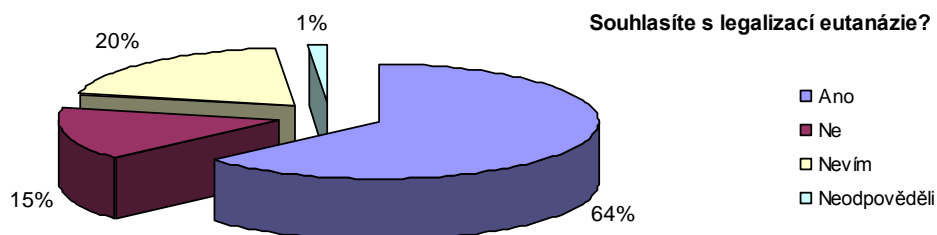
26% dotázaných odpovědělo, že by se dokázali postarat o rodinného příslušníka ve stáří nebo při vážném onemocnění vyžadujícím celodenní péči. 64% se domnívá, že by to zvládli za pomoci například pečovatelské služby a jiných subjektů., 9% odpovědělo, že by tuto péči nezvládlo.

Otázka č.16 Souhlasíte s legalizací eutanázie?

Tab.16 Souhlasíte s legalizací eutanázie?

	Počet	Vyjádření v %
Ano	190	64
Ne	45	15
Nevím	61	20
Neodpověděli	4	1
Celkem	300	100%

63% respondentů souhlasí s legalizací eutanázie, jen 15% je proti. 20% neví.



Graf č.8 Souhlasíte s legalizací eutanázie?

Zdroj: vlastní

Otázka č.17 Schvalujete možnost aktivní, pasivní eutanázie, nebo neschvalujete žádnou možnost eutanázie?

Tab.17 Schvalujete eutanázii aktivní, pasivní nebo žádnou?

	Počet	Vyjádření v %
Aktivní eutanázie	147	50
Pasivní eutanázie	113	38
Neschvaluji žádnou možnost eutanázie	34	11
Neodpověděli	3	1
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

Otázka č.18 Považujete odpojení člověka v dlouhodobém komatu od přístrojů, které ho udržují při životě za eutanázii aktivní, pasivní nebo ji za eutanázii nepovažujete?

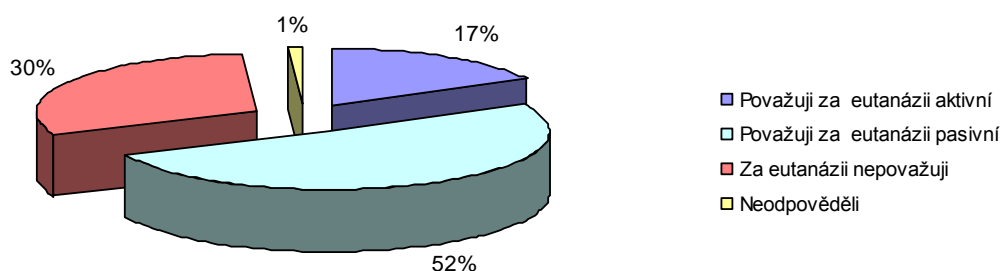
Tab. 18 Považujete odpojení člověka od přístrojů, které ho udržují při životě za eutanázii ?

	Počet	Vyjádření v %
Považuji za eutanázii aktivní	52	17
Považuji za eutanázii pasivní – jedná se o nepokračování v léčebném postupu	154	52
Za eutanázii nepovažuji	91	30
Neodpověděli	3	1
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

30% respondentů nepovažujete odpojení člověka v dlouhodobém komatu od přístrojů, které ho udržují při životě, za eutanázii. 52% to považuje za eutanázii pasivní a 17% hodnotí tento skutek jako eutanázii aktivní.

Považujete odpojení člověka od přístrojů, které ho udržují při životě za eutanázii ?



Graf č.9 Považujete odpojení člověka od přístrojů, které ho udržují při životě za eutanázii ?

Otázka č.19 Domníváte se, že by dobrá a dostupná hospicová a paliativní péče ovlivnila názory lidí na eutanázii?

Tab.19 Ovlivnila by dostupná hospicová a paliativní péče názory lidí na eutanázii?

	Počet	Vyjádření v %
Ano	123	41
Ne	57	19
Nevím	114	38
Neodpovědělo	6	2
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

41% se domnívá, že by dobrá a dostupná hospicová a paliativní péče ovlivnila názory lidí na eutanázii, 19% si myslí, že ne. 38% odpovědělo že neví. Zde není zcela zřejmé, zda vůbec respondenti ví, co si představit pod pojmem hospicová a paliativní péče.

Otázka č.20 Myslíte si, že veřejnost má dostatečné, dostupné a kvalitní informace o eutanázii?

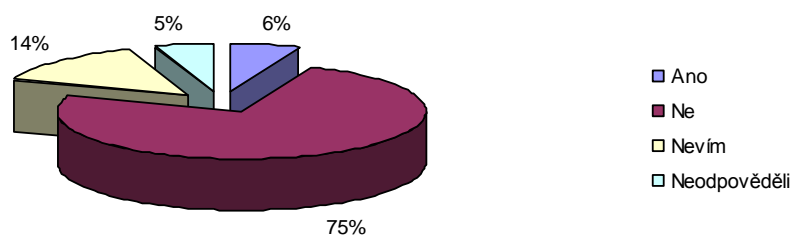
Tab.20 Má veřejnost dostatečné, dostupné a kvalitní informace o eutanázii?

	Počet	Vyjádření v %
Ano	18	6
Ne	223	75
Nevím	43	14
Neodpovědělo	16	5
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

75% dotázaných se domnívá, že veřejnost nemá dostatečné, dostupné a kvalitní informace o eutanázii. Pouze 6% si myslí, že veřejnost je informována dostatečně.

Má veřejnost dostatečné, dostupné a kvalitní informace o eutanázii?



