

Etické problémy začátku a konce lidského života

Sabina Hábllová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Sabina Háblová**

Osobní číslo: **H13848**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Etické problémy začátku a konce lidského života**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti interrupce a eutanázie.

Stanovení cílů a tazatelských otázek.

Realizace kvalitativního šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a formulace závěrů.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČERNÝ, Milan. Právní úprava umělého přerušování těhotenství. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 56 s. ISBN 80-86432-60-2.

DUDOVÁ, Radka. Interrupce v České republice: zápas o ženská těla. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2012. 177 s. ISBN 978-80-7330-214-6

PURVIS, Dara E. Expectant Fathers, Abortion, and Embryos. Journal of Law, Medicine & Electronics. 2015, vol. 43, no. 2, p. 330-340. ISSN 10731105.

ROTTER, Hans. Důstojnost lidského života: [základní otázky lékařské etiky]. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1999. 107 s. Cesty, sv. 5. ISBN 80-7021-302-7.

SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012. 51 s. ISBN 978-80-260-2989-2

VIRT, Günter. Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanázie. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. Cesty, sv. 6. ISBN 80-7021-330-2.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd


Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

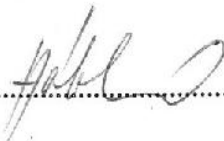
Beru na vědomí, že

- 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 obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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.

Ve Zlíně 24. 2. 2016



.....

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 nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářská 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, užije-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). *Opírá-li autor takového díla udělení svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nařazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit 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 výdělku 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je problematika interrupce a euthanasie. V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy v oblasti interrupce a dále je tato problematika popsána z pohledu teologie, práva, filozofie a etiky, včetně historie interrupcí u nás i v jiných evropských zemích. Podobně je popsána i problematika euthanasie. Praktickou část práce tvoří kvalitativní šetření, kterého se zúčastnilo pět všeobecných sester z různých oddělení a jedna porodní asistentka. Tento výzkum má jeden hlavní a tři dílčí cíle. Hlavním cílem je zjistit názory a postoje všeobecných sester a porodní asistentky k problematice euthanasie a interrupce a jejich vnímání etiky v tomto kontextu.

Klíčová slova: interrupce, euthanasie, embryo, důstojnost, svědomí, právo na život, právo na smrt, etika, kodex

ABSTRACT

The topic of the bachelor thesis is the issue of abortion and euthanasia. In the theoretical part are defined basic terms of abortion and then this issue is described from the perspective of theology, law, philosophy and ethics, including a history of abortion in our country and in other European countries. The issue of euthanasia is described similarly. The practical part consists of qualitative research which was attended by five nurses from various departments and one midwife. This research has one main goal and three partial goals. The main goal is to find out the opinions and attitudes of general nurses and midwife to the issue of euthanasia and abortion and their perception of ethics in this context.

Keywords: abortion, euthanasia, embryo, dignity, conscience, right to life, right to die, ethics, codex

Bylo mi velkou ctí pracovat na bakalářské práci pod odborným vedením doc. Mgr. Marty Ciché, Ph.D. a tímto bych ji ráda poděkovala za velmi cenné a užitečné rady a připomínky, vstřícný přístup a v neposlední řadě za vzácný čas, který mi věnovala v průběhu vypracování této práce.

Rovněž bych na tomto místě ráda poděkovala všem respondentkám za jejich spolupráci a otevřenost při rozhovorech, velmi si této spolupráce cením.

A samozřejmě děkuji své rodině a přátelům za jejich obrovskou podporu v celém průběhu přípravy této práce.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 INTERRUPCE V INTERDISCIPLINÁRNÍCH SOUVISLOSTECH	12
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	12
1.2 POČÁTEK LIDSKÉHO ŽIVOTA	13
1.2.1 Vznik a vývoj nového života	14
1.3 PRÁVNÍ ASPEKTY INTERRUPCE V ČESKÉ REPUBLICE	16
1.3.1 Historie interrupce v evropských zemích	16
1.3.2 Historie interrupce v České republice	17
1.3.3 Právní řád České republiky.....	19
1.4 TEOLOGICKÉ ASPEKTY INTERRUPCE	21
1.5 FILOZOFICKO-ETICKÉ ASPEKTY INTERRUPCE	22
1.5.1 Je embryo osobou?.....	23
1.5.2 Právo na život.....	24
1.5.3 Právo ženy na svobodnou volbu	26
1.5.4 Etické kodexy v kontextu interrupce	26
2 EUTHANASIE V INTERDISCIPLINÁRNÍCH SOUVISLOSTECH	28
2.1 ZPŮSOBY EUTHANASIE	29
2.2 STRUČNÝ EXKURZ DO HISTORIE EUTHANASIE	29
2.3 PRÁVNÍ ASPEKTY EUTHANASIE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH SVĚTA	31
2.3.1 Nizozemí	32
2.3.2 Oregon	34
2.3.3 Švýcarsko	36
2.4 FILOZOFICKO-ETICKÉ ASPEKTY EUTHANASIE	37
2.4.1 Právo zemřít a právo na respektování autonomie	38
2.4.2 Lidská důstojnost.....	39
2.4.3 Svědomí lékaře	40
2.4.4 Zabití vs. nechat zemřít	41
2.4.5 Etické kodexy v kontextu euthanasie.....	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
3 CÍLE PRÁCE	45
3.1 METODIKA ŠETŘENÍ.....	45
3.2 VÝBĚR RESPONDENTEK	46
3.3 ANALÝZA DAT.....	46
4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	48

4.1	TRS 1: DEFINICE A POSTOJ K EUTHANASII.....	48
4.2	TRS 2: ŽÁDOST A REAKCE.....	49
4.3	TRS 3: UKONČENÍ LÉČBY	50
4.4	TRS 4: DŮVODY A SITUACE PRO EUTHANASII.....	51
4.5	TRS 5: POSTOJ K INTERRUPCI.....	51
4.6	TRS 6: ODMÍTNUTÍ ŽÁDAJÍCÍ ŽENY	52
4.7	TRS 7: ETICKÉ SOUVISLOSTI.....	53
5	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	55
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
	SEZNAM PŘÍLOH	62

ÚVOD

Téma naší bakalářské práce je v posledních letech velmi diskutované a pravděpodobně ještě dlouhou dobu bude. Jedním z důvodů pro výběr této tematiky bylo to, že výzkumy v oblasti euthanasie či interrupce se velmi často zaměřují na laickou veřejnost, která se pod vlivem emocí okamžitě vyjadřuje pro či proti, aniž by byla předem důkladně seznámena s tím, o čem se vlastně mluví a pokud se někdo zeptá zdravotníků, pak se většinou jedná o lékaře. Málokdo se ptá na názor všeobecných sester nebo porodních asistentek, kterých se toto téma rovněž bezprostředně týká, protože porodní asistentky u interrupcí asistují a stejně jako všeobecné sestry se s umírajícími pacienty setkávají velmi často a tráví s těmito pacienty mnohem více času než zmínění lékaři.

V teoretické části se zaměřujeme na představení těchto témat v širším světle a z různých úhlů pohledu, abychom umožnili nejen laikům nahlédnout hlouběji do celé problematiky, což by mohlo pomoci k tomu, aby se laická veřejnost a nejen ta, mohla k dané tématice vyjadřovat a utvářet svůj názor s dostatečnými, nebo při nejmenším základními informacemi.

Cílem praktické části práce je pomocí kvalitativního šetření metodou polostrukturovaných rozhovorů zjistit jaký názor na tuto problematiku mají všeobecné sestry a porodní asistentka, které se tohoto šetření zúčastnily a rovněž zjistit jak chápou etiku v tomto kontextu.

Přestože chápeme, že jde o témata, při jejichž pouhém vyslovení má mnoho lidí tendenci podléhat svým emocím, protože se v obou případech jedná o lidský život, ať už jde o život, který teprve vzniká, nebo o život, který spěje ke svému konci, snažíme se ukázat, že není vše jen černé a bílé, a tudíž není možné vyjádřit se k takovým tématům vždy jednoznačně a bez předchozí hlubší znalosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 INTERRUPCE V INTERDISCIPLINÁRNÍCH SOUVISLOSTECH

Každoročně se pro interrupci rozhodne asi 46 milionů žen na celém světě. Z toho 20 milionů jsou ženy žijící v zemích se zákazem nebo omezením interrupce.

Na téma interrupce se neustále vedou diskuze. Problematika interrupce ovlivňuje popularitu politiků, výsledky voleb, prezidentské kampaně. Již se tedy nejedná pouze o medicínskou záležitost, ale zasahuje rovněž do oblasti morální, sociální, filozofické, náboženské a pochopitelně i právní.

Ve vztahu k interrupci se vytvořily dva nepřátelské tábory. Jeden zastává názor, že žena má právo svobodně rozhodnout o svém těhotenství. Druhý tábor je toho názoru, že jakmile dojde k uhníždění vajíčka, žena už toto právo pozbyla a nastupuje právo nenarozeného dítěte (Uzel, In Bohatová, 2000 s. 9–10).

Přestože se tato práce nebude podrobněji zabývat problematikou potenciálních otců ve vztahu k interrupci, máme pocit, že je vhodné se jí alespoň dotknout. Často je potrat popisován jako ženská záležitost, což je pochopitelné vzhledem k tomu, že jsou to právě a jediné ony, které ho podstupují a čelí tělesným vlivům nechtěného těhotenství. A taky jsou to ženy, které mají na svých ramenou většinu zátěže spojené s výchovou dítěte. Komentátoři vytvořili obraz muže jako bezmocného pěšáka bez práva přijmout nebo odmítnout otcovství. Na jedné straně podléhají rozmarům těhotných žen, které mají možnost těhotenství ukončit a zbavit tím muže otcovství, nebo ho, na straně druhé, postaví před povinnost dítě podporovat. Někteří komentátoři uvádí argument, že pokud mají ženy právo nebýt rodičem ukotvené v jejich možnosti své těhotenství ukončit, měly by mít i muži právo nebýt rodičem tím, že se vyhnou právnímu rodičovství a povinnosti dítě podporovat (Purvis, 2015, s. 331).

1.1 Vymezení základních pojmů

Raný spontánní potrat je definován jako samovolné ukončení těhotenství do 12. týdne gravidity. Pozdní spontánní potrat je vypuzení živého plodu o hmotnosti méně než 500 g, který nepřežije 24 hodin nebo mrtvého plodu o hmotnosti méně než 1000 g (Slezáková a kol., 2010, s. 152 - 153).

Interrupce, podle slovníkové definice, je přerušení těhotenství před ukončením 28. týdne těhotenství, tedy vypuzení či vynětí plodu z těla matky ještě v době, kdy plod není schopen mimo tělo matky samostatně existovat (Velký sociologický slovník, 1996, s. 816).

Metody interrupce dělíme podle stádia těhotenství, ve kterém je prováděna:

Miniinterrupce – provádí se do 8. týdne těhotenství, jedná se o ambulantní výkon v krátkodobé celkové anestezii. Provádí se metodou vakuumaspirace po předchozí šetrné dilataci děložního hrdla.

Interrupce mezi 8. až 12. týdnem těhotenství – po dilataci děložního hrdla se provádí evakuace plodového vejce kyretou nebo potratovými kleštěmi.

Ukončení těhotenství ve II. trimestru – hlavní metodou v tomto období je indukce potratu lokální či celkovou aplikací prostaglandinů. Někdy se do děložního hrdla zavádí speciální dilatátory, ty zvětšují svůj objem a pomáhají otevírat hrdlo. Intravenózně se aplikuje oxytocin. Po ukončeném potratu se instrumentálně reviduje dutina děložní (Slezáková a kol., 2010, s. 155).

Farmakologická interrupce – jedná se o tzv. potratovou tabletu RU 465, která se objevila v roce 1980 ve Francii a v roce 1988 byla touto zemí uvedena do praxe. V České republice byla registrována v roce 2014. Je indikována výhradně lékařem a ženy podstupující tuto formu interrupce jsou pod jejich odborným dohledem (Haškocová, 2015, s. 109).

1.2 Počátek lidského života

Názory na to, kdy začíná lidský život, jsou různé. Jedna skupina tvrdí, že lidský život začíná okamžikem oplodnění, neboť tím vzniká oduševnělé lidské embryo, které se bude dále vyvíjet. Dalším názorem je, že oduševnění nastává ve chvíli, kdy jsou vytvořeny hlavní orgány nutné k životu – mozek a srdce, přičemž mozek začíná pracovat ve čtyřicátém dni po početí. Existuje také názor, že okamžikem oduševnění může být stav, kdy jsou vyvinuty všechny části embrya. V současnosti by to znamenalo období kolem 24. týdne těhotenství, kdy je moderní medicína schopna udržet při životě předčasně narozené dítě. Podle dalšího tvrzení je embryo oduševnělé až v okamžiku narození (Hrušková, 2013, s. 44).

V následujících odstavcích bude, bez ohledu na to, jak je počátek života definován těmito skupinami, popsán vývoj lidského zárodku/plodu od početí až do okamžiku narození.

1.2.1 Vznik a vývoj nového života

V okamžiku spojení jádra spermie s jádrem vajíčka vzniká zygota, která obsahuje genetický základ embrya. Následuje období, kdy dochází k velmi intenzivnímu dělení a zárodek se nazývá embryo. Zvětší se zmnožování buněk projevuje rýhování. Během dělení se posouvá vajíčko vejcovodem směrem do dělohy, kam se jako blastocysta dostává 6 dnů po ovulaci. Blastocysta se poté zanořuje do sliznice. V jednom pólu blastocysty se vyvine zárodečný terčik, který je základem vlastního embrya. Devět až deset dní po oplodnění se diferencuje ektoderm a vzniká žloutkový váček, který v pozdější fázi zakrní. Ve třetí týdnu pak vzniká intraembryonální mezoderm a ze zárodečného terčíku se stává trojvrstevný útvar (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 24).

V 5. až 6. týdnu od posledních měsíčků je již krevní oběh poháněn srdcem embrya. Vývoj embrya probíhá směrem od hlavy dolů. Velikost zárodku je 8 – 12 mm, objevují se základy uší, očí a nosu, vyvíjí se základ zažívacího systému, žaludek a ústa. Dotváří se cévní systém a uzavírá se nervová trubice. Na trupu embrya jsou patrné zárodky budoucích končetin. Vytváří se nervové dráhy a velmi rychle se množí nervové buňky. Dochází rovněž k vytvoření základů placenty.

V 7. týdnu těhotenství měří embryo přibližně 20 mm, na hlavičce se vytváří obličej, na očích se začínají objevovat základy očních víček. Na končetinách se vytvářejí základy prstů a tvoří se i základy kostí. Embryo má již plně vyvinutý krevní oběh poháněný vlastním srdcem embrya. Je vytvořen i základ dalších vnitřních orgánů (játra, plíce, ledviny a střeva), jejichž vývoj však bude ještě pokračovat.

Během 8. týdne těhotenství je plod prostřednictvím pupečníku zavěšený v dutině obklopené plodovými obaly a budoucí placentou a vyplněné plodovou vodou. Velikost plodu je nyní 3 – 4 centimetry a hmotnost kolem 5 gramů. Je dokončen vývoj obličeje s ústy a nosem. Končetiny jsou oproti hlavy relativně malé. Jsou vytvořeny základy šlach, svalů a kloubů. Pokračuje vývoj vnitřního ucha, které má význam i pro vnímání rovnováhy. Vnitřní orgány jsou již vyvinuty, mnohé z nich však ještě nejsou zcela funkčně vyzrálé. Rozlišení pohlaví

pokračuje vývojem pohlavních žláz. Je dán i základ zevních pohlavních orgánů, dosud však není možné rozhodnout, zda jde o chlapce či děvče. Pokračuje vývoj placenty.

Ve 12. týdnu měří plod okolo 9 centimetrů a jeho hmotnost je kolem 15 gramů. Většina vnitřních orgánů je již plně funkční. Oční víčka jsou již vyvinuta, ale zůstávají zavřena. Na hlavičce lze již rozeznat ušní lalůčky. Na prstech se začínají objevovat základy nehtů, pokračuje vývoj svalů. Plod se v děloze více pohybuje, zatíná pěsti, pohybuje prsty na nohou, špulí rty, otevírá a zavírá ústa, má sací reflex a polyká tekutinu, která ho obklopuje. Vzhledem k tomu, že začínají fungovat ledviny, začíná se tvořit moč a plod i močí. Placenta, pupečník a plodové obaly jsou plně vyvinuty.

Ve 13. týdnu těhotenství měří plod přibližně 10 centimetrů a jeho hmotnost je okolo 20 gramů. Většina vnitřních orgánů již funguje. Aktivní pohyby plodu se dají zaznamenat ultrazvukem, ale matka je stále ještě necítí.

V 16. týdnu je plod 16 centimetrů dlouhý a jeho hmotnost je kolem 120 gramů. Tělo plodu je pokryto jemným chmýřím (lanugem), rostou mu řasy a obočí. Není vytvořen podkožní tuk, kůže je tenká a průhledná. Tvoří se pevné kosti, klouby jsou funkční. Pohyby plodu jsou velmi živé, žena je ale obvykle ještě necítí.

Během 20. týdne se na hlavičce plodu objevují vlasy a na prstech rostou nehty. Plod měří 25 centimetrů a váží 300 gramů. Žena již obvykle cítí jeho pohyby.

24. týden těhotenství je poměrně klíčovým obdobím. Plod je v tomto období za určitých podmínek schopný přežít mimo tělo matky. V této době plod měří 30 centimetrů a váží 600 gramů. Dochází k rozlepení očních víček.

Ve 28. týdnu je délka plodu 35 centimetrů a hmotnost kolem 1200 gramů. Pokračuje vyzrání orgánových funkcí plodu, jedním z nejdůležitějších je v této době tvorba surfaktantu v plicích, který má za úkol plné rozvinutí plic po porodu.

Mezi 32. – 34. týdnem dochází k dokončení zrání naprosté většiny orgánových funkcí a další vývoj se bude soustředit na tvorbu tukového polštáře a růst plodu. Plod v tuto chvíli měří 40 centimetrů a váží 1800 gramů.

Koncem 36. týdne je délka plodu 45 centimetrů a hmotnost 2700 gramů. Plod zaujímá v děloze definitivní polohu. Začíná mizet lanugo a plod má vytvořený tukový polštář. Porodní cesty matky se začínají připravovat na porod.

Ve 40. týdnu mívá plod všechny známky zralosti, mezi které patří délka okolo 50 centimetrů a hmotnost 3200 až 3500 gramů. Kůže je napjatá, růžová, pokrytá mázkem. Lanugo zůstává u novorozence jen na zádech a mezi lopatkami. Úpon pupečníku je uprostřed vzdálenosti mezi horním okrajem stydké kosti a hrotem mečovitého výběžku. Švy mezi lebečními kostmi jsou úzké, fontanely malé. Nosní a ušní chrupavky jsou vytvořeny, nehty na ruce nepřesahují špičky prstů, na nohou dosahují špiček prstů. U chlapců jsou varlata sestouplá v šourku, u dívek velké stydké pysky překrývají malé (Gregora a Velemínský, 2013, s. 27 – 30).

1.3 Právní aspekty interrupce v České republice

Naše země patří mezi státy, u kterých je uzákoněno umělé přerušování těhotenství jako zákonem upravený způsob předcházení nežádoucímu těhotenství. Česká republika zákonným předpisem upravuje podmínky pro to, kdy je interrupce možná a v souladu se zákonem, a také stanoví postup při žádosti o interrupci a při jejím provedení (Mach a kol., 2005, s. 429).

Právo na interrupci je u nás ukotveno v zákoně o umělém přerušování těhotenství. Zákon přesně vymezuje podmínky pro vykonání interrupce, stejně jako vymezuje i to, kdy je ukončení těhotenství v souladu se zákonem, tedy legální.

