

Bioetika a eutanazie

Hynek Zona

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hynek ZONA**
Osobní číslo: **H118368**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Bioetika a eutanazie**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena především:

- na hledání odpovědí na otázky odpovědnosti za výkon eutanazie, vnímání eutanazie laickou veřejností a odbornou lékařskou veřejností, zda je či není etické uměle prodlužovat život za pomoci moderní medicíny, zda je odlišně vnímána tak zvaná aktivní eutanazie a pasivní eutanazie;
- na srovnání podmínek pro eutanazii v ČR a evropských státech, kde je eutanazie legální;
- na rizika pramenící z legalizace eutanazie;
- na možnosti sociální pedagogiky při formování názorů na hodnotu lidského života a na vnímání kvality života.

Práce bude zpracována formou textové analýzy.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ANNAS, George J. Worst case bioethics: death, disaster, and public health. Oxford: Oxford University Press, 2011.

DOLISTA, Josef a Vladimír VURM. Vybrané kapitoly z bioetiky: (aspekt filozofický). 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004.

JEMELKA, Petr. Bioetika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Eutanazie ? pro a proti. 1. vyd. Praha: Grada, 2012.

ŠIPR, Květoslav, Milan MIČO a Eduard KRUMPOLC. Aktuální bioetické texty: Deklarace o eutanazii. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005.

VOZÁR, Jozef. Eutanázia: právne aspekty. 1. vyd. Pezinok: Formát, 1995.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.

Skupina managementu a ekonomiky

Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Hynek ZONA

.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně 27. 3. 2014

.....
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učí-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li speciálně jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Cílem této bakalářské práce je konfrontovat postoje různých názorových skupin (lékaři, právníci, katolická církev, laická veřejnost) k problematice eutanazie, v kontextu se základními bioetickými principy – prospěšnost (beneficence), neškodit (nonmaleficence), respekt k autonomii, spravedlnost (justice) a zvážit možná pro a proti legalizaci. Bakalářská práce se zabývá i příčinami toho, proč lidé volí eutanazii, případně sebevraždu, jako jediné možné východisko z beznadějně situace. Bezesporu je eutanazie jedním z nejkontroverznějších témat současnosti. Dotýká se různých oblastí lidského života. Přesto, že je eutanazie označována za dobrou či milosrdnou smrt a hlasy hájící eutanazii mohou znít jakkoliv racionálně, jedná se o úmyslné usmrcení umírajícího a z pohledu etiky, morálky, ale i práva, nelze takový čin akceptovat. Jako alternativa k eutanazii je uvedena paliativní medicína a koncepce hospicových programů.

Klíčová slova: bioetika, eutanazie, sebevražda, zdraví, umírání, smrt, kvalita života, lékař, paliativní péče, hospic.

ABSTRACT

The aim of this work is to confront the attitudes of different ideological groups (physicians, lawyers, the Catholic Church, the general public) on the issue of euthanasia in the context of the fundamental bioethical principles – utility (beneficence), non harm (nonmaleficence), respect for autonomy, justice and consider the potential for and against legalization. The bachelor thesis deals with the causes of why people choose euthanasia or suicide as the only possible way out of a hopeless situation. Undoubtedly euthanasia is one of the most controversial issues of our time. It touches on various aspects of human life. Despite being called euthanasia good or merciful death and voices advocating euthanasia may sound however rationally, it is the deliberate killing of dying from the perspective of ethics, morality, and law can not accept such an act. As an alternative to euthanasia is listed palliative medicine and the concept of hospice programs.

Keywords: bioethics, euthanasia, suicide, health, dying, death, quality of life, physicians, palliative care, hospice

Rád bych touto cestou poděkoval PhDr. Mgr. Zdeňku Šigutovi, Ph.D. za vedení práce, Prof. MUDr. Jiřímu Vítovcovi, CSc., za neformální hovory o problematice eutanazie. Rovněž děkuji Ing. Pavlu Zonovi, Ph.D., jako kritickému čtenáři, za jeho cenné připomínky. A samozřejmě nemohu opomenout svoji nejbližší rodinu, manželku a děti, kterým patří dík za trpělivost, kterou se mnou měli při tvorbě této práce.

Jiří Wolker – Umírající

... smrti se nebojím, smrt není zlá, ve smrti nejsem sám,
umírání se bojím, kde každý je opuštěn, - a já umírám.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
1 BIOETIKA	9
1.1 POČÁTKY BIOETIKY	9
1.2 PODSTATA A PŘEDMĚT BIOETIKY	10
1.3 VÝCHODISKA ETICKÉHO PŘÍSTUPU K BIOETICE	11
1.3.1 Utilitarismus a bioetika	12
1.3.2 Deontologický přístup k bioetice	13
1.3.3 Teologický přístup k bioetice.....	13
1.4 ZÁKLADNÍ (FUNDAMENTÁLNÍ) PRINCIPY BIOETIKY	15
1.4.1 Princip neškodit (nonmaleficence).....	16
1.4.2 Princip prospěšnosti – dobročinnosti (beneficence)	17
1.4.3 Princip respektu k autonomii	18
1.4.4 Princip spravedlnosti (justice).....	19
2 ZDRAVÍ, NEMOC, KVALITA ŽIVOTA A SMRT	22
2.1 ZDRAVÍ A NEMOC	22
2.2 KVALITA ŽIVOTA A SMRT	23
2.3 ČLOVĚK NA SKLONKU ŽIVOTA.....	25
3 EUTANAZIE	29
3.1 POJEM EUTANAZIE.....	29
3.2 TYPOLOGIE (KLASIFIKACE) EUTANAZIE.....	30
3.3 SEBEVRAŽDA	32
3.4 ALTERNATIVA K EUTANAZII.....	33
4 VZTAH BIOETIKY A EUTANAZIE	34
4.1 EUTANAZIE ZNEUŽITELNÁ.....	34
4.2 EUTANAZIE POMÁHAJÍCÍ A OSPRAVEDLNITELNÁ	36
4.2.1 Modelové situace	37
4.2.2 Rizika	38
4.3 EUTANAZIE, JAKO VÝSOSTNÉ PRÁVO ČLOVĚKA.....	39
4.4 ARGUMENTY PRO A PROTI	41
4.5 VEŘEJNÉ MÍNĚNÍ O UMÍRÁNÍ A EUTANAZII V ČR	45
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	55
SEZNAM OBRÁZKŮ	56

ÚVOD

V souvislosti s vývojem moderní biologie vyvstávají mnohá etická dilemata, která se týkají nejen samotné biologie, ale i medicíny, rovněž vědeckých pracovníků a lékařů, stejně tak i objektů, nebo možná obětí onoho vědeckého pokroku. Bioetika je poměrně mladou disciplínou, odvětvím aplikované etiky. Její náplní je mimo jiné i hledání odpovědí na otázky týkající se zacházení se životem z pohledu medicíny, ať už je to ve smyslu umělého oplodnění, potratů, klonování nebo v neposlední řadě eutanazie. V diskusích o eutanazii se střetávají různé názorové proudy. Mezi ty nejvýraznější patří náboženské, medicínské, politické a právní. Teologové nesouhlasí s eutanazií (především ve smyslu aktivní) a zásadní překážku vidí v nedotknutelnosti lidského života, který je posvátný a nedotknutelný v kterémkoliv okamžiku své existence. Nabízí se však otázka, zda je oprávněné a odůvodněné ze strany církvi odmítat eutanazii a proč na druhé straně analogicky neodmítat nepřeborné množství moderních medicínských prostředků, které naopak dokáží život prodloužit. Mezi lékaři nevládne taková názorová jednotnost. Existují hlasy striktně odmítavé, ale rovněž nepodporující, nicméně neodsuzující. Existují zde obavy z možného zneužívání eutanazie, nebo z možného negativního vlivu na lékaře. Nelze rovněž pominout obrovskou moc lékařů, která tkví v jejich schopnostech a možnostech, umožnit přežít lidem v situacích, kdy by to v minulosti nebylo možné (např. transplantační medicína, hemodialýza, péče na spinálních jednotkách apod.). Zároveň však můžeme za touto mocí hledat např. vzrůstající počet narozených dětí s vrozenými vadami, kterým je i přes možnosti prenatalní diagnostiky umožněno narodit se a „žít“ i přes to, že takový život nebude naplněn.

Mezi politiky a právníky se otevírají živé diskuse především v souvislosti s návrhem zákona o důstojné smrti. Snahou tohoto zákona je především vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou, případně se rovněž nachází ve stavu nezměnitelného bezvědomí a jeho zdravotní stav vyvolává trvalé fyzické nebo psychické utrpení.¹ Panují však obavy především z možného zneužívání a obtížné regulovatelnosti v případě, kdy by byla eutanazie legalizována. Otázky týkající se možné legalizace eutanazie však nejsou problémem současnosti, ale objevují se v různých návrzích novelizací trestního zákona již od roku 1926.

¹ Důvodová zpráva k návrhu zákona o důstojné smrti [online]. 2006 [cit. 2. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://res.claritatis.cz/zpravy/prilohy/duvodova-zprava-k-navrhu-zakona-o-dustojne-smrti/2827>>

1 BIOETIKA

S vývojem biologie a s rozvojem biotechnologií se lidstvu rozšiřují možnosti aktivních zásahů do lidského života. Bioetika je jednou z disciplín aplikované etiky, která zareagovala na skutečnost, že v posledních desetiletích minulého století vzrostl zájem o problémy, které souvisejí mimo jiné s používáním nových technologií v souvislosti s prodlužováním, nebo vylepšováním života člověka.² Jednou z oblastí zájmů bioetiky jsou medicínské aktivity, zasahující do lidského organismu za účelem optimalizace činnosti jeho psychických a somatických funkcí. Právě díky medicínskému pokroku jsou v dnešní době možné terapeutické a restituční zákroky, které byly v nedávné minulosti nemyslitelné. V souvislosti s realizací moderních medicínských metod rovněž vyvstala řada nových etických problémů, ať již je to v oblasti genetického inženýrství, nebo transplantační chirurgie, asistované reprodukce, atd.³

1.1 Počátky bioetiky

U zrodu bioetiky můžeme najít strmý vzestup technických (technologických) možností člověka, kterými je schopen do jisté míry ovládat přírodu a kontrolovat svoji existenci. Lze připustit i tvrzení, že jeden z hnacích motorů vzniku bioetiky, bylo blízké setkání se smrtí a dále pak úspěchy klinické medicíny po druhé světové válce. Příkladně plicní ventilátor, který byl původně vyvinut pro potřeby resuscitace a anestezie na operačních sálech, se postupem času začal ve velké míře používat i mimo místo jeho původního určení – např. okysličování organismu při selhání dýchací soustavy pro potřeby případné transplantace orgánů.

Zde se objevily první otázky týkající se okamžiku, kdy lze člověka označit za mrtvého. S rokem 1968 a první transplantací srdce nabraly na intenzitě diskuse stran okamžiku smrti.⁴ Nelze v této souvislosti opomenout Jonasův princip odpovědnosti: „Jednej tak, aby účinky tvého jednání byly slučitelné s trváním skutečně lidského života na Zemi“. Vyjádřeno negativně: „Jednej tak, aby účinky tvého jednání nezničily možnost takového života“.⁵ Za

² KOVAĚOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. 78 s. ISBN 80-8055-996-1.

³ ONDOK, Josef Petr. *Bioetika*. 1. vydání. Svitavy: Trinitas, 1999. 134 s. ISBN 80-86036-24-3.

⁴ KOENIG Barbara, MARSHALL, Patricia. Death and the Birth of Bioethics. In: POST, Stephen Gerrard, editor in chief. *Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition*. 2004. ISBN 0-02-865916-3. str. 547.

⁵ JONAS, Hans. Princip odpovědnosti. In: RADVAN, Eduard. *Úvod do filosofie a etiky*. Brno: IMS Brno, 2012. ISBN 978-80-87182-23-9. str. 152.

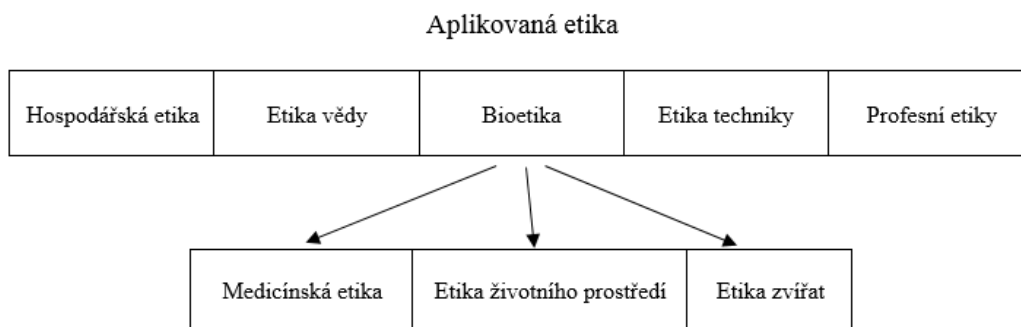
okamžik vzniku bioetiky lze podle A. R. Jonsena označit rok 1962, kdy byly na základě diskusí publikovaných v odborných časopisech rozpracovány a formulovány kritéria pro výběr nemocných, jimž by nové biotechnologie mohly zachránit život. Byl to právě prudký rozmach biotechnologií, které umožňovaly udržet při životě a život tak prodloužit nevyčísitelně nemocným, těžce zraněným nebo i klinicky mrtvým. Tyto nové možnosti však samozřejmě vyvolaly nové závažné etické otázky jako např.:

- Jak vyřešit výběr pacientů, když počet „zájemců“ dozajista přesahoval možnosti poskytování péče založené na nových technologiích? Jaká zvolit kritéria pro výběr?
- Na základě výše uvedené otázky lze odvodit i další, možná mnohem problematičtější. Nelze pominout i finanční stránku věci, jelikož nové technologie s sebou přinášejí i nemalé ekonomické zatížení. Budou si tedy tuto život udržující a život prodlužující péči moci dovolit všichni? Je správné upřednostnit ty, kteří jsou bohatí na úkor těch chudých?

1.2 Podstata a předmět bioetiky

Z prostudované literatury plyne, že neexistuje jednotná, obecně přijatá definice pojmu bioetika. Zakladatel bioetiky V. R. Potter koncipoval bioetiku jako aplikovanou etiku, která měla usměrnit jednání člověka směrem ke zlepšení kvality života. Jiný názor prezentovali např. T. A. Shannon, S. Gorowitz, T. L. Beauchamp, J. F. Childress a další, podle kterých je bioetika etikou lékařské teorie a praxe. Názory, které dávají rovnítko mezi bioetikou a lékařskou etikou mají své opodstatnění. V době, kdy se bioetika vymezovala jako samostatná disciplína, z medicínské etiky vycházela a navazovala na ni. Zkoumala totiž především otázky týkající se autonomie a práv pacienta, nebo spravedlivé dostupnosti lékařské péče, léků a technologií.

Bioetiku lze považovat za dílčí disciplínu aplikované etiky, jak dokládá obrázek č. 1:



Obrázek 1. Schéma dílčích disciplín aplikované etiky

přičemž zároveň dochází ke zjednodušení v tom smyslu, že se obsah bioetiky ohraničuje na vztah „lékař – pacient“, které jsou předmětem zkoumání právě medicínské (lékařské) etiky.⁶

Naopak širší pojetí pojmu bioetika zastává např. M. Munzarová, jelikož bioetika sice bere v úvahu pokroky lékařských a biologických věd, nicméně se snaží zároveň sjednotit i požadavky, které vycházejí z jiných oborů – právo, filozofie, sociologie apod. Kromě toho zahrnuje i vztahy mezi biologickým výzkumem a klinickou praxí.⁷ Obdobně uvažuje i H. Haškovcová, podle které je pojem bioetika nadřazen pojmu lékařská etika a označuje nejen zkoumání etických problémů spojených s výkonem lékařské praxe a souvisejícího výzkumu, ale také etickou problematiku veškerého života na zemi (bios – život, etika – mravnost).⁸

Zřejmě nejnaléhavější otázky však staví před bioetiku reprodukční medicína a thanatologie v podobě etických problémů spojených s ovlivňováním začátku a konce lidského života.