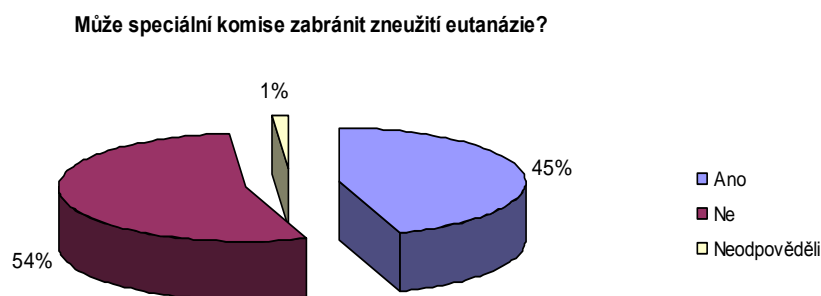
Graf č.10 Má veřejnost dostatečné, dostupné a kvalitní informace o eutanázii?

Otázka č.21 Může v případě legalizace eutanázie vytvoření komise nebo organizace, která se bude zabývat schvalováním oprávnění žádostí o eutanázii zabránit možnému zneužití ?

Tab.21 Může spec. komise zabránit zneužití eutanázie?

	Počet	Vyjádření v %
Ano	134	45
Ne	162	54
Neodpovědělo	4	1
Celkem	300	100%

54% respondentů se domnívá, že ani vytvoření komise nebo organizace, která se bude zabývat schvalováním oprávnění žádostí o eutanázii nedokáže zabránit možnému zneužití. 45% dotazovaných si myslí, že speciálně vytvořená komise zneužití zabránit může. 1% neodpovědělo.



Graf č.11 Může spec. komise zabránit zneužití eutanázie?

Zdroj: vlastní

Otázka č.22 Myslíte si, že byste byl(a) schopen(a) využít možnosti eutanázie v případě ukončení vlastního utrpení ?

Tab.22 Byl(a) byste schopen(a) využít možnosti eutanázie v případě ukončení vlastního utrpení ?

	Počet	Vyjádření v %
Ano	142	47
Ne	24	8
Nevím	131	44
Neodpovědělo	3	1
Celkem	300	100%

Zdroj: vlastní

47% respondentů se domnívá, že by bylo schopno využít možnosti eutanázie v případě ukončení vlastního utrpení. 24% si myslí, že by tuto možnost nebylo schopno využít. 44% neví, zda by bylo schopno možnost eutanázie využít ve vlastním případě.

5. 4 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1 : Předpokládám, že většina obyvatel je pro legalizaci eutanázie.

Cílem bylo ověřit, zda informace prezentovaná v médiích je skutečně pravdivá. K verifikaci této hypotézy sloužila otázka č. 16. Pouze 15% vyslovilo jednoznačné ne. Zde je na první pohled už z grafického znázornění patrné, že tato hypotéza se potvrdila. 64% respondentů se jednoznačně vyjádřila pro legalizaci eutanázie.

Hypotéza č. 2 : Odpojení člověka v dlouhodobém komatu od přístrojů, které ho udržují při životě je ukončení života zásahem druhé osoby. Domnívám se, že až čtvrtina respondentů tento zásah vůbec nepovažuje za eutanázii.

K potvrzení této hypotézy byla určena otázka č. 18. Tato hypotéza se potvrdila, protože 30% respondentů přímo uvedlo, že nepovažuje odpojení člověka v dlouhodobém komatu od přístrojů, které ho udržují při životě, za eutanázii.

Hypotéza č. 3 : Riziku zneužití eutanázie by teoreticky měly zabránit speciálně vytvořené komise. Přestože se větší část veřejnosti přiklání k legalizaci eutanázie, domnívám se, že více než 50% respondentů nevěří, že by tyto komise mohly zneužití eutanázie zabránit.

Cílem této hypotézy je ověřit postoj veřejnosti k návrhu na vytvoření speciálních komisí, které by se měly zabývat schvalováním a oprávněností žádostí o eutanázii a zabránit tak možnému zneužití. Pro potvrzení, či vyvrácení této hypotézy jsou určeny odpovědi na otázku č.21. 54% respondentů se domnívá, že ani vytvoření komise nedokáže zabránit možnému zneužití. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 4 : Souhlasný postoj respondentů s legalizací eutanázie by měl vycházet z kvalitních a dostupných informací. Domnívám se, že nejméně 50% dotazovaných osob kvalitní a dostupné informace nemá.

K ověření této hypotézy byla určena otázka č. 20. Zde je jak v přehledu výsledků, tak v grafickém znázornění vidět, že 75% dotázaných se domnívá, že veřejnost nemá dostatečné, dostupné a kvalitní informace o eutanázii. Tato hypotéza se potvrdila.

Toto procento je tak vysoké, že je velmi překvapivé, kolik lidí přiznává, že nemají dostatečné a dostupné informace a přesto jsou pro uzákonění eutanázie.

Hypotéza č. 5 : Domnívám se, že osoby jiné profese jsou více pro legalizaci eutanázie, než pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách.

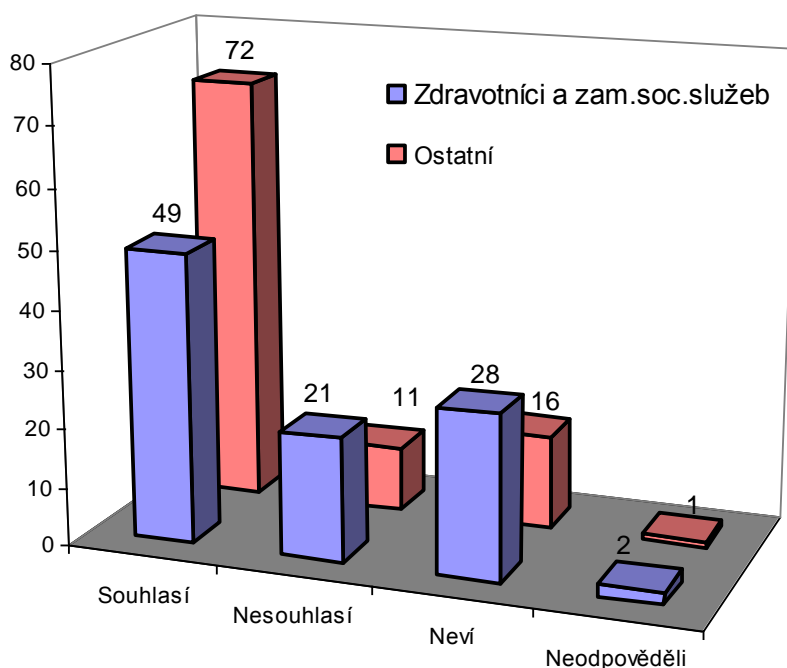
Cílem bylo zjistit, zda se zdravotničtí pracovníci a pracovníci sociálních služeb přiklání méně k legalizaci eutanázie, než lidé pracující v jiných profesích. K vyhodnocení této hypotézy bylo nutno zpracovat výsledky odpovědí na otázky č.5 profese a otázky č. 16, zda respondenti souhlasí s legalizací eutanázie..