1.3.1 Historie interrupce v evropských zemích

Právo na interrupci patřilo v 60. a 70. letech 20. století k hlavním tématům kampaní ženského hnutí. Většina západoevropských zemí legalizovala interrupce v sedmdesátých či osmdesátých letech 20. století a vlády daných zemí, které musely situaci řešit, byly vystaveny nátlakům jak ze strany feministických hnutí, tak ze strany odpůrců potratu.

Na rozdíl od západoevropských zemí, byla interrupce v zemích bývalého sovětského bloku legalizována brzy a hlavním důvodem legalizace nebyl tlak občanské společnosti a feministických hnutí, ale státní potřeba zvýšit pracovní participaci žen. Interrupce se stala významnou metodou snížení počtu dětí a uvolnění žen pro práci ve veřejném prostoru, neboť metody plánování rodičovství nebyly dostupné. V době pádu komunismu měly interrupci uzákoněnou všechny východoevropské země. Výjimkou bylo pouze Rumunsko, kde byla postavena mimo zákon. Následujících 20 let docházelo v mnoha z těchto zemí k bouřlivým

debatám, hlavně ze strany katolické církve a odpůrců potratů. V Polsku, Maďarsku a na Slovensku, byla interrupce skutečně legislativně omezena. V Polsku byl dokonce v únoru 1993 schválen zákon povolující interrupci pouze v kritických případech ohrožení života ženy či malformace plodu (Dudová, 2012, s. 9–11).

1.3.2 Historie interrupce v České republice

V Československu byla interrupce z jiných důvodů než bylo ohrožení života ženy legalizována v roce 1957. Rozhodování o možné interrupci však nebylo přímou záležitostí ženy, ale právo konečného rozhodnutí měly oficiální komise. Ty byly navíc propojeny s politickými orgány, čímž měla státní moc možnost ovlivňovat počet povolených potratů a podmínky jejich povolování (Dudová, 2012, s. 11). Komise měla mít tři členy – dva zdravotníky a jednoho laika („zkušenou ženu, která požívá důvěry a dobrého jména“).

Zákon č. 68/1957 legalizující interrupce byl jednomyslně přijat 19. prosince 1957 a podle tohoto zákona byla interrupce umožněna za podmínek, že o oprávněnosti interrupce rozhoduje speciální komise, existují zdravotní či „jiné závažné“ důvody, musí být vykonána v nemocnici nebo v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Vyhláška či výnos Ministerstva zdravotnictví 71/1957 specifikoval jiné závažné důvody, mezi které spadá například věk nad 40 let, minimálně 3 žijící děti, těhotenství následkem znásilnění, obtížná situace neprovdané těhotné ženy, obtížná finanční či bytová situace rodiny, a další (Dudová, s. 46 – 47).

V roce 1961 došlo k úpravě zákona další vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. Změny měly vést ke snížení počtu povolených interrupcí. U žen, které dosud nerodily, měly komise pečlivě zhodnotit důvody a přihlídnout k riziku vzniku neplodnosti, následkem potratu u mladých žen. V roce 1962 došlo ke změně složení komisí, měl v nich být přítomen jen jeden lékař. Byly tedy složeny z předsedy, což byl člen Zdravotní komise Národního výboru, dále z jednoho člena Okresní populační komise a jednoho lékaře, většinou vedoucího gynekologického oddělení nemocnice. Dále se změny týkaly časového limitu, který byl upřesněn na 12 týdnů trvání těhotenství a interrupce přestala být zdarma (poplatek se pohyboval mezi 200 a 500 Kčs a o 2 roky později až 800 Kčs). Ženy musely o interrupci žádat jen v nemocnici v místě trvalého bydliště, nemohly tedy žádat postupně na různých místech a vyhnout se tak omezení šestiměsíčního intervalu mezi dvěma potraty nebo nepovolení další

interrupce. Toto zpřísnění podmínek v letech 1962 – 1965 mělo za následek zpomalení nárůstu počtu indukovaných potratů, ale také nárůst počtu neodborně provedených potratů a mateřské mortality. V roce 1973 vešla v platnost vyhláška Ministerstva vnitra, ve které je uvedeno, že rozhodování interrupčních komisí by mělo být zodpovědnější. Vyhláška mimo jiné stanovuje, že vdané ženy, které nemají děti nebo mají pouze jedno, mohou získat povolení k interrupci ze sociálních důvodů pouze ve velmi výjimečných případech. Ženy, které neměly trvalý pobyt v ČSSR, ztratily nárok na interrupci z jiného než zdravotního důvodu. Minimální rozmezí mezi dvěma interrupcemi byl prodloužen ze šesti na dvanáct měsíců. V roce 1980 došlo ke zmírnění přísnosti regulace interrupcí a u některých kategorií žen byla zrušena nutnost minimálního 12 měsíců trvajících intervalu mezi dvěma interrupcemi.

V roce 1977 se v Československu začaly provádět miniinterrupce. I tento zákrok byl však klasifikován jako interrupce, a proto spadal do působnosti zákona o interrupcích č. 68/1957, tedy pro jeho provedení bylo nutné schválení interrupční komise. Proces schvalování ale mohl trvat i několik týdnů, a to znemožnilo včasné provedení interrupce. Řada českých gynekologů proto požadovala změnu zákona tak, aby miniinterrupce vůbec umožnil. Navrhovaným řešením bylo buď vyloučení této metody z jurisdikce interrupčního zákona, nebo celková novelizace zákona – zrušení interrupčních komisí. Příprava této novely trvala několik let, stejně jako její prosazení v parlamentu. Problémem bylo mimo jiné i to, že se anti-koncepce a miniinterrupce měly poskytovat bezplatně a byly hrazeny ze všeobecného zdravotního pojištění. Nakonec ale převládl názor, že ke změně zákona dojít musí, zákon byl přijat v říjnu 1986 (zákon č. 66/1986 Sb.) a v platnost vstoupil 1. ledna 1987 – komise byly zrušeny. Ženy mladší 16 let potřebovaly souhlas rodičů nebo zákonného zástupce, ženy od 16 do 18 let nepotřebovaly souhlas rodičů, ale rodiče byli následně o interrupci informováni daným zařízením. Interrupci hradila částečně žena sama a její cena závisela na délce těhotenství, miniinterrupce byla bezplatná. Interrupce nebyla poskytována cizinkám, které v České republice neměly trvalý pobyt. Minimální rozmezí mezi dvěma interrupcemi bylo 6 měsíců, ale netýkalo se žen, které měly dvě a více dětí nebo byly starší 35 let či otěhotněly následkem znásilnění nebo jiného trestného činu.

V roce 1992 bylo připraveno nové znění zákona o umělém přerušování těhotenství, které však nikdy nebylo předloženo vládě ke schválení. V návrhu zákona mělo být změněno několik drobných ale velmi podstatných detailů, například interrupce mohla být provedena v jakémkoliv adekvátně vybaveném zdravotnickém zařízení – nikoliv pouze v nemocnici či

zdravotnickém lůžkovém zařízení a zákrok měly hradit přímo ženy s výjimkou interrupce ze zdravotních důvodů. Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví 467/1992 se začaly za úhradu provádět i miniinterrupce a cenu si stanovují samy nemocnice a zdravotnická zařízení (Dudová, 2012, s. 65-86).

V roce 2003 navrhla skupina konzervativních poslanců nový zákon, jehož cílem bylo interrupci zakázat. Podle tohoto zákona by osobě, která interrupci provedla, hrozilo až 5 let odnětí svobody a osobě, která těhotné ženě pomohla nebo ji k potratu přiměla, by hrozil až 1 rok vězení. Samotná žena by potrestána nebyla. Tento návrh byl zamítnut v prvním čtení (Dudová, 2012, s. 97).

Na jaře 2008 předložilo Ministerstvo zdravotnictví v čele v Tomášem Julínkem návrh reformy zdravotnictví. Součástí reformy byl i zákon o „specifických zdravotnických službách“, který se týkal také interrupce, umělého oplodnění, sterilizace a dalších záležitostí, které souvisejí s tělesným občanstvím. Co se týče interrupcí, nový zákon v řadě bodů kopíroval zákon předchozí. Přesto v něm byly obsaženy dva body, které znamenaly rozšíření přístupu k interrupcím. Jednak nebylo povinné informovat rodiče dívek ve věku 16 až 18 let o provedení interrupce, a za druhé mohla být interrupce provedena i cizinkám, které neměly trvalý pobyt v České republice. Poprvé vstupuje do legislativního procesu embryo/plod a dochází tak k určitému přesunu důrazu ze zájmu těhotné ženy na zájmy zárodku. Ani tato reforma však nebyla nakonec Poslanecké sněmovně vůbec předložena, protože na jaře 2009 byla vláda odvolána (Dudová, 2012, s. 107, 111).

1.3.3 Právní řád České republiky

Současná platná právní úprava byla přijata v roce 1986. Jedná se o zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., ze dne 20. října 1986, o umělém přerušení těhotenství.

Dle §1 zákon upravuje umělé přerušení těhotenství a stanoví podmínky pro jeho provádění se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství.

Podmínky pro umělé přerušení těhotenství jsou stanoveny v §4, 5 a 6. V §4 je stanoveno, že ženě se uměle přeruší těhotenství, jestliže o to písemně požádá, dále v případě, že těhotenství nepřesáhlo dvanácti týdnů a pokud interrupci nebrání zdravotní stav ženy. Podle §5 lze ženě uměle přerušit těhotenství ze zdravotních důvodů se souhlasem ženy nebo z jejího

podnětu a to v případě, že je ohrožen její život, zdraví nebo zdravý vývoj plodu a v případě, že jde o geneticky vadný vývoj plodu. V §6 odst. 1 je napsáno, že ženě mladší šestnácti let lze provést interrupci dle §4 pouze se souhlasem zákonného zástupce, popřípadě toho, jemuž byla svěřena do péče. Podle odst. 2 pokud byla interrupce dle §4 provedena u ženy ve věku šestnácti až osmnácti let, vyrozumí o tom zdravotnické zařízení zákonného zástupce této ženy.

Postup při projednání umělého přerušování těhotenství stanovují §7, 8 a 9. Dle §7 musí žena písemně požádat o interrupci ženského lékaře zdravotnického zařízení podle místa trvalého bydliště nebo místa pracoviště či školy. Lékař je následně povinen ženu informovat o možných komplikacích spojených s umělým přerušováním těhotenství, a stejně tak i o antikoncepčních metodách. V případě, že i po tomto poučení žena na interrupci trvá a lékař zjistí, že jsou splněny podmínky pro jeho výkon, určí zdravotnické zařízení, kde bude výkon proveden. V §8 odst. 1 a 2 stanovují postup v případě, že lékař neshledá podmínky pro umělé přerušování těhotenství. V takovém případě může žena podat do tří dnů písemnou žádost o přezkoumání jeho rozhodnutí okresnímu odborníkovi pro obor gynekologie a porodnictví, který žádost přezkoumá nejpozději do dvou dnů. K tomuto přezkoumání si pozve další dva lékaře z tohoto oboru nebo i lékaře z jiného dotčeného oboru. V případě zjištění, že podmínky pro interrupci jsou splněny, oznámí to ženě a určí zdravotnické zařízení, kde bude zákrok proveden. V opačném případě a při trvání ženy na interrupci, je její žádost ihned postoupena k přezkoumání krajskému odborníkovi pro obor gynekologie a porodnictví, který žádost přezkoumá společně s dalšími dvěma odborníky nejpozději do tří dnů od jejího doručení, jejich rozhodnutí, které je konečné, pak písemně sdělí ženě. Tyto body jsou však v jisté míře neaktuální, neboť funkce tzv. okresního či krajského odborníka byly zrušeny. Rovněž se v praktickém životě žena s žádostí obrací na svého ošetřujícího gynekologa, který ji poučí a následně doporučí zařízení pro provedení výkonu, s tím, že žena má možnost svobodně se rozhodnout, kde bude výkon proveden.

§10 tohoto zákona pojednává o umělém přerušování těhotenství cizinkám. Je zde uvedeno, že se interrupce dle §4 neprovede cizinkám, které v České (socialistické) republice pobývají pouze přechodně.

Příplatek nebo úhrada za umělé přerušování těhotenství je ustanovena v §11 odst. 1 a 2, přičemž odst. 1 říká, že za interrupci provedenou dle §4 uhradí žena v případech stanovených

obecně závazným právním předpisem zdravotnickému zařízení příplatek. Odstavec 2 říká, že úhradu za interrupci cizinkám upravuje zvláštní předpis.

S tímto zákonem souvisí i vyhláška č. 75/1986, kterou se zákon o umělém přerušení těhotenství provádí. Tato vyhláška stanoví konkrétní podmínky pro umělé přerušení těhotenství, postup při projednání umělého přerušení těhotenství, místo výkonu umělého přerušení těhotenství, hlášení a povinnosti zdravotnických pracovníků a umělé přerušení těhotenství cizinkám (Mach a kol., 2005, s. 429 – 435).

1.4 Teologické aspekty interrupce

Velmi obecně lze říci, že všechna tři nejrozšířenější monoteistická náboženství v Evropě, tedy křesťanství, židovství a islám jsou proti potratu. V případě potratů v prvním trimestru je zde jednoznačné odsouzení, a to ve všech náboženských systémech.

Judaismus obecně potraty zakazuje, avšak v případě, že je v sázce život matky nebo její fyzické či mentální zdraví, židovský zákon potrat požaduje. Židovské náboženství také povoluje potrat, jestliže dané těhotenství ohrožuje fyzický a duševní stav matky více než normální těhotenství, ale toto riziko pro matku neznamena jasné a přítomné nebezpečí. Termín „duševní stav“ je zde ale velmi striktně definován, není tedy možné provést interrupci jen z důvodu, že se matka o dítě nechce starat. Rozdíl mezi judaismem a křesťanstvím tkví i v tom, že judaismus nevidí potrat vždy jako vraždu. V Talmudu se uvádí, že prvních 40 dní po početí má zygota status „jako voda“. Během dalších fází těhotenství však má fetus status „jako stehno své matky“ a s ohledem na to, že tělo je Božím majetkem, nemá muž ani žena právo amputovat své stehno s výjimkou je situace, kdy jde o záchranu svého zdraví či života, a z tohoto důvodu je potrat zakázán. Potrat tedy nemůže být vnímán jako forma kontroly porodnosti (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012, s. 115).

Církev umělý potrat od svého počátku odmítala. Interrupce je velmi důrazně odsouzena v encyklice „*Evangelium vitae*“. Důvodem tohoto odmítání je mimořádná úcta k životu a důstojnosti člověka (Rotter, 1999, s. 52). Ve Slovníku církevního práva můžeme vyčíst, že potrat jakožto zbavení života nenarozeného člověka, pokud byl úmyslný a dokonáný, je v katolické církvi deliktem a ten, kdo ho provedl i žena, která ho podstoupila, jsou potrestáni exkomunikací. Řád sborového života Českobratrské církve evangelické nabádá její čle-

ny, aby o potratu ani neuvažovali, s výjimkou přímého ohrožení života ženy (Tretera a Horák, 2011, s. 103).

Co se týče islámu, učenci napříč mezheby se shodují, že základním stanoviskem je to, že interrupce je harám, hřích, za který následuje Boží nespokojenost a trest na tomto i onom světě. Každý kdo provede interrupci, je povinen zaplatit jako odškodné plnou cenu krve, tzv. dija. I zde ale existují okolnosti, které provedení tohoto zákroku ospravedlňují, ale na jejich šíři a definici se fakíhové neshodli. V podstatě existují dva základní přístupy. V tom prvním je interrupce úplně odmítána, již od samého okamžiku početí. Není stanoveno dvojitě hledisko mezi dobou před a po vdechnutí duše andělem. Jedinou výjimkou je přímé a nevyhnutelné ohrožení života matky pokračujícím těhotenstvím, protože matka je „kmenem“, samostatně žijícím organismem, který může plodit další potomky, zatímco plod je „větvi“, tedy bytostí, která ještě není schopna samostatně existovat. Druhá skupina učenců považuje interrupci v nejranějších fázích těhotenství za mekrúh, tj. zavrženíhodný, ale ve smyslu ještě povolený. Ten kdo se tohoto činu zdrží, je odměněn, kdo jej provede, nebude potrestán. Někteří fakíhové určují hranici 120 dní a přesto, že preferují souhlas manžela, nestaví jej vždy jako nutnou podmínku. Následovníci imáma Ahmeda berou za hranici 40 dní. Další jsou toho názoru, že není možno určit přesnou hranici a proto pokud je nutné interrupci provést, pak co nejdříve, neboť zavrženíhodný čin se každým dnem stává více a více zavrženíhodným, až se nakonec stane zcela zakázaným. Přestože podle všech těchto názorů není interrupce v nutném případě hříchem, lze ji provést jen ze zákonem daných důvodů – přímé ohrožení života matky, těžké trvalé následky na zdraví matky, vrozená vada či malformace plodu, která by znamenala neúnosnou zátěž pro dítě i rodinu, dále početí následkem znásilnění během vojenského konfliktu nepřátelským útočníkem (E-ISLÁM, 2009, online).

1.5 Filozoficko-etické aspekty interrupce

Interrupce je etickým problémem, kdy dochází ke konfliktu náboženského i ateistického chápání principu práva na život a principu práva na svobodu rozhodování (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 509).

V současném zdravotnictví je základním filozofickým nástrojem etický principializmus jehož podstatou jsou čtyři principy. Patří sem respekt k autonomii pacienta. Tento princip vychází

z práva svobodné osoby rozhodovat o svém bytí. Dále je zde princip beneficence, což znamená, že lékař má vždy prosazovat dobro pro svého pacienta, princip non-maleficence znamená za všech okolností neškodit. Tyto dva zmíněné principy jsou základními principy medicínské praxe. Posledním z těchto principů je princip spravedlnosti, který představuje závazek k rovnocenné léčbě podle předem daných kritérií, samozřejmě s ohledem na individuální potřeby pacienta, možnosti systému i možnosti dané situace (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 105–106). Dále lze k obecně platným etickým principům přiřadit i princip důvěry, který znamená důvěru mezi pacientem a jeho lékařem. Z těchto pěti principů se při rozhodování o interrupci dají uplatnit pouze princip autonomie a princip důvěry. Jistě nelze uplatňovat princip non-maleficence, neboť potrat přímo škodí plodu (Drevianková, 2010, s. 54).

Co se týče plodu samotného, v určení jeho morálního statusu se setkáváme se dvěma hlavními principy, kterými se budeme podrobněji zabývat v následující kapitole. Jedná se o ontologický personalismus a empirický funkcionalismus (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 107).

1.5.1 Je embryo osobou?

Kdo je osobou a kdo ne? Tato otázka je jedním z nejpálčivějších problémů lékařské etiky dnešní doby. Obecně lze hovořit o dvou základních principech, kterými jsou ontologický personalismus a empirický funkcionalismus.

Podle ontologického personalismu, od zygoty po smrt jde lidskou osobu a to bez ohledu na to, zda je aktuálně schopna dělat případně nedělat rozhodnutí, činit morální rozhodnutí nebo vnímat libosti a nelibosti. Všechna stádia lidského vývoje, včetně mentálně nemocných či pacientů v kómatu, jsou osobami. Ontologický personalismus hovoří o dvou kritériích osoby. Prvním je, že osoba je počata lidskými rodiči a má lidský genom, druhým pak, že má alespoň potenciálně lidské vlastnosti. Pokud jde o vlastnosti definující člověka, lze hovořit o svobodě (možnost volby, otevřenost k etice, schopnost činit rozhodnutí), vůli, schopnosti používat jazyka, sebeuvědomování. Dále lze mezi lidské vlastnosti řadit například zkoumání smyslu své existence, uvažování o správnosti svého jednání, náboženské projevy a schopnost tvořit umění a vědu. A nejde o to, že tyto vlastnosti embryo, či pacient s mentální chorobou aktuálně nemá, ale o to, že je má v možnosti (Heřmanová, Vácha, Svoboda a kol., 2012, s. 27–28).