1.3 Východiska etického přístupu k bioetice

Etika pracuje s principy, které nám umožní rozhodovat mezi dobrem a zlem, mezi tím co je morálně správné a co ne. Bioetika pracuje s morálními principy v kontextu s medicínskou praxí, politikou, výzkumem, genovým inženýrstvím, ale třeba i právem. V literatuře lze identifikovat několik dílčích přístupů k bioetickým principům, jako např. utilitaristický přístup, deontologický, náboženský, kterým lze nadřadit fundamentální principy, jako jsou princip neškodnosti, prospěšnosti, autonomie a spravedlnosti.

⁶ FOBEL, Pavel. *Aplikovaná etika. Teoretické východiska a současné trendy*. Martin: Vydavatel'stvo HONNER, 2002. ISBN 80-968399-5-0. str. 81.

⁷ MUNZAROVÁ, Marta. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3018-6. str. 7.

⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994, 1.vyd. ISBN 80-85824-03-5. str. 12.

1.3.1 Utilitarismus a bioetika

Utilitarismus (utilis – užitečný, prospěšný) je na rozdíl od kantovského pojetí, podle něhož se morální hodnota činu nehodnotí podle výsledku, ale podle úmyslu, kterým byl veden, je utilitarismus nauka, která považuje užitečnost za základní princip jednání z hlediska morálního. Utilitaristická morálka představuje racionální teorii, jež umožňuje určit takové techniky, které vedou k zajištění maximálního blaha pro jednotlivce. J. Bentham formuloval doktrínu, podle níž konání musí vést k maximu štěstí pro maximální počet jedinců. Altruistický utilitarismus Stuarta Milla bere navíc v úvahu kvalitu štěstí a dochází k závěru, že zájmem jednotlivce je blaho všech.⁹ Princip užitečnosti můžeme formulovat tak, že vždy musíme jednat tím způsobem, abychom dosáhli toho nejlepšího ze vztahů mezi pozitivními a negativními důsledky našeho jednání, a to za předpokladu že:

- Jednání obvykle vyvolá celou řadu protichůdných efektů, které mohou být jak pozitivní, tak negativní,
- Jednání se může dotknout i jiných lidí, než těch, na které jsou naše aktivity bezprostředně zaměřeny.
- Se všemi důsledky musíme počítat, a pokud možno odhadnout jejich dopad.

Samotný utilitarismus však dozajista není imunní vůči kritickým hlasům. Princip užitku totiž podle všeho omlouvá značné útrapy některých lidí ve prospěch dobra většiny. Pro ilustraci lze uvést následující příklad: *Předpokládejme, že vědec chce lépe pochopit fungování lidského mozku. Objektem jeho zkoumání bude jedinec, jehož mozek bude vědcem systematicky zkoumán a budou zaznamenávány výsledky tohoto zkoumání. Tento výzkum přinese více možností, které by rozšířili naše poznatky o mozku, než takové výzkumy, které se páchají na lidech s cerebrálním poškozením. Experimentátor si však může vybrat člověka bez vzdělání, bez rodiny a přátel; člověka, který není společností hodnocen jako cenný pro její další rozvoj – konečným důsledkem výzkumu bude smrt jedince.*¹⁰

Princip užitku byl dozajista zneužíván i v případě zvrácených nacistických lékařských experimentů, které byly prováděny na věznicích koncentračních táborů během 2. světové války, jež byly zaměřeny na vývoj a testování léčiv a léčebných metod, očkovacích látek a

⁹ DUROZOI, Gérard a André ROUSSEL. *Filozofický slovník*. 1. vyd. Praha: EWA Edition, 1994, 352 s. ISBN 80-85764-07-5.

¹⁰ KOVALOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. 78 s. ISBN 80-8055-996-1.

sér pro léčbu a prevenci nakažlivých chorob včetně malárie, tyfu, TBC nebo infekční hepatitidě.¹¹

1.3.2 Deontologický přístup k bioetice

Protipólem utilitarizmu je deontologický přístup (to deon – povinnost). Deontologická teorie neposuzuje správnost či nesprávnost jednání podle bezprostředních důsledků samotného jednání. Podle I. Kanta jednáme správně tehdy, pokud za tímto jednáním není vliv osobního zájmu nebo konkrétního důsledku, ale pouze uvědomění si své vlastní morální povinnosti. Kant tento princip nazval kategorickým imperativem: „Jednej tak, aby maxima (subjektivní zásada) tvé vůle se kdykoliv mohla stát všeobecným zákonem“.¹² Kantův imperativ lze formulovat třemi způsoby: aby jedinec jednal podle zásad, které požaduje od jiných, aby jednal podle takových zásad, které by se mohly stát obecným zákonem a aby jednal tak, aby lidství sebe samého i druhého bylo pro jednajícího vždy účelem, nikoliv prostředkem.

Deontologická teorie však není vždy dostatečně citlivá k důsledkům jednání – nedoceňuje tedy možné dopady vzhledem k budoucnosti. Další riziko můžeme spatřovat i v tom, že pravidla, na základě kterých jedinec koná, nebudou platit obecně. Rovněž si můžeme položit otázku, za jakých okolností a předpokladů budou taková pravidla platit pro všechny.

Podle Kanta je jednání správné pouze tehdy, jestliže jednáme z povinnosti (z vnitřního přesvědčení). Možným příkladem může být: *v případě, že se rozhodneme darovat ledvinu ze soucitu s tím, že chceme nemocnému ulevit v jeho utrpení a zachránit tak jeho život, jednáme správně, nicméně skutek morální hodnotu nemá; pokud si však uvědomíme, že je naší povinností takto jednat, pak nejen že tento skutek je správný, ale navíc má i morální hodnotu.*

1.3.3 Teologický přístup k bioetice

Náboženská etika (v našem případě budeme brát v úvahu především etiku křesťanskou) zkoumá jednání z hlediska přesvědčení a postojů. Odvolává se při tom na morální normy, principy, nebo Boží přikázání. Náboženskou etiku můžeme chápat jako teorii vycházející z kritérií, jež nepocházejí z racionální zkušenosti, ale z teologických tvrzení obsažených

¹¹ NAZI medical experiments [online]. 2013 [cit. 5. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005168>>

¹² KANT, I. Základy metafyziky mravů. In: KOVALOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. ISBN 80-8055-996-1. str. 37.

v Písmu.¹³ Podle J. P. Ondoka může pouze víra najít odpověď na smysl lidské existence a na svět, v němž člověk žije a hlavně zahrnuje nový morální názor, umožňující etické hodnocení některých skutečností tam, kde by prostý racionální přístup vedl k nejednoznačnému hodnocení.¹⁴ Mezi nejdůležitější principy křesťanské (katolické) etiky, u kterých můžeme spatřovat vztah k bioetice, patří:

- *Princip správcovství*: lidský život není ve vlastnictví člověka, ten je pouze jeho správcem. Lidský život pochází od Boha, nicméně člověk je za život zodpovědný a má tedy povinnost život chránit a kultivovat jeho funkce a v případě disharmonie, vyhledat lékařskou pomoc.
- *Princip posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života*: zde můžeme spojovat právo na život a zároveň povinnost život chránit. Dle tohoto principu se člověk života nemůže vzdát. Z tohoto principu pramení odmítání umělých přerušování těhotenství, sebevraždy a aktivní eutanazie. Lze však najít i jistá omezení tohoto principu. Jedno z takových omezení můžeme spatřovat i v Deklaraci o eutanazii papeže Jana Pavla II.: „Při bezprostředně nastupující smrti, která nemůže být odvrácena používanou léčbou, je dovoleno rozhodnout se ve svědomí odmítnout takovou léčbu, která může vést jedině k nejistému a bolestnému prodlužování života; v žádném případě však nelze přerušit běžnou péči, kterou tyto nemocní potřebují“. Můžeme však za běžnou péči považovat např. podávání tekutin u beznadějných stavů při dlouhodobém bezvědomí, nebo nahrazení základních životních funkcí přístroji, když takovou aplikaci u těchto stavů můžeme jen stěží označit za přirozenou?
- *Princip totality a integrity (označovaný též jako terapeutický princip)*: tento princip se dotýká pravidel, jakým způsobem můžeme zasahovat do života, kupříkladu při chirurgických zákrocích. Jakákoliv část lidského těla existuje pro dobro celku a můžeme ji obětovat pouze za předpokladu, že to bude pro dobro celku nezbytné (např. v situaci, kdy nemocný orgán ohrožuje zájem celého těla). Tento princip však nemůže být aplikován na společnost, jelikož nemůžeme obětovat jedince pro dobro většiny. Tento princip se aplikuje například při transplantacích orgánů od živých dárců. Lépe však vystihuje tento princip např. odstraňování orgánů nezvratně poškozených rakovinou nebo úrazem.

¹³ KOVALOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. ISBN 80-8055-996-1. str. 40.

¹⁴ ONDOK, Josef Petr. *Bioetika*. 1. vydání. Svitavy: Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3. str. 23.

- *Princip dvojího efektu:* tento princip můžeme najít v situacích, kdy jako důsledek jednání vzniknout zároveň dva efekty, pozitivní a negativní. Můžeme jej demonstrovat na příkladu nemocného s nádorovým onemocněním, kdy pacientovi chceme ulehčit utrpení v podobě bolestí a tyto tlumíme pomocí morfinu (tlumení bolesti = pozitivní efekt). Současně však u tohoto pacienta vypěstujeme návyk na lék tlumící bolest a v případě tlumení dýchací soustavy riskujeme i další komplikace (návyk a jiné možné vedlejší účinky = negativní efekt). Podle M. Munzarové je však nutné definovat podmínky, za kterých je tento princip možný použít:
 - 1) Záměrem toho kdo koná, je pozitivní efekt a zároveň efekt negativní není podporován a to ať už jako prostředek nebo jako cíl.
 - 2) Pozitivní efekt není dosažen prostřednictvím negativního. Ten musí být podružný.
 - 3) Dobrý efekt musí převažovat nad špatným. Lze tolerovat nanejvýš stejnou úroveň.
 - 4) Činnost mající i negativní dopad, nemůže být nahrazena v konkrétní situaci jinou.
- *Princip svobody a odpovědnosti:* projev svobody je správný pouze tehdy, pokud stojí na myšlence odpovědnosti a odpovědném vážení svých skutků ve vztahu nejen k sobě samému, ale i k ostatním lidem.
- *Princip společenství a vzájemné pomoci:* pouze prostřednictvím individuálního dobra lze dosáhnout blaha obecného. Základem tohoto uvažování je povinnost vzájemného respektu a uznání důstojnosti každé lidské bytosti.¹⁵

1.4 Základní (fundamentální) principy bioetiky

Při poskytování zdravotní péče jsme denně konfrontováni s etickými volbami. Otázky správné volby jsou o to složitější, čím rozmanitější je spektrum hodnot lidí, o něž je pečováno, což souvisí se současnou pluralitní a multikulturní společností. Tváří v tvář takové rozmanitosti je velmi obtížné najít vodítka k morálnímu jednání. Je nutné najít kompromis mezi náboženskými a sekularizovanými názorovými proudy. Vzhledem k mnoha proměnným, které existují v klinické praxi, jakož i skutečnost, že ve zdravotnictví existuje několik etických zásad, které jsou dozajista použitelné v mnoha situacích, nejsou tyto zásady považovány za absolutní dogma, ale slouží pouze jako vodítka pro správné rozhodování v rámci klinické medicíny. Některé principy lékařské etiky jsou používány celá staletí. Například ve 4. století př. n. l. Hippokrates, lékař a filozof. Vyslovil tezi, že lékař musí

¹⁵ MUNZAROVÁ, Marta. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3018-6. str. 13-14.

především pomáhat a nečinit nic zlého. Zejména s ohledem na etické rozhodování v medicíně, v roce 1979 publikovali Tom Beauchamp a James Childres první vydání „Principles of Biomedical Ethics“, popularizující užití principů ve snaze vyřešit etické otázky v klinickém lékařství.¹⁶ Tento model bioetických principů zahrnuje princip neškodnosti (nonmaleficence), princip prospěšnosti (beneficence), princip autonomie (respekt k autonomii) a princip spravedlnosti (justice).

1.4.1 Princip neškodit (nonmaleficence)

Tento princip můžeme považovat za jeden z nejstarších, vzhledem ke skutečnosti, že své kořeny má již v medicínské etice. Jeho základem je pravidlo „Nikdy neuškodit!“, které je zakotveno v Hippokratově přísaze. Vylučuje jakékoliv úmyslné i neúmyslné poškození, nebo ublížení. Při bližším pohledu na tento princip vyvstává problém možné „škody“. V této souvislosti lze rozlišit následující formy případné „škody“:

- „škoda“, která je způsobena nekonáním, tedy neposkytnutím pomoci tomu, který ji potřebuje (*v případě nekonání, či neposkytnutí pomoci lze najít analogii v tzv. pasivní eutanazii, tedy „nechat zemřít“ – pouze v případě nekonání, nelze aplikovat na neposkytnutí pomoci*).
- „škoda“, způsobená nedbalostí, případně nezodpovědným jednáním, nebo dokonce zlým úmyslem (*např. zjištěné důvody, vedoucí k rozhodnutí a jednání směřující k eutanazii, kdy takové rozhodnutí činí třetí osoba*).
- „škoda“, jež je způsobena nesprávným, nedůsledným nebo neprofesionálním jednáním. *Příkladem může být absurdní situace, kdy např. první pomoc poskytuje laik, který svým neprofesionálním jednáním může jedinci zachránit život, ale stejně tak ho zabít. Pak bychom stáli před dilematem: pomoci a tím způsobit „škodu“, nebo nepomoci a tím spáchat trestný čin.*
- „škoda“ způsobená objektivně nevyhnutelným jednáním (vzhledem k dané situaci).

Podle D. Kovařové však nemůžeme „princip neškodit“ (neškodnosti) aplikovat doslovně, a to především ve vztahu lékař – pacient, jelikož pak by se lékař musel vyvarovat jakéhokoliv jednání, směřujícímu k dosažení dobra pro zainteresované. Smyslem tohoto principu je, aby

¹⁶ McCORMICK, Thomas R., Principles of Bioethics [online]. 1. 10. 2013 [cit. 24. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html#case1>>

„škoda“ nebyla větší než blaho, které je cílem lékařského zákroku a zároveň byla minimální v porovnání s dalšími možnostmi, kterými lékař disponuje.¹⁷

Příklad: V průběhu péče o pacienta mohou nastat situace, kdy se případné poškození („škoda“) jeví jako nevyhnutelné s ohledem na aktuální stav a my jsme vystaveni volbě mezi menším a větším zlem. Většina pacientů je ochotna strpět bolest, pokud tato souvisí s případným prodloužením života. Nicméně existují případy, kdy pacient s karcinomem střev umírá v nesnesitelných bolestech a může se vzdát případné resuscitace v případě srdeční zástavy nebo selhání dýchací soustavy. Rovněž takový pacient může odmítnout život udržující technologie v podobě dialýzy nebo respirátoru. Taková volba pacienta je založena na přesvědčení, že dlouhodobé soužití s bolestí je horší než smrt = větší „škoda“. Je však důležité si uvědomit, že v tomto případě je to pacient, který sám rozhoduje o tom, co mu způsobí větší či menší újmu.¹⁸

Tuto kategorii můžeme rovněž nazvat „princip dvojího efektu“, jelikož jediný akt může mít za následek dva efekty, dobrý a špatný. Typickým příkladem může být otázka, jak nejlépe jednat v případě těhotné ženy, které byla diagnostikována rakovina dělohy. Obvyklá léčba, kterou je odstranění dělohy, je považován za záchranu života. Proti tomu je nutno postavit fakt, že tento zásah bude mít za následek smrt plodu. Které jednání je tedy morálně přípustné, případně co je naší povinností? V tomto případě je třeba respektovat podmínky, viz podkapitola 1.3.3.