Nejprve bylo třeba vyřadit 5 respondentů, kteří neodpověděli na otázku č.5 profese. Dále jsem sečetla počet zdravotnických pracovníků a pracovníků sociálních služeb. Výsledky odpovědí s následným přepočtem na procentuální zastoupení je uveden v tabulce č. 22.

Tab.22 Jsou osoby jiné profese jsou více pro legalizaci eutanázie, než pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách ?

	Zdravotníci a zam.soc.slůžeb	Vyjádřeno v %	Ostatní	Vyjádřeno v %
Počet respondentů	109	100%	186	100%
Souhlasí	53	49%	134	72%
Nesouhlasí	23	21%	20	11%
Neví	31	28%	30	16%
Neodpověděli	2	2%	2	1%

Zdroj: vlastní



Graf č.12 Jsou osoby jiné profese jsou více pro legalizaci eutanázie, než pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách ?

Hypotéza č.5 se potvrdila. Pracovníci jiných profesí se více přiklání k uzákonění eutanázie, než zdravotníci a pracovníci v sociálních službách. Na grafickém znázornění je vidět, že zdravotníci a pracovníci v sociálních službách daleko více odpovídali na otázku legalizace eutanázie – nevím. Určitě mají mnohem více informací, než laická veřejnost, proto je jejich postoj jiný.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo ukázat, že rozhodnutí, týkající se etických záležitostí v medicíně a aplikace získaných vědeckých poznatků, mohou mít dopad na jednotlivce, rodiny a celé skupiny obyvatel. Je nezbytné, aby si lidé uvědomili jak jsou důležité morální zásady a etické uvažování při rozhodování nejen lékařů a vědců, ale především každého z nás.

V minulém století byl lékař jako vysoce vzdělaný a moudrý člověk a požíval velké důvěry. Nikdo po něm zázraky nechtěl, protože medicína byla relativně slabá a mnoho toho nedokázala. Hlavní rolí lékaře bylo provázet nemocného a jeho rodinu chorobou. V dnešní době medicína disponuje účinnou technologií, která pomáhá diagnostikovat a léčit stále více nemocí a zvládat stále těžší úrazy. Jsou to někdy „zázraky“ co zdravotníci dokáží, ale lidé místo toho, aby byli spokojeni, žádají stále více, někdy až skutečné zázraky, které medicína neumí a umět nikdy nebude. Vždycky budou nějaká omezení, vždy bude něco, co medicína nedokáže. Lékařské zákroky jsou často nepříjemné, stále více pronikají do intimních sfér pacientů a ne vždycky je výsledkem snažení zdravý člověk. S nadsázkou lze dokonce říci, že současná medicína je schopna kromě navrácení zdraví i produkování lidí invalidních a postižených. V kritické medicíně se v posledních dvaceti letech objevil úplně nový problém. Až dosud byla role lékaře jednosměrná, jeho úkolem bylo co možná nejdéle prodlužovat lidský život. V posledních desetiletích se stále častěji stává, že lidský život je sice zachráněn, ale za cenu mimořádného utrpení nemocného nebo v nepřijatelné kvalitě jeho života. Kromě toho medicína umí udržovat nemocné na hraně smrti i v případě, kdy cesta zpátky už nevede, ale přesto je smrt po řadu dnů až týdnů oddalována. S těmito možnostmi mnozí lidé napřed souhlasí, ale nakonec mohou záchranu či prodloužení lidského života vnímat též jako lékařovu chybu a nebo něco, co se prostě jen nemělo stát. A to je také možná jeden z důvodů, proč pak na druhé straně tak velký počet lidí souhlasí s eutanázií. Lékaři, prosím zachraňujte, ale když se to zcela nevydaří podle našich představ, tak to trápení ukončete.

Komunikace s nemocnými a s jejich blízkými je v akutní medicíně mimořádně náročná. Problém mravní oprávněnosti léčby nemocných v terminálním stadiu choroby je velmi obtížně řešitelný. Na jedné straně požadavek pacienta neléčit, prosazovaný během bolestivé léčby, může být výsledkem kompetentního rozhodnutí. Na druhé straně je dost příkladů, kdy pacienti nakonec akceptovali léčbu proti jejich vůli a smířili se s životem, který jim původně odmítaná lékařská péče nakonec umožnila. Konflikt mezi autonomií

nemocného a povinností lékaře zachraňovat lidské životy je za těchto okolností neřešitelný, protože lékař nemůže předvídat, jak pacient v závěru jeho péči zhodnotí. Měli bychom si ale být vědomi, že tento konflikt existuje, že se s ním můžeme kdykoliv setkat a že „správné“ řešení neexistuje. S tímto problémem souvisí i péče o umírající nemocné na intenzivní péči, kde nastupuje otázka, kdy přejít od aktivní léčby k léčbě paliativní. Etický konsenzus ve společnosti vzniká na základě opakované zkušenosti a následné debaty všech zúčastněných. Proto považuji za velmi vítanou iniciativu lékařů z oblasti intenzivní medicíny, kteří vypracovali Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Tato iniciativa v první řadě otevírá veřejnou debatu o problému, kde autoři odlišují nepodávání marné léčby od eutanazie. Když opravdu vidí léčbu jako naprosto marnou, nemusí a ani by ji neměli aplikovat. Stejně důležité je vysvětlení, že nejde o „ukončení“ léčby, ale přechod od aktivní léčby k léčbě paliativní. (Šimek, 2009)

Smrt není vždy nepřijatelná prohra. Smrt je nezbytnou součástí života, a proto nemusí být za každých okolností nepřítelem. V závažných, medicínsky neřešitelných situacích může přinést smrt úlevu všem zúčastněným, včetně nemocného. Je ale otázka, kdo a jakým způsobem může rozhodnout, že léčba je marná. Ať chceme nebo ne, v termínu „marný“ je obsažený hodnotící soud. Poslední slovo by mělo zůstat ošetřujícímu lékaři. On nese právní zodpovědnost, navíc jeho hledisko, hledisko biologické medicíny zůstává tím klíčovým. Blízcí příbuzní často na lékaře vyvíjejí nátlak, ale mají-li se pak o nemocného či nemohoucího postarat, není to v jejich silách. Proč??