Naproti tomu empirický funkcionalismus tvrdí, že člověk se nestává osobou v okamžiku splynutí gamet, ale až později, v závislosti na získaných skutečných vlastnostech. Je však problém stanovit ve vývoji člověka okamžik jednoznačně určující odkdy je nutné zárodek či plod chránit (Šimek, 2015, s. 168).

Empirický funkcionalismus pracuje se čtyřmi hypotézami, podle kterých je osoba definována. Podle první hypotézy je osobou každý jedinec s kognitivní kapacitou, má schopnost samostatně autonomně jednat, své jednání racionálně zdůvodnit a užívat jazyk. Z tohoto pohledu není osobou zygota, embryo, fétus a pravděpodobně ani novorozenec.

Druhá hypotéza říká, že osobou je každá bytost, která je dokáže rozlišit mezi dobrem a zlem a je schopna morálně soudit, zda je dané jednání morálně správné či nikoli. Osoba je zde vymezena stejně jako v předchozí hypotéze.

Podle třetí hypotézy je osobou ten, kdo je schopen vnímání libostí a nelibostí. Tato hypotéza vychází z etiky hédonismu a je výrazně širší než dvě předchozí. Pokud by osobou byl každý, kdo má tuto schopnost, je třeba do prostoru osoby zahrnout i řadu zvířat a v případě člověka posunout začátek osoby hluboko do fetálního nebo dokonce embryonálního stádia a rovněž by do prostoru osoby vstoupili mentálně nemocní i senilní, staří lidé. Nicméně pacienti v kómatu by zůstali bytostmi.

Dle čtvrté hypotézy bychom se osobou stali až ve chvíli, kdy se stáváme součástí sociálního matrix, vstupujeme do vztahů, jsme milováni, možná ve chvíli prvního uvědomění si ženy, že je těhotná. Nyní je tedy osoba definována podle toho, jak se k ní chová a co si o ní myslí okolí (Heřmanová, 2012, s. 26–27).

1.5.2 Právo na život

Odpůrci i zastánci potratů se shodují na tom, že právo na život by mělo být respektováno, nicméně se jejich názory rozcházejí v tom, zda má právo na život i plod. Podle zastánců potratů toto právo plod nemá, neboť se nejedná o racionální stvoření ani společenskou bytost. Naproti tomu odpůrci potratů tvrdí, že plod je lidskou bytostí, neboť má podobu novorozence a lidský genetický kód, a proto má i právo na život (Rhodesová in Thomasa a Kushnerová, 2002, s. 75).

Munzarová (2005) uvádí čtyři hlavní mravní postoje. Podle prvního postoje má embryo stejnou hodnotu jako každá lidská bytost a proto má i právo na život. Nelze činit nic, co by

bránilo dalšímu vývoji embrya a v případě, že existují procesy, které vývoji brání, je povinností pokus se o jejich odstranění. Nicméně nemusí být prodlužován jejich život, pokud to není možné. Stejně jako každý člověk má stejnou hodnotu, je tomu tak i u vyvíjejícího se plodu. Není dovolena žádná selekce. Z výše uvedeného vyplývá negativní postoj k zabití plodu v těle matky a zákaz provádět výzkum na embryích in vitro, který by vedl k jejich destrukci.

Druhý postoj je oproti prvnímu diametrálně odlišný a embryo má podle tohoto postoje velmi malou, či téměř nulovou morální hodnotu. Nepotřebuje tedy zvláštní ochranu a rovněž není třeba mu přisuzovat právo na život. Vyznavači tohoto postoje souhlasí také s destruktivním výzkumem na embryích in vitro i se selekcí, závislé na jejich rozhodnutí bez ohledu na dobro embrya.

Dle třetího přístupu narůstá nárok na práva a ochranu během vývoje a plnosti dosahuje v okamžiku životaschopnosti plodu. V úvahu by měla být brána i práva a zájmy jiných. V některých případech je tedy možné i popřít právo na život plodu.

I ve čtvrtém postoji narůstá nárok plodu v průběhu jeho vývoje, nicméně plná práva získává až po narození. Zastánci tohoto přístupu jsou pro interrupci i v pozdní fázi těhotenství (Munzarová, 2005b, s. 137–138).

Dalším přístupem je asentistický, který dovoluje potrat každého plodu, do doby než mu rodiče udělí práva. Tento postoj vychází z toho, že podle asentistů všechny morální povinnosti vznikají jen převzetím specifických závazků, z čehož vyplývá, že právo na život by mohlo vzniknout jedině, pokud by někdo převzal závazek. Právo dítěte na život může tedy vzniknout jen tehdy, pokud rodiče přijali odpovědnost za péči a výchovu o svého potomka. Podle tohoto vzorce lze pro každého rodiče vymezit jeho povinnost v čase. Pokud se rodiče snaží o početí, mají již od počátku této snahy závazek vyhnout se situacím, které by mohly ohrozit zdraví jejich dítěte. Příkladem tohoto závazku je nekouřit a nepít alkohol již od okamžiku, kdy hodlá otěhotnět. V případě neplánovaného těhotenství nemají rodiče k plodu žádnou povinnost, dokud se nerozhodnou dítě mít. Plod v tomto okamžiku nemá právo na život, proto není zásahem do práva plodu, pokud se matka rozhodne pro potrat (Rhodesová in Thomasma a Kushnerová, 2002, s. 77).

1.5.3 Právo ženy na svobodnou volbu

Právo ženy na sebeurčení je jedním z hlavních argumentů zastánců interrupcí, neboť žena podle nich není strojem na výrobu dětí, který nemá práva. Žena je lidská bytost mající právo se sama rozhodnout v situacích, které jsou pro ni závažné. Má plné právo těhotenství odmítnout, neboť v těhotenství prochází mnoha změnami fyzickými, psychickými i sociálními (Šimek, 2015, s. 168).

V roce 1968 proběhla Mezinárodní konference o lidských právech, kde bylo přijato stanovisko, že je právem rodičů svobodně a zodpovědně určit počet svých dětí a časový odstup mezi nimi. Roku 1974 bylo na 1. světové populační konferenci zdůrazněno, že potenciálním rodičům mají být poskytnuty informace a prostředky, aby tak mohli učinit. Podle shodného názoru odborníků musejí rodiče při výkonu tohoto práva brát v potaz potřeby již žijících dětí, a také těch budoucích (Haškovcová, 2015, s. 116).

1.5.4 Etické kodexy v kontextu interrupce

Nejstarším etickým kodexem je bezpochyby Hippokratova přísaha, která byla napsána již v 5. století před naším letopočtem, vznikla rukou několika autorů a existuje několik verzí. Co se interrupce týče, jedna z verzí Hippokratovy přísahy se k němu vyjadřuje takto: „...nepodám ženě abortivní prostředek“ (Munzarová, 2005b, s. 19). V knize Heleny Haškovcové (2015) je tato část citována jinak: „Nedám žádné ženě vložku do pochvy s tím úmyslem, abych zabránil oplodnění nebo přerušil vývoj plodu“. Nicméně z obou těchto verzí by se dalo usoudit, a odpůrci potratů tímto často argumentují, že Hippokrates interrupce odmítal. Pravdou však je, že potraty byly v té době tolerovány. Autoři této přísahy žili v době, kdy měl lidský život jinou hodnotu – otroci a nenarozené děti neměli téměř žádná práva. Zákaz interrupcí byl snahou zabránit vysokým zdravotním rizikům pro ženy, která se rozhodla pro odstranění nechtěného plodu (Haškovcová, 2015, s. 56, 106).

Dalším etickým kodexem, který lze v kontextu interrupce zmínit je Univerzální deklarace lidských práv. Ve Článku 3 tohoto kodexu se píše, že každý má právo na život, svobodu a osobní bezpečnost (Munzarová, 2005b, s. 82). Na Slovensku existuje Deontologický kodex slovenské lékařské komory, který se k potratu vyjadřuje ve své první části a hovoří o tom, že lékař smí těhotenství ukončit pouze v situacích stanovených zákonem (Šoltés, Pullmann a kol., 2008, s. 249).

Ze znění výše uvedeného by se dalo usuzovat, že tyto etické kodexy se vyjadřují spíše proti provádění interrupce, samozřejmě kromě posledního zmíněného, který ji v podstatě povoluje a toleruje, pokud bude provedena v souladu se zákonem. Pokud má každý právo na život, pak by, logicky, měl mít toto právo i plod či zárodek. Nicméně faktem zůstává, že v současnosti se lékaři těmito kodexy neřídí, tedy alespoň pokud jde o interrupci, neboť ta je v dnešní době běžným a poměrně častým lékařským zákrokem.

Dále je nutno podotknout, že lékař může odmítnout provedení interrupce, pokud mu v tom brání jeho svědomí, samozřejmě nejde-li o interrupci ze zdravotních důvodů. Nicméně s odmítnutím se u lékařů setkáváme pouze výjimečně, a to zřejmě z důvodu, že lékař, který si volí specializaci v oboru gynekologie, s prováděním interrupce počítá. Kdyby měl výhrady proti této praxi, zřejmě by volil jinou specializaci (Haškovcová, 2015, s. 114).

2 EUTHANASIE V INTERDISCIPLINÁRNÍCH SOUVISLOSTECH

Slovo „euthanasie“ pochází z řeckých slov „eu“, tedy dobrý a slova „thanatos“, tedy smrt. Dá se tedy říct, že eutanázie znamená „dobrou, bezbolestnou smrt“, kterou by někdo způsobil nemocnému pro zkrácení jeho utrpení a to buď sám, nebo na žádost trpícího (Brabec, 1991, s. 101).

Dle definice Světové lékařské asociace je euthanasie vědomé a úmyslné provedení činu, jehož jasným záměrem je ukončit život jiného člověka za podmínek, že subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevyléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala o ukončení jejího života. Konající tedy ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a tento skutek páchá s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby a je proveden se soucitem, bez osobního zisku.

V Nizozemí je definována jako úmyslné ukončení života člověka na jeho žádost jinou osobou, tedy lékařem. Podrobný rozbor explicitně uváděl, že zabití je provedeno skutkem (podáním „léků“) a nezahrnuje tedy ustoupení od aktivity (ukončení léčby).

Parlamentní shromáždění Rady Evropy ve své rezoluci č. 1859 z roku 2012 pojímá euthanasii jako úmyslné zabití, ať už skutkem či zanedbáním, závislé lidské bytosti pro jeho/její domnělé dobro, přičemž tento čin odsuzuje a říká, že euthanasie musí být trvale zakázána (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 32–33).

Humeník ve své publikaci (2011) uvádí, že neexistuje sjednocená a všeobecně akceptovaná definice euthanasie, nicméně na jejich podstatných znacích se shodují de facto všichni autoři. Mezi hlavní znaky se řadí:

- usmrcení člověka, který trpí nesnesitelnou bolestí,
- důvodem ke zvolení smrti je úmysl ukončit utrpení nemocného,
- úmrtí nastává důsledkem úmyslného konání nebo opomenutí třetí osoby,
- třetí osoba jedná na žádost nemocného, nebo jemu blízkých osob

(Humeník, 2011, s. 249)

2.1 Způsoby euthanasie

Existuje mnoho dělení způsobů euthanasie. Jedním z nich je například dělení dle dr. Oldřicha Karlíka, který euthanasii ve svém pojednání „*Vražda z milosrdenství?*“ rozdělil takto:

1. Euthanasie „čistá“, tedy bezbolestné usmrcení nemocného člověka, u kterého neexistuje naděje na uzdravení a smrt se již blíží.
2. Euthanasie v užším slova smyslu, kdy se těžce nemocnému, u kterého není doba smrti ještě jistá, podává na jeho přání smrtící prostředek.
3. Euthanasie v širším slova smyslu, která znamená usmrcení lidí bez vůle, například znetvořených dětí a nezhojitelně duševně chorých, ke kterým se počítají i ti, kteří jsou následkem smrtelného zranění v bezvědomí a jejichž smrt se zdá být v dohledné době po krutém utrpení neodvratná. (Brabec, 1991, s. 101–102)

Nejznámějším dělením je na aktivní – třetí osoba způsobí úmyslně smrt nemocného, a pasivní. Od tohoto dělení se však poslední dobou upouští.

Někteří autoři rozdělují aktivní euthanasii ještě na přímou a nepřímou, přičemž přímou formou aktivní euthanasie je podání smrtící látky s úmyslem usmrtit pacienta a nepřímou formou je podávání tisících léků, jejichž vedlejším účinkem je zkrácení života nemocného – úmyslem třetí osoby není usmrtit nemocného, ale zmírnit jeho bolest prostřednictvím léků.

Pasivní euthanasie pak dle tohoto dělení znamená, že třetí osoba využije konkrétní situaci a nezamezí smrti u pacienta. Lékař na základě vůle nemocného nepodává léčbu, která by mohla prodloužit život a nechává nemoci volný průběh (Humeník, 2011, s. 249–250).

2.2 Stručný exkurz do historie euthanasie

Diskuze o euthanasii se vedou již velmi dlouho. U mnoha přírodních národů byl rozšířen zvyk zabíjet přestálé a nemocné lidi, aby byli ušetřeni utrpení a aby se od nich ulehčilo společenství.

Zmínku o ní lze nalézt i ve Starém zákoně. V 2 Sam 1,10 vypráví jeden Amálekovec, že ho Saul povolal a nařídil mu, aby jej usmrtil (Rotter, 1999, s. 94).

Platon a Sokrates považovali jako dostatečný důvod k usmrcení sebevraždou utrpení v důsledku bolestivé nemoci. Jejich názory se liší od těch Aristotelových. Ten tvrdil, že se-

bevražda je útokem proti státu, nikoliv projevem odvahy. Stejně tak i Pythagoras a Epicures odsuzovali sebevraždu, nicméně v některých městských státech antického Řecka byla povolena a obecní správy měly zásobu jedu pro každého, kdo si přál zemřít.

Stoicismus pokládal sebevraždu za přijatelnou v případě, že život již nebyl z vážného důvodu přijatelný. Lidem v Římě bylo dovoleno (někdy se to dokonce i očekávalo) spáchat sebevraždu, aby se vyhnuli potupě nepřítelem, skandálu, nebo jako způsob veřejné popravy.

S rozvojem křesťanství a po jeho přijetí za oficiální náboženství Říma nebyla již sebevražda přijatelná. Zákaz zabítí vychází z křesťanského přikázání „nezabiješ“ a z pacifismu Krista a prvních křesťanů. Přisvojovat si okamžik smrti byl hříšný akt pýchy, jakožto odmítnutí boží moci nad lidským životem. Sebevrazi byli obvykle pohřbíváni mimo města, na křižovatkách, přičemž kříž měl odvrátit ďábla, který hledal souženou lidskou duši.

Netolerance k sebevraždě narůstala. V roce 553 orleánský koncil odepřel všem sebevrahům pohřební rituály, a koncil v Toledu v roce 693 vyhlásil jako trest za sebevražedný pokus exkomunikaci. Již od dávných časů nemohli být sebevrazi pochováni na hřbitově. Toto odmítání kulminovalo ve třináctém století u sv. Tomáše Akvinského, podle něhož je sebevražda nejnebezpečnější hřích, a to jak proti božimu zákonu, tak proti zákonu přírody.

Sir Thomas More v roce 1516 vyslovil ve své „*Utopii*“ potřebu dobrovolné euthanasie pro terminálně nemocné pacienty. Snadnou smrt pro nevléčitelně nemocného a trpícího pacienta doporučoval i lékař Paradys ve svém „*Projevu o euthanasii*“ (Oratio de Euthanasia).

Velký zájem o toto téma pokračoval v 19. století v Evropě i USA a koncem devatenáctého a začátkem dvacátého století hovořili lékaři o možnosti euthanasie otevřeně (Admiraal in Thomasma a Kushnerová, 2000, s. 214–215).

V roce 1920 vyšla německá kniha „*Poskytnutí souhlasu k zničení života, který žití není hoděn*.“ Tato kniha se stala neobyčejně vlivnou a připisuje se jí značná odpovědnost za legalizaci euthanasie v Německu ve dvacátých a třicátých letech a později i za Hitlerovu filozofii etnického zabíjení. Zpočátku nebyla tato myšlenka rasově motivována. Byla v ní viděna blahodárná sociální reforma, která umožňovala vypořádat se s beznadějně nemocnými. Euthanasie bez vyžádání nemocného byla praktikována v nemocnicích pro nevléčitelně nemocné a těžce mentálně postižené. Původně byl důvodem k jejímu provedení soucit, špatná kvalita života a snížení nákladů. Na konci 30. a začátkem 40. let se euthanasie coby „milostrdné usmrcení“ rozšířila i pro některé menší defekty a pro senilní jedince, a to z podnětu

lékařů. V roce 1939 Hitler vydal formální souhlas s rozšířením euthanasie, avšak již před tím byla zneužívána do takové míry, že přechod do okamžiku, kdy se stala prostředkem genocidy, byl snadný (Pollard, 1996, s. 67–68).

Po válce diskuze pokračovala. Objevovali se noví zastánci, ale především odsudky náboženských odpůrců vyznívaly stále jasněji. Podle římskokatolické církve euthanasie (stejně jako potrat) odporuje „božímu řádu“ a jde o úmyslný a přímý útok na lidský život. Avšak v roce 1957 papež akceptoval možnost zkrátit život užitím léků (morfium) k odstranění nesnesitelné bolesti, neboť zde není žádné příčinné spojení mezi jejich účinkem (smrt) a záměrem (odstranit utrpení).

Od roku 1960 ovlivňují diskuze dva další objevy. Jedním z nich je fakt, že došlo k rozvoji lékařské vědy a k významným objevům, které měly rostoucí účinek na ochranu života proti téměř všem nemocím a které významně prodlužují délku života. Vlivem tohoto jsou smrt a umírání popírány čím dál víc.

Humphrey a Wickettová založily roku 1980 v Americe Hemlock Society, která učila lidi, jak spáchat bezbolestnou sebevraždu v případě terminální nemoci (Admiraal in Thomasma a Kushnerová, 2000, s. 217–219).

2.3 Právní aspekty euthanasie ve vybraných zemích světa

Ke zpracování této kapitoly jsme použily jako hlavní zdroj knihu Vladimíry Skřivanové Boškové, která ve své knize popisuje zkušenosti jiných států a přeložila nizozemský zákon vztahující se k euthanasii, zákon státu Oregon a Washington, kde je tolerována pouze asistovaná sebevražda a dlouhá léta sledovala vývoj diskuzí a praxe ve Švýcarsku.

Ve své publikaci autorka srovnává situaci v těchto státech a u nás a udává rozdíly v právních systémech a normách, ze kterých mohou plynout důvody, díky kterým není Česká republika na legalizaci euthanasie či asistované sebevraždy připravená.

Uvádí, že na prvním místě (tak jako v Holandsku) je třeba zajistit informovanost veřejnosti, aby si každý mohl vytvořit vlastní názor a nepodléhal názorům někoho jiného. Faktem také zůstává, že zákony vztahující se k životu a smrti jsou v západních státech připravovány zpravidla ve spolupráci ministerstva zdravotnictví a spravedlnosti, přičemž hlavním gestorem bývá právě resort spravedlnosti, protože tam pracují kvalifikovaní pracovníci, kteří jsou

schopni zajistit právní jistoty obyvatelstvu, zatímco ministerstvo zdravotnictví má zajistit kvalitu zdravotní péče.

Z tohoto pohledu u nás tedy bylo zatím vše špatně. Za jednak se u nás začal návrhem zákona o eutanázii zabývat místo vlády osamocený poslanec. Dalším problémem je to, že u nás obyvatelstvu chybí dostatek relevantních informací. Podle autorky je potřeba, mimo jiné, zajistit informace o tom, jaký je rozdíl mezi euthanasií, asistovanou sebevraždou, účinnou medikací, která tlumí potíže, ale postupně zkracuje život svými vedlejšími účinky, a také mezi právem nemocného na sebeurčení, včetně práva odmítnout jakoukoli léčbu (Skřivanová Bošková, 2012, s. 11).