1.4.2 Princip prospěšnosti – dobročinnosti (beneficence)

Princip beneficence navazuje na princip nonmaleficence a rozšiřuje jej. Předpokládá se zde jednání ve smyslu maximálního dobra pro konkrétního člověka, tedy pacienta. Tento princip lze spojovat s pojmy jako milosrdenství, dobročinnost, filantropie atp. Význam tohoto principu zjednodušeně spočívá v tom, že poskytovatelé zdravotní péče jsou povinni „konat dobro“ ve prospěch pacienta – zabraňovat vzniku „škod“ (prevence), případně odstraňovat již vzniklé „škody“. Tato povinnost je obecně považována za racionální, správný cíl medicíny. Tento princip lze označit za jádro zdravotní péče s tím, že úkolem lékaře je pomáhat, přičemž je taková pomoc směřována jednak k jednotlivci, ale zároveň ke

¹⁷ KOVALOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. ISBN 80-8055-996-1. str. 52.

¹⁸ McCORMICK, Thomas R., Principles of Bioethics [online]. 1. 10. 2013 [cit. 24. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html#case1>>

společnosti jako celku. Obecně tedy dobro, které mají lékaři a zdravotníci za povinnost uplatňovat, je zajistit lidem zdraví. Činnost zdravotnictví by tak měla být cílená na předcházení ztráty zdraví, případně lidem jejich ztracené zdraví navracet, pokud existuje reálná šance na jejich vyléčení. V jiných případech má zastavit zhoršující se vývoj choroby, případně v oblasti paliativní péče zmírňovat bolest a utrpení umírajících.

Příklad můžeme najít v urgentní medicíně, kdy princip dobročinnosti (prospěšnosti) dostává přednost před respektem k autonomii pacienta. V případě, kdy jedinec vzhledem ke svému aktuálnímu stavu není schopen, z jakéhokoliv důvodu, sám rozhodnout o tom co je pro něj dobré a co ne. Předpokládáme tedy, že by člověk schopný rozhodnutí chtěl být léčen bezodkladně s cílem odvrátit, případně eliminovat „škody“.¹⁹

Jak uvádí D. Kovařová, můžeme v souvislosti s principem prospěšnosti poukázat na problém, kdo vlastně stanovuje obsah onoho dobra (blaha), které se musí zrealizovat. Z tradice medicínské praxe vyplývá, že je to právě lékař, který má snahu rozhodovat o dobru pro pacienta za každých okolností. Zde můžeme hovořit o tzv. paternalismu, jelikož lékař vystupuje v roli „otce“, který nejen že pečuje o dobro svého „dítěte“, ale rovněž určuje co tím pravým dobrem je. Medicínský paternalismus vychází z teze, že lékař ví, co pacient potřebuje. Souvislosti můžeme najít v mohutném rozvoji vědeckého poznání právě v oblasti medicíny (diagnostika i terapie). Původně úzký, důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem, se v souvislosti s působením nových prvků (poznatky, techniky, přístroje) začíná rozšiřovat a následně pak můžeme hovořit o tzv. dehumanizaci zdravotnictví. Pacient tak přestává být nemocným člověkem, ale stává se z něj objekt vědeckého bádání, na němž se aplikují nové vědecké poznatky.²⁰

1.4.3 Princip respektu k autonomii

Respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání bez ovlivnění z vnějšku. Tento princip spočívá ve schopnosti člověka být sám sobě nejlepším soudcem svých vlastních záměrů a zájmů. Autonomie zároveň předpokládá, že je jednatel schopen zvážit a především rozlišit jednotlivé alternativy možného jednání, ale také důsledky takového jednání a je současně schopen realizovat svůj plán, který si předsevzal. V kontextu s eutanazií se tento

¹⁹ McCORMICK, Thomas R., Principles of Bioethics [online]. 1. 10. 2013 [cit. 24. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html#case1>>

²⁰ KOVAŘOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. ISBN 80-8055-996-1. str. 53-55.

princip týká především práva pacienta na seburčení za předpokladu, že je jeho případné rozhodnutí doloženo informovaným souhlasem s veškerým děním.²¹ Princip respektu k autonomii je vlastně základem pro praktikování tzv. „informovaného souhlasu“ ve vztahu lékař – pacient. V první řadě bychom měli vždy respektovat autonomii pacienta.

Příkladem můžeme uvést Svědky Jehovovi, kterým jejich víra brání přijmout krevní transfúzi. Proto v život ohrožujících situacích, kdy je krevní transfúze otázkou záchrany života, měl by tento pacient být informován o záměru lékaře. Zároveň musí být takový pacient informován o veškerých důsledcích odmítnutí, včetně rizika úmrtí v důsledku ztráty krve. Při správném postupu, s dostatečnou mírou empatie ze strany toho kdo informuje, může pacient zodpovědně volit mezi tím, zda transfúzi přijme v souladu se silnou touhou žít, nebo zvítězí náboženské přesvědčení o nepřijatelnosti transfúze a zcela vědomě přijme smrt jako předvídatelný a neodvratný důsledek svého jednání, tedy odmítnutí.

Pokud se však zamyslíme nad uvedeným případem, je zde patrná nelehká situace lékaře, který má na jedné straně jednat tak, aby předešel škodám a na druhé straně v souvislosti s respektem k autonomii nechat člověka s jeho vědomím a na jeho přání zemřít. Je zde tedy evidentní problém s určením jakési míry „škodlivosti“ jednání. Je větší „škodou“, pokud utrpí náboženské přesvědčení člověka (škoda na duchu), nebo „škoda“ spojená se ztrátou života? Je zde patrné, že požadavky principu autonomie jsou v rozporu s požadavky jiného principu, např. právě principu „neškodit“ a vzniká tedy potřeba některý z principů porušit.²²

V této souvislosti uvádí jiný typický příklad D. Koval'ová, kdy se jedná o informování beznadějně nemocného pacienta stran diagnózy jeho choroby. Pravdivá informace může nenapravitelně poškodit a podkopat psychickou a morální sílu pacienta. Pokud si tedy pacient nepřeje takovou informaci slyšet, lékař ji nemusí sdělit, i když takové jednání může být v rozporu s principem úcty k autonomii pacienta.²³

1.4.4 Princip spravedlnosti (justice)

Princip spravedlnosti lze dát do souvislosti především s dostupností prostředků a jejich rozdělováním. Munzarová uvádí dva způsoby uplatňování tohoto principu. Jednak pomocí

²¹ MUNZAROVÁ, Marta. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3018-6. str. 16.

²² McCORMICK, Thomas R., Principles of Bioethics [online]. 1. 10. 2013 [cit. 24. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html#case1>>

²³ KOVAL'OVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. ISBN 80-8055-996-1. str. 56.

komparace potřeb jednotlivců, případně skupin lidí v případě omezených zdrojů, nebo prostřednictvím určitého klíče bez srovnávání.²⁴ V běžném životě se termín „spravedlivý“ používá ve smyslu vhodný, nejvhodnější, přijatelný, případně nepřijatelnější, nebo správný a to konkrétně ve vztahu k nějakému činu (např. oklamání člověka považujeme za čin nespravedlivý).

Na rozdíl od výše popsaných principů, se princip spravedlnosti užívá zejména v situacích, kdy se naše rozhodování a následné jednání netýká pouze jednotlivce, ale více lidí, nebo dokonce různých sociálních skupin. Různí lidé používají různá kritéria pro hodnocení toho, co je spravedlivé a co ne. Spravedlnost obecně je záležitost subjektivní, jelikož co je spravedlivé pro jednoho, nemusí být akceptovatelné druhým člověkem, který bude subjektivně vnímat nespravedlnost. Z širokého spektra takových kritérií uvádí Thomas R. McCormick následující:

- *Kritérium rovnosti (každý musí dostat stejně)*; Problém však může nastat tehdy, pokud rozdělovaný zdroj, např. lék, nebo lůžko ve zdravotnickém zařízení nepotřebuje každý. Ovšem část zdroje přidělená potřebnému, nemusí být pro tohoto člověka dostatečná, což znamená, že takové „spravedlivé“ rozdělení, nemusí být ku prospěchu nikomu.
- *Kritérium potřeby (pro každého, dle jeho potřeb)*; je obdobné, jako předcházející kritérium, jelikož s sebou může přinést stejný problém. To znamená, že stejná potřeba dvou jedinců může být určena třeba závistí – např. zatímco pro jednoho bude určitá terapie životně důležitá, pro druhého bude „potřeba“ stejné terapie založená pouze na vrtochu bez racionálního základu. S ohledem na tato rizika, je zapotřebí definovat upřesňující kritérium.²⁵
- *Kritérium uspokojování rozumných potřeb*; rozumějme uspokojování ne všech našich potřeb, ale pouze těch rozumných. To však může vyvolat další otázku, kdo a na základě jakých kritérií bude kompetentní definovat „rozumné“ vs. „nerozumné“.
- *Kritérium základních, tj. životně důležitých potřeb*; v případě tohoto kritéria předpokládáme, že většina lidí je schopna se dohodnout na tom, že potřeba jídla a pití je přeci jen důležitější než potřeba např. zábavy. Při interpretaci tohoto kritéria

²⁴ MUNZAROVÁ, Marta. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3018-6. str. 16.

²⁵ McCORMICK, Thomas R., Principles of Bioethics [online]. 1. 10. 2013 [cit. 24. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html#case1>>

můžeme tvrdit, že dokud budou na světě hladovějící lidé, je nespravedlivé plýtvat zdroji na zábavu. Následně však může vyvstat další problém, kterým je skutečnost, že některé zdroje jsou ohraničené a nemohou tudíž uspokojit základní potřebu všech, kteří ho potřebují, např. v případě velmi nákladného, nebo zcela nového unikátního medicínského zařízení. V takové situaci je nutno odvodit a použít další kritérium.

- *Kritérium podle zásluh*; toto kritérium vychází z představy, že podíl každého je určen jeho zásluhami. Pak se ovšem nutně objeví další problém obdobně jako v případě kritéria uspokojování rozumných potřeb. Podle jakého klíče budou určovány hodnoty takových zásluh? *Např. pokud se chirurg ocitne v situaci, kdy bude muset rozhodnout, zda dříve operovat malé dítě, nebo známého umělce, bude jeho volba v takovéto specifické situaci velmi obtížná.*²⁶

Žádné z výše uvedených kritérií však nelze považovat za absolutní, tzn. univerzálně použitelné pro jakoukoli situaci, kterou s sebou život přináší. Musíme si uvědomit, že v situacích, které vyžadují naše rozhodnutí, nezřídka kombinujeme více kritérií současně.

Stejně tak žádný ze zmíněných fundamentálních principů není absolutní. *Například, pokud se v situaci transplantace orgánu od dárce ukáže, že se člověk, který je v pořadníku čekatelů na transplantaci na jednom z posledních míst nachází v kritickém stavu, můžeme být vedeni povinnostmi, vyplývajícími z principu spravedlnosti a principu neškodit (v případě principu spravedlnosti pak především za použití jeho kritéria potřeby).*²⁷

²⁶ KOVALOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. ISBN 80-8055-996-1. str. 58.

²⁷ KOVALOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. ISBN 80-8055-996-1. str. 58.

2 ZDRAVÍ, NEMOC, KVALITA ŽIVOTA A SMRT

Vzhledem k tomu, že cílem práce je popsat vztah mezi bioetikou a eutanazií, je nutné se zabývat otázkou zdraví, nemoci a kvality života vůbec. V souvislosti s onemocněním dochází v krajních případech k podstatným, negativním změnám v kvalitě života. Tyto změny mohou vyústit v myšlenku řešit tyto mezní životní situace tak zásadním způsobem, jaký nabízí eutanazie.

2.1 Zdraví a nemoc

Zdraví a nemoc můžeme zahrnout mezi základní zkušenosti lidského života. Nejedná se pouze o lékařské termíny, ale jsou rovněž důležitými tématy v umění, filozofii, teologii, sociologii nebo psychologii.²⁸

Zdraví můžeme chápat např. jako stav, kdy se jedinec nachází v úplné fyzické, psychické a sociální pohodě. Neomezujeme tedy tento stav pouze na nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby. V opačném postavení se tedy nachází „nemoc“, kterou pak můžeme definovat jako stav organismu, ve kterém se tento očitá vlivem externích nebo interních faktorů, jež narušují správné fungování a rovnováhu. V důsledku toho dochází k dysfunkcím orgánů a následně pak k výskytu příznaků nemocí a jiným důsledkům.²⁹

Problémem vymezení pojmu „zdraví“ se zabývá i J. P. Ondok, podle něhož označuje zdraví jisté schopnosti adaptace, přičemž není výsledkem instinktivního chování. Vyjadřuje schopnost adaptovat se na změněné podmínky prostředí a v případě poškození obnovit svůj původní stav. Blíže a konkrétněji se vymezením termínu „zdraví“ zabývala Světová zdravotnická organizace (WHO), která definuje zdraví jako „dobrý stav kompletního fyzického, mentálního a sociálního blaha“. Existují tedy i jiné hodnoty, než tělesné zdraví, které se na stavu tohoto blaha podílejí. Můžeme sem zahrnout např. přátelství, zdárné splnění životního cíle, sebeúctu, nebo i náboženské hodnoty.³⁰ V souvislosti s pojmy zdraví a nemoc je zapotřebí zmínit i další kategorii a tou je kvalita života.

²⁸ VON ENGELHARDT, Dietrich. Health and Disease. In: POST, Stephen Gerrard, editor in chief. *Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition*. 2004. ISBN 0-02-865916-3. str. 1057-1058.

²⁹ VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 5. rozš.vyd. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-81-0.

³⁰ ONDOK, Josef Petr. *Bioetika*. 1. vydání. Svitavy: Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3. str. 35-40.

2.2 Kvalita života a smrt

Je velmi nesnadné definovat „kvalitu života“. Pokud hovoříme o kvalitě života, můžeme kupříkladu sledovat, jaký vliv má onemocnění na jedince, na jeho fyzický či psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Přestože v současné době existuje mnoho definic kvality života, žádnou z nich zřejmě nelze označit za všeobecně akceptovatelnou. Společným znakem všech definic je to, že pojem „kvalita života“ by měl zahrnovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Zjednodušeně, ale výstižně, lze kvalitu života definovat jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Můžeme sem tedy zahrnout nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu rovněž kondici psychickou, společenské uplatnění, ale i hledisko náboženské, ekonomické apod.³¹

Především u nevléčitelně nemocných pacientů hraje důležitou roli subjektivní kvalita života, na základě které je stanovována terapie, medikace, léčba nebo rehabilitace. Jak uvádějí Vaňurová a Mühlpachr, tvoří terminálně nemocní a umírající specifický okruh osob pro posuzování kvality života, u kterých se subjektivní kvalita života stává určujícím činitelem pro volbu léčby a způsobu péče o pacienta.

Předčasná smrt byla v minulosti zásadním problémem, s nímž se musela společnost vyrovnávat. S obrovským rozvojem technologií a medicíny ubylo umírajících v nízkém věku a došlo k prodloužení života. Nicméně ruku v ruce s dlouhověkostí vyvstávají otázky týkající se zvládnutí umírání jako takového. Např. v souvislosti s možnostmi prodloužit a udržovat lidský život je to otázka práva jednotlivce na urychlení jeho umírání – eutanazie nebo asistovaná sebevražda. Především zastánci a propagátoři argumentují termíny jako důstojnost a kvalita života.³²

U umírajících pacientů v nemocnicích hrají závažnou roli pocit osamělosti a pocit izolace. Proč hovoříme především o pacientech v nemocnicích? Podle Haškovcové je závažným a neodkladným problémem v současných institucionálních podmínkách tzv. ritualizace smrti. Je to nemocnice, kde se narodíme a s největší pravděpodobností v nemocnice i zemřeme. Okamžiku narození člověka je běžné přisoudit charakter radostného sociálního aktu – nikdo

³¹ SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita, JEBAVÝ, Ladislav, BLAŽEK, Martin a KAČEROVSKÝ, Jaroslav. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. Praha: Fr. Borový. 2004, č. 1. ISSN 0372-7025. str. 6-9.

³² VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7. str. 110-112.

se nerodí v izolaci a je běžné, že u porodu bývá přítomen otec. Smrti je však podobný charakter sociálního aktu upírán.³³

Trefně o současné situaci pojednává ve svých úvahách i americký spisovatel Robert Lee Fulghum: „*V dnešní době jsme smrt předali institucím. Osmdesát procent lidí umírá v nemocnici. Pokud náhodou umřeme někde jinde, pak zavolají záchranku a do hry vstoupí i policie, hasiči, sanitky, pohotovost, pohřební ústav, právníci, soudy, pojišťovny, účetní, církve a pastoři, hřbitovy a také několik vládních institucí. A ti všichni mají své předpisy a zavedené postupy. Jakmile umřeme, tak většina z nás už není v péči blízkých a přátel – ujmou se nás cizí lidé a instituce... Smrt není ve školních osnovách... Místo abychom smrt považovali za normální součást život, je to pro nás nečekaná pohroma – dochází k ní, když selže medicína.*“³⁴

Současným popíráním faktu smrti se dostáváme do situace, kdy nemocný člověk v pokročilém věku jakoby přestal být důležitým nejen pro společnost, ale zřejmě v mnoha případech i pro lékaře. Nedílnou součástí lékařské profese není pouze „léčení“, ale rovněž „péče“ v okamžiku, kdy je již léčba nemožná.³⁵

Smrt je zřejmě nejkritičtější momentem lidského života (blíže v podkapitole 2.3). Samotné stanovení momentu smrti může být přitom velmi nejisté a lze se v této souvislosti setkat s problémem, jak smrt přesněji vymezit, jak ji definovat. Dějinami lidstva prochází náboženský úhel pohledu, který nahlíží na smrt jako na oddělení duše od těla. Doc. Jemelka uvádí, že z pohledu lékařského přístupu se můžeme v historii setkat s následujícími variantami řešení tohoto problému:³⁶

- Tradičně jsme určovali smrt v souvislosti se zástavou srdeční činnosti a dýchání. Vezmeme-li ovšem neustále se rozšiřující možnosti medicíny, setkáme se s mnoha dalšími nepominutelnými otázkami. Například původní vymezení smrti zřetelně posunuly možnosti resuscitace a navazujícího udržování vitálních funkcí pomocí přístrojů. Pacient by totiž bez existence těchto prostředků, bez jejich podpory, byl mrtev. Současné prostředky moderní medicíny umožňují totiž téměř trvalé udržování

³³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994, 1.vyd. ISBN 80-85824-03-5. s. 186-187.

³⁴ FULGHUM, Robert. *Od začátku do konce: naše životní rituály*. Vyd. 1. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-44-6. str. 143-144.

³⁵ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7. str. 110.

³⁶ JEMELKA, Petr. *Bioetika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4626-9. str. 47-49.

„dýchajících mrtvých“. Dostáváme se pak do situace, kdy na jedné straně velebíme nemocniční oddělení typu JIP (jednotky intenzivní péče) a označujeme je za symbol sukcesu moderní medicíny a na druhé straně bojujeme s problémy, spojenými s ukončením lidského života.

- Mozková smrt umožňuje přesnější vymezení. V tomto případě hovoříme o *ireverzibilním kómatu*, které můžeme chápat jako stav necitlivosti, bez reakcí vůči podnětům ve spojitosti s absencí spontánních pohybů a dýchání. Mozkovou smrt lze tedy označit za nezvratnou ztrátu schopností řídit biologický základ osobní existence. Bez orgánu, jakým je mozek, je existence jednotlivce nemyslitelná, ať po stránce biologické, tak sociální.
- Ještě přesnější hledisko pro posouzení smrti člověka vychází, jak uvádí Jemelka, z ukončení funkce neokortexu (místo osobnostních charakteristik). Je tím míněno, že člověka považujeme za mrtvého, pokud je zničen neokortex, byť jsou funkce starších mozkových center zachovány. Takového jedince pak můžeme označit jako tzv. samovolně dýchající mrtvolu (kadáver).

Především posledně zmíněné kritérium je hlavním zdrojem dilemat lékařské praxe a etického, potažmo bioetického diskurzu. Lze tedy konstatovat, že vědeckotechnický rozvoj vlastně značně zkomplikoval dříve velmi jednoduchou otázku vymezení smrti.

2.3 Člověk na sklonku života

Není lidský život, který by byl naplněn pouze samými pozitivy a radostmi. Bez výjimek je každý život propleten obdobími smutku, bolesti, životních zkoušek apod. Nežádka se stává, že naše vlastní problémy subjektivně vnímáme jako mnohem vážnější ve srovnání s druhými, aniž bychom tušili, co druhý člověk skutečně prožívá. Máme-li hovořit ve vzájemných souvislostech, týkajících se možností důstojného konce života a možných příčin volby eutanazie, jednou ze skupin lidí, mezi kterými se ocitneme, jsou nevléčitelně nemocní.³⁷

Je to právě vážné onemocnění, které můžeme zařadit mezi ty nejzávažnější životní zkoušky, kdy se člověk setkává s takovými pocity, jako jsou úzkost, bezmoc, bezprostřední ohrožení. K enormní psychické zátěži v takových situacích přispívá velkou měrou strach, ať už je to

³⁷ DRBAL, Josef. Přístup k lidem na sklonku života. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 2. ISSN 1213-2977. str. 3-8.

z nemoci samotné, z vedlejších účinků léčby, ze ztráty postavení (v rodině, ve společnosti), ze ztráty zaměstnání a v případě nevléčitelných nemocí je to strach ze smrti. I když medicína hraje důležitou roli při péči o nevléčitelně nemocné, není schopna sama o sobě takovým lidem pomoci, snad pouze ulevit. Tito pacienti potřebují kvalitní péči zahrnující podporu psychologickou, sociální, ekonomickou, etickou nebo duchovní. Výstižně hovoří o potřebách nevléčitelně nemocného např. MUDr. J. Drbal. Podle něj je upřímný vztah ke druhému člověku základem péče o pacienta s diagnostikovaným nevléčitelným onemocněním. Člověk na sklonku svého života nevyžaduje přítomnost odborníka, jenž dokáže kvalifikovaně odpovědět na veškeré medicínské otázky, nevyžaduje ani společnost člověka hýřícího humorem, ani domnělého blízkého, jenž ho sporadicky zahrnuje drahými dary. Ve chvílích, kdy si člověk uvědomuje blížící se smrt, spíše touží po osobě, která mu bude oporou v jeho samotě, zároveň bude respektovat jeho rozhodnutí (autonomii), pochopí jej a zároveň bude vnímavý k jeho aktuálním potřebám a v neposlední řadě bude upřímný.

S ohledem na skutečnost, že období umírání, tedy v našem případě období od stanovení diagnózy nevléčitelné choroby k okamžiku smrti, je individuální a v různých fázích dozajista vyžaduje různé zacházení, můžeme předmětné období rozdělit do dvou fází:³⁸

- a) Období „ante finem“ odpovídá fázi, kdy si je člověk vědom svého vážného onemocnění, které je z hlediska perspektivy neslučitelné se životem – smrt je i přes relativně dlouhý časový interval (týdny, měsíce) velice pravděpodobná. V okamžiku, kdy se současná medicína, jejímž cílem je především remise, dostává do situace kdy již „pouze“ zmírňuje obtíže, je nezbytná intervence psychologická a čistě lidská s cílem odvrátit tzv. psychickou a sociální smrt.³⁹ Příchod a rozvoj závažného onemocnění s sebou nese typické fáze psychické odezvy. Tyto fáze definovala např. Dr. Elisabeth Kübler-Ross, které se však, nutno poznamenat nemusí vyskytnout u každého a nemusí rovněž následovat ve stejném sledu, jak jej autorka uvádí. Jedná se o:

- 1) První stádium – popírání a izolace (negace – šok). *Většina z více než 200 pacientů, se kterými Kübler-Rossová rozmlouvala, reagovala na informaci o*

³⁸ J.P.Ondok definuje smrt, jako ukončení veškeré vitální aktivity, kterou živý organismus vyvíjí, udržuje a reprodukuje. Je přirozenou nutností, zákonem, který platí pro všechno živé.

³⁹ DRBAL, Josef. Přístup k lidem na sklonku života. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 2. ISSN 1213-2977. str. 3-8.

terminálnosti svého onemocnění slovy: „Ne, to se určitě netýká mě, to není možné“.

- 2) Druhé stádium – zlost (agrese – hněv, vzpoura). *V okamžiku, kdy na člověka dolehne realita, přichází nová reakce v podobě: „Ale ano, jsem to já, nebyl to žádný omyl. Proč se to nemohlo stát někomu jinému?“*
- 3) Třetí stádium – smlouvání (vyjednávání). *Zde Kübler-Rossová uvádí analogii s reakcí malých dětí, které se toho, o co usilují, nejprve domáhají a poté o to prosí.*
- 4) Čtvrté stádium – deprese (smutek), *přichází v okamžiku, kdy smrtelně nemocný pacient není schopen dále svoji chorobu popírat, je nucen absolvovat řadu zákroků. Předcházející pocity v podobě zaraženosti, zlosti nebo hněvu střídá pocit obrovské ztráty, v jakékoliv podobě. V souvislosti s depresemi můžeme zpochybnit tzv. princip respektu k autonomii, obzvláště pokud nevléčitelně nemocné ovládají sebevražedné myšlenky, jelikož jsou přesvědčeni o tom, že život s jejich postižením není hoden žití. Je však třeba si uvědomit, že deprese a s ní související sebevražedné myšlenky, nemusí mít pouze souvislosti s diagnostikovanou nemocí, ale mohou zde hrát zásadní roli např. životní krize - ztráta zaměstnání, rozvod apod. Jiným argumentem proti respektování projevu vůle nemocného je, že nemocný nehledá řešení ve smrti z důvodu nesnesitelnosti jeho nemoci, ale proto, že se ocitne v dehumanizujícím sociálním prostředí. Z uvedeného je zřejmé, že princip respektu k autonomii lze akceptovat pouze v případě duševně zcela způsobilého člověka.⁴⁰*
- 5) Páté stádium – akceptace (smíření – souhlas). *Pacient, jemuž někdo pomohl při prožívání předešlých stádií, dosáhne stavu, kdy není ani deprimován, ani necítí zlost vůči svému osudu.⁴¹*

⁴⁰ COHON, Rachel. Disability – Ethical and Societal Perspectives. In: POST, Stephen Gerrard, editor in chief. *Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition*. 2004. ISBN 0-02-865916-3. str. 660 – 661.

⁴¹ KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993, str. 32-120.

Pro výše zmíněná období je typické, že strach ze smrti je mnohem intenzivnější z počátku, než v samotné fázi umírání a lze je výstižně vyjádřit příslovím: „Nemoc si člověka připraví.“

42

- b) Období „in finem“, které představuje terminální stádium nemoci, tedy postupné a ireverzibilní selhávání vitálních funkcí. V této souvislosti je nutno konstatovat, že v minulosti to byla právě rodina, která o umírajícího pečovala doma, a každý si plně uvědomoval svou roli v této nelehké situaci. S postupem času se umírání přesouvá do nemocnic a podobných institucí a lze pozorovat úbytek lidského kontaktu. Jinými slovy máme tendenci smrt vytěsnit a poskytnout umírajícímu „pouze“ péči v podobě čistoty, pořádku, jídla, léků. Z etického hlediska je to právě období „in finem“, kdy se nejčastěji setkáme s otázkami, které se týkají ritualizace smrti (především v podmínkách hospitalizace) a eutanazie.⁴³

V závěru této pasáže nelze jinak, než souhlasit s názorem Dr. Drbala, že bychom měli hledat kompromis mezi současným profesionálním medicínským přístupem a tradičním modelem. Zároveň musí být zajištěna taková péče, aby byl pacient ušetřen nesnesitelných bolestí spojených s jeho nemocí a především, aby v závěru života nezůstal sám, což je základní koncepcí hospicových programů na celém světě. Tyto programy však nelze spojovat pouze s „hospicem“ jako konkrétní institucí, ale lze je realizovat v různých variantách v rámci nemocniční péče, LDN, domovů důchodců apod.⁴⁴

Nicméně je zapotřebí připomenout, že nemocnici nelze nahradit hospicem a opačně.

⁴² DRBAL, Josef. Přístup k lidem na sklonku života. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 2. ISSN 1213-2977. str. 4-5.

⁴³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994, 1.vyd. ISBN 80-85824-03-5. str. 186.

⁴⁴ Tamtéž.

3 EUTANAZIE

Eutanazie tvoří, podle Haškovcové, vedle ritualizace smrti druhý problematický okruh otázek v situacích „in finem“ (v lékařském pojetí tzv. terminální stav). Je jedním z velkých témat lékařské etiky. O eutanazii jsme zvyklí hovořit především v souvislosti se starými lidmi, s lidmi těžce nemocnými, umírajícími. Matějek uvádí, že ať jsou to zastánci či odpůrci, obě skupiny argumentují lidskou důstojností. Podle jedné skupiny eutanazie lidskou důstojnost chrání, podle druhých naopak pošlapává. Možným důvodem, proč se téma eutanazie „znovuobjevilo“, byla manipulace s umíráním. Opět se dotýkáme pojmu „vítězné medicíny“, kdy lékař chápe smrt jako svoji porážku a proto se jí brání všemi dostupnými prostředky, které mu současná medicína poskytuje.⁴⁵ Lékař při tom vychází z představy, že pacient si přeje totéž. Ne vždy však lze předpokládat, že pacient bude chtít podstoupit vše, co mu je schopna medicína poskytnout. Můžeme hovořit o přílišném prodlužování umírání, čeho se pacient bál a bojí. Jako logický se pak jeví postoj, podle něhož je dobré a správné rozhodnout o své smrti sám a lékař by pak měl (mohl) vyhovět přání pacienta a aktivně jej usmrtit. Z uvedeného můžeme odvodit dva přístupy k momentu smrti. První má snahu příchod smrti oddálit a pak hovoříme o tzv. dystanázii a opačným přístupem je eutanazie.

Zbožným přáním většiny lidí je zemřít v klidu, bezbolestně, v ideálním případě zemřít ve spánku. Tyto představy jsou ovšem zpravidla zcela odlišné od reality a možná právě proto se opakovaně, více či méně intenzivně diskutuje o možnostech eutanazie.⁴⁶

Jednou z možných interpretací eutanazie je, že se jedná o ukončení života vážně nemocného, který trpí nesnesitelnými bolestmi, ovšem na jeho výslovné a opakované přání. Podstatně méně často se hovoří například o interrupcích jako o určité podobě eutanazie.

3.1 Pojem eutanazie

Pojem eutanazie je vyhrazen v zásadě pro dvě následující situace a pod tímto označením rozumíme:

- Dobrá, snadná, krásná smrt.
- Usmrcení z útrpnosti, soucitu a milosrdenství.

⁴⁵ MATĚJEK, Jaromír. Limity péče o těžce postižené a těžce nemocné děti. *Pediatric pro praxi*. Březsko: Solen, 2012, č. 1. ISSN 1213-0494. str. 55-56.

⁴⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994, 1.vyd. ISBN 80-85824-03-5. str. 195.

Nelze popřít existenci přirozeného práva na život. Lze si ovšem položit otázku, zda je žít povinností? Patří mezi povinnosti společnosti udržovat život člověka? V současných diskusích stran eutanazie bývá tento pojem často vnímán pouze v negativním smyslu, jako záměrné ukončení života druhého. Stranou však zůstává jeho smysl pozitivní, tedy jako pomoc člověku na sklonku života, umírajícímu, aby jeho smrt nebyla nedůstojným odchodem ze života. Takovou pomoc však nesmíme omezovat pouze na péči lékařskou. Samotný pojem eutanazie vyvolává ve společnosti různé asociace a je používán v různých významech a souvislostech.⁴⁷

Termín „eutanazie“ vychází z řeckého *eu* (dobrý, příjemný, radostný) a *thanatos* (smrt).⁴⁸ Pod pojmem eutanazie si můžeme v podstatě představit takové jednání zdravotníka, jehož cílem je usmrtit pacienta. I když není cílem práce podrobně analyzovat jednotlivé formy a druhy eutanazie, nelze základní členění pominout, neboť se v jednotlivých typech odrážejí fundamentální principy bioetiky. Eutanazii tedy můžeme rozdělit ze dvou hledisek.