Současná postmoderní společnost je složitá a chaotická, oslavuje kult mládí, výkonu a užitečnosti. Zdraví považuje za samozřejmost. Závažné onemocnění je v rozporu s uznávanými hodnotami. Zcela jistě a celkem rychle se vytrácí uvědomování si vlastní konečnosti a především odpovědnosti za život a smrt svou i jiných. Dříve u našich předků bylo ve společnosti naprosto normální postarat se o nemocné členy rodiny a doprovázet je až do konce života. Fungovala tzv. tradiční rodina. Dnes se v České republice s rodinou s tradičním uspořádáním života setkáme spíše už jen u menšiny lidí. Polovina uzavíraných manželství se rozvádí. Více než jedna třetina v současnosti narozených dětí se rodí mimo manželství, mnohdy s nejasným statusem otce. Rodiče některých z těchto dětí se později vezmou, ale i přesto se pak rozvádí. Mnozí z rozvedených vstoupí s jiným partnerem či partnerkou do dalšího manželského svazku. V současné mladé generaci - u dvacátníků, se stává málo pravděpodobným, že potkáme člověka, který vyrostl v tradiční rodině s oběma vlastními sezdanými, dříve nerozvedenými rodiči a vlastními sourozenci. Mnoho párů

uzavření sňatku a pořízení dětí odkládá do stále vyššího věku, nebo dávají přednost životu tzv. singels. S prodlužujícím se „singlovským obdobím“ přichází postupná ztráta schopnosti partnerského soužití a přizpůsobení se jinému člověku. V současnosti ani tak nejde o větší tendenci zůstat sami bez partnera nebo partnerky, protože ve skutečnosti tak úplně sami nejsou. Prosazují například tak zvaná „víkendová manželství“ (partneři jsou spolu pouze několik málo dní v týdnu), nebo vztahy na dálku, či otevřené - volné vztahy. Dochází k odkládání přijetí rodičovské zodpovědnosti k dětem.

Odkládání těhotenství do vyššího věku výrazně zhoršuje šanci na otěhotnění. Počet „pozdních prvorodiček“ rok od roku roste. Zhruba polovina starších žen má pak s počítím problém a často jim nezbyvá, než se obrátit o pomoc na reprodukční medicínu. Ve vyšším věku je více rizik potratu, poškození dítěte i horšího průběhu těhotenství i porodu císařským řezem. Asistovaná reprodukce zažívá boom, specializovaných klinik rychle přibývá. Umělé oplodnění se stává čím dál běžnějším způsobem plození dětí. A přitom s asistovanou reprodukcí je spojeno mnoho rizik a etických problémů, o kterých už se tolik nemluví a které rodiče posedlí touhou po dítěti ani nechtějí slyšet. Přitom by bylo mnohdy v některých případech vhodnějším řešením přistoupit raději k adopci. Je známo, že pokud pár chce adoptovat dítě, často tato procedura trvá dlouho. Manželé nebo partneři mohou mít domov a nebo spokojenou domácnost, ale rodina se z nich stává až příchodem dítěte. Při vymezování pojmu rodina hrají klíčovou roli funkce rodiny a to reprodukční, materiální, výchovná a emocionální. Významné místo zaujímá reprodukce páru. Ta se dále promítá do všech ostatních funkcí, tedy do funkce ekonomické (hmotné zajištění všech členů), do výchovné (potomstvu se předává potřebné pro přežití) a emocionální (zázemí a zóna bezpečí a jistoty). Rodina je prostředí, kde jsou ve vzájemném kontaktu rodiče a jejich děti spolu s prarodiči a širší rodinou. Mezigenerační vztahy v západních zemích nejsou v současnosti vnímány jako příliš harmonické. O tom, jaké vztahy panují mezi prarodiči, rodiči a vnoučaty v jednotlivých rodinách, rozhoduje celková atmosféra i historie těchto rodin. Předpokladem úspěchu je dostatečná míra vzájemného respektování soukromí a také fungující otevřená komunikace. Dnes již u nás není zvykem, aby vícegenerační rodiny žily pod jednou střechou, přesto velmi důležitým zůstává udržování kontaktů i časté navštěvování se. Příčinou generačních sporů je často odcizení, z kterého vychází vzájemný nezájem, nepochopení a často až agresivita. Toto odcizení ovšem obvykle vzniká dávno před tím, než se narodí třetí generace. Je známou věcí, že příchod vnoučat přináší do rodiny většinou velkou radost a je důvodem pro odpuštění všech dávných křivd. Snaha o dobré mezigenerační soužití má daleko větší smysl, než si uvědomujeme. Rozpad

vícegeneračních rodin působí na společnost velmi negativně. Dobré ekonomické zázemí vede k tomu, že jeden druhého prakticky už k ničemu nepotřebujeme. Prarodiče byli odnepaměti se svými vnoučaty svázáni a vzájemně se potřebují. K nejčastěji zmiňovanému mezigeneračnímu přínosu patří, že prarodiče dopřávají vnoučatům uvolněné chvíle. Babičky a dědové už nejsou svázáni zodpovědností za výchovu a také mívají to, co rodičům chybí - nadhled, trpělivost a čas. Kromě toho zprostředkovávají kontinuitu se starými časy. Vnoučata ráda a se zaujetím naslouchají, jak se žilo dříve a objevují přitom i svou vlastní historii a kořeny, z nichž pocházejí. Prarodiče a vnoučata mají k sobě tak blízko nejspíš i proto, že dětství se stáří v mnohém podobá. Tradiční rodině dnes chybí společenská i politická podpora.