2.3.1 Nizozemí

V 90. letech mělo Nizozemí za sebou mnohaletou celospolečenskou a velmi zasvěcenou diskuzi. Přestože docházelo ke zkvalitňování zdravotní i další péče, včetně optimalizace paliativní péče o nevléčitelně nemocné, začal růst počet občanů, kteří volali po euthanasii a asistované sebevraždě. Bylo provedeno rozsáhlé šetření zkušeností lékařů, zdravotníků, pacientů a dalších aktérů. Vyšlo najevo, že euthanasie a asistovaná sebevražda se v praxi vyskytuje více než ojediněle, a to bez zákonné opory. Ve společnosti vzrostl počet osob domnívajících se, že je lepší oblast euthanasie a asistované sebevraždy upravit zákonem a mít jejich případy pod důkladnou kontrolou.

Ministři zdravotnictví a spravedlnosti připravili návrh zákona o ukončení života na žádost a o asistované sebevraždě, přičemž zákon vstoupil v platnost 1. dubna 2002. V úvodu zákona jsou stanoveny požadavky na lékaře, které musí být splněny před tím, než lékař přistoupí na žádost pacienta o euthanasii či asistovanou sebevraždu (Skřivanová Bošková, 2012, s. 12–13). Základem tohoto zákona je rozlišit mezi zásahy na konci života, které označujeme jako „normální medicínu“, a mezi těmi, které označujeme jako „nenormální medicínu“. Za „normální medicínu“ vedoucí k „přirozené smrti“ se pokládá například smrt v průběhu mírnění utrpení a bolesti, včetně paliativní sedace u neustupujících příznaků. Za „nenormální medicínu“ jsou pak považovány euthanasie, asistovaná sebevražda a ukončení života bez žádosti. Je třeba zdůraznit, že i když existují mylné představy o tom, že lékařem asistovaná smrt je v Nizozemí legalizována, jsou tyto postupy stále považovány za trestné činy a každý případ aktivní pomoci při umírání může být stále trestným, pokud není prováděn lékařem, který musí čin ohlásit, tyto zásahy budou hodnoceny na základě zákonem stanovených podmínek

(Kimsma, 2010, s. 355). Všechny země, které přijaly tuto normu, zachovaly trestní odpovědnost lékařů i dalších osob. Jedině za přísného dodržení právních požadavků může být upuštěno od trestního stíhání. Lékař musí prokázat poskytování „řádné péče“, která je v mnoha předpisech upřesněna, dále musí dokázat, že žádost nemocného byla dobrovolná a pečlivě zvážena. Rovněž musí být přesvědčen o tom, že utrpení nemocného je trvalé a nesnesitelné. Lékař musí dokázat, že nemocný byl dobře informován o své celkové situaci a prognóze, včetně informací o rizicích smrtícího přípravku a jiných možnostech péče, tuto skutečnost prokazuje podpisem pacienta i textem klíčových informací. Dále musí být prokázáno, že pacient zastává názor, že pro něj není žádné jiné přijatelné řešení jeho situace. Případ musí lékař konzultovat s nejméně jedním dalším nezávislým lékařem, který nemocného vyšetřil a písemně vyjádřil svůj názor na splnění všech zákonných požadavků (Skřivanová Bošková, 2012, s. 13). Avšak, to, že konzultující lékař potvrdí naplnění zákonných podmínek a vydá tak jakési dobrozdání, nezbavuje lékaře případné plné odpovědnosti za porušení zákona o přezkumu. Navíc kontrolní komise ve svých výročních zprávách dodává, že není možné, aby opakovaně stejná dvojice lékařů pomáhala ke smrti a to ani v případě, že by se střídali v tom, kdo je ošetřující lékař a kdo konzultant (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 143–144).

Nizozemí nezapomíná ani na děti, respektive mladistvé ve věku od dvanácti let, kterým dává větší svobodu rozhodování. V případě žádosti nemocného ve věku mezi 12. až 16. rokem, může lékař žádosti vyhovět v případě, že nemocný je schopen přiměřeně posoudit svůj zdravotní stav a své zájmy a pokud k jeho žádosti dají svůj souhlas i jeho rodiče či poručník. Pokud jde o nemocného ve věku mezi 16. až 18. rokem, který je rovněž schopen posoudit své zájmy, lékař může jeho žádosti vyhovět poté, co byli zahrnuti do procesu rozhodování rodiče či poručník nemocného, avšak lékař může žádosti vyhovět i v případě jejich nesouhlasu. Zároveň tento nezletilý může své vyjádření o ukončení života pořídit předem pro případ, že by později nebyl schopen jednat sám za sebe a lékař i takto vyjádřenému přání může vyhovět (Skřivanová Bošková, 2012, s. 11–14).

Rovněž je právně upraveno ukončení život udržujících výkonů u těžce zdravotně postižených novorozenců, kdy je nemoc neslučitelná se životem a lze očekávat, že brzy zemřou. Avšak lékař a oba rodiče se na tomto musí shodnout, rodiče poskytují souhlas a nejméně jeden další lékař musí dítě vyšetřit a potvrdit jeho stav. Rovněž nesmí existovat pochybnosti o diagnóze a prognóze (Skřivanová Bošková, 2012, s. 18).

Co se týče duševně nemocných, jejich opatrovníci nemají samozřejmě právo odsouhlasit ukončení života, smějí rozhodovat pouze ve prospěch udržení života a jejich stanoviska bývají přezkoumávána soudem. U nemocných s demencí smí lékař provést euthanasii jen v případě, že si nemocný dříve pořídil své „předem vyslovené přání“ (Skřivanová Bošková, 2012, s. 14, 18).

V Nizozemí jsou zákonem zřízené regionální komise, které kontrolují evidované případy ukončení života na žádost a pomoci při sebevraždě. Tyto komise jsou složeny z lichého počtu osob, přičemž předsedou komise musí být dle zákona právník, dále je zde lékař a jeden odborník z oblasti etiky nebo obdobných oblastí. Komise má svého tajemníka a jednoho či více sekretářů, a tito musejí mít právní vzdělání. Na základě hlášení úmrtí tyto komise stanoví, zda lékař, který provedl euthanasii nebo asistoval při sebevraždě, jednal v souladu s požadavky na řádnou péči. Lékař může být komisí vyzván k ústnímu či písemnému doplnění jeho zprávy v případě, že je to nezbytné pro řádné posouzení jeho postupů. Pokud je nějaký případ podezřelý, je komise povinná informovat orgány činné v trestním řízení, nezávislé na místě, kde se případ odehrál a zároveň je informován regionální inspektor pro zdravotní péči. Nejméně dvakrát ročně komise společně konzultují své pracovní metody a činnost a činí tak se zastřešujícím orgánem pro oblast trestního šetření a Úřadem pro dohled nad zdravotními službami. Každý rok komise vydávají pro ministry společnou výroční zprávu, která musí obsahovat počet ohlášených případů euthanasie a asistované sebevraždy, jejich povahu, stanoviska k případům a významná zjištění.

Nizozemí rovněž novelizovalo trestní zákoník. Osobě, která ukončí život jiného člověka na jeho žádost, hrozí až 12 let vězení, s výjimkou lékaře, který tak učinil v souladu se všemi zákonnými požadavky, včetně povinnosti informovat koronera. Dále jsou stanoveny sazby pro napomáhání či nabádání k sebevraždě.

Nizozemí má stanoveno, že právo na euthanasii a asistované suicidium mají pouze jeho občané, což znamená, že není možné je vykonat u občana jiného státu, čímž se Nizozemí zbavilo tzv. turistiky za smrtí (Skřivanová Bošková, 2012, s. 15–18).

2.3.2 Oregon

Jak už bylo řečeno výše, stát Oregon povoluje pouze asistovanou sebevraždu, zatímco euthanasie je zákonem zakázána. (Skřivanová Bošková, 2012, s. 20)

Snahy o její uzákonění probíhaly už od roku 1991 a v roce 1994 bylo při občanském hlasování 51 % hlasů pro legalizaci a byl připraven protokol „The Oregon Death With Dignity Act“. Nicméně, uzákonění bylo oddalováno kvůli námitkám ze strany soudů. V roce 1997 se jednání obnovilo a došlo k dalšímu hlasování, ve kterém bylo pro legalizaci 60 % hlasujících. Asistovaná sebevražda nakonec byla schválena 27. října 1997. První lidé ukončili svůj život v březnu 1998 (Munzarová, 2005a, s. 50).

O asistovanou sebevraždu smí žádat pouze občan žijící v tomto státě, kterému je nejméně 18 let, trpí nevléčitelnou nemocí v konečné fázi a plně informovaný dobrovolně požádá lékaře o předepsání přípravku s letálním účinkem.

Povinností ministerstva zdravotnictví je shromažďovat data o všech případech asistované sebevraždy a publikovat výroční zprávy.

I zde jsou zřízeny kontrolní komise, které drží dohled nad lékaři nejen na úrovni asistované sebevraždy, ale obecně s ohledem na jejich profesní povinnosti. Jejich členy jsou nezávislé osobnosti – právník, zástupce státu, soudní znalec z oblasti medicíny, někdy i zástupce občanů.

Pro pacienta i lékaře jsou k dispozici vzory protokolů a tiskopisů. Mimo svého podpisu a dalších údajů musí nemocný potvrdit, že mu lékař poskytl všechny potřebné informace (diagnózu, prognózu, jiné alternativy péče, rizika medikace s letálními účinky – prodloužení umírání aj.) a že jim dostatečně porozuměl. Případ má lékař konzultovat s dalším lékařem a v případě pochybností o schopnosti úsudku nemocného zajistit nebo doporučit vyšetření psychologem či psychiatrem. Schopnost pacientova úsudku se ověřuje opakovaně, i před samotným předepsáním preparátu.

Pacientovu žádost musí podepsat ve stejném protokolu další dva „nestranní“ svědci, přičemž by to neměli být příbuzní nemocného ani osoby, které by z jeho smrti měly prospěch, rovněž svědkem nesmí být osoba spjatá s dotčeným lékařem nebo zdravotnickým či sociálním zařízením. Při nejmenším jeden ze svědků nesmí být v příbuzenském ani obdobném vztahu s nemocným a nesmí jít o osobu spojenou s ústavem, kde se pacient léčí nebo pobývá. Svědkem nikdy nemůže být ošetřující lékař. Svými podpisy svědci stvrzují, že pacientovo přání je činěno dobrovolně a že je schopen úsudku. Nemocný musí vědět, že svou žádost může kdykoli odvolat.

Asistovaná sebevražda je zakázána u nemocných s psychiatrickými nebo psychologickými problémy či při depresi. Mezi vyslovením žádosti nemocného a předepsáním preparátu musí uplynout minimálně 15 dní a minimálně 48 hodin musí uplynout mezi písemnou žádostí a předpisem, tyto skutečnosti ověřují nejméně dva lékaři.

V případě nedodržení předpisů hrozí lékaři nebo dalším osobám trest odnětí svobody v délce trvání až 60 let (Skřivanová Bošková, 2012, s. 20–22).

2.3.3 Švýcarsko

Dle paragrafu 114 švýcarského trestního zákoníku je zakázána euthanasie, i kdyby byla provedena ze soucitu a na naléhavé a vážně míněné přání nemocného. Euthanasie se trestá odnětím svobody až na 3 roky. Pomoc při sebevraždě je upravena v paragrafu 115 a v případě, že byla vedena zjištěnými pohnutkami, hrozí za ni odnětí svobody až na 5 let. Nicméně, asistovaná sebevražda bez zjištěných důvodů je tolerována. Při neexistenci národního zákona, který by tuto oblast blíže upravil, fungují ve Švýcarsku už desítky let organizace Exit a Dignitas, přičemž kantony či nemocnice se pokoušejí vlastními předpisy vnést do věci větší jasno.

Zákon o zdraví mají kantony provázaný se zákonem o právech pacientů, ve kterých je zdůrazněno právo nemocného rozhodnout o neuplatnění/odstoupení od opatření zachraňujících nebo prodlužujících život, rovněž si nemocný může vyžádat vyšší dávky bolest tlumících léků s vědomím, že nepřímou uspíší smrt.

Univerzitní nemocnice v Curychu svými vnitřními předpisy zakázala zaměstnancům podílet se na asistované sebevraždě v prostorách nemocnice i jinak, a to v roce 2007. Zároveň však přihlédla k povinnosti lékaře vážít každý jednotlivý případ nemocného a umět adekvátně eticky i odborně reagovat na situaci pacienta. Zaměstnanci nemocnice nemají bránit návštěvě organizací „pro pomoc umírajícím“ u nemocného v nemocnici. Rovněž se má personál pokusit pacientovi zabránit v úmyslu vzít si život, nemá ho podporovat v myšlence na sebevraždu, ale ani nemá postupovat proti vůli nemocného. Pacienty, kteří si přejí uspíšení smrti má lékař vybavit mj. lékařskými zprávami a zajistit jeho případný transport tam, kde si nemocný přeje zemřít. Lékař smí předepsat smrtící přípravek pouze v případě, že je to jediná možnost pro pacienta a musí mít ověřenou pacientovu schopnost úsudku.

Ve Švýcarsku dochází k tzv. turistice za smrtí, která je způsobená absencí bližší právní úpravy a tím, že při hlasování v referendu převážil názor těch, kteří nechtějí asistovanou sebevraždu odepřít ani cizincům (Skřivanová Bošková, 2012, s. 34–35). Každoročně zde jezdí desítky cizinců ukončit svůj život. Vzhledem k tomu, že se prozatím neočekává vyřešení této situace na celostátní úrovni, dohodli se prokurátoři v Curychu s tamní organizací Exit (sdružení pro dobrovolnou smrt) na pravidlech, kterými se bude asistovaná sebevražda řídit. Díky tomu bude asistovaná sebevražda možná pouze u osob, které fyzicky trpí vlivem nemoci, nehody nebo handicapu. Dalším předpokladem bude také vyčerpání všech dostupných možností, které by vedly k odstranění utrpení. Zároveň je stanoveno, že klientem kliniky nesmí být osoba mladší 25 let, výjimkou může být pouze případ, kdy nemocný prokazatelně nesnesitelně fyzicky trpí. Tato dohoda funguje i jako jakási brzda komercializace asistovaných sebevražd, neboť stanovuje horní hranici částky, kterou lze požadovat (v přepočtu jde o cca 8 600 Kč). (Kupka, 2014, s. 151)

2.4 Filozoficko-etické aspekty euthanasie

Etické postoje, se kterými se setkáváme v souvislosti s euthanasií, vycházejí mimo jiné i z odlišných názorů na právo člověka samostatně rozhodovat o svém životě, včetně jeho ukončení (Šoltés, Pullmann a kol., 2008, s. 149).

Diskuze o euthanasii je podobná té, která je vedena v souvislosti s interrupcí – i zde existují dva tábory, jeden pro a druhý proti (Šimek, 2015, s. 164).

Jestliže se zastánci euthanasie hlásí k nějaké filozofii, většinou jde konsekvencionalistické utilitaristy. Konsekvencionalismus zastával názor, že lidstvo stvořil Bůh a každý jedinec je za svůj život Bohu odpovědný a má povinnost řídit se božími příkázáními. Utilitarismus jsou vlastně názory, které mají společné východisko, že o tom, co je dobré jednání a co ne rozhoduje hodnota jeho následků. Tedy pokud se soudí, že následky počinání jsou dobré, pak je dobré i samotné jednání. Avšak problém je v tom, že většina lidského jednání může mít nejrůznější následky a pak tedy vzniká otázka, které z nich máme hodnotit. Když utilitaristické myšlení aplikujeme na euthanasii, může to vést k závěru, že pokud terminálně nemocní, jejichž život je závislý na léčebné péči vysloví žádost zemřít, je z morálního hlediska lhostejné, zda se péče ukončí nebo zda jsou usmrceni přímo, protože důsledkem je v obou případech smrt. Někdy jdou vyznavači této filozofie ještě dál, když hlásají, že jestliže by

přerušení léčby vedlo k pomalé a vyčerpávající smrti, bylo by humánnější a tedy i lepší nemocného usmrtit přímo. Pokud by tohle uvažování bylo logicky pravda, pak by bylo ještě lepším řešením navrhnout přímé usmrcení všem umírajícím, jakmile by se zjistilo, že jejich nemoc se stala nevléčitelnou. Samozřejmě nejsou všichni zastánci euthanasie humanističtí utilitaristé. Většina společností propagujících euthanasii, mají mezi sebou duchovní včetně vysokého duchovenstva (Pollard, 1996, s. 76–81).

Argumenty obhajující euthanasii lze nalézt rovněž ve stoické filozofii, kde je od počátku v různých verzích řešen úkol člověka naplňovat svůj život smyslem a rovněž právo člověka svůj život ukončit, pokud by jej smyslem naplňovat nemohl.

Odpůrci euthanasie argumentují hlavně tím, že lidský život je nenahraditelný a posvátný. Člověk není ten, který se primárně zasloužil o svůj život, ale dostal svůj život darem - od Boha, rodičů, lidské společnosti. Tedy nemá právo tento dar odvrhnout a ani nikdo druhý nemůže v odmítnutí daru napomáhat (Šimek, 2015, s. 164–165).

Lékaři od nejstarších dob euthanasii odmítají, tak jako je to vysloveno v Hippokratově přísaze a také v dalších, novějších, etických dokumentech (Šoltés, Pullmann a kol., 2008, s. 150).

2.4.1 Právo zemřít a právo na respektování autonomie

Je skutečností, že v lékařské etice právo zemřít znamená právo dovolit zemřít a vztahuje se k právu člověka mít patřičnou péči při umírání. Nemocnému má být zajištěno maximální pohodlí a jejich umírání by nemělo být zbytečně prodlužováno a zdržováno. V kontextu euthanasie, se však tímto právem míní něco jiného. Stejných slov se využívá ve významu práva být usmrcen a přání a práva jiné osoby usmrtit, pokud je o to požádán. V takovém výkladu by se dalo vidět jednak zneužití jazyka, a jednak mylné pojetí lidských práv, protože člověk v žádném případě nemá právo být usmrcen druhou osobou, ani právo na žádost někoho usmrtit. Tato práva, kterých se lidé dovolávají, se nikdy neobjevila v žádném morálním ani právním kodexu, a proto není logické očekávat změnu zákona, který by chránil neexistující práva (Pollard, 1996, s. 88–89).

Pozdější myslitelé v liberální tradici, dokonce i ti, kteří oceňovali bezvýhradnou svobodu, také neuznávali právo na smrt. Filozofickým podkladem pro právo na smrt může být jediné svévolná vůle, která je opřená o morální relativismus (Munzarová, 2005a, s. 22).

Pokud budeme hovořit o právu na respektování autonomie, pak je důležité vědět, co to vlastně autonomie je. Autonomie znamená samostatné rozhodování či sebeurčení. Lékařská etika má autonomii zasazenou do jednoho z hlavních principů. V tomto principu autonomie znamená uznání, že všechny lidské bytosti jsou si rovny, a že každý s možností volby je nez-cizitelně odpovědný za to, že jeho volba bude v souladu s plností lidského bytí. Když tyto úvahy použijeme v kontextu euthanasie, pak žádat o usmrcení nemůže být autonomní, pokud neexistuje dohodnuté právo být usmrcen na žádost, a jak jsme psaly výše, takové právo neexistuje. Pokud by někdo měl vyhovět žádosti jiného o usmrcení, pak jen proto, že už bylo rozhodnuto, že život žádajícího ztratil svou hodnotu. To by vycházelo z předpokladu, že hodnota života nespočívá v životě samotném, ale v životních okolnostech. Kdyby byl tento názor správný, pak bude usmrcení oprávněné i pro jiné nespecifikované lidské situace, protože pokud jde o lidská práva, není možné dělat rozdíl a omezovat jejich užití jen na nějakou konkrétní skupinu lidí.