3.2 Typologie (klasifikace) eutanazie

Za prvé podle vůle pacienta na eutanazii *dobrovolnou* (v případě, že o ni žádá sám pacient), *nedobrovolnou* (pokud se realizuje se souhlasem rodinného příslušníka, lékařského koncilium nebo soudu v případech, kdy pacient není způsobilý rozhodnout sám, např. v bezvědomí) a někteří autoři zmiňují eutanazii *násilnou* (vykonaná i proti vůli pacienta).⁴⁹

V případě eutanazie dobrovolné se tedy pacient spolupodílí na rozhodování v otázce tak zásadní, jako je ukončení svého vlastního života především za pomoci lékaře a technických prostředků. Přítomnost onoho zprostředkovatele činí z eutanazie (asistované sebevraždy) něco jiného, než prostou sebevraždu. Zjevným důvodem pro přítomnost odborníka, je předcházení nezdaru při laické realizaci a zabránit eventuálnímu prohloubení a prodloužení utrpení, které je jedním z možných motivů k rozhodnutí ukončit život. Je zde ovšem morální dilema v podobě požadavku usmrcení od druhého člověka. Musí zde tedy platit teze, že nelze

⁴⁷ ONDOK, Josef Petr. *Bioetika*. 1. vydání. Svitavy: Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3. str. 121.

⁴⁸ ŠIPR, Květoslav. Historický pohled na eutanazii. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 2. ISSN 1213-2977. str. 9-16.

⁴⁹ JEDLIČKA, Peter a LAGOVÁ, Veronika. Eutanázia a jej alternatíva. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 3. ISSN 1213-2977. str. 16.

nikoho k eutanazii nutit. Neopomenutelným kritériem je zde nastavení právního systému příslušné země, stran legálnosti či nelegálnosti zákroku.⁵⁰

Pokud budeme hovořit o eutanazii nedobrovolné, může v nás tato „nedobrovolnost“ vyvolat dojem, že se pokoušíme kamuflovat to, co bychom měli správně nazvat vraždou. Ani zde však není situace tak jednoduchá. Můžeme si položit otázku – Jak se zachovat, když vzhledem k momentálnímu stavu, není pacient schopen projevit svou vůli a vyjádřit se ke svým přáním a pocitům? Jak se v takových situacích rozhodnout, s ohledem na platnou legislativu, navíc pokud je nám známo, že pacient avizoval své přání eutanazie v minulosti. V této souvislosti vyvstávají další velmi závažné otázky stran odpovědnosti za rozhodnutí. Jakou roli má zastoupit příbuzenstvo pacienta? Kdo má nést tíhu rozhodnutí, zda vykonat a kdo má samotný zákrok vykonat? A v neposlední řadě se nabízí problém, jak eliminovat rizika možného zneužití.⁵¹

Za druhé podle způsobu vykonání eutanazie na *aktivní* (pokud se jedná o přímé usmrcení pacienta, např. smrtící injekcí) a *pasivní* (jestliže je ukončena – vysazena, nebo neposkytnuta – nenasazena, přiměřená péče). Toto členění nemá vztah k předcházejícímu, které je založeno na kritériu dobrovolnosti. Eutanazii přímou, též aktivní, lze chápat jako jednání, jehož jediným cílem je usmrtit pacienta, například prostřednictvím podání jedu – aktivní jednání. Nepřímá eutanazie, neboli pasivní, spočívá v tom, že lékař nebrání smrtelnému procesu, nezadržuje terapeutickými zásahy samotné umírání v jeho nezvratné fázi. Cílem nepřímé (pasivní) eutanazie je tedy neprodlužovat utrpení. V tomto případě tedy vypnutí respirátoru nelze vnímat jako akt aktivní (přímé) eutanazie, byť deaktivace zařízení je bezesporu aktivním jednáním. Tímto jednáním však pacienta pouze vrátíme do přirozeného stavu, který vede ke smrti.

Je na místě znovu připomenout, že prudký rozvoj vědy a techniky spolu se stále hlubšími terapeutickými možnostmi, rozšiřují obzor této problematiky. Jemelka uvádí, že tyto nové možnosti nastolují otázku, co lze považovat za standartní a co za nadstandartní úroveň terapie. Demonstruje to na příkladu dialýzy, která je dnes považována za běžnou součást péče, na rozdíl od experimentálních terapií při nádorových onemocněních.

⁵⁰ JEMELKA, Petr. *Bioetika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4626-9. str. 50-52.

⁵¹ Tamtéž, str. 51.

Otázky eutanazie jsou stále diskutovány a na aktuálnosti těchto diskusí nic neubírá ani fakt, že v podmínkách České republiky není legálním prostředkem ukončení lidského života. Nejde tedy ani tak o diskuse stran možné legalizace, jelikož v evropském prostoru jsou již státy, kde je eutanazie legislativou umožněna. Jde spíše o nejednoznačnost z etického hodnotového hlediska. Dochází zde, ostatně jako u veškerých etických otázek, ke konfliktu mezi jednotlivými všeobecně uznávanými etickými hodnotami a hodnotu života bezesporu lze považovat za tu nejdůležitější, coby etickou maximu naší společnosti.⁵²

3.3 Sebevražda

Jak bylo již naznačeno v podkapitole 2.3, konkrétně v pasáži týkající se fáze „ante finem“, můžeme sebevraždu považovat za důsledek nemoci, případně jako jeden z jejích symptomů. Existuje mnoho teorií, které se pokoušejí vysvětlit příčiny sebevražd. Vezmeme-li terminálně nemocné, imobilní, trpící bolestmi, mohou sebevražedné úmysly vyvolat stavy těžké duševní deprese, pramenící z bezvýchodnosti situace, ve které se tito lidé nacházejí. Sociobiologická teorie vyzdvihuje význam sociální motivace – sociální krize, neschopnost sociálního přizpůsobení atp. Pokud se dále zamyslíme nad možnými příčinami sebevražd, můžeme spatřit nápadnou podobnost s možnými motivy jednotlivce, domáhat se eutanazie. Nezřídka je častou příčinou sebevraždy nedostatek lidských vztahů, lásky a komunikace. Za sebevraždou lze najít i demonstraci zoufalství, nebo může být výrazem absence povědomí o smyslu života. Rovněž altruismus může být motivem k sebevraždě, kdy cílem obětování vlastního života je záchrana druhého (možná též ochrana druhého, před možnou přítěží v podobě péče o potřebného).

Psychologové hovoří o tzv. „presuicidiálním syndromu“. Mezi velmi často frekventované rizikové faktory pro sebevraždu patří deprese (pramenící z pocitu osamocení, beznaděje, zoufalství, frustrace apod.), osobní a sociální konflikty, komplikace spojené se stářím nebo nemocí.

Jak uvádí J. P. Ondok, sebevražda byla v historii někdy považována za určitý typ eutanazie (únik před nedůstojnou, ponižující smrtí z rukou nepřítelů, nebo jako únik před týráním při brutálních vyšetřovacích metodách gestapa atp.).⁵³

⁵² PROŠKOVÁ, Eva. Etické a právní aspekty eutanazie. *Kontakt*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. 2009, č. 1. ISSN 1212-4117. str. 257-265.

⁵³ ONDOK, Josef Petr. *Bioetika*. 1. vydání. Svitavy: Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3. str. 119-120.

3.4 Alternativa k eutanazii

Za alternativu a odpověď na snahy o prosazení eutanazie můžeme považovat komplexní péči o těžce nemocné, kterou je nutno přizpůsobit jejich individuálním biologickým, duševním, sociálním a v neposlední řadě duchovním potřebám. To lze realizovat v domácích podmínkách, nebo v zařízeních typu hospic, kde je poskytována vysoce odborná péče v rovině biologické (léčba bolesti a jiných fyzických příznaků, hygiena, výživa apod.), v rovině psychologické (v podobě různých terapeutických postupů, např. poznatky Kübler-Rossové, viz podkapitola 2.3), v rovině sociální (neomezené návštěvy a pobyt příbuzných a blízkých, vyřizování byrokratických formalit, atd.) a rovněž ve sféře spirituální (kontakt s duchovním nebo bohoslužby). Hospicová péče, která by měla pamatovat i na takové detaily v životě nemocného (klienta), jako je prostředí, ve kterém je zařízení umístěno, pozitivní ladění personálu, atp. Celkově zdravá atmosféra zařízení pak může vést k tomu, že eventuálních žádostí o usmrcení, nebo sebevražedných úmyslů v důsledku faktorů, které jsou uvedeny výše v textu, bude ubývat, nebo v ideálním případě zcela vymizí.⁵⁴

Od listopadu 2005 atestují lékaři z oboru paliativní medicíny a léčby bolesti. Cílem paliativní medicíny je především předcházet a zmírňovat utrpení nemocného. Přistoupení k paliativní medicíně nemůžeme v žádném případě označit za rezignaci v boji s nevléčitelnou nemocí. Naopak je potřeba jí chápat jako možnost zkvalitnění způsobu života nemocného.

⁵⁴ JEDLIČKA, Peter a LAGOVÁ, Veronika. Eutanázia a jej alternativa. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 3. ISSN 1213-2977. str. 19.

4 VZTAH BIOETIKY A EUTANAZIE

Za rozvojem bioetiky můžeme hledat kupříkladu stále nové možnosti, které přinášejí i složité mravní problémy a dilemata. Pro ilustraci můžeme uvést např. možnost téměř neomezeně udržovat při životě nemocné v hlubokém a ireverzibilním bezvědomí, možnost zasahovat do lidského genomu a to nejen z terapeutických důvodů, možnost pěstovat in vitro lidská embrya atp.⁵⁵ S možnostmi, díky kterým je lékař schopen život prodlužovat, přichází otázka možnosti život zkrátit (ukončit). Úvahy o problematice lidské odpovědnosti v souvislostech s utrpením a smrtí, nás mohou dostat k otázkám týkajících se možnosti cíleně zasahovat i do tak intimní sféry, jakou je konec lidského života. Je otázkou, zda je eutanazie tím správným východiskem z nepříznivé situace zapříčiněné nemocí, stárnutím a průvodními jevy (ztráta soběstačnosti, demence, atd.) této sice neradostné, ale zcela přirozené stránky života.⁵⁶

4.1 Eutanazie zneužitelná

Modernímu člověku se do povědomí dostal pojem „eutanazie“ mimo jiné i díky ideologii a praxi nacistického Německa. Byli to právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche, kteří v roce 1921 publikovali spis *Povolení ukončit život, který není hoden žítí*. Autoři odsoudili jedince, kteří nejsou plnohodnotní a duševně mrtví s tím, že o tyto nejen že není třeba pečovat, ale dokonce, že takových lidí je moudré se zbavit: „*Jako lidský organismus odstraňuje své poškozené části, tak by měl i státní organismus v zájmu celku postupovat stejně.*“⁵⁷

Termín eutanazie je obvykle spojován s motivem jedince ulevit chronicky, nevléčitelně nemocnému od utrpení způsobem, který představuje bezbolestnou smrt. V kontextu s nacistickou ideologií však eutanazie představovala eufemismus pro tajné programy vraždění, systematického zabíjení mentálně a fyzicky postižených pacientů, žijících v německých ústavech, ale i v obdobných zařízeních okolních států. Tyto programy eutanazie zavedlo nacistické Německo ještě přibližně o dva roky dříve, než přišla na řadu genocida evropského židovského obyvatelstva, kterou dnes nazýváme holokaust. Programy

⁵⁵ MUNZAROVÁ, Marta. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3018-6. str. 7.

⁵⁶ JEMELKA, Petr. *Bioetika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4626-9. str. 49-50.

⁵⁷ BINDING K., HOCHÉ A. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. In: ŠIPR, Květoslav. Historický pohled na eutanazii. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 2. ISSN 1213-2977. str. 11.

eutanazie představovaly jedno z mnoha radikálních eugenických opatření, které měly směřovat k obnově rasové integrity německého národa. Od začátku roku 1939, kdy byl program eutanazie vyhlášen, přibližně do roku 1941, bylo usmrceno více než 70000 lidí.⁵⁸

V roce 1939 byl pod vedením Philippa Bouhlera a Karla Brandta (Hitlerův osobní lékař) zahájen tzv. „dětský program eutanazie“. Na pozadí tohoto programu stála údajně událost, kdy se osobně na Hitlera obrátil otec dítěte, které se narodilo slepé a deformované, s žádostí aby byl dítěte zbaven (podle svědectví Brandta, v průběhu Norimberského procesu).⁵⁹ Zprvu byli do těchto zruďných programů zahrnuti „pouze“ kojenci a batolata, postupně se však okruh budoucích obětí rozšířil na mladistvé a následně pak program zahrnul dospělé zdravotně postižené pacienty. Na podzim roku 1939 bylo Adolfem Hitlerem podepsáno povolení, které chránilo lékaře, zdravotnický personál a příslušnou administrativu, od případného trestního stíhání. Veškeré tyto akce měly být přísně utajeny a operace se skryly pod označení „T4“, podle sídla koordinačního úřadu v Berlíně, v ulici Tiergartenstraße 4.

Přestože byl program tajný a přes veškerou snahu podílejících se lékařů a ostatních angažovaných, falšovat lékařské záznamy tím způsobem, aby veškerá úmrtí svědčila o přirozené smrti obětí, program eutanazie se stal veřejným tajemstvím. V návaznosti na množící se protesty proti těmto vraždám, především ze strany německých duchovních, Hitler na konci srpna 1941 vyzval k zastavení programu eutanazie. Hitlerova výzva však v žádném případě neznamenala konec, naopak veškeré aktivity pokračovaly, navíc němečtí lékaři a zdravotníci realizovali toto zabíjení s mnohem větším důrazem veškeré své konání pečlivě skrýt. Za pomoci předávkování drogami, smrtících injekcí, nebo i systematického hladovění pokračoval program eutanazie až do posledních dnů druhé světové války, přičemž byl postupně rozšiřován okruh obětí např. i na geriatrické pacienty.

Příklad zneužití eutanazie v nacistické ideologii je samozřejmě extrémní a za eutanazii byly schovávány vraždy, které neměly nic společného s milosrdenstvím, jejich cílem nebylo blaho nemocného a úlevu měly přinést pouze 3. říši, která se tak zbavovala „nepotřebných“. Podle Munzarové je jistým paradoxem, že zmíněné programy eutanazie nám i dnes mohou poskytnout přesvědčivé argumenty proti eutanazii. Zaznívají sice hlasy, které se pohoršují nad pouhým srovnáním tehdejšího a současného pojetí eutanazie a zdůrazňují autonomii

⁵⁸ „Euthanasia Program“ [online]. 2013 [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005200>>

⁵⁹ ŠIPR, Květoslav. Historický pohled na eutanazii. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 2. ISSN 1213-2977. str. 11.

jedince s akcentem na jeho blaho s tím, že pouze vyhovují jeho vlastní žádosti. Podle autorky se ovšem tehdy, i dnes jedná o zabíjení, o rozhodování, kdo bude žít a kdo zemře. Nelze se odvolávat pouze na kvalitu života v tom smyslu, že není-li kvalita, pak není ani hodnota a lze tedy uvažovat o zabití.⁶⁰

Jistou podobnost s nacistickými programy mohou spatřovat odpůrci tzv. práva na smrt, když poukazují na Holandsko, kde se eutanazie a sebevražda za asistence lékaře staly díky legalizaci postupně tolerantnějšími a tolerantnějšími. Zpočátku byla eutanazie určena a povolena pouze pro nevléčitelně nemocné, kteří o ni požádali, postupně se přidali chronicky nemocní, dále pak ti, jejichž utrpení má charakter psychický, pacienti imobilní a nakonec i děti.⁶¹

Pro odpůrce legalizace eutanazie je jedním ze stěžejních argumentů právě obava z možného zneužívání s tím, že neexistují žádné právní záruky, které by možnému zneužití mohly zabránit. Pokud bychom pravděpodobnost zneužití považovali za důvod pro odepření práva, pak bychom v běžném životě našli mnohem více lidských aktivit, které by měli být postaveny mimo zákon. Kupříkladu běžné řízení motorového vozidla bychom dozajista měli zakázat, neboť toto právo je neustále zneužíváno a žádné ochranné opatření, které máme k dispozici vůči takovému zneužití, nejsou 100% efektivní. Lidé ani v této oblasti nedodržují stanovená pravidla a takové zneužití práva řídit pak nezřídka mívá fatální důsledky. Ve srovnání s eutanazií si ve svém důsledku tato zneužívání práv spolu v ničem nezadají. Navíc na rozdíl od eutanazie, úmrtí způsobená při dopravních nehodách často zasáhne jedince, kteří se těšili výbornému zdraví, což činí zneužití práva řídit motorové vozidlo horším než případné zneužití eutanazie. Je tedy otázkou, zda je správné upřít právo na určitou činnost všem bez rozdílu jen kvůli obavám, že někteří jedinci takové právo budou zneužívat.