Už v dětství začíná příprava na nemoc a stáří. Děti se učí především pozorováním a nápodobou. Hlavně doma získávají zkušenost, jak se chovat ke starším generacím, ke starým a nemocným. V tradiční společnosti se musela rodina o své členy vždy postarat sama. Později tento trend převzal stát. Dnes chce povinnost péče o své blízké společnost vrátit rodinám zpět. Ale dnešní rodina je atomizovaná, její členové mají k sobě daleko a na mezigenerační péči nelze spoléhat. Naše společnost není připravena na stálé prodlužování věku přinášející velký počet starých lidí a neumí vytvářet věkově inkluzivní společnost. Ve většině případů nedokážeme pečovat o staré a nemohoucí lidi v rodině. Často se nedokážeme postarat o vlastní děti, pokud se narodí s vážnějším postižením. Plní se ústavy zdravotní a sociální péče, takže dnes je jejich kapacita nedostatečná. Na místo v domově důchodců se čeká několik let. Do psychiatrických léčeben jsou umísťováni senioři trpící demencí nebo psychickými poruchami. Staří a nemocní lidé jsou odkládáni do léčeben dlouhodobě nemocných na přechodné řešení situace. Od medicíny očekáváme zázraky a když se něco nepovede podle našich představ, očekáváme s naprostou samozřejmostí pomoc od státu. Sami se ve většině případů nedokážeme o své blízké postarat i když víme, že bychom měli. K tomu, aby byl jedinec schopen někomu pomoci, potřebuje nějakou vlastní zkušenost, byť zprostředkovaně. To co mu nebylo nikdy poskytnuto, není sám schopen poskytnout druhému a to často ani v nouzi. Velmi důležitá je také sociální opora.

Sociální opora je chápána jako forma pomoci přicházející v těžké situaci, od druhého člověka. Je to činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje. V užším slova smyslu se jedná o pomoc blízkých lidí v okolí, v širším slova smyslu jde o pomoc, kterou poskytují různé subjekty – zdroje sociální opory. V tomto případě může být sociální opora specifickou součástí některých pomáhajících

profesí jako jsou sociální pracovníci, psychologové, psychoterapeuti nebo sociální pedagogové. Často ji potřebují ti, kteří mají sami zdravotní problém, nemocní, postižení, handicapovaní, staří a nemohoucí, ale i ti, kteří se o takové blízké starají. Sociální oporu si lze představit jako emocionální, materiální a informační. Emocionální opora představuje možnost člověka se vypovídat, vyventilovat své pocity, starosti a trápení. Redukuje úzkost, strach a depresi, motivuje člověka ke zvládnání zátěžové situace. Materiální opora představuje praktickou pomoc, např. v poskytování potřebných zdravotních pomůcek, zajištění dopravy, pomoc při údržbě domácnosti apod. Informační opora je o zprostředkování užitečných informací, rad, nasměrování ke správným zdrojům informací apod. (Mareš, 2001)

Podle Bakošové (2008) by sociální pedagogika měla plnit poslání vůči společnosti i jednotlivcům. Měla by se používat při tvorbě politiky, výchovy a vzdělávání, sociální a zdravotní politiky a při tvorbě právních předpisů. Měla by zasahovat do všech oblastí života. Sociální pedagogika je považována za hraniční vědní disciplínu mezi pedagogikou a sociologií, která zkoumá vztahy mezi sociálním prostředím a výchovou, formy sociální pomoci a péče o všechny věkové kategorie.

Osobně se domnívám, že není důvod legalizovat eutanázii, protože za eutanázií považují přímý úmysl ukončit život na žádost nemocného, motivovaný ukončením utrpení. Problém eutanázie není o nesnesitelné bolesti, tu dokáže současná medicína zvládnout. Naopak problém vidím v tom, že některá dobře míněná léčba přináší nemocnému více utrpení, než prospěchu. Více než diskutovat o legalizaci eutanázie by bylo třeba věnovat se diskuzi o odlišení eutanázie od nepodávání marné léčby a přechodu od aktivní léčby k léčbě paliativní. Tato problematika by měla být srozumitelně objasňována a vysvětlována veřejnosti.

Dále je třeba podpořit návrat společnosti k tradiční rodině, protože běžná, současná, výše popsaná rodina často není schopna a se o své blízké postarat. Pokud ano, tak ve většině případů pouze za pomoci jiných subjektů, nebo nějaké formy sociální opory. A to je posláním sociální pedagogiky. Snažit se změnit myšlení lidí, aby dokázali sami přijmout zodpovědnost a dobře zvažovat své požadavky, nároky a svá rozhodnutí. Jde o dlouhodobou záležitost, ale je třeba o to usilovat. Na druhou stranu je třeba poukázat na to, že mnozí by měli zájem se o své blízké starat, ale není to v jejich silách právě proto, že jim chybí sociální opora, dostatek potřebných zařízení, poskytujících terénní zdravotní a sociální služby jako jsou stacionáře, pečovatelská služba, pomoc v soukromí vlastního bytu, rehabilitační centra, možnosti hlídání na určitou dobu, poloinstitucionální péče a jiné.

Je třeba usilovat o to, aby došlo ke změně v koncepci zdravotního a sociálního systému, aby stát nastavil rodinám takové podmínky, aby se o své členy mohly postarat. Pokud má člověk pro koho žít a jeho život má smysl, tak o eutanázii sám ani žádat nebude.

Ne každý bude vždy zdravý, ne každý může být bohatý a nikdo z nás nezůstane věčně mladý. Přejde-li stáří, vážná nemoc, postižení, utrpení a bezmoc, vždy lze nalézt i jiné řešení než v eutanázii.

RESUMÉ

Vlastní diplomová práce je koncipována do pěti oblastí.