Člověk, který je o tento čin požádán, se musí autonomně rozhodnout, zda žádosti vyhoví nebo ji odmítne. Toto rozhodnutí bude samostatné a autonomní a jen na něm záleží, zda k euthanasii dojde nebo ne. Výskyt euthanasie má tedy velmi málo společného s autonomií žadatele, vždy závisí na autonomii toho, kdo byl požádán (Pollard, 1996, s. 90–92).

2.4.2 Lidská důstojnost

Existuje mnoho různých významů lidské důstojnosti podle toho, v jaké souvislosti o ní hovoříme. To co ve skutečnosti lidská důstojnost je, si však uvědomíme až ve chvíli, kdy je ohrožena nebo pošlapána, a kdy se na ní odvoláváme otázkou, zda jisté jednání bylo či nebylo etické.

Objevuje se důležitá otázka v souvislosti se zdravotnictvím a sice, proč je právo na lidskou důstojnost přisuzováno i těm, kteří ještě nejsou morálním činitelem, nebo těm kteří jím už nejsou. V prvním případě hovoříme o plodech a dětech, a těmto je přiznávána lidská důstojnost, protože z nich mohou vyrůst plnoprávní lidé. V tom druhém jde o člověka ztrácejícího lidské atributy, tedy například duševně nemocného nebo starého člověka s pokročilou demencí, a tomuto je přiznávána lidská důstojnost, neboť plnoprávným člověkem byl. Jisté lidské atributy přisuzujeme rovněž tělu zemřelého, se kterým nesmí být v žádném případě nakládáno dle lidské libovůle.

Velmi obecně lze říci, že lidská důstojnost je něco, co přísluší každému člověku. Nicméně co je důstojné a kdo se těší úctě druhých je definováno z různých pohledů (Heřmanová, Vácha, Svoboda a kol., 2012, s. 71–72).

Biggs uvádí, že respekt k důstojnosti člověka znamená respektovat skutečnou hodnotu lidského života a jako taková je základem úcty k individuální autonomii, která je rozhodující pro vnímanou kvalitu života (Biggs, 2001, s. 145).

V dnešní době jsou za nejvyšší hodnoty považovány výkon, kariéra, úspěch, zdraví a mládí a důstojnost člověka se zaměřuje s jeho užitečností. Základním měřítkem se pomalu stává to, co je užitečné pro společnost a významnou pro hodnocení života se stává jeho kvalita, která je ale viděna hlavně z hedonistického pohledu a je posuzována zvenčí jinou osobou. Tato osoba pak často nevidí posuzovaného člověka ve všech jeho vzájemně propojených dimenzích. Pokud se stane takto hodnocená kvalita života zcela nejvyšší hodnotou, pak bude některý život vnímán jako neužitečný či dokonce nelidský. Tyto názory lékařská či zdravotnická etika odsuzuje a netoleruje (Munzarová, 2005b, s. 69–70).

V kontextu euthanasie se často setkáváme s argumentem práva na důstojný zbytek života a důstojnou smrt. V tomto se shodují jak zastánci, tak i odpůrci její legalizace. Avšak zastánci euthanasie definují důstojnost jako úmrtí po krátkém rozloučení s rodinou, ale i bez něj, například podáním jedu injekční stříkačkou. Naproti tomu odpůrci euthanasie ji definují jako zajištění všech potřeb umírajícího, dokonalou péči o jeho přání a hlavně odstranění utrpení, fyzického i duševního (Kutnohorská, 2007, s. 88–89).

2.4.3 Svědomí lékaře

Jednoznačně definovat pojem svědomí je velmi obtížné, neboť je vysvětlován různě. Někteří si ho vykládají jako jednání podle určitého vnuknutí na základě pocitů a emocí, další ho zaměřují za přizpůsobení se jistým zvyklostem, a existují další výklady tohoto pojmu (Munzarová, 2005b, s. 59). Běžně jako svědomí označujeme poznání dobra a zla a vědomí toho, že dobro je nutno konat a zlo nekonat. Svědomí umožňuje člověku své jednání morálně hodnotit (Kutnohorská, 2007, s. 20). Rozlišujeme dvě základní polohy svědomí, jednak jde o svědomí před činem a jednak o svědomí po činu. V prvním případě jde o kritérium správnosti chování člověka, v druhém případě hodnotíme, co bylo na našem chování správné (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 121).

Jednání podle svého svědomí však nemusí být vždy správné. Stejně jako rozum ani svědomí není vždy neomylné a může se stát, že nám dovolí udělat něco, co jinému člověku ublíží (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 23). To, že svědomí nemusí vždy odrážet „pravdu“ lze ukázat i na příkladech z běžné lékařské praxe, kdy například lékař nesleduje nové možnosti a pokroky v léčbě, stále používá zastaralé způsoby, přestože existují mnohem účinnější, pak má sice svědomí zcela čisté, ale pacientovi svým jednáním může uškodit. (Munzarová, 2005b, s. 63)

Lékař je ve společnosti vnímán jako osoba s vyšším stupněm svědomí, než lidé s jiným povoláním. Takové vnímání lékaře pomáhá nemocným hledat jistoty a pevné body v nejisté situaci. Jde o primární vnitřní kredit a roli, ke které se lékař zavazuje, a ve které by neměl selhat (Ptáček, Bartůněk a kol., 2014, s. 37). Dá se říci, že lékařovo svědomí je nejvyšší autoritou pro hodnocení jeho jednání. Skrze svědomí nacházíme mravnost v lékařově jednání a všichni zdravotníci, včetně lékaře, se mají rozhodovat dle svého svědomí. Rozhodnutí však může být značně složité a nikdo není schopen předem vědět, jaké je to správné. Může také dojít k situaci, kdy se někdo skutečně čestně odvolává na své svědomí, které je ale mylné. Někdy je však odvolávání se na svědomí pouhým alibismem.

Když budeme hovořit konkrétně o euthanasii, pokud by lékař získal možnost ji provádět, získal by zároveň nesmírnou moc. Je to právě lékař, kdo určuje nesnesitelnost utrpení a beznadějnost léčby. Z Hippokratovy přísahy vyplývá morální závazek, se kterým je lékařství spjato a provádění euthanasie by vedlo k rozkladu integrity lékaře a k narušení důvěry v lékaře a zdravotnictví vůbec (Kršíková, 2015, s. 65).

2.4.4 Zabití vs. nechat zemřít

V dnešní době se již ustupuje od dělení euthanasie na pasivní a aktivní, nicméně v době kdy se takto dělila, znamenala pasivní euthanasie nezahájení nebo nepokračování v léčbě, což stejně jako aktivní forma vedlo ke smrti. Avšak pod pojmem pasivní euthanasie by se mohly skrývat dva přístupy, které jsou z mravního hlediska naprosto odlišné. Tím prvním je úmysl zabít tím, že nezasáhnu – to je z mravního pohledu totéž jako aktivní euthanasie. Tím druhým přístupem je zanechání dalších postupů ve chvíli, kdy už by byly zbytečné a vedly by pouze k dalšímu utrpení nemocného v jeho umírání. Druhý přístup je také nazýván jako „necháání zemřít“ (Munzarová, 2005b, s. 123–124).

Rozdíl mezi zabitím a tzv. necháním zemřít lze spatřit hned v několika směrech. V případě nechání zemřít, umírá nemocný v důsledku choroby, nikoli v důsledku zásahu zvenčí. Lékař ukončuje léčbu z důvodu, že žádné technické prostředky již nemohou organismus uzdravit, tím pádem pro nemocného nemají cenu. Další rozdíl je v tom, že při aktivním usmrcení je cílem jen smrt, zatímco u zanechání léčby není cílem zabít, ale zdržet se protahování pacientova utrpení. Tímto postupem lze pacientovi poskytnout čas a prostor, aby si mohl splnit své poslední životní úkoly. Při zanechání či omezení léčby si lékař uvědomuje, že možnosti přírodní vědy vyčerpal, ukončuje technické postupy a dává prostor lidské aktivitě při doprovázení umírajícího. Aktivní usmrcení však znamená, že lékař jde smrti naproti násilným zásahem, nenechává procesu umírání volný průběh (Virt, 2000, s. 33–34).

Šimek (2015) uvádí, že v dnešní době nelze prostě „ukončit léčbu“, ale jen měníme její strategii z aktivní léčby na paliativní, která má za úkol pacientovi ulevit od trápení. Přejít z aktivní na paliativní léčbu však lékař musí konzultovat s pacientem a s jeho příbuznými. Může však dojít k tomu, že pacient, který není schopen vyrovnat se s blížícím koncem, odmítá tuto změnu nebo přímo vyžaduje pokračování v aktivní léčbě. Výsledkem pak může být dystanázie, tedy zadržovaná smrt (Šimek, 2015, s. 163–164).

2.4.5 Etické kodexy v kontextu euthanasie

V kontextu euthanasie, stejně jako u interrupce, začneme u nejstaršího známého etického kodexu, tedy Hippokratovy přísahy. Ve znění, které uvádí Munzarová (2005b), se píše: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou*“ (Munzarová, 2005b, s. 19). Verze publikovaná v knize autorky Haškovcové (2015) hovoří o euthanasii následovně: „*Nehodlám se pohnouti od nikoho, ať je to kdokoli, abych mu podal jedu nebo abych mu dal za podobným účelem radu*“. Dalším kodexem, který se k problematice vyjadřuje, je Etický kodex České lékařské komory, kde v paragrafu 2, článku 7 je uvedeno: „*Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistované suicidium nejsou přípustné*“ (Haškovcová, 2015, s. 55 a 58).

Je zcela zřejmé, že etické kodexy se již od dob Hippokrata vyslovují zásadně proti euthanasii. Haškovcová (2015) uvádí, že prosba o vlastní smrt v době míru, i přes přítomnost nemoci, může být považována jako neetická (Haškovcová, 2015, s. 185). Jestliže je tedy

neetické už „jen“ požádat někoho o to, aby nás usmrtil, pak logicky i samotné vykonání euthanasie bude neetické.

Samozřejmě má každý pacient právo na citlivou péči v závěru svého života a důstojnou smrt, o tom není sporu. V tomto duchu se ostatně vyjadřují i etické kodexy, včetně Práv pacientů, kde se přímo píše: „*Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony*“ (Haškovcová, 2015, s. 68). Podrobněji se k péči o umírajícího vyjadřuje Etický kodex ČLK (viz. výše).

Šimek (2015) bojovníkům za legalizaci euthanasie doporučuje, aby v první řadě bojovali za ekonomickou stabilitu českého zdravotnictví, a aby prosazovali dostatečně důstojné přirozené umírání. Pak by podle něj bylo podstatně snazší euthanasii legalizovat (Šimek, 2015, s. 166).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem je zjistit názory a postoje všeobecných sester a porodní asistentky k problematice euthanasie a interrupce a jejich vnímání etiky v tomto kontextu. Dále práce obsahuje tři dílčí cíle, kterými jsou:

1. Zjistit postoj sester a porodní asistentky k euthanasii a jejich zkušenosti s danou problematikou.
2. Zjistit postoj sester a porodní asistentky k interrupci.
3. Zjistit jaké etické problémy v těchto postupech respondentky spatřují.

3.1 Metodika šetření

Pro splnění výše uvedených cílů práce byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, který nám poskytlo celkem šest respondentek.

Tato forma rozhovoru se vyznačuje tím, že má připraven soubor otázek či témat, který bude předmětem tohoto rozhovoru, zároveň však nemá předem striktně stanovené pořadí těchto otázek. Formulace pokládaných otázek může tazatel částečně pozměnit, avšak musí být probrány všechny. Jiné varianty mohou tazateli umožnit, aby pokládal doplňující dotazy, další zase mohou mít tematické okruhy předepsány poměrně přesně a v jiných je tazateli ponecháno více volnosti. Polostrukturovaný rozhovor v podstatě kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody obou krajních forem rozhovoru (strukturovaného a volného). Výhodou může být například to, že určitá volnost může být vhodná pro vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s respondentem, rozhovor může lehčeji plynout apod. Zároveň jistá menší míra formalizace ulehčuje utřídění údajů a jejich případné vzájemné porovnávání a zobecňování. Proto se tato forma rozhovoru jeví jako vcelku optimální způsob získávání dat v kvalitativním zkoumání (Reichel, 2009, s. 111–112).

V rozhovoru bylo stanoveno 18 okruhů otázek, jejichž pořadí nebylo zcela striktně dáno, a které byly případně doplněny o rozšiřující dotazy, které měly pomoci k získání co nejpřesnějších odpovědí. Na některé otázky respondentky odpověděly již v některé předchozí, proto byly tyto otázky poté již vynechány a znovu jsme se na ně neptaly. Respondentky byly předem seznámeny s cílem práce a požádány o spolupráci prostřednictvím elektronické komunikace či osobně. Před samotným rozhovorem bylo respondentkám nabídnuto, aby se

seznámily s okruhem otázek. Dále respondentky písemně souhlasily s nahráváním rozhovoru, jeho následným zpracováním a v tomtéž dokumentu jim byla zaručena absolutní anonymita. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon. Jedna z respondentek odmítla udělit souhlas s nahráváním rozhovoru, tento byl proto zaznamenán pouze písemně a následně přepsán spolu s ostatními. Rozhovory probíhaly dle předchozí domluvy v prostředí, které si respondentky určily, a které pro ně bylo vyhovující. Předem byl rovněž zajištěn souhlas jednoho ze zařízení, pro případ, že by rozhovor měl probíhat v pracovní době respondentky. Souhlasy jsou archivovány u jedné z autorek práce.

3.2 Výběr respondentek

O rozhovor bylo požádáno celkem 13 respondentek, přičemž hlavním kritériem výběru bylo, že se musí jednat o všeobecné sestry či porodní asistentky s registrací a praxí minimálně 5 let. Výběr těchto respondentek byl záměrný, byly osloveny sestry a porodní asistentky, se kterými měla jedna z autorek předchozí zkušenost ze svého působení jako praktikantky na jejich oddělení. Právě díky těmto předchozím zkušenostem bylo možné předpokládat, že komunikace a průběh rozhovoru bude snadnější a přirozenější. Z těchto třinácti oslovených nám nakonec rozhovor poskytlo 6 respondentek a v práci jsou označeny jako R1 až R6. Jednalo se o všeobecné sestry, které pracují či pracovaly na různých typech lůžkových oddělení, a to chirurgického, interního, oddělení následné péče, JIP a jednu porodní asistentku. Délka praxe respondentek se pohybovala v rozmezí od 20 let až po 41 let a během této praxe se setkaly s poměrně velkým množstvím vážně nemocných a umírajících pacientů.

3.3 Analýza dat

Před samotnou analýzou byla všechna data doslovně přepsána z audiozáznamu do programu Microsoft Office Word 2013. Jeden z rozhovorů nebyl nahráván z důvodu nesouhlasu respondentky, tento rozhovor byl tedy ručně zaznamenán na záznamový arch a poté přepsán stejně jako rozhovory, které byly nahrávány. Tento přepis, přestože byl časově náročný, pomohl k dalšímu zpracování a analýze dat, neboť usnadnil orientaci v rozhovoru a pochopení hlavních myšlenek a společných rysů či jevů mezi jednotlivými rozhovory.

Pro analýzu dat byla zvolena metoda vytváření trsů, při které dochází k uspořádání dat do skupin na základě jejich podobnosti. Takto vznikají obecnější kategorie, jejichž zařazení do

dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky. Tímto společným znakem může být například časový, tematický, personální nebo prostorový překryv. Základní princip této metody je postaven na srovnávání a shlukování dat a prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vznikají jednotky obecnější (Miovský, 2006, s. 221). Na základě této charakteristiky a po důkladném přepisu a prozkoumání rozhovorů, bylo vytvořeno sedm základních skupin, tedy trsů, do kterých byla získaná data zařazena podle opakujících se jevů a na základě jejich podobnosti. Do těchto trsů byla pro zvýraznění podobnosti či naopak rozdílnosti výpovědí zařazena přímá řeč respondentek.

4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Na tomto místě uvádíme výsledky výzkumu, které vznikly na základě přepisu rozhovorů a jejich podrobné analýzy, kdy vzniklo sedm základních kategorií, tedy trsů. Do vzniklých trsů byla data implantována a doplněna o přímou řeč respondentek, která pomáhá lepší orientaci v podobnosti či odlišnosti jednotlivých výpovědí.

4.1 Trs 1: Definice a postoj k euthanasii

Již v teoretické části práce jsme se snažily pojem euthanasie vymežit a definovat, přičemž jsme se zmínily o tom, že definicí existuje několik a jsou si v mnohém podobné. Nicméně pod pojmem euthanasie by se mohlo každému vybavit něco trochu jiného. To byl také důvod, proč jsme se ptaly na to, jak tento pojem chápou naše respondentky. Vytvořily jsme si tak představu o tom, co pro naše respondentky toto slovo znamená. Nejblíže obecně známé definici se přiblížila respondentka R6, která uvedla tuto definici: „*Ukončení života na žádost rodiny či nemocného.*“ Dále R4 uvedla: „*Euthanasie pro mě znamená asistovaná smrt.*“ Respondentky R1 a R3 chápou euthanasii jako dobrovolné ukončení života a respondentky R2 a R5 se shodly na tom, že euthanasie je: „*(...)ukončení života.*“

Co se týče jejich názoru na euthanasii, pro legalizaci a provádění euthanasie by byly respondentky R1, R2, R3 a R4. R3 uvedla: „*(...) v určitých vyhrocených případech ano, jsem pro euthanasii, protože se tu setkávám s onkologickými pacientkami v posledním stádiu a se spoustou těch pacientek jsem dokonala jejich životní pout.*“ Její názor je tedy ovlivněný převážně její zkušeností s onkologicky nemocnými a umírajícími pacientkami. R4 v rozhovoru řekla, že pokud by to bylo nutné nebo by to pacient pociťoval jako správné, euthanasii by mu umožnila a dále uvedla, že je přesvědčená o tom, že by euthanasie u nás ze zdravotníků nikdo nezneužil, protože: „*Zdravotníci mají svědomí, jsou tak nastavení a raději by se stokrát přesvědčili, že už se to nedá jinak řešit nebo je si stoprocentně jistý pacient.*“ Její přesvědčení vychází z její dlouholeté praxe a zkušeností z několika oddělení. Respondentky R5 a R6 uvedly, že jsou proti euthanasii a její legalizaci. R5 přímo uvádí: „*(...) já jako věřící člověk jsem vlastně ovlivněná také tímhle tím a myslím si, že to není v rukou lidí, že by to mělo být teda v rukou nějaké té vyšší moci, takže já s euthanasií jako takovou nesouhlasím.*“ R5 rovněž později uvedla, že se bojí zneužití euthanasie v případě, že by byla uzákoněná, protože podle ní naše společnost na tom není tak, abychom o ní moh-

li uvažovat. Respondentka R6 je rovněž proti legalizaci a provádění euthanasie a říká: „*V naší společnosti je to zneužitelné, není natolik vyspělá. Jsem proti, bolest se dá zvládat farmakologicky a naděje umírá poslední. Vidím v tom zneužití.*“

Je důležité dodat, že z respondentek, které by byly pro legalizaci a provádění euthanasie, by ji dokázaly poskytnout R1, R2 a R4, pokud by byla legislativně ošetřená a pokud by byly přesvědčeny o tom, že je to správné. R3 uvedla, že si není jistá, zda by ji dokázala poskytnout, ale že by při ní určitě dokázala asistovat. Respondentky R5 a R6 uvedly, že by ji nemocnému neposkytly.