4.2 Eutanazie pomáhající a ospravedlnitelná

Eutanazie patří mezi nejdiskutovanější etické otázky. Dá se definovat jako záměrné ukončení života motivované soucitem, které rozděluje společnost na ty, kteří zcela odmítají možnost legalizace usmrcení člověka člověkem s tím, že v souvislosti s eutanazií hovoří o sebevraždě (suicidiu) za asistence lékaře. Druhou názorovou skupinu tvoří ti, kteří omlouvají

⁶⁰ MUNZAROVÁ, Marta. Co mluví i dnes proti eutanazii? *Zdravotnické právo v praxi*. Konice: Solen, 2006, č. 1. ISSN 1214-2883. str. 4-6.

⁶¹ BENATAR, David. A legal right to die: responding to slippery slope and abuse arguments. *Current Oncology*. Milton: Multimed Inc., 2011, č. 5. ISSN 1718-7729. Dostupné z: <<http://www.current-oncology.com/index.php/oncology/article/view/923/751>>

eutanazii snahou milosrdně člověka zbavit utrpení, nepotlačit lidské právo na respektování osobní autonomie, osvobodit jedince od nesnesitelně nízké kvality života.

4.2.1 Modelové situace

- 1. Paní X je nevléčitelně nemocná, s prognózou přežití 2 – 3 měsíce. Trpí nesnesitelnými bolestmi, respiračními obtížemi a ztráta hmotnosti zapříčinila to, že je bez cizí pomoci zcela imobilní a je zcela závislá na svém manželovi a zdravotní sestře, která denně dochází. Je jí podáváno morfium za účelem zmírnění bolesti. Jejím přáním je zemřít, jelikož si je vědoma brzkého konce. Zkrácením svého utrpení chce rovněž zbavit svého muže těžkého údělu. Ošetřující lékař paní X naznačí, že již nemůže nabídnout další léčbu. Paní X má strach z možnosti smrti udušením, v důsledku čehož trpí nočními můrami. Lékař paní X slíbí, že udušením nezemře, načež sdělí manželovi, že zvýšil dávky morfia. Žena do několika týdnů zemře.*
- 2. Mladá žena v Anglii utrpěla v troskách zřícené budovy vážné trauma hlavy. Záchranáři byla vyproštěna a v bezvědomí hospitalizována. Po čase je na jednotce intenzivní péče schopna dýchat bez umělé ventilace a její trávicí systém pracuje správně. Žena však zůstává v kómatu. Lékaři po důsledných vyšetřeních stavu jejího mozku konstatují, že dívka nevykazuje žádné známky vědomí a ačkoli na světelné podněty reaguje pohybem hlavy, neslyší a nereaguje ani na bolestivé podněty jako například píchnutí špendlíkem. S ročním odstupem lékaři usoudili, že se mladá žena nachází v permanentním vegetativním stavu. To prakticky znamená, že ačkoliv není mrtvá, zbytek mozku nepracuje. Pro udržení při životě je jí podávána strava a tekutiny prostřednictvím perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Dívka je v nepřetržité péči zdravotnického personálu a rodiny. Veškeré snahy změnit její stav k lepšímu selhávají. Rodina nakonec usoudila, že by bylo lepší nechat věcem přirozený průběh a dívku nechat zemřít. Vedení nemocnice případ nechali posoudit soudem, který rozhodoval o tom, zda život dívky může být ukončen smrtící injekcí. Soud rozhodnul, že dívka může zemřít.⁶²*

Ad 1) Tato žena, byla v terminálním stádiu nemoci. Byla jí poskytnuta veškerá dostupná péče. Bolesti lékař mírnil pomocí drog a tím ovlivňoval vývoj choroby. Pokud by žena byla ponechána přirozenému vývoji, bez zásahu lékaře, byla by již mrtvá. Zde je patrný kontrast,

⁶² FRYŠTENSKÁ, Marcela. Od etiky k eutanazii. *Právo a rodina*. Praha: Linde, 2004, č. 10. ISSN 1212-866x. str. 12-16.

kdy máme tendenci považovat za přirozený zásah lékaře, který máme za samozřejmý a nezřídka úspěšný (např. zákrok při apendicitidě; totální endoprotéza kyčelního kloubu je jen zřídka odmítána na etickém základě s tím, že je to proti přirozenému vývoji).

„Bůh“ – on život dal, jedině on tedy může život vzít – argument, který zřejmě stojí na představě, že lékař, případně kdokoliv jiný se nemůže Bohu plést pod ruce v případě neprodlužování života. Ale nesporným zásahem do „přirozeného“ vývoje je i jakýkoliv zásah, které lékař vykoná za účelem prodloužení života v situacích, ve kterých by v minulosti další život již nebyl možný. Nebylo by tedy správné, aby ortodoxní věřící odmítali i jakoukoliv život zachraňující aktivitu – vždyť přeci není přirozeným vývojem.

Ad 2) Problém odpovědnosti – kdo má nést její břemeno. V případě druhého příběhu rozhodl soud v tom smyslu, že při svém rozhodnutí následoval přání rodiny a přátel, kteří „chtěli“ aby zemřela. Soudci nedovolili lékařům dát jí smrtící injekci, ale „pouze“ odpojit od přístrojů a tím nechat pacienta zemřít na dehydrataci. Soud zde klade důraz na rozdíl mezi zabitím a necháním zemřít. Zde však vyvstává otázka, kdo by měl být „vykonavatelem“ onoho přání „nechat zemřít“. V tomto případě bylo toto rozhodnutí dílem rodiny a přátel a tito by měli tedy nést odpovědnost za výkon tohoto rozhodnutí. Problémem současné společnosti je, že mnozí jednotlivci mají tendenci přenášet odpovědnost za zásadní rozhodnutí na druhého.

4.2.2 Rizika

Na druhou stranu nelze pominout ani rizika spojená např. s obtížně detekovatelnými skutečnými záměry toho, kdo usmrcuje (nechá usmrtit). Tento akt soucitu, což je nejčastěji udávaný důvod pro eutanazii, by mohl rovněž sloužit jako kamufláž pro lékařskou neschopnost, bezcitnost, konflikt zájmů, nebo v případě „dědictví lačného“ příbuzenstva dokonce zlý úmysl.

Z výše vedeného lze odvodit několik důvodů, proč s legalizací eutanazie (především tzv. aktivní) nespíchat. Bezesporu jsme dosud nevyloučili veškeré zdroje jejího případného zneužití. Mezi hlavní důvody patří např.:

- Můžeme jen stěží odhalit a určit skutečné záměry toho, kdo usmrcuje.
- Riziko nesprávné diagnózy.
- Případnou legalizací by mohl vzniknout nástroj, jakým bychom se mohli zbavovat nepohodlných pacientů.
- Velmi obtížné posuzování svéprávnosti rozhodnutí, kterým osoba souhlasí s eutanazií, jelikož si je vědoma skutečnosti, že umírá. Nicméně je nutné brát zřetel

na fakt, že tato osoba se nachází ve velmi komplikované emocionální situaci, kdy se vzájemně prolínají pocity zmatku, deprese, odporu, úzkosti, strachu, neporozumění a zbytečnosti.⁶³

Případnou legalizaci eutanazie lze podpořit pouze za předpokladu, že budou velmi citlivě a přísně nastaveny podmínky a jasně stanoveny případy, kdy by k eutanazii bylo možné přistoupit. Tedy pro případ smrtelně nemocných pacientů, kteří trpí nesnesitelnými bolestmi a zároveň si přejí smrt; pro případy pacienta, který je trvale v kómatu a je prokazatelně nevléčitelný, případně jeho poškození mozku bude natolik rozsáhlé, že by nadále setrval pouze ve vegetativním stavu.

Jako příklad situace, kdy by eutanazii (v tomto případě pasivní) bylo možné považovat za ospravedlnitelný nástroj pomoci je *případ Jahi McMathové, třináctileté Američanky, která podstoupila operaci za účelem odstranění mandlí. Komplikace spojené s operací způsobily srdeční zástavu a rozsáhlé krvácení do mozku a následnou mozkovou smrt. Přestože neurologové potvrdili skutečnost, že mozek mladé dívky nevykazuje podle EEG žádnou aktivitu a že není dokrvován, je tato „iluze života“ udržována pouze díky respirátorům a gastrostomii (PEG). Rozhodnutí lékařů Jahi odpojit (tedy nechat zemřít) bylo zmařeno rozhodnutím soudu, dívku neodpojit a umožnit rodině převést jí do jiného zdravotnického zařízení. Přestože mohou být orgány pacientů po mozkové smrti udržovány na přístrojích měsíce, ale i roky, jsou změny na mozku ireverzibilní a je tedy pouze oddalováno nevyhnutelné. K případu se vyjádřila i Rebecca S. Dresser, profesorka práv a medicínské etiky, která coby členka prezidentské komise pro otázky bioetiky potvrdila, že nejen z medicínského hlediska, ale i právního se prakticky jedná o člověka mrtvého. O jakémisi schizofrenním přístupu amerických úřadů v tomto případě hovoří i fakt, že na jedné straně je vydán úmrtní list a na druhé soud rozhodne neodpojit.*⁶⁴

4.3 Eutanazie, jako výsostné právo člověka

Rozhodnutí směřující k odmítnutí život prodlužující léčby, k asistované sebevraždě (eutanazie) mohou někteří považovat za správné a odůvodněné s odvoláním na individuální autonomii jednotlivce pouze za předpokladu, že takové rozhodnutí činí pacient duševně

⁶³ FRYŠTENSKÁ, Marcela. Od etiky k eutanazii. *Právo a rodina*. Praha: Linde, 2004, č. 10. ISSN 1212-866x. str. 12-16.

⁶⁴ „Inevitable“: As Jahi McMath deteriorates, brain-death case near end [online]. 2014 [cit. 20. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.latimes.com/local/lanow/la-me-ln-jahi-mcmath-body-deteriorating-20140108,0,4831276.story>>

zcela způsobilý. Pacient disponuje morálním právem odmítnout léčbu, což je právě základním aspektem práva na autonomii, zahrnující právo rozhodovat o osudu svého těla. Mnozí však zpochybňují, zda je morálně přípustné jednání, které směřuje k urychlení smrti své vlastní či jiné osoby, ať jsou záměry takového jednání jakkoli čisté. Nicméně na druhou stranu existuje shoda v tom, že v případě že pacient léčbu odmítne, z jakéhokoliv důvodu, a za předpokladu, že je tento pacient mentálně kompetentní a dobře informován o svém stavu a perspektivách, není správné nutit pacienta k něčemu proti jeho vůli.

Mnohem kontroverznější otázky se však týkají toho, zda právo na autonomii zahrnuje i právo spáchat sebevraždu (netýká se odmítnutí léčby). Zda pacient, který se rozhodne ukončit svůj život, má právo o pomoc v této věci žádat lékaře či jinou osobu a zda je správné, aby se tyto „asistenti“ vědomě podíleli na smrti člověka, byť na jeho vlastní žádost. Některé názory hájí legitimitu sebevraždy jako akt racionální a autonomní, především tváří v tvář velkému a nesnesitelnému utrpení, které snižuje hodnotu života. Lékaři jsou nezdědka konfrontováni s žádostmi o pomoc při umírání, např. podáním letální dávky léku. Někteří tvrdí, že v případech, kdy průběh choroby pacienta nelze zvrátit k lepšímu a život tak nezvratně ztrácí na kvalitě, lze považovat pomoc pacientovi v sebevraždě za legitimní čin, akt soucitu. Jiní tuto praxi odsuzují a to jednak proto, že zavrhuje sebevraždu jako takovou a označují tedy jakoukoli nápomoc při sebevraždě za protiprávní, nebo proto, že považují pomoc při sebevraždě jako jednání naprosto neslučitelné s úlohou lékaře. Další významná názorová skupina odmítá aktivní eutanazii a považuje ji za vraždu se všemi jejími důsledky, byť by se jednalo o zabití osoby na vlastní žádost. Jiní argumentují tím, že eutanazie je morálně odůvodnitelná, pokud je výsledkem svobodného projevu vůle pacienta, který svůj život již považuje za nehodný žití.

Pro ty, kteří se staví proti jakékoli formě eutanazie a PAS (physician-assisted suicide) žádná morální dilemata nevznikají – zjednodušeně, jakýkoli takový čin je špatný. Naopak zastánci eutanazie a PAS tendují k úvahám o oprávněnosti takového jednání a mají snahu všemožně si tyto způsoby ukončení lidského života omlouvat. Úvaha zastávce eutanazie pak může vypadat následovně: *Pacient s cerebrální obrnou, ochrnutý, s trvalou respirační nedostatečností, která vyžaduje nepřetržité použití respirátoru, může v případě své duševní způsobilosti odmítnout život prodlužující léčbu s tím, že pacient jednoznačně preferuje smrt, jako východisko ze situace. Takové podmínky pak mohou být pro tohoto pacienta považovány*

*za dostatečný důvod pro takovou volbu a samozřejmě jeho požadavek by měl být ctěn s odvoláním na princip respektu k autonomii.*⁶⁵

David Benatar označuje za nevýslovné porušení svobody jednotlivce žít a zemřít dle vlastního uvážení situaci, kdy je člověk nucen i nadále žít život, který on sám považuje za nesnesitelný, i když jsou na blízku lékaři, kteří jsou ochotni buď tento život ukončit, nebo být nápomocni při ukončení takového života svépomocí.⁶⁶ Ti, kteří upírají pacientům právo na eutanazii, případně asistovanou sebevraždu typicky odkazují na dva argumenty. Prvním z nich je „kluzký svah“ a druhým jsou obavy z možného zneužívání. Podle Benatara můžeme za oběma argumenty hledat úmysl vyděsit společnost silou rétoriky, která přesahuje sílu logiky.

V případě „kluzkého svahu“ jde zjednodušeně o to, že jakmile povolíme nějaký specifický druh činnosti (v našem případě legalizujeme eutanazii), pak to nevyhnutelně povede k tolerování a legalizování dalších podobných akcí, např. postupné rozšiřování cílové skupiny, pro které byla původně určena eutanazie a asistovaná sebevražda v Holandsku.

4.4 Argumenty pro a proti

Vezmeme-li argumenty hovořící pro eutanazii, budeme se bavit především o právu odmítnout jakoukoli péči, o důstojnosti života a smrti, o právu svobodně volit mezi utrpením a smrtí, o potřebě sebeúcty, o právu kontroly nad svým životem. Za nejzásadnější se mi však jeví, s ohledem na bioetické principy, respekt k autonomii, tedy respekt k soukromí a svobodě každého jednotlivce. Argumenty pro eutanazii bývají mnohdy založeny především na názorech, že člověk je pánem svého života a je oprávněn svůj život zcela kontrolovat a volně s ním nakládat.

Závažný argument proti eutanazii formulovali Jiří a Markéta Královcovi v dopise adresovaném Výboru pro sociální, zdravotní a rodinné záležitosti do Štrasburku: „... - eutanazie, bez ohledu na to, jak důmyslná mohou být opatření pro její provádění, by vždy měla, pokud by došlo k její legalizaci, řadu škodlivých důsledků: Její hlavní nebezpečí spočívá v tom, že mění způsob, jakým společnosti nazírá na život a jeho hodnotu.

⁶⁵ COHON, Rachel. Disability – Ethical and Societal Perspectives. In: POST, Stephen Gerrard, editor in chief. *Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition*. 2004. ISBN 0-02-865916-3. str. 660 – 661.

⁶⁶ BENATAR, David. A legal right to die: responding to slippery slope and abuse arguments. *Current Oncology*. Milton: Multimed Inc., 2011, č. 5. ISSN 1718-7729. Dostupné z: <<http://www.current-oncology.com/index.php/oncology/article/view/923/751>>

Z uzákoněné eutanazie nutně vyplývá, že lidský život, jakmile se přiblíží svému konci, už nemá skutečnou hodnotu a skutečný význam; že zkrátka existují okolnosti, za nichž lidský život přestává být cenný a žádoucí.“⁶⁷

Existuje zde nebezpečí spočívající v porušení zásady ochrany života – jakým způsobem posuzovat, který život ještě je hodnotný a který už ne. Život by měl být považován za hodnotu a má smysl sám o sobě, a to bez ohledu na jeho kvalitu, nebo zda je pro společnost „užitečný“. Jestliže dovolíme legální zabíjení nevyléčitelně nemocných, trpících pacientů, mohli bychom tento okruh lidí rozšířit na seniory upoutané na lůžko, či invalidní vozík a omlouvat to jejich utrpením spočívajícím v imobilitě, v kombinaci např. s proleženinami.

Druhý vatikánský koncil postavil právo na život jednoznačně nad právo volně nakládat se svým životem.⁶⁸ Odsoudil vraždu, genocidu, potrat, eutanazii stejně jako dobrovolnou sebevraždu a označil je za zločiny proti životu. Dnes, na rozdíl od původního významu, je spojován s eutanazií přímý lékařský zákrok, který má minimalizovat bolest, někdy s rizikem předčasného ukončení života. Mnohem častěji se však slovo eutanazie užívá ve spojení s usmrcením ze soucitu, za účelem odstranit přílišné utrpení, případně ochránit nevyléčitelně nemocné nebo mentálně postižené před prodloužením jejich nešťastného života.

Katolická církev si plně uvědomuje obrovské možnosti současné medicíny, ale zároveň poukazuje na možné přečeňování jejích možností v tom smyslu, že současná medicína vzbuzuje někdy naděje, jež nemůže splnit, viz proklamace Světové zdravotnické organizace, která stanovila za cíl medicíny absolutní vymizení všech chorob a přemožení smrti. V souvislosti s těmito medicínskými ambicemi je nutno na medicínu apelovat, aby se v maximální míře snažila rozpoznat, kde končí její úloha a schopnost léčit. S mizivou nadějí na vyléčení by se však medicína neměla k pacientovi obrátit zády a dát se na útěk, ale měla by své snažení směřovat k péči paliativní. V Deklaraci o eutanazii katolická církev kategoricky odmítá eutanazii aktivní, případně asistovanou sebevraždu. Uvádí, že nikdo nemůže za žádných okolností dopustit zabití lidské bytosti, ať už se jedná o plod, zárodek, dítě či dospělého, člověka starého, nevyléčitelně nemocného a umírajícího. Neexistuje autorita, která by takový čin mohla nařídít ani dovolit.⁶⁹

⁶⁷ KRÁLOVEC, Jiří a KRÁLOVCOVÁ Markéta. *Protest proti návrhu poslance Dicka Martyho na legalizaci euthanasie*. [online]. 2004 [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.klicek.org/archiv/2004.pdf>>

⁶⁸ ŠIPR, Květoslav, Milan MIČO a Eduard KRUMPOLC. *Aktuální bioetické texty: Deklarace o eutanazii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1278-0. str. 40.

⁶⁹ ŠIPR, Květoslav, Milan MIČO a Eduard KRUMPOLC. *Aktuální bioetické texty: Deklarace o eutanazii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1278-0. str. 42.

Neodmítá však užití prostředků tisících bolest, i s vědomím, že pro udržení účinnosti takové léčby je spojeno se zvyšováním dávek a v důsledku toho existuje riziko návyku. Zásadním způsobem se však věnuje tzv. úměrnému použití léčebných prostředků. Církev si uvědomuje možnosti medicíny a do jisté míry její technický přístup. V této souvislosti hovoří o medicínských prostředcích a jejich přiměřenému a nepřiměřenému použití. V kontextu s eutanazií můžeme ve zmíněném dokumentu najít podmínky, za kterých se s medicínskými prostředky může zacházet řekněme zvláštním způsobem, případně jejich použití odmítnout. Především pacient může podstoupit experimentální léčbu, pokud neexistují jiné účinné terapeutické postupy, byť tím podstupuje určité riziko. Rovněž je dovoleno přerušit používání prostředků, pokud je výsledkem takové léčby stav, který neodpovídá očekávání a pokud terapie vede k pacientovu utrpení a nese s sebou více nepohodlí než užitku. Apeluje na zásadu, že nikdo nesmí být nucen k využití léčby, která není bez rizika, případně je neadekvátně zatěžující, byť se běžně používá. Rozhodnutí, které spočívá v odmítnutí takové léčby, nemůžeme srovnávat se sebevraždou. Za nejdůležitější však považují, citují: *„Když i přes použité prostředky hrozí smrt, již nelze nikterak zabránit, je dovoleno se podle svědomí rozhodnout pro upuštění od léčby, která může přinést jen nejisté a bolestné prodloužení života, avšak bez přerušení běžné péče o nemocného, která je povinná v podobných případech. Za zmíněných okolností lékař nemá důvod, proč by se měl trápit úzkostlivostí, jakoby odmítl pomoc člověku, který se nachází v nebezpečí života.“*⁷⁰

I samotní lékaři si uvědomují, že rozvoj intenzivní medicíny s sebou přinesl, mimo nových možností pro diagnostiku a léčbu, rovněž nové etické problémy. Medicína je schopna mnoho lidí zachránit, nicméně ne každý zachráněný má to štěstí, být i uzdraven. Jinými slovy v intenzivní medicíně přibývá nemocných, které není možno uzdravit, nicméně díky použití moderní techniky a léčebných postupů tito lidé nemohou ani zemřít. V této situaci hovoříme o zadržené smrti – dystanazie a dochází tak podle MUDr. Krause k odklonu od koncepce „vítězné medicíny“.⁷¹ S odvoláním na respekt k základním principům – činit dobro pro pacienta, nepoškodit pacienta, ctít pacientovu autonomii a právo na stejnou péči bez rozdílu, odmítá jakékoliv postupy, které by bylo možné označit jako eutanazii. Uvádí, že v praxi je uplatňován přístup „nenasazení“ (withhold) a „vysazení“ (withdraw) marné léčby, neboť

⁷⁰ ŠIPR, Květoslav, Milan MIČO a Eduard KRUMPOLC. *Aktuální bioetické texty: Deklarace o eutanazii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1278-0. str. 46.

⁷¹ KRAUS, Roman. Nasazení a vysazení marné léčby a dystanazie. *Universitas: revue Masarykoví univerzity v Brně*. Brno: Univerzita J.E.Purkyně, 2003, č. 1. ISSN 1211-3387. str. 17-18.

zahájení případně prodlužování léčby, která se mívá účinkem a pro pacienta není přínosem, není v zájmu pacienta a nemocnému nikterak neprospívá.

Argumenty odpůrců eutanazie a asistované sebevraždy stran obav z možného zneužívání, jsou samozřejmě oprávněné. Nicméně by bylo naivní se domnívat, že skryté formy eutanazie a asistované sebevraždy nejsou realizovány i tam, kde jsou tyto praktiky nezákonné. Zákaz konzumace alkoholu, prostituce, hazardních her apod., nikdy nevedly k eliminaci těchto jevů. Naopak přešly do jakési ilegality a staly se výnosným předmětem „podnikání“.

Zvláštní názorovou skupinu tvoří právníci. Eutanazii staví do konfliktu se základním lidským právem – právem na život. Velmi častým argumentem je „každý má právo na život“. Někteří autoři však vykládají toto ustanovení čl. 6 Listiny základních práv a svobod benevolentněji a zastávají názor, že každý subjekt práva na život má právo o vlastním životě rozhodovat, a to nejen přímo vlastními skutky, ale zároveň i projevy vážně míněné vůle vůči jiným osobám.⁷² Mitlöchner se domnívá, že dispoziční právo k vlastnímu životu je nezastupitelné, nepřevoditelné a je-li uplatňováno v souladu s principy svobodné vůle a jejího svobodného projevu, musí být bezvýhradně ctěno, a že právo na život případně právo žít nelze vykládat jako povinnost žít.⁷³

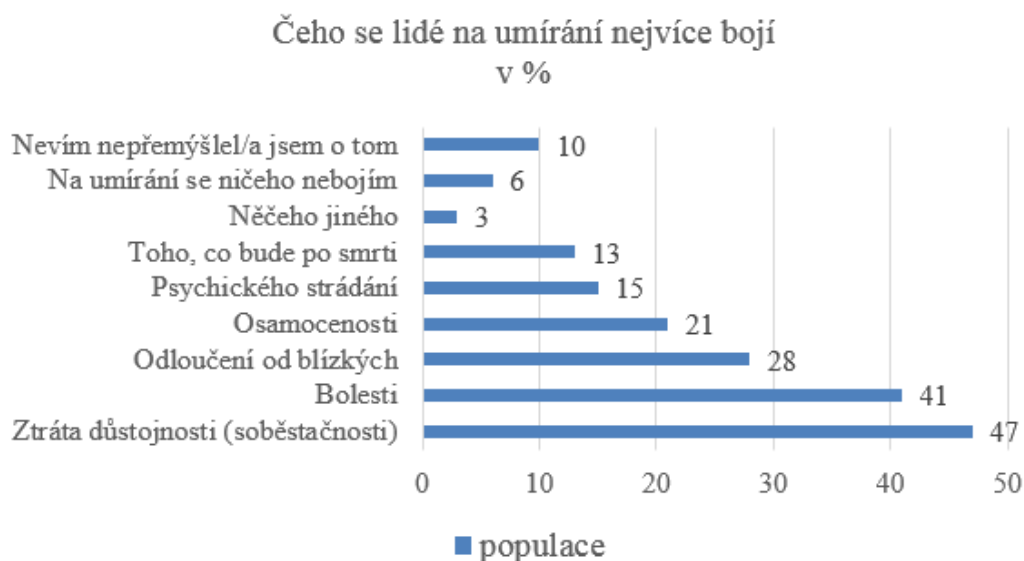
⁷² Např. v bodu 10 Etického kodexu práva pacientů je uvedeno, že „Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

⁷³ MITLÖCHNER, Miroslav. Euthanasie – náměty k diskuzi. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac, 2002, č. 11. ISSN 1211-6432. str. 11-13.

4.5 Veřejné mínění o umírání a eutanazii v ČR

V roce 2012 a 2013 provedla agentura STEM/MARK⁷⁴ a Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM)⁷⁵ šetření, ve věci veřejného mínění na téma umírání a péče na konci života a eutanazie. Výsledky výzkumu poukazují na skutečnost, že lidé se nejvíce na umírání obávají bolesti, ztráty důstojnosti společně se ztrátou soběstačnosti, ale rovněž také odloučení od blízkých. Zároveň v populaci převažuje názor, že dobrým a důstojným umíráním je takové, které je ve spánku, případně bez bolesti a strádání.

O smrti a umírání se příliš nehovoří, ani na společenské ani na individuální úrovni. O tato závažná témata se začínáme zajímat a otevřeně o nich hovořit, eventuálně se připravovat na vlastní konec života, až v okamžiku, kdy s nimi máme osobní zkušenost, např. v podobě péče o umírajícího, nebo vlastního chronického onemocnění. Výsledky výzkumu jsou shrnuty na obrázcích č. 2 a 3, přičemž na obrázku č. 2 je pomocí grafu vyhodnoceno čeho se lidé nejvíce bojí při umírání (odpovědělo 1147 respondentů – možnost více odpovědí).

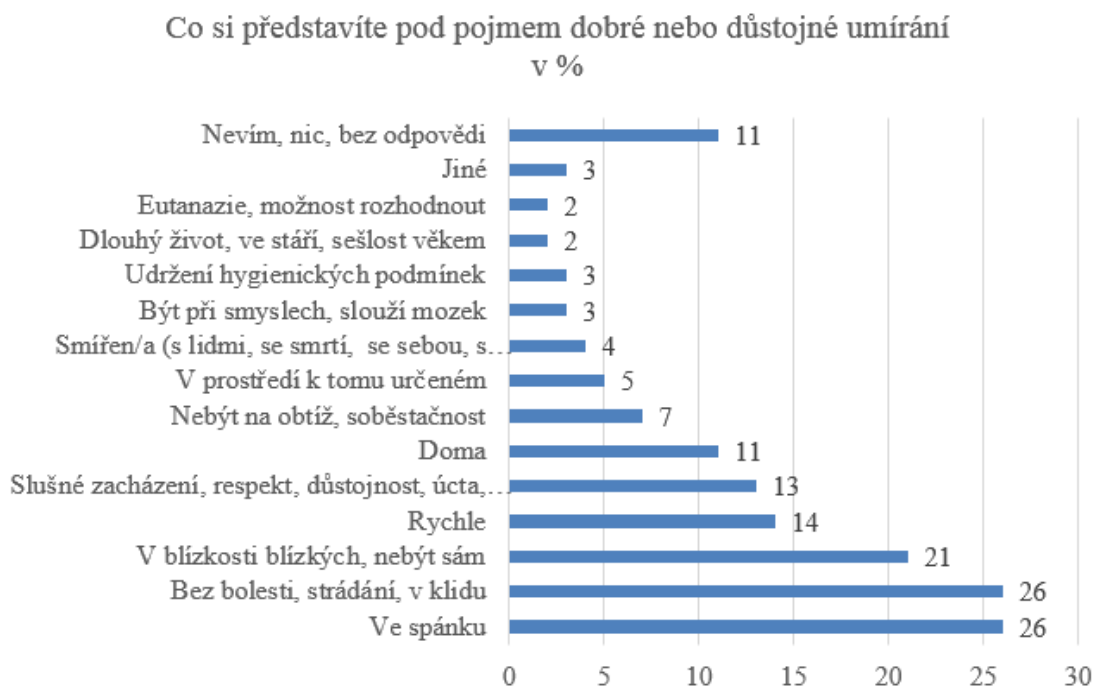


Obrázek 2. Čeho se lidé na umírání nejvíce bojí.

⁷⁴ Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II [online]. 2013 [cit. 22. 3. 2014]. Dostupné z: <http://data.umirani.cz/>

⁷⁵ Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti [online]. 2012 [cit. 22. 3. 2014]. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a6910/f3/ov120614.pdf

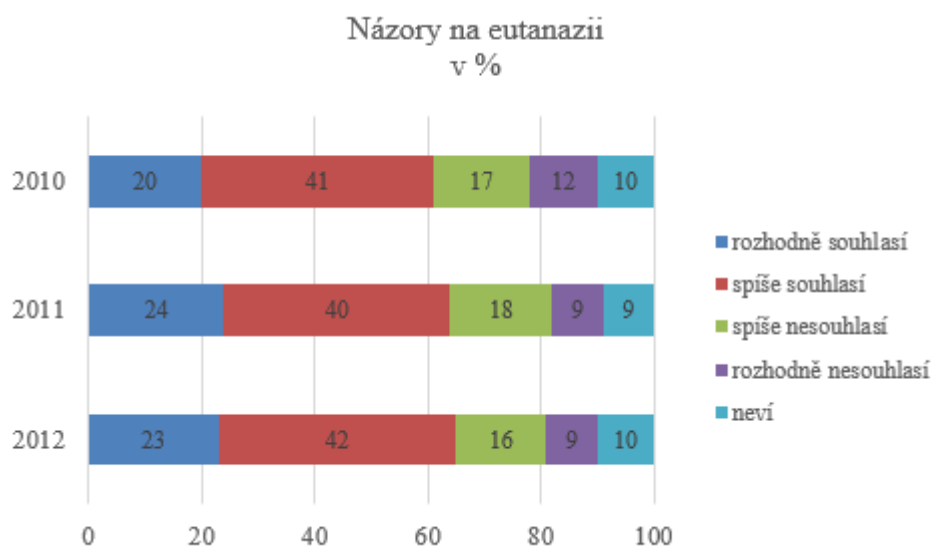
Na obrázku č. 3 jsou graficky vyhodnoceny odpovědi respondentů na otázku, co si představují pod pojmem důstojné umírání (odpovědělo 1095 respondentů – možnost více odpovědí).



Obrázek 3. Co si populace představuje pod pojmem dobré nebo důstojné umírání

Slovo „eutanazie“ zaznělo explicitně pouze ve dvou procentech případů!

Jako impuls k zamyšlení nad současným rozpoštěním názorů na přijetí, respektive odmítnutí legalizování eutanazie může sloužit pravidelně se opakující výzkum veřejného mínění, které realizuje agentura CVVM. Výzkum ukázal, že v otázce ukončení života nevyčísitelně nemocného člověka se téměř dvě třetiny oslovených kloní k názoru, že náš právní řád by měl eutanazii umožňovat. S legalizací eutanazie nesouhlasí 25 % respondentů a každý desátý se k tomuto tématu neumí vyjádřit (celkový počet respondentů byl 1042). Výsledky jsou znázorněny na obrázku č. 4.



Obrázek 4. Názory na eutanazii

Šetření CVVM dále ukázalo, že nesouhlas s eutanazií je statisticky významně častější u věřících lidí než u lidí bez náboženského vyznání.

Za vysokým procentem názorů souhlasících s eutanazií můžeme hledat nedostatečnou informovanost o samotném aktu, nebo o možných alternativách k tomuto definitivnímu řešení. Částečnou odpověď nám poskytuje výzkum STEM/MARK, podle jejichž zjištění laická veřejnost v převážné většině netuší, co znamená pojem „paliativní péče“, konkrétně 79 % dotázaných. Ti respondenti, kteří pojem paliativní péče znají, správně jej vnímají jako komplexní péči o nevléčitelně nemocného pacienta i jeho rodinu, tedy jako zdravotní, duševní, duchovní a sociální podporu, případně jako léčbu, která však nesměruje k vyléčení, ale k zachování kvality života. Zcela opačná situace je u zdravotníků, kdy 99 % dotázaných deklarovalo, že pojem paliativní medicíny znají. Nicméně méně často je zdravotníky paliativní péče vnímána jako péče, která nastupuje ve chvíli, kdy již medicína nemá co nabídnout.

To na čem se zdravotníci i běžná populace v zásadě shodnou je to, že život v určité situaci již nemá smysl dále uměle prodlužovat. Mezi respondenty se však vyskytovaly i názory opačné, že život má cenu prodlužovat za všech okolností a všemi možnými způsoby. K tomuto opačnému názoru se přikláněli lidé s nižším vzděláním a věřící.

ZÁVĚR

„Návrat do života je nereálný a zemřít je nemožné“ - za takovým stavem můžeme hledat dnešní terapeutické možnosti medicíny. Definitivní řešení v podobě eutanazie, nebo asistované sebevraždy však nemůže být jediným východiskem důstojného umírání. Na druhé straně dnešní medicína poskytuje možnost paliativní léčby a péče. Jejím cílem je realizovat péči zajišťovanou lékaři, zdravotníky, rodinou, přáteli – tedy na multidisciplinární úrovni zmírňovat utrpení nemocného před i v terminální fázi jeho onemocnění. Nejčastějším motivem eutanazie je soucit s člověkem, který zbytečně trpí a nemá sebemenší naději na uzdravení.

Snahy morálního ospravedlnění euthanasie můžeme nalézt daleko v minulosti. Mezi zastánce euthanasie patřil Platón, který nepovažoval za efektivní prodlužovat „špatný život“. Seneca dokonce akceptoval zabíjení zruďných dětí. Bacon přiznával lékařům právo tišit bolest i za cenu, že tím bude uspišena pacientova smrt.

Podle mého názoru musíme tzv. aktivní eutanazii, stejně tak i asistovanou sebevraždu odmítnout. Jedním z důvodů je např. teze, že „moje práva končí tam, kde začínají práva druhého“. Nemohu druhého žádat o asistenci sebevraždy, vždyť bych po tomto člověku žádal vědomě porušení zákona. Rovněž je neospravedlnitelný aktivní zásah směřující k ukončení života druhého. Takový čin nelze podle mého názoru postavit mimo rámec prostého zabití, byť by byl omlouván třeba soucitem. Jsme přeci schopni člověka důstojně vyprovodit ze světa, aniž bychom se snižovali k „jednoduchému“ urychlení přirozeného odchodu. Pokud bychom tvrdili, že ne, popřeli bychom smysluplnost existence paliativní medicíny. Nechceme přeci, aby se náš lékař stal i naším katem.

Rovněž by bylo dobré brát s rezervou argumenty, které se zaštiťují existencí legální eutanazie v některých vyspělých státech. Musíme krotit projevy vítězství těch, kteří v eutanazii vidí nejefektivnější a nejmoudřejší odpověď na odvěký problém utrpení a smrti a berou si za vzor holandský model. „Eu thanasos“, dobrá smrt již dávno ztratila svůj původní význam a omezila se na usmrcení trpícího člověka. S evropských států jsou to „pouze“ Holandsko, Belgie a Lucembursko, kde je eutanazie ve smyslu úmyslného ukončení života člověka na jeho vlastní žádost někým jiným než člověkem samotným (lékařem), povolena. I když se často považuje i Švýcarsko za zemi, kde byla legalizována asistovaná sebevražda. Mimo Evropu je to již jen stát Oregon v USA. Žádná další země ze 193 členů Organizace spojených národů, eutanazii ani asistovanou sebevraždu nelegalizují.

V dnešní společnosti postrádáme kulturu umírání a měli bychom se snažit ji obnovit. Kulturu umírání však nemůžeme omezovat pouze na to, že pod záminkou soucitu, s odvoláním k právu na sebeurčení bude státem garantováno právo na sebevraždu, nebo snad dokonce vraždu.

Vytratila se kultura umírání, rodinné zázemí na konci života bychom hledali jen obtížně. Smrt (umírání) se stalo jakýmsi tabu a dnes máme snahu člověka na sklonku života „uklidit“. Dříve se dožívalo mnohem častěji v domácím prostředí. Možná, že za touto situací jsou i ekonomické podmínky, ale za ekonomiku se veškeré důvody proč tomu tak je, neschovají.

Je jen na nás, abychom se oprostili od zažitých mýtů spojených s umíráním typu „umírání je plné bolesti, osamění a neporozumění, s tím se nedá moc dělat“, nebo „lidé mají umírat v nemocnici proto, aby jejich nemohoucnost neviděli jejich nejbližší, zvláště pak malé děti“ apod. O tématu konečnosti života, o umírání, o smrti by se dle mého názoru mělo na prvním místě hovořit v rodině a rozhodně by se z takových hovorů neměly vynechávat děti. Zde může najít své místo sociální pedagogika, sociální výchova – sociálně výchovná činnost, nebo prosociální výchova ve smyslu rozvoje a posilování sociálních dovedností, uvědomování si mezigeneračních vztahů v rodinách. Vést k prosociálnímu chování, ne jako povinnosti, ale z vnitřního přesvědčení o správnosti takového jednání. Cílem takového výchovného snažení by mělo být zbavit pro další generace nálepky „tabu“ tak přirozené životní situace, jakými jsou umírání a smrt. Stejně tak ve školách, kde se děti učí o vzniku života, o vývoji člověka, mohlo by se více času věnovat i závěru a konci lidského života, především pak lidským potřebám v této fázi lidské existence. Podíváme-li se na sociální pedagogiku jako na životní pomoc, zjistíme, že právě na sklonku lidského života může být sociální pedagog nápomocen takovému člověku zajistit mimo jiné jeho sociální a psychickou stabilitu a tím přispět ke zkvalitnění jeho života. Pomáhání vychází z altruistických potřeb člověka, jehož základem je nezištná láska k bližnímu bez nároku na odměnu. Již v antickém Římě byl jeden z pahorků nazýván Asylum, kam se uchýlovali lidé trpící, prosící o pomoc. Mezi ty, kteří těmto lidem poskytovali pomoc, nebo podporu byli léčitelé, kněží ale i učitelé, tedy přirozené autority. Je zcela nemyslitelné považovat za pomoc člověku jeho usmrcení, byť z altruistických pohnutek nebo z milosrdenství.

Descartes zastával názor, že medicína bude jednoho dne schopna rozpoznat a vyléčit příčinu nekonečně mnoha nemocí a přijde den, kdy dokonce odstraní i stařeckou sešlost. Obdobné názory přiživují představy, že naše technicky vyspělá společnost bude bez nemocí a utrpení,

protože bude včas odstraněn postižený, nemocný nebo jinak omezený život. Nesmíme však dopustit, aby nastala situace, kdy se nemoci nebudou léčit, ale nemocní se budou eliminovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEAUCHAMP, Tom L a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009, xiii, 417 s. ISBN 978-0-19-533570-5.
- COHON, Rachel. Disability – Ethical and Societal Perspectives. In: POST, Stephen Gerrard, editor in chief. *Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition*. 2004. ISBN 0-02-865916-3. str. 660 – 661.
- DUROZOI, Gérard a André ROUSSEL. *Filozofický slovník*. 1. vyd. Praha: EWA Edition, 1994, 352 s. ISBN 80-85764-07-5.
- FOBEL, Pavel. *Aplikovaná etika. Teoretické východiská a současné trendy*. Martin: Vydavatelství HONNER, 2002, 135 s. ISBN 80-968399-5-0.
- FULGHUM, Robert. *Od začátku do konce: naše životní rituály*. Vyd. 1. Praha: Argo, 1995, 191 s. ISBN 80-85794-44-6.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994, 230 s. ISBN 80-85824-03-5.
- JEMELKA, Petr. *Bioetika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 68 s. ISBN 978-80-210-4626-9.
- JONAS, Hans. Princip odpovědnosti. In: RADVAN, Eduard. *Úvod do filosofie a etiky*. Brno: IMS Brno, 2012, 155 s. ISBN 978-80-87182-23-9.
- KANT, I. Základy metafyziky mravů. In: KOVAĽOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004, 78 s. ISBN 80-8055-996-1.
- KOENIG Barbara, MARSHALL, Patricia. Death and the Birth of Bioethics. In: POST, Stephen Gerrard, editor in chief. *Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition*. 2004. ISBN 0-02-865916-3. str. 547
- KOVAĽOVÁ, Daniela. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004. 78 s. ISBN 80-8055-996-1.
- KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrt a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993, 251 s.

MUNZAROVÁ, Marta. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002, 43s. ISBN 80-210-3018-6.

ONDOK, Josef Petr. *Bioetika*. 1. vydání. Svitavy: Trinitas, 1999. 134 s. ISBN 80-86036-24-3.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 5. rozš.vyd. Praha: Maxdorf, 1998, xv, 490 s. ISBN 80-85800-81-0.

VON ENGELHARDT, Dietrich. Health and Disease. In: POST, Stephen Gerrard, editor in chief. *Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition*. 2004. ISBN 0-02-865916-3. str. 1057-1058.

Články:

BENATAR, David. A legal right to die: responding to slippery slope and abuse arguments. *Current Oncology*. Milton: Multimed Inc., 2011, č. 5. ISSN 1718-7729. Dostupné z: www.current-oncology.com/index.php/oncology/article/view/923/751

BINDING K., HOCHÉ A. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. In: ŠIPR, Květoslav. Historický pohled na eutanazii. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 2. ISSN 1213-2977. str. 11.

DRBAL, Josef. Přístup k lidem na sklonku života. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 2. ISSN 1213-2977. str. 3-8.

FRYŠTENSKÁ, Marcela. Od etiky k eutanazii. *Právo a rodina*. Praha: Linde, 2004, č. 10. ISSN 1212-866x. str. 12-16.

JEDLIČKA, Peter a LAGOVÁ, Veronika. Eutanázia a jej alternativa. *Scripta bioethica*. Brno: HIPPOKRATES, 2002, č. 3. ISSN 1213-2977. str. 16.

KRAUS, Roman. Nasazení a vysazení marné léčby a distanzie. *Universitas: revue Masarykovi univerzity v Brně*. Brno: Univerzita J.E.Purkyně, 2003, č. 1. ISSN 1211-3387. str. 17-18.

MATĚJEK, Jaromír. Limity péče o těžce postižené a těžce nemocné děti. *Pediatric pro praxi*. Březsko: Solen, 2012, č. 1. ISSN 1213-0494. str. 55-56.

MITLÖHNER, Miroslav. Euthanasie – náměty k diskusi. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac, 2002, č. 11. ISSN 1211-6432.

MUNZAROVÁ, Marta. Co mluví i dnes proti eutanazii? *Zdravotnické právo v praxi*.

Konice: Solen, 2006, č. 1. ISSN 1214-2883. str. 4-6.

PROŠKOVÁ, Eva. Etické a právní aspekty eutanazie. *Kontakt*. České Budějovice:

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. 2009, č. 1. ISSN 1212-4117. str. 257-265.

SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita, JEBAVÝ, Ladislav, BLAŽEK, Martin a

KAČEROVSKÝ, Jaroslav. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů

komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. Praha: Fr. Borový. 2004, č. 1.

ISSN 0372-7025. str. 6-9.

ŠIPR, Květoslav. Historický pohled na eutanazii. *Scripta bioethica*. Brno:

HIPPOKRATES, 2002, č. 2. ISSN 1213-2977. str. 9-16.

Internetové zdroje:

Důvodová zpráva k návrhu zákona o důstojné smrti [online]. 2006 [cit. 2. 1. 2014].

Dostupné z: <<http://res.claritatis.cz/zpravy/prilohy/duvodova-zprava-k-navrhu-zakona-o-dustojne-smrti/2827>>

Euthanasia Program [online]. 2013 [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005200>>

„Inevitable“: As Jahi McMath deteriorates, brain-death case near end [online]. 2014 [cit.

20. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.latimes.com/local/lanow/la-me-ln-jahi-mcmath-body-deteriorating-20140108,0,4831276.story>>

KRÁLOVEC, Jiří a KRÁLOVCOVÁ Markéta. *Protest proti návrhu poslance Dicka*

Martyho na legalizaci euthanasie. [online]. 2004 [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z:

<http://www.klicek.org/archiv/2004.pdf>

McCORMICK, Thomas R., Principles of Bioethics [online]. 1. 10. 2013 [cit. 24. 1. 2014].

Dostupné z: <<http://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html#case1>>

NAZI medical experiments [online]. 2013 [cit. 5. 1. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005168>>

Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II [online]. 2013 [cit. 22. 3. 2014]. Dostupné z:

<<http://http://data.umirani.cz/>>

Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti [online]. 2012 [cit. 22. 3. 2014].

Dostupné z:

<http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a6910/f3/ov120614.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- CVVM Centrum pro výzkum veřejného mínění (výzkumné oddělení Sociologického ústavu Akademie věd České republiky).
- JIP Jednotka Intenzivní Péče (specializované oddělení nemocnic, poskytující intenzivní zdravotnickou péči – anglicky „intensive care unit“ ICU).
- PAS Sebevražda vykonaná za pomoci jiné osoby, v tomto případě lékaře (Physician-Assisted Suicide).
- PEG Perkutánní Endoskopická Gastrostomie – metoda vyživování nemocných (sonda zavedená přes kůži stěny břišní do žaludku).

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1. Schéma dílčích disciplín aplikované etiky.....</i>	<i>11</i>
<i>Obrázek 2. Čeho se lidé na umírání nejvíce bojí.</i>	<i>45</i>
<i>Obrázek 3. Co si populace představuje pod pojmem dobré nebo důstojné umírání ..</i>	<i>46</i>
<i>Obrázek 4. Názory na eutanazii.....</i>	<i>47</i>