První část se věnuje bioetice, vymezení pojmu a rozlišení bioetiky na základě filozofického přístupu. Dále jsou popsány východiska a principy bioetických rozhodování. Na obecnou úvodní část navazuje kapitola „Etika a lidská genetika“, zamýšlející se nad získáváním nových poznatků pomocí výzkumu a jejich uplatňování v praxi. Dále jsou popsány základní etické problémy v experimentální medicíně. První část uzavírá krátké nahlédnutí do eugeniky.

Druhá část diplomové práce je věnována lidské reprodukci z pohledu biotiky, a to především problematice asistované reprodukce a institutu náhradního mateřství. V této části je diskutován i vhodný věk pro mateřství, protože odkládání těhotenství do vyššího věku výrazně zhoršuje šanci na otěhotnění a vede k velkému rozmachu asistované reprodukce, jejíž samotný proces vyvolává obrovskou řadu etických otázek. Druhou část uzavírá kapitola o interrupcích a jejich psychologických aspektech.

Třetí část diplomové práce je věnována převážně eutanázii. Úvodní kapitola třetí části popisuje umírání a smrt člověka. Dále jsou popsány formy eutanázie a její historie. Obsáhlejší kapitola „Eutanázie v konfrontaci s nechat zemřít“ je o konfliktu, nebo-li rozporu mezi autonomií nemocného a povinností lékaře zachraňovat lidské životy, protože stále častěji se stává, že lidský život je sice zachráněn, ale za cenu mimořádného utrpení nemocného nebo v nepřijatelné kvalitě jeho života. Na tuto rozvahu navazuje kapitola „O paliativní medicíně a hospicové péči“.

Čtvrtá část „Bioetika v sociálních souvislostech“ je věnována nechtěným dětem, postiženým dětem, stárnoucím, vážně nemocným a kvalitě jejich života a sociální péči. Především je však o současné společnosti a jejímu postoji k uvedené problematice. V dnešní postmoderní společnosti se vytrácí tradiční hodnoty. Člověk dneška chce být především zdravý, šťastný a úspěšný. Nepřítelem je mu jakákoliv forma strádání i obětování se. Neradi neseme zodpovědnost za svá rozhodnutí. Tuto část uzavírá kapitola o postoji společnosti k eutanázii.

Pátá část je věnována sběru a analýze dat. Empirické šetření bylo zaměřeno na zjištění názorů a postojů zdravotnické a laické veřejnosti na nejčastěji diskutovaná témata v bioetické problematice. Jako metodu výzkumu jsem zvolila dotazník, který obsahuje 22 otázek. Část otázek je určena k doplnění teoretické části, zabývající se některými specifickými otázkami bioetiky. Ostatní otázky byly určeny k potvrzení, či vyvrácení stanovených hypotéz.

Poněkud obsáhlejší závěr spojuje všechny části diplomové práce v jeden celek. Má vést k tomu, aby si lidé uvědomili, jak jsou důležité morální zásady a etické uvažování při rozhodování nejen lékařů a vědců, ale především každého z nás. Klade důraz na to, že je třeba podpořit návrat společnosti k tradiční rodině, protože ta běžná, současná, často není schopna se o své blízké postarat. Pokud ano, tak ve většině případů pouze za pomoci jiných subjektů nebo nějaké formy sociální opory. Je třeba usilovat o to, aby více než diskuse na téma eutanázie - ano či ne, hovořilo se o tom, proč v současné době tolik lidí o eutanázii uvažuje, případně o ni žádá.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje bioetice, vysvětluje tento pojem a popisuje východiska a principy bioetických rozhodování. Zabývá se nejčastěji diskutovanými bioetickými tématy jako jsou etické problémy spojené s medicínským výzkumem, s otázkami asistované reprodukce, interrupcemi a eutanázií. Poukazuje na etické problémy v oblasti lidských činů, souvisejících se vstupem člověka do hraničních situací, týkajících se počátku života, jeho trvání a smrti. Ukazuje bioetiku především v sociálních souvislostech. Zabývá se smyslem záchrany života za cenu mimořádného utrpení nemocného, nebo nízké kvality jeho života. Nehledá odpověď na otázku eutanázie ano či ne, ale zamýšlí se nad tím, co lidi k myšlence eutanázie, jako konečnému řešení, vede.

ABSTRACT

The aim of this diploma thesis is bioethics. It explains this term and describes the recourses and principles in bioethics decision making. It deals with most common and discussed bioethics topics, ethical problems connected with medical research, assisted reproduction, interruption and euthanasia. It refers to ethical problems in society related to entering extreme situation of human life, concerning infancy, life continuation and death. It shows bioethics especially in social context. It inquires into the sense of human life salvation at the expense of extraordinary suffering of patient or low quality of life. It does not look for the yes or no answers about euthanasia but it pause on what people brings to the idea of euthanasia as a final decision.

KLÍČOVÁ SLOVA

asistovaná reprodukce, bioetika, eugenika, eutanázie, geriatric, hospicová péče, interrupce, kvalita života, paliativní medicína, prenatální diagnostika, smrt, sociální opora, sociální péče, společnost, stáří, umírání

KEYWORDS

Assisted reproduction, bioethics, eugenics, euthanasia, geriatrics, hospice care, abortion, quality life, palliative medicine, prenatal diagnostics, death, social support, social care, society, age, death

LITERATURA A PRAMENY

PRAMENY

1. Ústavní zákon č. 1/1993 Sb Ústava České republiky
Sbírka mezinárodních smluv ČR č. 96/2001 Úmluva o lidských právech a biomedicině
2. Zákon č.68/1957 Sb. O umělém přerušení těhotenství
3. Zákon č.66/1986 Sb. O umělém přerušení těhotenství
4. Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
5. Zákon č.373/2011 Sb. O specifických zdravotních službách
6. Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících" tzv."Charta práv umírajících"