4.2 Trs 2: Žádost a reakce

Setkání s umírajícím člověkem je samo o sobě emotivní a většina zdravotníků se s takovou situací setkává velmi často, o to náročnější může být setkání se s nemocným, který sestru či lékaře žádá o zkrácení utrpení a urychlení jeho smrti – euthanasii. Z našich respondentek se s podobnou žádostí setkaly za svou praxi R1, R3, R5 a R6. Naproti tomu se s ničím takovým za svou praxi nikdy nesetkaly respondentky R2 a R4. R3 v rozhovoru říká: „*A neříkám, že xkrát, ale několikrát jsem byla požádána o to, abychom to ukončili, protože zrovna u nás některé ty tumory jsou, že zasahují, postihují plíce, takže pacientky nemůžou dýchat, dusí se, to je jedna z nejhorších smrtí, kdy se člověk nemůže nadechnout.*“ R1 se za svou praxi setkala s žádostí o ukončení života jednou, když o toto žádala jedna z pacientek. R6 uvádí, že se setkala s pacientem, který už nechtěl žít a prosil zdravotníky, aby mu pomohli umřít. R5 má podobnou zkušenost jako respondentka R6 a říká: „*Že bych se setkala přímo s žádostí o euthanasii, to nee, ale setkala jsem se několikrát s pacientem, který řekl, že by chtěl umřít.*“

Vzhledem k tomu, že našimi respondentkami jsou zkušené profesionálky, zajímalo nás, jak na takovou prosbu reagovaly, zda si zachovaly svou profesionalitu nebo částečně podlehly svým emocím a reakci se vyhnuly nebo reagovaly zlehčováním situace. R1 naši otázku v první chvíli pochopila tak, že se ptáme na to, zda euthanasii provedla či ne a odpověděla: „*(...)samozřejmě, že to nejde jsem jí řekla, že vím, že trpí, ale že to nejde*“, po upřesnění otázky a jejího smyslu poté reagovala takto: „*No, že s ní cítím, že bych možná reagovala taky takhle, ale že pro to nic neudělám.*“ R4 pacientce vysvětlila, že vzhledem k našemu právnímu řádu je poskytnutí euthanasie nepřípustné, i kdyby to chtěla pacientka i její rodina,

ale dodala, že v několika případech by k euthanasii byla svolná. R5 přiznala, že poprvé, když se pacient zmínil o tom, že by chtěl zemřít, reagovala neprofesionálně a situaci bagatelizovala, konkrétně odpověděla: „*Heh, tak poprvé si myslím, že to bylo vcelku, to bylo poměrně hodně brzy, to bylo vcelku neprofesionální, že jsem skončila u takových těch banálních věcí, jako ale prosím vás a ještě tady dlouho pobudete, a to se nějak vyřeší, to zvládne,*“ rovněž ale dodává, že dnes když se s něčím podobným setká, tak se spíš obrací ke své víře a pacientovi říká: „*(...) že co má být bude, a že pokud jako se to ta situace má ukončit tak, jak ten pacient chce, tak určitě ten Pán Bůh nahoře to takhle zvládne no, že nějaký důvod proč tady ten člověk zůstává ještě prostě je.*“ R6 odpověděla v tom smyslu, že na takovou prosbu nelze nic odpovědět a tudíž, na ní ani nijak nereagovala.

4.3 Trs 3: Ukončení léčby

V teoretické části jsme se zmínily o tzv. nechání zemřít, které bylo spolu s nezařazením léčby při rozdělování euthanasie na aktivní a pasivní zahrnuto právě do pasivní formy euthanasie, protože stejně jako forma aktivní vedlo ke smrti. Respondentka R2 uvádí, že ukončení léčby pokládá za určitou formu euthanasie a R5 uvádí, že v jistém smyslu se o euthanasii jedná, nicméně dále říká, že jí spíše vadí umělé prodlužování života, kdy i přes beznadějnost situace se stále podávají antibiotika a provádějí všemožná vyšetření, takže by v tomto případě spíše volila podání analgetik a usnadnění posledních chvil pacienta. Podobně odpověděla i R6, která sice ukončení léčby za formu euthanasie nepokládá, i když je to podle ní na hraně, ale stejně jako R5 je pro to, aby se pacientovi pomohlo od utrpení, ale hovoří také o tom, že záleží na věku pacienta: „*(...) u mladého člověka jsem pro léčit až do konce, a u třeba devadesátiletého bych nechala bez léků, aby mu srdíčko došlo. Je to velmi individuální a zase zneužitelné a na hraně euthanasie.*“ Respondentka R1 uvedla, že si zařazením do formy euthanasie není jistá, protože o tom nemá tolik nastudováno, ale uvádí, že je podle ní jedno jestli ukončí infúzi dnes nebo za tři dny, protože by pacient zemřel tak či tak. R3 říká, že záleží na situaci, ve které se pacient nachází a uvádí: „*Pokud je to pacient, který ti leží, že se udržuje opravdu, že mozek je totálka, je tam mozková smrt, tak to nepokládám za euthanasii.*“ R4 vypověděla, že zařazení ukončení léčby do formy euthanasie není automatické a za způsob euthanasie by to pokládala až podle toho, že by to bylo přání nemocného.

4.4 Trs 4: Důvody a situace pro euthanasii

Zastánci euthanasie z různých společenských kruhů se snaží argumentovat nejrůznějšími situacemi a důvody pro její legalizaci a provedení. Mezi tyto důvody řadí například zajištění důstojného umírání a smrti nebo používají argument práva na smrt a respektování autonomie člověka, což jsme také zmínily v teoretické části této práce a tyto pojmy jsme se snažily vysvětlit. Jako situace pro zvolení euthanasie jsou pak uváděny terminální stádia nemoci, utrpení nemocného a bolest. R5 a R6 se shodly na tom, že žádná taková situace či důvod pro ně neexistuje, přičemž R6 se již v předchozí části rozhovoru zmínila o tom, že se bolest dá zvládat farmakologicky. Všechny ostatní respondentky se shodly na tom, že by euthanasii zvolily v případě, kdy pacient velmi trpí. R4 se sice připojila k tomuto názoru, avšak dodává: „(...) *ale v dnešní době se dá všechno svým způsobem utlumit, ty bolesti.*“ R1 jako důvod pro euthanasii uvedla: „(...) *vyloženě ty nádorová onemocnění, nevyléčitelná a to už zase, je mezi tím rozdíl. Jestli se mu může ještě pomoci nebo nemůže. (...) Anebo potom jsou to stavy...no jako věk se prodlužuje, takže ti staří lidi. Aa vidím, že jako po těch mrtvičkách leží, neschopní, nevyléčitelní, nepolykají, mají sondy.*“ R2 uvedla jako důvod nenávratnou smrt, kde už nic nepomůže, odpadávání masa. R3 se shodla s R1 na tom, že euthanasii by zvolila u nádorových onemocnění a pak také jako důvod uvedla: „*Bolest, jednoznačně bolest, protože to když se díváš na toho člověka, kterému tečou slzy a řve a není mu pomoci, nezabírá mu opiátová léčba, tak...ano.*“

4.5 Trs 5: Postoj k interrupci

Jak už bylo řečeno, i u interrupce existují dva tábory, jeden pro interrupci a druhý proti. Ptaly jsme se tedy na to, jaký postoj k ní zaujímají respondentky, zda se k tomuto tématu staví z profesionálního či osobního hlediska a v jaké situaci by případně interrupci pokládaly za správnou volbu a kdy naopak interrupci zcela odmítají. Zajímavé je, že i respondentky, které se vyslovily proti euthanasii nebo uvedly, že jsou věřící, si k interrupci určitou cestu našly a jsou ochotné ji tolerovat alespoň v některých případech. Všechny respondentky interrupci tolerují, při nejmenším ze zdravotních důvodů, nebo pokud šlo o početí po znásilnění. R5, která se o své víře vyjádřila již v úvodu rozhovoru, uvedla, že i zde je zásadně proti, jednak z hlediska víry a pak také kvůli osobním zkušenostem s neúspěšnou snahou o početí dítěte, nicméně na otázku zda by přece jen v nějaké situaci interrupci pokládala za správnou volbu, odpověděla: „*Za správnou ne, ale připustila bych ji, já nevím v případě*

třeba znásilnění, dítě počato ze znásilnění, anebo matka, která má více dětí a mělo by to ohrozit na životě, tak tam bych možná připustila, že by to mohlo být, ale zcela výjimečně.“

R1, která se také vyjádřila ve smyslu, že je věřící, odpověděla, že i přes svou víru interrupce v jistých situacích chápe a jako příklad uvedla matku, která ví, že se o dítě nedokáže postarat, zůstala sama, a zde by s tím souhlasila, než aby dítě trpělo v ústavu či domovech. Správné to podle ní ale není nikdy. R2 a R6 se vyjadřují ve smyslu práva ženy na interrupci a za správnou ji pokládají v případě zdravotních komplikací ze strany matky či plodu a R6 ji navíc toleruje i v případě špatné rodinné situace, například rodiny s více dětmi. Odpověď R3 byla do jisté míry překvapující, vzhledem k tomu, že se jedná o porodní asistentku, ta se totiž vyjádřila v tom smyslu, že interrupce moc neschvaluje, nicméně je rovněž pro interrupce ze zdravotních důvodů a po znásilnění. R4 uvedla, že jí interrupce nevádí a jako situace, kdy je podle ní správná uvedla také zdravotní důvody a znásilnění.

V situacích, ve kterých interrupci odsuzují, se respondentky R3 a R5 shodly na ekonomických důvodech. R4 uvedla, že by jí vadilo, pokud by šlo o nerozvážnost a opakované interrupce. R1 a R2 se v podstatě shodly na tom, že jsou proti interrupcím, kdy si matka řekne, že dítě nechce a je pro něj zátěží, a přitom nemají žádné zdravotní ani majetkové problémy. R6 uvedla, že interrupci neodsuzuje nikdy a odůvodnila to takto: „*Bavíme se o interrupci, ta je do 3. měsíce, to je důležité, takže to je ještě embryo, ne plod.*“

4.6 Trs 6: Odmítnutí žádající ženy

V teoretické části jsme se zmínily o tom, že lékař má právo odmítnout ženu, která o interrupci žádá, pokud by tento zákrok byl proti jeho svědomí. Chtěly jsme zjistit, zda takového lékaře respondentky znají a jestli by ony samy na místě lékaře ženy z nějakého důvodu odmítly. R1 a R2 by se v takovém případě rozhodovaly podle toho, jaký důvod by žena k interrupci měla. R1 dále uvedla, že by ji odmítla, pokud by žena žádala kvůli tomu, že dítě nechce nebo ho nechce se stávajícím partnerem a v takovém případě to podle ní měla žena řešit předem. R4 by ženu odmítla, pokud by o tom byla přesvědčena. R5 na tuto otázku odpověděla: „*V 99 % ano, zcela výjimečně, ve zcela výjimečných případech bych to zvážila, ale z 99 % bych odmítla,*“ jako 1 % uvádí právě interrupce ze zdravotních důvodů či po znásilnění. R3 uvedla, že by interrupce asi neprováděla, ale asistenci při nich bere jako součást svého povolání. R6 by ženu žádající o interrupci neodmítla.

Lékaře, který odmítá zákrok provádět, znají respondentky R1, R3 a R6. R6 uvedla, že důvodem jeho odmítání zákroku je jeho víra, R3 zmínila, že lékař interrupce odmítá z vlastního přesvědčení a R1, že je lékař odsuzuje. Ostatní respondentky žádného takového lékaře neznají.

4.7 Trs 7: Etické souvislosti

Jedním ze stanovených dílčích cílů bylo zjistit, jaké etické problémy respondentky spatřují v těchto diskutovaných tématech. Prvním krokem bylo zjistit, zda a jaký etický kodex vztahující se ke zdravotnictví respondentky znají a poté jsme zjišťovaly, zda jsou podle nich interrupce a euthanasie v rozporu s tímto kodexem a v jakém smyslu. Respondentky R1, R5 a R6 zmínily jako etický kodex Hippokratovu přísahu a shodly se na tom, že euthanasie je v jejím rozporu. R1 svůj pohled odůvodnila takto: „*Tak Hippokratova přísaha je něco úplně jiného, tam by člověk neměl k tomuto přistupovat,*“ euthanasie je podle ní v rozporu s tím, co kodex říká. V otázce na etickou přijatelnost interrupce uvedla, že ani ta není přijatelná, ale zdůvodnit to dokázala až po přeformulování otázky a upřesnění toho, co si pod pojmem „etika“ představit, takto: „*Tak je to ukončení vlastně ještě nepočatého života, jo...a už dopředu ukončení.*“ R5 vypověděla, že euthanasie určitě v rozporu s přísahou je, protože jejím základem je neuškodit a pomáhat, a přestože podle ní může být euthanasie do jisté míry pomocí, tak to podle ní Hippokrates určitě takto nechápal. Interrupce z jejího pohledu rovněž etická není a odůvodnila to takto: „*Pokud připustíme vznik života už vlastně, že když to dítě je počato, že už tam začal život, tak jestli ta vražda je prostě na plodu nebo na dospělém člověku, tak je to podle mě ukončení života, které není přípustné.*“ R6 uvedla: „*Tam to bylo založené na té víře, tam by to bylo, jako, že způsobím smrt.*“ Interrupce však podle ní přijatelná je a opět tento svůj názor opírá o to, že podle ní se nejedná o osobu či člověka, protože embryo ještě není vyvinuté, nemá pět prstů, vyvinutý mozek a podobně.

Respondentky R3 a R4 uvedly jako etický kodex přímo kodex jejich pracoviště, kterým jsou povinné se řídit. R3 uvedla, že euthanasie pravděpodobně v rozporu s tímto kodexem, tak jak je postavený, je a zdůvodnila to takto: „*Za každé situace vždy, nevím, jestli je ten etický kodex napsaný tak, že opravdu i když už člověk nechce, nemá sílu, nemá vůli...my jsme povinni mu poskytnout, nebo i ten etický kodex nám to říká, do poslední chvíle péči.*“ U přijatelnosti interrupce uvedla, že záleží na tom, o jakou interrupci by šlo. Podle R4 je eu-

thanasie v rozporu s kodexem proto, že zatím není legislativně schválena. Interrupce je podle ní také z etického hlediska nepřijatelná a na otázku v čem je neetická odpověděla: „*Neetická? Hmm, zabránění života.*“

Respondentka R2 na otázku ohledně kodexu odpověděla, že jich zná plno, nicméně žádný konkrétní nebyla schopna uvést a jako příklad uváděla svou hrdost a lékařské tajemství. Proto jsme tedy respondentku navedly, uvedly ji jako příklad kodexu právě Hippokratovu přísahu a zeptaly se, zda je podle ní tedy euthanasie v jejím rozporu. R2 odpověděla, že zatím v rozporu je, protože není uzákoněná a na dotaz v čem je v rozporu uvedla: „*V čem?! No že nikdo nemá právo ukončit život.*“ Na otázku ohledně etické přijatelnosti interrupce se smíchem odpověděla: „*Já si myslím, že ta žena má fakt právo zvolit o svém dalším životě a životě svých dětí. Nebo né jako dětí, ještě to není dítě že...prostě je.*“

5 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Za účelem dosažení stanovených cílů bylo uskutečněno celkem šest polostrukturovaných rozhovorů, které byly následně přepsány a podrobně analyzovány. Na základě této analýzy bylo vytvořeno sedm základních kategorií, které byly vzájemně propojeny a směřovaly k naplnění hlavního cíle práce. Hlavním cílem práce bylo zjistit názory a postoje všeobecných sester a porodní asistentky k problematice euthanasie a interrupce a jejich vnímání etiky v tomto kontextu. Mimo tento hlavní cíl byly stanoveny ještě tři dílčí cíle, kterými bylo zjistit postoj respondentek k euthanasii a jejich zkušenosti s danou problematikou, dále zjistit jejich postoj k interrupci a třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaké etické problémy v těchto postupech respondentky vidí.

Z rozboru získaných dat vyplynulo, že pro legalizaci a provádění euthanasie by byly respondentky R1, R2, R3 a R4 a interrupci v jistých situacích tolerují všechny respondentky. Avšak dá se říci, že žádná z respondentek nedokázala euthanasii přesně definovat a vyjádřily se ve smyslu, že euthanasie je ukončení života, což je v jistém směru jistě pravda, avšak pak by se jako euthanasie dala definovat i „prostá“ sebevražda. Nejblíže skutečné definici euthanasie se přiblížila pouze R6, která dodala i skutečnost o žádosti nemocného. Jejich postoj k euthanasii je, jak vyplynulo z průběhu rozhovoru, ovlivněn především zkušeností s nemocnými v terminálním stádiu nádorových onemocnění. Proti euthanasii se vyslovily R5 a R6, přičemž R5 je ovlivněna svým náboženským vyznáním, druhou respondentku ovlivňuje přesvědčení o jiných možnostech řešení terminálního stádia nemoci. Obě tyto respondentky se navíc bojí zneužití euthanasie.

K prvnímu dílčímu cíli, zjistit postoj všeobecných sester a porodní asistentky k euthanasii a jejich zkušenost s danou problematikou, bylo zjištěno, že zkušenost se žádostí o usmrcení mají respondentky R1, R3, R5 a R6 a na tuto žádost reagovaly vyjádřením soucitu a vysvětlením, že to z právního hlediska není možné. Pouze respondentka R5 přiznala, že se při první zkušenosti zachovala neprofesionálně a situaci bagatelizovala, nyní se však obrací na svou víru a reaguje s tím, že je to v rukou Boha a co se má stát se stane. Jak už jsme uvedly výše, pro euthanasii jsou čtyři respondentky. Jako hlavní důvody uváděly respondentky nádorová onemocnění v terminálním stádiu, utrpení a bolest. Poskytnout euthanasii by dokázaly R1, R2, R4 a R3 by při ní dokázala asistovat. Ukončení léčby jako určitou formu euthanasie vidí R2 a R5. R5 se však vyjadřuje ve smyslu, že je raději pro ukončení léčby než pro umělé

prodlužování života. R1 a R6 ji za formu euthanasie nepokládají, i když R6 hovoří o tom, že je to na hraně. Ostatní respondentky neberou ukončení léčby automaticky jako formu euthanasie a záleží podle nich na okolnostech a situaci.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit postoj sester a porodní asistentky k interrupci. Zde bylo zjištěno, že interrupci za určitých okolností tolerují všechny respondentky. Překvapující bylo, že se takto vyjádřily i respondentky, které uvedly, že jsou věřícími. Téměř všechny respondentky se shodly na tom, že by interrupci považovaly za správnou v případě špatného zdravotního stavu matky či plodu a v případě početí po znásilnění. R1 jako důvod pro interrupci uvedla i špatnou situaci ze strany matky, která by se o dítě nedokázala postarat. R2 a R6 navíc také argumentují tím, že žena má na interrupci právo. Také nás překvapila respondentka R3, která jakožto porodní asistentka interrupce příliš neschvaluje, nicméně jako ostatní respondentky ji toleruje v případě zdravotních komplikací a znásilnění. Respondentky R3 a R5 odsuzují interrupci z ekonomických důvodů, dále R4 odsuzuje opakované interrupce a interrupce z předchozího nerozvážného jednání a R1 odsuzuje interrupce z důvodu, že žena dítě bere jako zátěž nebo ho nechce se stávajícím partnerem. R6 interrupci vůbec neodsuzuje a to proto, že se nejedná o plod ale embryo. Lékaře, který odmítá provádět interrupce, znají R1, R3 a R6, jedna z nich uvedla jako důvod lékařovo náboženské vyznání, druhá osobní přesvědčení a třetí vypověděla, že je lékař odsuzuje. Na místě lékaře by odmítly ženě interrupci provést R1, R2, R3, R4 a R5, ale uvedly, že by záleželo na důvodu, který ženu k interrupci vede. R5 by interrupci odmítla provést 99 % žen a R3, že by interrupce neprováděla, ale asistenci při nich bere jako součást svého povolání.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaké etické problémy v těchto postupech respondentky spatřují. Nejčastěji zmíněným etickým kodexem byla Hippokratova přísaha, přičemž respondentce R1 byl tento kodex uveden jako příklad, protože žádný jiný nebyla schopna jmenovat, respondentky R3 a R4 pak uvedly etický kodex svého pracoviště. Všechny respondentky se shodly na tom, že euthanasie je v rozporu s těmito kodexy, protože odporuje tomu, co kodexy říkají. Co se týče interrupce, respondentky R2 a R6 uvedly, že je podle nich z hlediska etiky přijatelná, přičemž R6 toto odůvodnila opět tím, že se ještě nejedná o plod a R2 argumentovala právem ženy rozhodnout se o své budoucnosti a budoucnosti svých dětí, přičemž také podotkla, že se vlastně ještě o dítě nejedná. R3 uvedla, že záleží na tom, o jakou interrupci by šlo. Ostatní respondentky se shodly na tom, že interrupce eticky přijatelná není a to z důvodu, že jde o zabránění života či ukončení ještě nepočatého života.

ZÁVĚR

Při psaní této práce jsme se snažily ukázat, že problematika euthanasie a interrupce je natolik složitá a z hlediska etiky je v těchto postupech možno spatřit tolik problémů, že není možné, abychom se vyjádřily zcela jednoznačně.

Je až neskutečné s jakou lehkostí používáme slova jako je svědomí, či lidská důstojnost, přitom málokdo z nás zřejmě tuší, co to vlastně je. Zřejmě to pro každého z nás znamená něco jiného, ale vytvořit jednotnou definici je téměř nemožné. Obdobné je to i s vymezením začátku našeho života. Nikdy se všichni neshodneme na tom, kdy začíná, pro některé z nás je to v okamžiku početí, pro jiného to může být až po třetím měsíci těhotenství. A na základě tohoto lze předpokládat, že se naše společnost bude ještě dlouho dohadovat o tom, zda interrupce a euthanasie ano či ne a proč.

Z výsledků šetření vyplynulo, že ani naše respondentky se nedokážou ve všech otázkách shodnout, a přestože se jedná o zkušené profesionálky s mnohaletou praxí, některé jejich názory jsou částečně ovlivněny emotivností daných témat a jejich osobním pohledem na věc.

Výsledek naplnění prvního dílčího cíle, kterým bylo zjistit názor sester a porodní asistentky na euthanasii a jejich zkušenosti s danou problematikou, by mohl být jakousi zpětnou vazbou na to, jak funguje naše zdravotnictví a paliativní péče o terminálně nemocné v nemocničním zařízení. Je totiž k zamyšlení, že se čtyři respondentky setkaly minimálně jednou s žádostí o ukončení života a urychlení smrti. Mohlo by to fungovat jako alarm a upozornění, že v nemocničních zařízeních není natolik kvalitní paliativní péče, aby zajistila nemocným důstojné a bezbolestné umírání. Jak jinak si lze vysvětlit žádosti o usmrcení a to, že i zkušené profesionálky se vyjádřily pro legalizaci a provádění euthanasie?

Z výsledků naplnění druhého dílčího cíle, kterým bylo zjistit názor sester a porodní asistentky na interrupci, by možná bylo vhodné zamyslet se nad tím, proč stále více žen podstupuje interrupce z důvodu špatné finanční situace. A je vhodné a nutné všem ženám umožnit interrupci podstoupit? Nebylo by snad lepší postarat se o to, aby si ženy dítě mohly finančně dovolit?

Efektivnost této práce lze snad ukázat i na tom, že jedna z autorek se před napsáním této práce přiklání k legalizaci euthanasie a v průběhu tvorby práce a realizace šetření se spíše přiklání ke zkvalitnění a zlepšení přístupnosti paliativní péče v nemocničních zařízeních.

Co se interrupce týče, se její názor nijak výrazně nezměnil, neboť i před napsáním této práce byla zastáncem toho, že interrupce toleruje v případě zdravotních problémů a určitých genetických vad plodu a rovněž v případě znásilnění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BIGGS, Hazel, 2001. *Euthanasia, death with dignity, and the law*. Portland, Or.: Hart Publ. ISBN 1841130915.

BOHATOVÁ, Milena, 2000. *Potrat ano - ne, aneb, Na pokraji života*. Vyd. 1. Praha: Grada. Strom života, sv. 10. ISBN 8071699225.

BRABEC, Ladislav, 1991. *Křesťanská thanatologie*. 1. Praha: Gemma 89. ISBN 8085206064.

DREVIANKOVÁ, Lenka, 2010. *Etické aspekty umělého ukončení těhotenství v souvislostech* [online]. České Budějovice [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: http://theses.cz/id/nbqgo3/downloadPraceContent_adipIdno_10824. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

DUDOVÁ, Radka, 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. ISBN 9788073302146.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2013. *Čekáme děťátko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024745299.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 9788074922046.

HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024734699.

HRUŠKOVÁ, Martina, 2013. *Smysl života ženy v současné společnosti, se zaměřením na problém mateřství a interrupce* [online]. České Budějovice [cit. 2015-12-21]. Dostupné z: http://theses.cz/id/6428c4/DIPLOMOVA_PRACE.pdf. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

HUMENÍK, Ivan, 2011. *Ochrana osobnosti a medicínske právo*. 1. vydání. Bratislava: Eurokódex. ISBN 9788089447589.

- KIMSMA, G. K., 2010. Death by request in The Netherlands: facts, the legal context and effects on physicians, patients and families. *Medicine, Health Care and Philosophy* [online]. **13**(4), 355-361 [cit. 2016-04-03]. ISSN 15728633. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11019-010-9265-0>
- KRŠÍKOVÁ, Hana, 2015. *Eutanázie jako konflikt etických a právních principů* [online]. České Budějovice [cit. 2016-03-05]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: http://theses.cz/id/4zj27e/DP_Krkov.pdf.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024746500.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství* [online]. Vyd. 1. Praha: Grada [cit. 2016-03-03]. Sestra (Grada). ISBN 9788024720692.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024738437.
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005a. *Eutanázie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 8024710250.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005b. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 8024710242.
- POLLARD, B, 1996. *Eutanázie - ano či ne?*. 1. vyd. Praha: Dita. ISBN 8085926075.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanázie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024746593.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.
- PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kolektiv, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024754710.

- PURVIS, Dara E., 2015. Expectant Fathers, Abortion, and Embryos. *Journal of Law, Medicine* [online]. 43(2), 330-340 [cit. 2016-03-05]. ISSN 10731105. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=80b2b11d-0161-4b14-9765-c2224a3b2efb%40sessionmgr4005&hid=4107>
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024722238.
- REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 9788024730066.
- ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lidské etiky]*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad. Cesty (Vyšehrad). ISBN 8070213027.
- SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra, 2012. *Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. 1. vyd. Praha: V. Bošková. ISBN 9788026029892.
- Šari'atská kontrola porodnosti, 2009. In: *E-ISLÁM* [online]. [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://e-islam.cz/node/38>
- ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024753065.
- ŠOLTÉS, Ladislav, Rudolf PULLMANN, 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 9788080632878.
- THOMASMA, David C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*, 2000. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta. ISBN 8020408835.
- TRETERA, Rajmund Jiří a Záboj HORÁK, 2011. *Slovník církevního práva*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024736143.
- Velký sociologický slovník*, 1996. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 8071841641.
- VIRT, Günter, 2000. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanázie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad. ISBN 8070213302.

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Struktura rozhovoru

P II: Přepis rozhovoru s R1

P III: Přepis rozhovoru s R2

P IV: Přepis rozhovoru s R3

P V: Přepis rozhovoru s R4

P VI: Přepis rozhovoru s R5

P VII: Přepis rozhovoru s R6

PŘÍLOHA P I: STRUKTURA ROZHOVORU

Připravené schéma otázek k rozhovoru:

1. Jak chápete pojem euthanasie?
2. Jaký je Váš názor na euthanasii?
3. Dokázala byste euthanasii poskytnout?
4. Jste pro nebo proti euthanasii a proč?
5. Setkala jste se někdy ve své praxi se žádostí o euthanasii?
6. Jak jste na ni reagovala?
7. Pokládáte ukončení léčby u nevléčitelně nemocných za způsob euthanasie?
8. Napadne Vás situace, ve které byste euthanasii zvolila?
9. Jaký postoj zaujímáte k interrupci?
10. V jaké situaci pokládáte interrupci za „správnou“ volbu?
11. Existuje situace, kdy interrupci absolutně odsuzujete?
12. Odmítla byste někdy ženu žádající interrupci a proč?
13. Znáte lékaře, který využil nebo využívá práva odmítnout provést interrupci?
14. Znáte nějaký etický kodex vztahující se ke zdravotnictví?
15. Je podle Vás euthanasie v rozporu s tímto kodexem, případně v jakém smyslu?
16. Myslíte, že interrupce je z hlediska etiky v pořádku či přijatelná, případně v jakém smyslu?

PŘÍLOHA P II: PŘEPIS ROZHOVORU S R1

T: Tak, první otázka. Můžete mi nějak vysvětlit, jak chápete pojem euthanasie?

R1: No já to chápu tak ukončení života, dobrovolné.

T: A jaký je váš názor na euthanasii?

R1: No to je to. Ehm, jestli můžu sama za sebe, tak pokud bych měla trpět, jednou, tak bych žádala sama za sebe. Ale za druhého, to ani asi nemůžu, já nevím, kdybych měla maminku nebo moji rodiče prostě a viděla je trápit se, že bych požádala někoho o ukončení, tak to asi nejde. Nevím, já jsem takto něco nečetla někde, jestli to můžu já požádat za ně, když oni by byli už neschopni podpisu nějakého.

T: Aa, dobře, a když to teď teda vezmeme na ty rodinné příslušníky, dokázala byste ji poskytnout? Ať už rodinnému příslušníkovi nebo tady pacientům.

R1: Pokud bych viděla, že trpí, opravdu trpí a je to nevléčitelné, nemůžeme mu pomoci, jenom umělé nějaké prodlužování toho života, ehh tak, tak asi ano, říkám asi. Musela bych to sama teda vidět a cítit. Ale když já mám ty zkušenosti z tady a vidím to, plný dekubitů a všeho...

T: Takže jste pro nebo proti legalizaci?

R1: No su pro, ale zase jsou to...přístup individuální jak v čem.

T: Dobře, takže a setkala jste se někdy, za tu praxi, s nějakou žádostí o euthanasii?

R1: Hm, jo, za ty roky co tady su, tak, tak prosila pacientka, aby jsme ji ukončili teda život, což nemůžeme, že, ale setkala.

T: A jak jste na to reagovala?

R1: No (smích), samozřejmě, že to nejde jsem ji řekla, jo...že vím, že trpí, ale že to nejde...

T: Nemyslím, jestli jste to udělala nebo ne, myslím spíš tu verbální reakci, takovou tu emocionální.

R1: No, že s ní cítím, že bych možná reagovala taky takhle, ale nic pro to neudělám.

T: A pokládáte takové to ukončení léčby u nevléčitelně nemocného za nějaký způsob euthanasie?

R1: (Přítakání)...

T: Je to podle vás euthanasie?

R1: Ehm no je...on by stejně ten člověk zemřel, jakože jestli ukončím infusi, že není ani zavodněný, tak jak má být, ukončím dneska, nebo ju nechám kapat další tři dny, tak ono je to nastejno podle mě, jo. Takže jestli je to euthanasie nebo ne, oni možná říkají, že jo. Říkám, nečetla jsem to nikde, nestudovala jsem to. To jsou moje názory.

T: Nějaká situace, ve které byste teda euthanasii zvolila?

R1: Při jaké situaci?

T: No, nějaká konkrétní.

R1: No, říkám, vyloženě ty nádorová onemocnění, nevyléčitelná a to už zase, je mezi tím rozdíl. Jestli se může ještě pomoci nebo nemůže. Zas říkám, podle toho, to musí člověk vidět, mít prostudovanou tu jeho dokumentaci, jak dalece má rozlezené ty nádory. Anebo potom, jsou to stavy...no jako věk se prodlužuje, takže ti staří lidi. Aa vidím, že jako po těch mrtvičkách leží, neschopní, nevyléčitelní, nepolykají, mají sondy. Takže to беру taky, jakože takový...

T: Takže je to takové jako z hlediska pro vás důstojnosti, nějakého toho dožívání...

R1: No, v klidu aby to ten člověk teda jako dokončil. Ale říkám, to člověk musí opravdu vidět toho člověka, tak abych se mohla dál vyjadřovat.

T: Dobře, tak přejděme k interrupci. Jaký postoj zaujímáte k tomu? **R1:** Eeh, to je taky složité, protože jestliže je to matka, která zůstane sama, bez nějakých, jakýchkoliv prostředků, sama ví, že není schopná se o to mimino postarat, o to svoje dítě, tak proč – zas je to můj asi názor špatný, někdo řekne – ale že, to to dítě má pak trpět někde v ústavu, v domovech, tak je to rozhodnutí té matky a já bych to brala. Zas aby to nebylo jak na běžícím pásu, to je tak, jak ta euthanasie, to je to samé vlastně. Jako věřící bych měla být proti tomu, já vím, ale když to někdy...opravdu někoho chápu, že to nejde jinak řešit.

T: Dobře, takže nějakou konkrétní situaci, kdy to pokládáte za správnou volbu? Že je to fakt správné jít na interrupci.

R1: No tak (smích), říkám záleží na těch okolnostech už té celé rodiny, jestli se...

T: Tak si teď představte nějakou situaci v rodině, že byste se v něčem takovém ocitla a je to prostě podle vás správné jít na interrupci.

R1: Ono to není správné nikdy, ale jestliže jsou okolnosti ze strany matky, jakože už ví, že se nedovede postarat, zabezpečit, tak bych s tím souhlasila.

T: Aha, a kdy naopak naprosto odsuzujete?

R1: Když je to jenom z rozežranosti.

T: Jakože z „blbosti“, když to teda řeknu tak? Z nějakého...jakoby, co si pod tou rozežraností představit?

R1: Prostě už to nechcu to dítě, noo už mám třeba, nebo ani nemusí mít, ale tak jako prostě nechcu ho je to zátěž. Tak to ať řeší už předem jinak...

T: Jasně. A odmítla byste vy provést interrupci u ženy, třeba na místě toho lékaře?

R1: Kdybych byla já lékař?

T: Noo...

R1: No to zase záleží na tom, proč by to chtěli.

T: A proč, z jakého důvodu byste ji teda odmítla? Kdyby za vámi, byla byste lékařka, přijde za vámi žena a řekne: „No, já chci interrupci“.

R1: No tak první bych se ptala, proč teda to chce, co ju k tomu vede, pak bych ji ještě, udělala s ní nějaký pohovor, a kdybych věděla, že je to opravdu kvůli tomu, že nechci nebo s tímto partnerem nechci, tak si to měla rozmyslet dřív. A řekla bych ji potom další následky, třeba kor když to dítě třeba ještě nemá a už nemusí mít další, tak ať si to rozváží. Ale to je zas, to bych musela mít konkrétní příklad nějaký nebo případ a vědět proč to je a proč to chce a určitě bych to neudělala každé, která by došla, to v žádném případě.

T: Dobře. A znáte nějakou sestru nebo lékaře, kteří využili práva odmítnout provést ten zákrok?

R1: No, mého tchána. On interrupce odmítá.

T: A on je teda gynekolog?

R1: No byl, už je mrtvý.

T: Takže znáte prostě lékaře, který rezolutně odmítl provést interrupci?

R1: Ano.

T: Dobře. Nějaký etický kodex vztahující se ke zdravotnictví byste mi dokázala říct?

R1: (Přemýšlí)...Jo, Hippokratova přísaha.

T: A je podle vás euthanasie v rozporu s tímto kodexem?

R1: Hmm, tak jako je.

T: V čem?

R1: Tak Hippokratova přísaha je něco úplně jiného, tam by člověk neměl k tomuto přistupovat.

T: Takže prostě je to podle vás v rozporu s tím, co ta Hippokratova přísaha říká?

R1: (Přikyvuje)

T: A co interrupce, ta je z hlediska etiky v pořádku nebo přijatelná, podle vás?

R1: No tak to jsou takové pořádky kolem dokola, můžu odpovídat stejně na tu otázku. No není to etické, samozřejmě, že není, ale někdy opravdu je to, nebo zdravotní stav té matky když už a ani kvůli tomu to nechcous dělat a ona ví, že se o to nepostará nebo taky může skončit už u toho porodu.

T: To znamená teda, v jakém smyslu to tedy není etické. Nebo v jakém smyslu je to neetické, tak se zeptám? Kvůli čemu?

R1: No kvůli tomu, jenom, že si řekne, že to dítě nechce, já nevím jak se mám k tomu vyjádřit, ale...

T: Možná blbě položená otázka. Tak jinak...v etice jde o mravnost, to jste sama řekla, takže v jakém smyslu vzhledem k té mravnosti a k nějakým tady těm zásadám a tady tomuto je ta interrupce neetická? Proti čemu to jde?

R1: Tak je to ukončení vlastně ještě nepočatého života, jo...a už dopředu ukončení.

T: Dobře. Tak děkuju.

PŘÍLOHA P III: PŘEPIS ROZHOVORU S R2

T: Úplně na úvod bych se chtěla zeptat, jak dlouhou máte praxi?

R2: 41 let.

T: Ty jo, dobře. Tak jo, tak můžeme začít otázkama na euthanasii. Jak ten pojem vůbec chápete?

R2: Jak ho chápu, euthanasii...no chápu ji tak, že bych byla všema deseti pro.

T: Mhm, ale co to pro vás je ta euthanasie?

R2: Co je to? No ukončení života.

T: Dobře. A když teda říkáte, že jste všema deseti pro, dokázala byste ji sama poskytnout?

R2: Dokázala.

T: Jo. I kdyby šlo o vaše blízké?

R2: Dokázala.

T: Takže, pro legalizaci jste, předpokládám?

R2: Jo.

T: A proč?

R2: No pro to utrpení. Nenávratné utrpení.

T: Setkala jste se ve své praxi někdy se žádostí o euthanasii?

R2: Ne.

T: Ne...a co ukončení léčby u těch nevléčitelně nemocných, to pokládáte za nějaký způsob euthanasie nebo to je prostě jenom...

R2: Ukončení léčby...jo.

T: Je to pro vás nějaká forma euthanasie?

R2: Jo, je.

T: Takže v podstatě podle vás je tady legální ta euthanasie v jisté formě.

R2: Není legální.

T: Aach. Nějakou konkrétní situaci, kdy byste tu euthanasii zvolila?

R2: To opravdu konkrétní dneska nedovedu to říct teď hned. Nenávratný, nenávratný...nenávratná smrt, tam už nic nepomůže. Odpadávání masa, člověk je v bezvědomí.

T: Takže nějaké terminální stádium, úplně prostě kdy už víte, že není absolutně pomoc a ten člověk trpí?

R2: Jo. Když ten člověk trpí.

T: Dobře. Pojdme teda k interrupci. Tam máte jaký postoj?

R2: V každém případě, žena má právo na interrupci.

T: Kdy ji pokládáte za úplně stoprocentně správnou volbu? V jaké situaci si myslíte, že by ta žena tu interrupci měla zvolit, že tehdy je to správné?

R2: Její zdravotní stav.

T: Dobře. A nějaká situace, kdy ji prostě odsuzujete, kdy podle vás prostě není přípustná?

R2: Interrupce? Kdy není přípustné?

T: No kdy se vám to zdá, jakože tohle by prostě jako, že tam by neměla takhle zvolit.

R2: No tak proboha tak očekávané dítě, zdravé dítě, zdraví rodiče, majetkové nemají problémy.

T: Dobře. Takže předpokládám, že ženu žádající o interrupci byste asi neodmítla. Nebo kdyby za vámi nějaká takhle došla a řekla: „Já chci interrupci“, řekla byste jí „ne prostě vám ji neudělám“?

R2: Nee, tak to nemůžu sama říct a určitě těch důvodů by musela mít víc nebo prostě opravdu by to jinak nešlo, že jo.

T: A nějakého lékaře, který ten výkon odmítl udělat, znáte?

R2: Ne.

T: Neznáte. Dobře. Nějaký etický kodex vztahující se přímo ke zdravotnictví znáte?

R2: Kodexy? Kodexů znám plnou ***** (smích)

T: Nějaký jeden mi stačí. Třeba ten nejzákladnější.

R2: Kodex? Pacientů nebo zaměstnanců?

T: Ne ne, myslím vás jako zdravotníků, ať už vás nebo lékařů. Přímo etický kodex, který je sepsaný pro vás.

R2: Mám svoji hrdost.

T: Svoje hrdost, ech...myslím fakt konkrétní, sepsaný, kterým se řídí třeba lékaři.

R2: Tak to je určitě lékařské tajemství, ne?

T: Eeh, dobře, tak jinak. Etický kodex je například Hippokratova přísaha, to je etický kodex, takže nějaký takový jsem myslela. Lékařské tajemství je v rámci toho kodexu už. Dobře. Takže když to vezmeme na tu Hippokratovu přísahu, je podle vás euthanasie v jejím přímém rozporu?

R2: No (povzdech) je. Zatím je, není uzákoněná...

T: A v čem?

R2: V čem?! No že nikdo nemá právo ukončit život.

T: Dobře. A ta interrupce, ta je podle vás z hlediska etiky nějakým způsobem přípustná?

R2: (Smích) Já si myslím, že ta žena fakt má právo zvolit o svém dalším životě a životě svých dětí. Nebo né jako dětí ještě, to není dítě že...prostě je.

T: Takže, je přípustná?

R2: Jo.

T: Dobře, tak jo. Děkuju.

PŘÍLOHA P IV: PŘEPIS ROZHOVORU S R3

T: Úplně na začátek mi prosím řekněte, jak dlouhou praxi máte?

R3: Pětadvacet roků.

T: Tak jo, tak přejdeme na první otázku. Jak chápete pojem euthanasie?

R3: Pojem euthanasie, jako dobrovolné ukončení života. Můj názor, zrovna jako, že to spojíme, teda na euthanasii je, že v určitých vyhrocených případech ano, jsem pro euthanasii, protože se tu setkávám s onkologickými pacientkami v posledním stádiu a se spoustou těch pacientek jsem dokonala jejich životní pouť. A neříkám, že xkrát, ale několikrát jsem byla požádána o to, abychom to ukončili, protože zrovna u nás některé ty tumory jsou, že zasahují, postihují plíce, takže pacientky nemůžou dýchat, dusí se, to je jedna z nejhorších smrtí co může být, kdy se člověk nemůže nadechnout. Metastazují nám do jater, takže tam je potom cirhóza a nejhorší co je, to jsou potom ty ascity, kdy vlastně oni už nejsou schopné pohybu a tady toho. Takže v určitých ano, ale su si vědoma toho, že je to strašně zneužitelné. V našich právních podmínkách si myslím, že by to zatím nefungovalo.

T: Dobře. A když jste říkala, že jste se setkala několikrát teda s tou žádostí, což je jedna z mých otázek, tak jak jste na ni reagovala?

R3: Já jsem pacientce vysvětlila, že to není možné, že i kdyby to chtěla ona a rodina, že v naší době a při současných právních nastaveních to není možné. Ale kdyby se mě takto někdo zeptal, v několika případech bych k tomu byla já svolná.

T: Takže byste ji dokázala poskytnout?

R3: Nevím, jestli bych ju dokázala poskytnout, ale dokázala bych to pochopit, dokázala bych to obhájit a určitě bych u toho dokázala asistovat.

T: A takové to „klasické“ ukončení léčby u nevléčitelně nemocných, které se tady děje běžně, to pokládáte za nějaký způsob euthanasie?

R3: Tak záleží na tom, co jako jak je to. Pokud je to pacient, který ti leží, že se udržuje opravdu, že mozek je totálka, je tam mozková smrt, tak to nepokládám za euthanasii.

T: A nějaká ta situace, ve které byste ji zvolila? Vy jste říkala tumory...

R3: Ano. Bolest, jednoznačně bolest, protože to když se díváš na toho člověka, kterému tečou slzy a řve a není mu pomoci, nezabírá mu opiátová léčba, tak...ano.

T: Dobře. Tak teď něco, co je k vám možná úplně nejbliž. Jaký postoj zaujímáte k interrupci?

R3: Ouhm. Interrupce, moc ne, ale v určitých situacích ano.

T: Dobře. Takže v jaké situaci je podle vás ta interrupce správná?

R3: Tak interrupce ze zdravotních důvodů, když jsou tam opravdu geneticky prokazatelné změny, kdy opravdu by to byl, buď by se to narodilo mrtvé, nebo tak těžce postižené, že by to třeba přežilo chvílečku a určitě interrupce třeba po znásilnění.

T: Dobře. A naopak, nějaká situace, kdy prostě absolutně byste to odsoudila?

R3: Jo, pokud je to z finančních důvodů.

T: Dobře. Takže...lékař má právo odmítnout ženu žádající o interrupci, odmítla byste ji vy?

R3: Jako já, provést?

T: Tak jakoby, ať už při ní asistovat nebo třeba na místě toho lékaře kdybyste byla.

R3: Já bych asi interrupce neprováděla, ale toto co my děláme je více méně asistence jo, a beru to jako součást svého povolání.

T: A znáte někoho ve svém okolí, který toho práva odmítnout tu ženu využil?

R3: Máme tu lékaře, kteří neprovádí interrupce.

T: Vyloženě z přesvědčení?

R3: Ano, ano.

T: Dobře. Tak, pojďme teda k etice. Znáte nějaký etický kodex vztahující se ke zdravotnictví?

R3: Tak přímo náš, naší nemocnice, etický kodex.

T: Mhm, podle vás je euthanasie v rozporu s tímto kodexem?

R3: Naším?

T: Buď vaším nebo jakýmkoliv jiným.

R3: No, asi jak je postavený, tak asi jo.

T: A v čem?

R3: Za každé situace vždy nevím, jestli je ten etický kodex napsaný tak, že opravdu ikdyž už člověk nechce, nemá sílu, nemá vůli...my jsme povinni mu poskytnout, nebo i ten etický kodex nám to říká, do poslední chvíle péči.

T: A ta interrupce je podle vás z hlediska etiky v pořádku nebo nějakým způsobem přijatelná?

R3: Zase, jak která jo. Jak jako, jak říkám já su silně k tomu, tady k těm interrupcím ze zdravotních důvodů a tady potom po těch znásilněních, protože vím, jak potom některé ty miminka dopadají.

T: Dobře. Děkuju.

PŘÍLOHA P V: PŘEPIS ROZHOVORU S R4

T: Tak, úplně na úvod bych se vás ráda zeptala, jak dlouhou praxi máte?

R4: Mám praxi 30 let.

T: Dobře. Tak, jak chápete samotný pojem euthanasie?

R4: Euthanasie pro mě znamená asistovaná smrt.

T: Mhm. A jaký je váš názor na tady tu smrt?

R4: Pokud je to nutné nebo to pacient pociťuje, že je to správné, tak bych mu to umožnila.

T: Mhm. A dokázala byste ji poskytnout?

R4: To je těžká otázka. Hmm, pokud by to bylo legislativně ošetřeno a byla bych přesvědčená o tom, že by to bylo správné, tak ano.

T: A jste teda pro nebo proti legalizaci?

R4: Jsem pro legalizaci, určitě ano.

T: Setkala jste se někdy se žádostí o euthanasii?

R4: Ne, ještě nikdy.

T: Dobře. A pokládáte takové to „klasické“ ukončení léčby u těch nevléčitelně nemocných, kdy už se nedá nic dělat, za způsob euthanasie?

R4: Ne, to určitě ne. To není automatické, to bych považovala, až jak se pacient rozhodne.

T: A napadne vás situace, ve které byste euthanasii zvolila?

R4: Jako já jako nemocný člověk?

T: Buď to vy jako nemocný nebo vy jako na místě toho lékaře, kdy byste řekla: „Ano, ten na ni má nárok, tomu bych ji prostě poskytl, pokud by o ni požádal“.

R4: Muselo by to být něco, kdy ten pacient neskutečně trpí, ale v dnešní době se dá všechno svým způsobem utlumit, ty bolesti. Nevím, nesetkala jsem se s tím, nedovedu si to představit.

T: Dobře. A když teda přejde k interrupci, tam máte jaký postoj?

R4: Interrupce...nemám s tím problém, ano.

T: A kdy, když si představíte nějakou situaci, tak kdy byste ji pokládala za správnou volbu?

R4: Jako správnou volbu, hmm, pokud se rozhodne klientka, tak je to správná volba v momentě když je to po znásilnění, anebo když je dítě nebo matka vážně nemocní.

T: A existuje nějaká situace, kdy ji prostě rezolutně odsuzujete nebo odmítáte?

R4: Noo, situace...

T: Kdy byste si řekla, že tohle bylo prostě zbytečné nebo...

R4: Hmm, no asi bych přemýšlela nad některými situacemi. Když to bylo, když někdo nad tím nepřemýšlí a je to z jeho nerozvahy, nebo pokud je to podruhé, potřetí, když je to opakované, tak tam bych se zlobila

T: A vy třeba ať už na místě lékaře, byste odmítla ženu žádající o interrupci? Protože ten lékař na to má právo to odmítnout udělat...

R4: Určitě ano, má právo...

T: A odmítla byste ji?

R4: Ano, odmítla, pokud bych byla přesvědčena o tom, tak ano.

T: A znáte nějakého lékaře, potažmo sestru, která by takovým způsobem přistoupila k ženě?

R4: Neznám.

T: Neznáte, dobře. Můžete mi říct, jestli znáte nějaký etický kodex vztahující se ke zdravotnictví?

R4: Ano, určitě. I naše nemocnice má zdravotnický kodex, který se snažíme dodržovat.

T: Dobře. A teď teda z pohledu té euthanasie, je v rozporu s tím kodexem?

R4: Určitě ano, je v rozporu, protože zatím na to není legislativa.

T: Dobře. A co ta interrupce, ta je třeba z hlediska etiky, etických kodexů v pořádku? Je přijatelná?

R4: Hmm, není.

T: A včem si myslíte, že je teda nepřijatelná? V čem je neetická?

R4: Neetická? Hm, zabránění života.

T: Jasně, dobře. Tak jo, děkuju moc.

Po ukončení nahrávání respondentka dodala, že by byla ráda, kdyby s naší prací zaznělo: *„Myslím, jsem na 105 % přesvědčená, by toho u nás ze strany zdravotníků nikdo nezneužil. Mám 30 let praxe a poznala jsem několik oddělení. Zdravotníci mají svědomí, jsou tak nastavení a raději by se stokrát přesvědčili, že už se to nedá jinak řešit nebo je si stoprocentně jistý pacient.“*

PŘÍLOHA P VI: PŘEPIS ROZHOVORU S R5

T: Úplně na úvod, můžete mi říct, kolik let praxe jako sestra máte?

R5: (Počítá) 24?!

T: Dobře, děkuji. Tak...jak chápete samotný pojem euthanasie? Co to podle vás je?

R5: No, ukončení života.

T: A jaký je váš názor na euthanasii?

R5: Tak já už jsem vám psala do toho mailu, že já jako věřící člověk jsem vlastně ovlivněná také tímhle tím a myslím si, že to není v rukou lidí, že by to mělo být teda v rukou nějaké té vyšší moci, takže já s euthanasií jako takovou nesouhlasím.

T: Takže v případě, že by teda legální byla, tak byste ji neposkytla?

R5: Ne.

T: S nějakou žádostí o euthanasii jste se setkala, za tu dobu té praxe?

R5: Že bych se setkala přímo s žádostí o euthanasii, to nee, ale setkala jsem se několikrát s pacientem, který řekl, že by chtěl umřít.

T: A jak jste na to reagovala, když vám řekl: „Já už bych chtěl umřít“?

R5: Heh, tak poprvé si myslím, že to bylo vcelku, to bylo poměrně hodně brzy, to bylo vcelku neprofesionální, že jsem skončila u takových těch banálních věcí, jako ale prosím vás a ještě tady dlouho pobudete, a to se nějak vyřeší, to zvládneme....

T: Takové to bagatelizování...

R5: Ano, takové to bagatelizování, no a teď poslední dobou prostě spíš to, o tom mluvím s tím, že co má být bude a že pokud jako se to ta situace má ukončit tak jak ten pacient chce, tak určitě ten Pán Bůh nahoře to takhle zvládne no, že nějaký důvod proč tady ten člověk zůstává ještě prostě je.

T: Dobře. A určitě jste se setkala s takovým tím ukončením léčby, když jsou ti lidi už úplně nevyléčitelní, ví se, že prostě tam už nepomůže vůbec nic. Pokládáte tohle za způsob euthanasie?

R5: Svým způsobem ano. Spíš mi vadí takové to umělé prodlužování toho života, kdy víme všichni, že to spěje ke konci a přesto se ještě dělají vyšetření a ještě se prostě dávají antibio-

tika a ještě se prostě...já v této situaci jsem pro, dát analgetika a usnadnit prostě ty poslední chvílky, ale neprodlužovat.

T: Takže pravděpodobně, vzhledem k tomu, že jste proti, tak vás nenapadne nějaká situace, ve které byste ji teda jako zvolila...

R5: Ne.

T: Dobře. Přejdeme k interrupcím. Tam máte jaká názor?

R5: Tak tam jsem samozřejmě taky ovlivněná tím svým světonázorem a za druhé, já, která jsem si dvanáct let neúspěšně léčila vlastně neplodnost, tak tam jsem taky vlastně zásadně proti.

T: Takže vás vlastně ovlivňuje jednak vaše víra a jednak vaše osobní zkušenost.

R5: Přesně tak.

T: Takže, situace, ve které byste ji pokládala za nějakou správnou nebo vhodnou či přijatelnou...?

R5: (skočí do řeči)...za správnou ne, ale připustila bych ji, já nevím v případě třeba znásilnění, dítě počato ze znásilnění, anebo matka, která má už víc dětí a mělo by to ohrozit na životě, tak tam bych možná připustila, že by to mohlo být, ale zcela výjimečně.

T: A naopak, absolutně odsuzujete, kterou „formu“ interrupce?

R5: Tak takové ty ekonomické zájmy, že máme jedno dítě a druhé si nemůžeme dovolit.

T: Takže vy na místě lékaře, vzhledem k tomu, že lékař má právo odmítat, vy byste odmítla ženu žádající o interrupci?

R5: V 99 % ano, zcela výjimečně, ve zcela výjimečných případech, pokud by byly takové, tak bych to zvážila, ale z 99 % bych odmítla.

T: Předpokládám, že to jedno procento to jsou ty zdravotní důvody, znásilnění...

R5: Jasně.

T: Ve svém okolí, znáte někoho, nějakého toho lékaře, který toho práva využívá nebo využil?

R5: Neznám.

T: Neznáte, dobře. Znáte nějaký etický kodex vztahující se ke zdravotnictví?

R5: Tak samozřejmě kodex sestry, Hippokratovu přísahu.

T: Takže, vezmeme to i z té Hippokratovy přísahy, je podle vás euthanasie v jejím rozporu?

R5: Určitě, protože Hippokrates vlastně, jeho základem je hlavně neuškodit, pomáhat a ta euthanasie je v tomhle případě...no taky je do jisté míry někdy pomoci, ale myslím si, že Hippokrates to takhle nechápal

T: A co interrupce, ta je z hlediska etiky nějakým způsobem přijatelná nebo v pořádku?

R5: Z mého pohledu taky ne.

T: A v čem? V čem konkrétně je neetická?

R5: Pokud připustíme vznik života už vlastně, že když to dítě je počato, že už tam začal život, tak jestli ta vražda je prostě na plodu nebo na dospělém člověku, tak je to podle mě ukončení života, které není přípustné.

T: Dobře. Tak úplně na závěr, je ještě něco, co byste k tomu ráda dodala?

R5: No já si myslím, že v dnešní době bohužel se tady tyhle otázky hodně, hodně se o nich mluví, ale obávám se, že ještě lidstvo nebo, že naše společnost není na tom tak, abychom třeba o té euthanasii mohli uvažovat. Jo, že já bych se bála v dnešní době toho, že by se to mohlo zneužít. Jo? Tady se zneužívá i ta interrupce, kdy začali jsme na tom, že to bude ze zdravotních důvodů a nevím z čeho všeho, a dnes hodně převažují ty důvody sociální si myslím, tak že by to úplně stejně mohlo skončit i u té euthanasie.

T: Tak jo, děkuju moc.

PŘÍLOHA P VII: PŘEPIS ROZHOVORU S R6

T: Na úvod mi prosím prozradte kolik let praxe jako sestra máte?

R6: Mám praxi 41 let.

T: Jak chápete pojem eutanázie? Co to podle vás je?

R6: Ukončení života na žádost rodiny či nemocného.

T: A jaký je váš názor na toto ukončení života?

R6: V naší společnosti je to zneužitelné, není natolik vyspělá. Jsem proti, bolest se dá zvládat farmakologicky a naděje umírá později. Vidím v tom zneužití.

T: Dobře, takže předpokládám, že byste euthanasii nedokázala poskytnout?

R6: Ne, já bych to nikdy neudělala.

T: Setkala jste se někdy za svou praxi s žádostí o euthanasii?

R6: Jako, že by pacient chtěl, abychom mu ukončili život??

T: No, jako jestli vás někdy pacient prosil o to, abyste mu už pomohli umřít, že už nechce dál žít...

R6: Ano. Nechtěl žít.

T: A jak jste na to reagovala?

R6: Nijak, na to nešlo nic říct.

T: Pokládáte ukončení léčby u nevléčitelně nemocných za nějaký způsob euthanasie?

R6: Ne, toto ne. Pro mě je důležité, aby ten pacient netrpěl, nemusíme mu dávat kardiotonika nebo jiné léky. Záleží ale i na věku, u mladého člověka jsem pro léčit až do konce, a u třeba 90 letého bych nechala bez léků, aby mu srdíčko dobilo. Je to velmi individuální a zase zneužitelné a na hraně euthanasie.

T: Pravděpodobně vás nenapadne situace, ve které byste euthanasii zvolila, že?

R6: V žádném případě!!!

T: Dobře. Přejdeme tedy k interrupci, jaký názor máte na ni?

R6: Interrupce ano, rozhodne si žena.

T: Je nějaká situace, kdy ji pokládáte za správnou volbu?

R6: Narození poškozeného jedince, špatné podmínky rodiny – více dětí,...

T: A existuje naopak taková situace, kdy ji zcela odsuzujete?

R6: Já ji neodsuzuji. Bavíme se o interrupci, ta je do 3. měsíce, to je důležité, takže to je ještě embryo, ne plod.

T: Odmítla byste vy, na místě lékaře, ženu žádající o interrupci?

R6: Ne.

T: A znáte nějakého lékaře, který odmítá provádět interrupce?

R6: Ano, z náboženského důvodu.

T: Dobře. Znáte nějaký etický kodex vztahující se ke zdravotnictví?

R6: Hippokratova přísaha, ta je základem.

T: Je podle vás euthanasie v jejím rozporu?

R6: Ano.

T: A v čem je ten rozpor?

R6: Tam to bylo založené na té víře, tam by to bylo, jakože způsobím smrt.

T: A interrupce je podle vás z hlediska etiky přijatelná?

R6: Je přijatelná.

T: V jakém smyslu?

R6: No pořád hovoříme o embryu, ne o plodu...

T: Chápu to tak, že podle vás tedy embryo není osoba nebo člověk...

R6: Není to vyvinuté, nemá to ještě pět prstů, mozek a podobně.

T: Dobře, děkuju vám.