MONOGRAFIE

7. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: nakladateľství public promotion, s. r. o., 2008, ISBN: 978-80-969944-0-3
8. BIOETIKA v UNESCO: Basic texts, Center for Ethics and Law in Biomedicine 2008, ISBN 978-963-87714-5-2
9. BLECHOVÁ, Z. *O smrti a umírání anebo přechod do jiné dimenze*. Nakladatelství Zdenky Blechové, 2009. ISBN 978-80-9040007-5-7.
10. ERIKSON, E. *Dětství a společnost*. Praha: Agro, 2002. ISBN 80-7203-380-8
11. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1
12. FREUD, S. 1993. *Vybrané spisy*. Praha. Avicenum a Universe.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie - Nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání, Praha: nakladatelství Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1992.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vydání. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2
18. HEJDUK, Z. *Kvalita života*. Kostelec na Černými lesy: IZPE, 2004. ISBN 80-86625-20-6
19. HENZEL, M. *Smrt zblízka – umírající nás učí žít*. Praha: ETC Publishing, 1997. ISBN 80-86006-15-8

20. JEMELKA, K. *Bioetika*, Brno : Masarykova univerzita, 2008.
ISBN 978 – 80-210-4626-9
21. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007.
ISBN 978-80-85763-36-2.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0
23. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007.
ISBN 978-80-247-2069-2.
24. KÚBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993.
25. MATĚJČEK, Z. a kol. *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál, 1999.
ISBN 80-7178-304-8
26. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Hradec Králové Nucleus,
2001, ISBN 80-86225-19-4
27. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2007.
ISBN 80-247-1025-0
28. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005.
ISBN 80-247-1024-2
29. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Praha: Triton, 2005.
ISBN 80-7254-486-1
30. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada
Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
31. PARKES, C., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně
nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.
ISBN 97880-87029-23-7.
32. PAYNE, J. a kolektiv, *Kvalita života a zdraví* TRITON, 2005 ISBN 80-7254-657-0
33. POLLARD, B. *Eutanazie – ano či ne?* Praha: nakladatelství Dita, 1996.
ISBN 80-85926-07-5
34. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7
35. SHEPARD, M. *Dying*. 2000. New York: The Permanent Press.
ISBN 978-1-57962-069
36. SLIPKO, T. *Hranice života*, Bratislava, 1998. ISBN 80-7141-185-X
37. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: APHPP,
Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
38. ŠOLTÉS, L. a kol. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Bratislava: Vydavateľstvo
Univerzity Komenského v Bratislave. 2001. ISBN 80-223-1080-8

39. ŠPINKA, Š., ŠPINKOVÁ, M., *Euthanasie - Víme, o čem mluvíme?* Praha, 2006
ISBN 80-239-8592-2
40. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.
Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
41. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Portál 2004,
ISBN 80-7178-802-3
42. VOZÁR, J. *Eutanázia právne aspekty*. 1. vyd. Penzinok: Fischer, 1995,
ISBN 80-967469-2-8
43. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada
Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

ČASOPISY

44. HAŠKOVCOVÁ, H. *Osířelé embryo*, Praktický Lékař. 78, 1998, č. 5,
ISSN 0032-6739
45. HONZÁK, R. *Měl by být u nás uzákoněný institut „náhradního mateřství“?*
Psychologie Dnes č.6/2010, Praha: Portál. 2.6.2010, ISSN 1212-9607
46. HŘÍBALOVÁ, M. *Tabu smrti*. Psychologie Dnes č.11/2011, Praha: Portál.
ISSN 1212-9607
47. Scripta bioethica, Kolegium katolických lékařů Brno: Hippokrates,
2001- časopisy / seriály ISSN 1213-2977

INTERNETOVÉ ZDROJE:

48. Černý, D. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Dostupný z www:
<http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/13/18>
[cit. 2012-01-04]
49. Haasová, I. *Etika asistované reprodukce*. Dostupný z www:
<http://www.podporareprodukce.cz/article/novinky/etika-asistovane-reprodukce>
[cit. 2011-10-28]
50. Honzák, R. *Institut náhradního mateřství*. Dostupný z www:
[http://www.crmzlin.cz/article/2244.mel-by-byt-u-nas-uzakoneny-institut-8222-nahradniho-materstvi-8220-/](http://www.crmzlin.cz/article/2244.mel-by-byt-u-nas-uzakoneny-institut-8222-nahradniho-materstvi-8220/) [cit. 2011-11-02]
51. Hučín, J. *Psychologické aspekty smrti a umírání*. Dostupný z www:
<http://jakub.hucin.cz/smrt.html> [cit. 2011-12-29]

52. Kliment, O. *Legalizace eutanázie v ČR*. Dostupný z www:
http://is.muni.cz/th/170600/pravf_b/Moje_bakalarka.txt [cit. 2011-12-30]
53. Matějek, J. *Je living will opravdu řešením zástupného rozhodování za pacienty?*
Dostupný z: <http://matejek.blog.idnes.cz/c/179208/Je-living-will-opravdu-resenim-zastupneho-rozhodovani-za-pacienty.html> [cit. 2012-01-05]
54. Rapey, M. 2003. *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. London: Sage. Review of Dostupný z www:
http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc [cit. 2012-01-07]
55. Singer, P. *Právo zemřít* Dostupný z ww: <http://www.project-syndicate.org/commentary/singer19/Czech> [cit. 2012-01-05]
56. Šťastná, B. *Teror v hlavě*, Dostupný z WWW: <http://psychologie.cz> [cit. 2012-01-09]
57. Šipr, K. *Bioetika principy a přístupy*. Dostupný z www:
<http://bioetika.cz/clanky/2004-1-uvod.pdf> [cit. 2011-10-27]
58. Škrdlant, T. *O smyslu života* Dostupný z www: http://www.tomasskrdlant.info/Tomasskrdlant.info/Smysl_zivota.html [cit. 2012-01-09]
59. Syková, E. *Kmenové buňky, morálka a věda*. Dostupný z www: <http://ktf.cuni.cz/~ovecka/2008-/Bioetika/Zpravy%20z%20tisku/Kmenove%20bunky.doc>
[cit. 2012-01-09]
60. Vaňurová, H. Múhlpachr, P. *Kvalita života – Teoretická a metodologická východiska* Dostupný z www: <http://mail.imsbrno.cz/home/radomir.pernica@imsbrno.cz/M%C3%BChlpachr%20Pavel/Kvalita%20%C5%BEivota.doc>
[cit. 2012-01-06]
61. Virt, G. *Žít až do konce*. Dostupný z www: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/index.htm> [cit. 2012-01-09]
62. Volfová, M., *Eutanázie* Dostupný z www: <http://www.getsemany.cz/node/241>
[cit. 201-01-04]
63. <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal> [cit. 2012-01-09]
64. http://www.evalabusova.cz/preklady/prenatalni_diagnostika.php [cit. 2011-12-30]
65. <http://www.tehotenstviaz.cz/index.php?strana=&kat=53&c=393> [cit. 2011-12-30]
66. <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html> [cit. 2012-01-03]
67. <http://www.vesmir.cz/clanek/cetli-jsme-na-tema-eutanasie> [cit. 2012-01-05]
68. <http://zahranicni.eurozpravy.cz/evropa/386-eutanazie-je-jiz-v-lucembursku-legalni/>
[cit. 2012-01-05]

SEZNAM PŘÍLOH:

PI dotazník

DOTAZNÍK

P I.

Dobrý den,

jsem studentka 2. ročníku magisterského studia sociální pedagogiky Institutu mezioborových studií Brno - UTB Zlín. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce a názvem Bioetika a eutanázie, zabývající zkoumáním etických problémů v a norem oblasti lidských činů, souvisejících se vstupem člověka do hraničních situací, týkajících se počátku života, jeho trvání a smrti. Jde o zjištění názorů a postojů zdravotnické i nezdravotnické veřejnosti, na rozhodnutí týkající se etických záležitostí v medicíně, biologii a souvisejících technologiích, které ve svých důsledcích mohou mít dopad na jednotlivce, rodiny, skupiny i lidstvo, jako celek.

Dotazník je zcela anonymní a Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné.

Děkuji za vyplnění. Bc. Naděžda Fojtů

1. Pohlaví

- a) muž
- b) žena

2. Věk

- a) 18 - 30 let
- b) 31 - 40 let
- c) 41 - 50 let
- d) 51 – 60 let
- e) nad 60 let

3. Bydliště

- a) město
- b) vesnice

4. Vzdělání

- a) základní
- b) SOU
- c) středoškolské
- d) VOŠ
- e) VŠ

5. Profese v oblasti

- a) zdravotnictví
- b) sociální služby
- c) ostatní

6. Počet dětí

- a) 1
- b) 2
- c) 3 a více
- e) nemám děti

7. Souhlasíte s možnou volbou pohlaví dítěte

- a) ano
- b) ne
- c) pouze v případech, kdy je dědičné onemocnění vázáno na pohlaví

8. Interrupci

- a) zcela odmítám (z náboženských či jiných důvodů)
- b) beru jako právo matky svobodně disponovat se svým tělem
- c) považuji za přípustnou pouze v případě ohrožení života či zdraví matky
- d) pouze v případech, kdy prenatální vyšetření signalizuje závažnou chorobu

9. Umělé oplodnění

- a) striktně odmítám
- b) je to dobrá metoda, jak pomoci partnerům, kteří mají problém s početím
- c) uznávám jen ve výjimečných případech
- d) nemám vyhraněný názor

10. Institut náhradního mateřství není v ČR zakázán, ani povolen, či jinak legislativně řešen. Jaký je Váš názor na tuto problematiku

- a) tuto cestu považuji za dobré řešení pro ženy, které samy nemohou donosit dítě
- b) považuji za obchodování s dětmi a nesouhlasím s ním
- c) souhlasím s tímto řešením pouze v případě, že je bezúplatné, vedené touhou pomoci druhým (např. v rodině, sestra, matka apod.)
- d) jiný názor.....

.....

11. Návrh zákona počítá s tím, že ženy by mohly požádat o umělé oplodnění až do věku 55 let. Je vyšší věk podle Vás za hranicí etiky.

- a) ano
- b) ne

12. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, uveďte do jakého věku ženy považujete za vhodné provádět umělé oplodnění.

do.....let

13. Jste pro stanovení hranice, za kterou se již děti z předčasných porodů, extrémně nezralé nebo s extrémně nízkou hmotností, zachraňovat nemají? Myslíte si, že:

- a) ano, měly by být stanovena nějaká hranice
- b) ne, je třeba využít všech možností i za cenu velkých rizik
- c) nevím

14. V případě narození dítěte s velmi závažným fyzickým či mentálním onemocněním (resp. kombinací obou), které bude vyžadovat celoživotní intenzivní péči, domníváte se že byste se

- a) dokázali jako rodina o dítě postarat
- b) dokázali o dítě postarat, ale jen s pomocí (různé denní, týdenní stacionáře a jiná zařízení)
- c) využili možnosti ústavní péče

- 15. Předpokládáte, že byste se dokázal(a) postarat o rodinného příslušníka ve stáří nebo při vážném onemocnění vyžadujícím celodenní péči?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) pouze s výpomocí (např. pečovatelské služby)
- 16. Souhlasím s legalizací eutanázie**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 17. Schvaluji možnost**
- a) aktivní eutanázie (úmyslný čin druhé osoby vůči osobě trpící, který bezprostředně způsobí smrt a jehož motivací je výlučně soucit a snaha o pomoc ukončit utrpení.
 - b) pasivní eutanázie (ustoupení od aktivity – nepokračování v léčebných postupech, což vede ke smrti pacienta)
 - c) neschvaluji žádnou možnost eutanázie
- 18. Považujete odpojení člověka v dlouhodobém komatu od přístrojů, které ho udržují při životě za**
- a) eutanázii aktivní
 - b) eutanázii pasivní – jedná se o nepokračování v léčebném postupu
 - c) za eutanázii nepovažuji
- 19. Domníváte se, že by dobrá a dostupná hospicová a paliativní péče ovlivnila názory lidí na eutanázii?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 20. Myslíte si, že veřejnost má dostatečné, dostupné a kvalitní informace o eutanázii?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 21. Může v případě legalizace eutanázie vytvoření komise nebo organizace, která se bude zabývat schvalováním oprávnění žádostí o eutanázii zabránit možnému zneužití**
- a) ano
 - b) ne
- 22. Myslíte si, že byste byl(a) schopen(a) využít možnosti eutanázie v případě ukončení vlastního utrpení**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím