

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra filosofie a religionistiky

Diplomová práce

LÉKAŘSKÁ ETIKA TERMINÁLNÍCH STAVŮ

Vedoucí práce: doc. Mgr. Ing. Tomáš Machula, Ph.D., Th.D.

Autor práce: Radka Kylbergerová

Studijní obor: Etika v sociální práci kombinované studium

Forma studia: kombinovaná

Ročník: třetí

2011

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

21. 3. 2011

Bc. Radka Kylbergerová

Děkuji vedoucímu práce doc. Mgr. Ing. Tomáši Machulovi, Ph.D, Th.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

ÚVOD	6
1 LÉKAŘSKÁ ETIKA	9
1.1 Historický vývoj lékařské etiky	9
1.2 Vývoj lékařské etiky po druhé světové válce	11
1.3 Východiska bioetiky	12
1.4 Současné principy lékařské etiky	14
1.4.1 Princip lidské důstojnosti	14
1.4.2 Princip totality a integrity	15
1.4.3 Princip služebnosti a kreativity	15
1.4.4 Princip správného svědomí a informovaného souhlasu	16
1.4.5 Princip profesionální komunikace	16
1.4.6 Principy společného dobra a subsidiarity	17
1.4.7 Princip dvojího účinku	17
1.4.8 Princip legitimní kooperace	17
1.4.9 Princip růstu skrze utrpení	18
2 OTÁZKY SMYSLU SMRTI, ŽIVOTA, UTRPENÍ	21
2.1 Fenomén smrti	21
2.2 Smysl života	27
2.3 Smysl utrpení	32
3 ETICKÉ PROBLÉMY KONCE ŽIVOTA	38
3.1 Eutanazie	44
3.1.1 Pojetí eutanazie.....	44
3.1.2 Nízká kvalita života jakožto argument pro eutanazii	47
3.1.3 Autonomie člověka jakožto argument pro eutanazii	49
3.1.4 Eutanazie dobrovolná, nedobrovolná	54
3.1.5 Argumenty proti eutanazii	63
3.1.6 Dystanazie	66
3.2 Shrnutí	68

4	LÉKAŘOVA OPORA PŘI ŘEŠENÍ SPORNÝCH OTÁZEK	71
4.1	Historie výuky české lékařské etiky	73
4.2	Současná výuka lékařské etiky v ČR	74
ZÁVĚR		79
Seznam použitých zdrojů		81
Abstrakt		86
Abstract		87

ÚVOD

V posledních desetiletích prošla medicína výraznou proměnou, a to především díky nárůstu medicínských poznatků, expanzi ve využívání technologií při diagnostice a léčbě závažných onemocnění. Díky tomuto pokroku je možné prodlužovat lidský život a zachraňovat i životy, jejichž záchova by dříve byla nemožná. Jsou překonávány hranice, tento rozvoj však zahrnuje mnoho nových, často problematických otázek, na které je třeba hledat odpovědi.

Jedním z nejdiskutovanějších a rovněž nejožehavějších témat je poslední fáze života člověka – umírání, na jehož konci je smrt. Většina umírajících je v současné době odkázána na ústavní péči. Jednou z příčin je pravděpodobně tabuizace smrti moderní společností a z ní plynoucí nejistota a strach z přítomnosti smrti, také současné pojetí rodiny, které již není založeno na tak pevných svazcích jako v minulosti, kdy nejbližší příbuzní pečovali o své blízké mnohem intenzivněji než dnes, navíc obava potenciálních pečovatелů z řad rodinných příslušníků ze ztráty zaměstnání bývá v této problematice často zásadní. Rozhodování o péči na konci života tak náleží výhradně lékařům.

Toto rozhodování je velmi závažné, komplikované, zahrnuje nejrůznější dilemata. Vyžaduje schopnost sebereflexe, vysokou míru uvážlivosti, zodpovědnosti, altruismu a mravního cítění. Tomu by měla odpovídat příprava mediků. Lékařská etika by měla být neoddelitelnou součástí výuky budoucích lékařů, jejím cílem by pak mělo být posílení etického mínění a výše zmíněných způsobilostí.

Důvodem mé volby při výběru tématu byla zkušenost s rozdílnými a mnohdy také rozporuplnými postoji a reakcemi lékařů i zdravotníků nelékařů při rozhodování o péči na konci života pacienta během mé patnáctileté praxe zdravotní sestry v akutní medicíně.

Mnohdy je velice složité zaujmout jakýkoli postoj v dilematických otázkách života a smrti člověka, a to jak pro zdravotnický tým, tak pro laickou veřejnost. Názorů na to, co je dobré a co zlé, je celá řada, nalézt společný konsenzus se často nedaří. Avšak lékař musí i za těchto okolností po důkladné rozvaze zodpovědně zvolit stanovisko, které pak bude schopen obhájit před svým svědomím, před pacientem, jeho rodinou, ostatními členy zdravotnického týmu a v některých, spíše výjimečných případech, rovněž před médiem, příp. soudem.

Tato rozhodnutí se dotýkají každého z nás. Každý z nás spěje k poslední fázi života a nemůže nás nezajímat, kdo stane u lůžka umírajícího, ať je umírajícím cizí člověk, osoba blízká nebo jde o nás samotné. Rozpozná a zvládne v tu chvíli lékař i ostatní zdravotníci svůj úkol?

Při přípravě mediků pro výkon povolání lékaře je možné a domnívám se, přímo naléhavé, formovat jejich postoje vzděláváním, výukou etiky, respektive lékařské etiky. Na základě jejich postojů a jednání se budou utvářet nová medicínská paradigmatata, jež se stanou vzorem a východiskem chování a jednání ostatních zdravotníků.

Cílem mé práce je na podkladě studia dokumentů určených i doporučených k výuce lékařské etiky a dalších pramenů analyzovat, srovnat a sumarizovat zdroje profesní etiky lékařů, o které se mohou opřít při rozhodování o životě nebo smrti pacienta v praxi. Zajímá mě, co je důvodem rozdílných názorů lékařů na poskytování péče nemocným v terminálním stadiu, odkud pramení jejich nejistota a snad i obavy. Hlavním předmětem této práce je reflexe problematiky etiky terminálních stavů na základě analýzy pramenů lékařské etiky a definovaných kritérií pro rozhodování o péči na konci života. Použitou metodou práce je syntéza, kombinace a komparace poznatků získaných z analýzy pramenů.

Ze stěžejních autorů, kteří se věnují základním etickým otázkám lékařské etiky, a o jejichž díla se v této práci opírám, uvedu Jiřího Kořenka, Helenu Haškovcovou, Martu Munzarovou, Petra Ondoka. Dalšími autory prací věnujících se etickým aspektům lékařské profese a důstojnosti lidského života jsou Hans Rotter, Jan Payne, Günter Virt, zabývající se etikou umírání, smrti a eutanazie. Nesmím opomenout Viktora Emila Frankla, který dává smysl životu v každé jeho fázi, v každém jeho momentu, Davida Thomasmu a Thomasine Kushnerovou.

V první části práce jde o seznámení s pojmem lékařská etika, popíše její předmět, historický vývoj od dob Hippokrata až po přítomnost a současné principy lékařské etiky. Ve druhé části se zaměřím na největší existenciální událost lidského života, smrt, na postoj člověka ke smrti, který prošel v průběhu dějin zásadní proměnou. Vědomí naší smrtelnosti, a tedy i konečnosti, je podstatné pro smysl života. Krize smyslu je významným tématem soudobé moderní společnosti. Potřeba smyslu života vystupuje v průběhu celého života člověka, nejintenzivněji v těžkých životních situacích. Nejen hledání smyslu života patří k posledním okamžikům člověka, ale rovněž utrpení k umírání jaksí náleží. Proto se budu věnovat i těmto tématům.

Třetí část práce je zaměřena na etické problémy konce života. Stále živé téma, vzbuzující zájem médií, široké veřejnosti i odborníků, je eutanazie. Co vede jednoho člověka k tomu, že požádá o své usmrcení druhého člověka? Je vůbec někdo oprávněný klást takovýto požadavek? A co vede k zaujetí kladného či záporného stanoviska k eutanazii? Tyto pohnutky a přesvědčení se pokusím shrnout. Mít moc nad životem a smrtí pacienta s sebou neoddělitelně nese nesmírnou odpovědnost. Lékař se pochopitelně rozhoduje v souladu s platnými zákony, respektuje také společenské normy, vlastní mravní cítění. Pomocí mu mohou být také etická doporučení a jasně specifikovaná kritéria péče o terminálně nemocného. Právě těmito kritérii a doporučeními se budu podrobněji zabývat.

Jaký je stav současné výuky lékařské etiky a zda může přispět k přípravě budoucího lékaře na jeho náročné povolání, budu zjišťovat v poslední čtvrté části práce. Nejprve provedu krátký exkurz do minulosti a přiblížím vývoj výuky etiky na lékařských fakultách. Poté se pokusím zjistit, jak vypadá výuka etiky na lékařských fakultách dnes, především jakým způsobem je koncipována a zda může splnit to, co je jejím cílem, tedy kultivovat mravní étos lékaře. Tímto se oklikou dostávám zpět na počátek mých úvah. Rozpozná a zvládne budoucí lékař svůj úkol, až stane u lůžka umírajícího?

1 LÉKAŘSKÁ ETIKA

Ústředním pojmem této práce je lékařská etika, potažmo bioetika. Tyto pojmy spolu korelují, přesto je třeba je diferencovat.

Bioetika je široký pojem a je nadřazen pojmu lékařská etika. Rozumí se jím zkoumání etických problémů nejen v praktickém výkonu lékařské praxe, ale také ve výzkumu, a to v těch oborech, které výkon lékařské praxe podmiňují (biologie, biofyzika, chemie, farmacie). Lékařská etika je pojem, který souhrnně označuje etické problémy v lékařství.¹

Lékařská etika jako profesní etika se zabývá nejen etickými hodnotami, mravními normami a jejich uskutečňováním v konkrétní lékařské praxi, ale také mravními nároky, které vymezují chování, vztahy a ideály, které jsou typické pro lékaře. Ideál lékařského povolání je soubor nejen dobrých vlastností lékaře, ale hlavně jejich začlenění do každodenního jednání lékaře.² Lékařská etika se zabývá aktuálními situacemi v lékařské praxi, kdy je lékař nucen se rozhodnout a jednat. V tomto procesu lékař přeměňuje teoretické etické argumenty a morální normativy do konkrétní existující situace.³

1. 1 Historický vývoj lékařské etiky

Lékařská činnost je od nejstarších dob spojována s určitými etickými požadavky. Svědectvím o tom je tzv. Hippokratova přísaha pocházející ze 4. století před naším letopočtem.⁴ Hlavním motivem této přísahy je užitek, který má pro pacienta mít lékařská péče, a odpovědnost lékaře za jeho lékařské zákroky.⁵ Tyto základy lékařské etiky byly v průběhu času uváděny do souladu s tradicemi velkých monoteistických náboženství, zásady byly rozšiřovány i o jiné povinnosti, které nebyly v rozporu s těmi původními a donedávna nebyly jakkoli zpochybňovány.⁶ Všechny principy, které přísaha obsahuje, není možné aplikovat na dnešní dobu, řada principů má však stále platnost a objevují se v určité podobě i v Etickém kodexu České lékařské komory.

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 15.

² KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 53.

³ Tamtéž, s. 52.

⁴ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 42.

⁵ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 47.

⁶ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 42.

Jsou jimi: úcta k učitelům; otevřené, partnerské a korektní vztahy mezi kolegy; aplikace léčebných opatření podle schopností a možností; upřednostňování dobra pro nemocné; ochrana nemocných před poškozením a křivdou; ochrana lidského života; vyvarování se sexuálních vztahů s pacienty; zachování mlčenlivosti.⁷

V dějinách medicíny existovaly i jiné přísahy. Například tzv. Asafova přísaha hebrejského původu, která byla pravděpodobně formulována mezi 3. a 7. stoletím našeho letopočtu židovským lékařem Asafem. Tato přísaha je modifikací Hippokratovy přísahy tak, aby byla ve shodě s etikou Talmudu. Zaměřuje pozornost lékaře na chudé a potřebné, což je aspekt, který v Hippokratově přísaze chybí.⁸

I když nemáme podrobné informace, co se dělo s medicínou na Západě po pádu římské říše, je možné vysledovat nepřetržitou kontinuitu tradice antického lékařství na Východě. Ibn Sina, zvaný Avicenna (980 – 1037), byl velký středoasijský učenec, z dochovaných fragmentů spisů jsou známy jeho názory na léčení. Avicenna uváděl, že nelze léčit bez hluboké účasti s osudem nemocného. K seznámení západního světa s Avicennovou tvorbou přispěly křižácké výpravy, do konce 12. století byly Avicennovy spisy přeloženy do latiny.

V českých zemích docházelo z hlediska medicíny k pozvolnému a opožděnému uplatnění kánonů a praktik středověkého lékařství latinského západu, vybudovaného na antických základech, paralelně s prosazováním křesťanských idejí, zásad a institucí.⁹ V lékařských principech vycházejících z náboženské víry, je vždy uznávána vyšší autorita než člověk – Bůh. Mravní principy jsou podřízeny jejím příkázáním.¹⁰

Koncem 17. století již byly v západním světě ustaveny standardy profesionálního chování lékaře. Anglický lékař Thomas Persival (1740 – 1804) sepsal první kodex lékařské etiky přijatý profesionální organizací. V roce 1874 byl přizpůsoben a přijat sdružením American Medical Association. Tento etický kodex formuloval standard chování pro profesionální lékaře, diktoval morální autoritu a nezávislost lékaře ve službě jiným a jeho odpovědnost ve vztahu k nemocným, stejně jako požadavek bezúhonné pověsti lékaře.¹¹

Další kapitola v dějinách lékařské etiky souvisí s přírodovědnými objevy v 18. století. Darwinova teorie přírodního výběru vedla mj. ke vzniku sociálních věd,

⁷ IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 20.

⁸ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicina*, s. 48 – 49.

⁹ SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*, s. 19.

¹⁰ IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 22.

¹¹ MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 54.

kteře se snařily vylepřít genofond lidské populace. Věda, kteřá se snaří o zlepření dědičného základu a vývoje, se nazývá eugenika. Nacistická ideologie však dovedla eugeniku do extrémů svou snahou o vyšlechtění čisté árijské rasy a vyhlazení řidovské rasy.¹²

1. 2 Vývoj lékařské etiky po druhé světové válce

Ve 20. století, ve kterém proběhly dvě světové války a totalitní režimy s velkým množstvím mrtvých a trpících na straně jedné a mimořádný rozvoj medicíny na straně druhé, se objevila i tzv. depersonalizace a dehumanizace medicíny.¹³ Hovoří se o tzv. krizi moderní medicíny. Lékařství vytváří stále nové a obdivuhodné možnosti, nedovede však vytvořit kritéria jejich humánního nebo nehumánního využití.¹⁴

Poválečný vývoj v oblasti lékařské etiky začíná norimberským soudem, kdy byly dokumentovány nejrůznější zločiny proti lidskosti, prováděné lékaři a vysokými funkcionáři během druhé světové války. Spis z norimberského procesu vyústil v závazné pregnantně formulované doporučení – Norimberský kodex. Norimberský kodex byl vytvořen samotnými soudci, kteří se účastnili norimberského procesu. Jsou v něm stanoveny základní podmínky výzkumu, jako je dobrovolný souhlas lidského subjektu, zaměření experimentu k získání výsledků vedoucích k dobru pro společnost, vyvarování se fyzického nebo mentálního utrpení a poškození, možnost ukončení experimentu v jeho průběhu na přání subjektu apod.¹⁵

Další mezník ve vývoji lékařské etiky představuje Ženevská deklarace. Byla přijata Valným shromážděním Světové lékařské organizace v roce 1947, změněna v roce 1968 a naposledy v roce 1983. Jedná se o obnovený slib lékařů, že budou vždy stát na straně humanitních cílů medicíny. Stejně jako Norimberský kodex představuje Ženevská deklarace důrazný mravní apel, ale není závazným doporučením.¹⁶

Nejdůležitějším smluvním dokumentem v oblasti lékařské etiky je v současné době vedle Úmluvy o lidských právech a základních svobodách Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Byla přijata Výborem Rady Evropy a podepsána v roce 1997,

¹² MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 55.

¹³ OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*, s. 48.

¹⁴ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 9.

¹⁵ MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 55 – 57.

¹⁶ Tamtéž, s. 56 – 57.

Česká republika ji ratifikovala v roce 2001. Jsou zde uvedeny principy, jako je nadřazenost lidské bytosti nad zájmy společnosti nebo vědy, svobodný a informovaný souhlas, ochrana osob neschopných dát souhlas, dříve vyslovená přání, zákaz finančního prospěchu apod.¹⁷

Vyjádřením současné etické odpovědnosti lékaře je Stavovský dokument České lékařské komory č. 10. Jeho novela byla přijata na 5. sjezdu České lékařské komory v roce 1995.¹⁸

1. 3. Východiska bioetiky

Současná společnost je pluralistická. V základních koncepcích i v řešení jednotlivých bioetických problémů se souběžně vyskytují různé teoretické i praktické přístupy k poznání a hodnocení skutečnosti, existují různé filosofické směry a světonázorové postoje.

Pozitivistický přístup konstituuje bioetické principy čistě na základě empirického poznání, nezávisle na určité filosofii. Takto pojatá bioetika nepředstavuje filosofickou disciplínu, ale spíše normativní teorii, jejíž všechna východiska jsou empiricky zdůvodnitelná. V současné době se tento přístup projikuje např. v analytické etice, kde etické normy vycházejí z empirického principu univerzalizace. Na základě tohoto principu se norma stává morálně závaznou, pokud může být všeobecně platná. Jde o modifikovanou Kantovu etiku mravního principu v nás. Problémem však zůstává, jak stanovit kritéria, na základě kterých by norma mohla být přijatelná všemi.

Dalším typem bioetiky je přístup založený na ontologickém nebo antropologickém pojetí, tedy na určitém pojetí člověka. Jde například o utilitaristickou koncepci založenou na základním principu užitečnosti vzhledem k člověku, dále personalismus, kde je východiskem pojem osoby a její vymezení. Existuje také teleologická Aristotelova etika, jejímž základem je přirozené zaměření člověka k dokonalé realizaci jeho schopností a teologická etika, která svá kritéria morality staví na teologickém prohlášení.

¹⁷ MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 57 – 59.

¹⁸ KÖRENEK, J. *Lékařská etika*, s. 63.

Všechny tyto navzájem odlišné přístupy vedou k širokému spektru možných pojetí bioetiky a z nich plynoucích bioetických principů. T. A. Shannon sumarizoval čtyři hlavní koncepce bioetiky. Jednou z těchto koncepcí je konsekvencialismus, který uvažuje důsledky plynoucí z určitého jednání a na základě nich stanovuje etické řešení problému. Hlavním kritériem je tedy posouzení důsledku. Jednání je eticky dobré, jestliže jeho důsledky jsou ku prospěchu člověka, popřípadě celé společnosti. Jde například o typ situační nebo utilitaristické etiky.

Deontologismus je další etickou koncepcí. Jako dobré označuje takové jednání, které je motivováno povinností a odpovědností, přičemž povinnost a odpovědnost může být chápána různým způsobem. Jde například o Kantovu autonomní etiku povinnosti a další etické teorie, které na ni navazují. Kant definoval pojem autonomie, kdy povinnost je primární kategorií. Deontologické pojetí etiky však ne vždy dostatečně reflektuje důsledky jednání.

Etika práv při jednání a rozhodování primárně určuje, či práva a která jsou v našem jednání zahrnuta. Prvotně se tedy řeší, kdo má jaká práva a jaká je jejich vzájemná hierarchie. Tato etická koncepce je výhodná z hlediska jednotlivé osoby, avšak dojde-li k vzájemnému střetu individuálních práv dvou osob, není schopna tento konflikt řešit.

Čtvrtou základní bioetickou koncepcí je intuicionismus. Tato teorie neurčuje eticky dobré jednání na základě racionálního posouzení, ale pouze intuicí na základě bezprostřední reflexe etické stránky jednání. Intuice je subjektivní, problémem tedy je, jak dospět ke společným obecně platným etickým normám.

W. T. Reich, autor publikace *Encyclopedia of Bioethics*, uvádí tři možné vzory bioetických východisek. Prvním paradigmatickým je povinnostní etika, která je postavena na povinnosti a na principech, které ji specifikují. Tomuto pojetí odpovídá například deontologická etika. V současné době v bioetice převládá právě tento přístup, základními principy jsou např. princip autonomie osoby, princip prospěšnosti, spravedlnosti a sociálního prospěchu. Podle Reicha je tento postup nevýhodný v tom, že je založen na příliš úzkých, někdy ustrnulých principech teoretického rázu.

V etice charakteru jde o formování lidského charakteru, připomíná Aristotelovu etiku ctností. Ctnost je trvalý postoj, který se opírá o pevné dispozice k určitému jednání. Soubor těchto ctností lze chápat jako charakter člověka. Etika charakteru hledá správné postoje a vlastnosti člověka a snaží se ho motivovat, aby usiloval o jejich

upevňování. Tato koncepce určuje především požadavky, které by měly být kladeny na charakter zdravotnického personálu.

Americká komora interní medicíny kritizuje neosobní charakter soudobé lékařské péče. Reich jmenuje tři požadavky, které jsou uvedeny v dokumentu této organizace, a které by měl lékař splňovat. Jedním z nich je integrita, což znamená osobní závazek k čestnému a svědomitému jednání. Dále je to respekt, tedy povinnost respektovat všechna práva pacientů a třetím příkladem požadavků na lékaře je soucit, tedy osobní solidarita a soucit s utrpením nemocného člověka.

Třetím bioetickým vzorem je podle Reicha etika hodnot. Tato teorie nevychází tolik z racionálního zhodnocení situace, ale spíše z intuitivní dimenze našeho poznání a hodnocení. Tato koncepce se potýká s obdobným problémem jako intuicionismus, tedy jak dospět na základě subjektivního hodnocení ke společným obecně platným etickým normám.¹⁹

1. 4 Současné principy lékařské etiky

Rozhodování lékaře se má řídit určitými principy, které vyplývají ze základní koncepce bioetiky a jejího systému hodnot. Pro formování principů lékařské etiky byla výchozím bodem Hippokratovská tradice ovlivněná židovsko-křesťanskou tradicí.²⁰ Avšak soudobá lékařská etika z důvodu potřeby všeobecné sdělitelnosti abstrahuje od čistě náboženských stanovisek. Je z velké části postavena na sekulárním pojetí člověka a teologické aspekty ponechává stranou.²¹ Centrálními prvky současné lékařské etiky v západní medicíně jsou láska ke svobodě, k toleranci, k sebeurčení.²²

1. 4. 1 Princip lidské důstojnosti

Jedním z principů lékařské péče je princip lidské důstojnosti osoby. Tento princip vychází z personalistické filosofie a lze jej definovat tak, že všechna rozhodnutí musí

¹⁹ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 14 – 17.

²⁰ MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 60.

²¹ ŠIMEK, J.; ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*, s. 45.

²² IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 24.

uspokojovat vrozené i kulturní potřeby každého člověka jakožto člena lidského společenství. Zdravotní péče je otázkou společenského zájmu, je třeba usilovat o konsenzus, který by respektoval priority jednotlivých potřeb člověka. Z křesťanského pohledu je důstojnost lidské osoby primárně dána tím, že člověk byl stvořen Bohem a k Božímu obrazu. Dalším důvodem je schopnost člověka hledat a nalézat pravdu a také to, že je morální bytostí, která má svědomí. Důstojnost člověka plyne z jeho svobody a také z tajemství lidské smrti. Člověk jako jediný tvor si uvědomuje svou konečnost, i fakt, že k zániku nevyhnutelně spěje. Proto M. Heidegger nazývá bytí člověka „bytím k smrti“.

Princip lidské důstojnosti je základním kritériem při většině etických rozhodování, je důležitým východiskem při posuzování etické přípustnosti medicínských zákroků, jako je např. genová technologie, transplantace, experimentování s člověkem apod.

1. 4. 2 Princip totality a integrity

Lidská přirozenost je otevřený systém s hierarchií jednotlivých funkcí, přičemž termín integrita znamená soulad všech těchto funkcí. Zdraví člověka není primárně záležitostí orgánů, ale je především jejich schopnosti pracovat patřičným způsobem. Obecně může být každá jednotlivá schopnost obětována pro prospěch celé osoby. Tento princip je nutné aplikovat při řešení etických problémů např. v chirurgii (obětovat prst pro záchranu ruky apod.).

1. 4. 3 Princip služebnosti a kreativity

Tento princip je spíše partikulární, bývá užíván také v souvislosti s etickým vztahem člověka k přírodě a životnímu prostředí, má náboženskou konotaci. Vyjadřuje, že člověk nemá absolutní nadvládu nad přírodou, ale že ji má chránit a uchovávat neporušenou.

Principem kreativity je míněna veškerá aktivita člověka směřující ke zlepšení kvality života. Tyto činnosti se týkají také technických metod a léčebných postupů,

ale i experimentování, pakliže při tom nedochází k zasahování do přirozených funkcí a schopností člověka (genetické inženýrství).

1. 4. 4 Princip správného svědomí a informovaného souhlasu

Tento princip se týká jednak správného, nepomyšleného svědomí a jednak svobodného, poučeného souhlasu. Vlivem předsudků, konvencí a nekritického přejímání cizích vzorů může docházet ke zmatení, někdy dokonce až k deformaci svědomí a ani lékař nemusí být vždy kompetentní v oblasti morálních pohledů, souvisejících se zamýšleným způsobem léčby. Odpovědnost pak může být přenesena na někoho jiného, příp. na instituci. Tou nejposlednější instancí je svědomí, a to správně formované svědomí.

Princip informovaného souhlasu označuje požadavek, že každý terapeutický krok může být proveden jedině na základě předcházejícího svobodného a informovaného souhlasu pacienta. Pokud jde o pacienta inkompetentního, musí mít lékař souhlas rodinných příslušníků, resp. jeho opatrovníka.

1. 4. 5 Princip profesionální komunikace

Princip profesionální komunikace se týká především zdravotnického týmu. Obsahuje povinnost naslouchat nemocnému, věřit mu a říkat mu pravdu (je-li to možné). Každý člověk má právo, aby bylo respektováno jeho soukromí, čili lékař je povinen je respektovat a všechna osobní sdělení nemocného má za svěřené tajemství.

Lékař a pacient by mezi sebou měli mít vztah vzájemné důvěry. Sdělování negativní informace nebo lhaní tuto důvěru narušuje. Má-li lékař nemocnému sdělit špatnou zprávu, objevuje se problém, zda je skutečně vhodné informovat ho o všech skutečnostech, když lze předpokládat, že sdělení plné pravdy by u pacienta pravděpodobně vedlo k depresi nebo rezignaci, které by mohly ohrozit výsledek terapie.

1. 4. 6 Principy společného dobra a subsidiarity

Důstojnost a hodnota osoby předpokládá společnost, kde má každý jedinec povinnost přispívat ke společnému dobru a také se na něm podílet. Společným dobrem jsou míněny podmínky sociálního života, kdy jednotlivci, rodiny a sociální skupiny mohou dosáhnout plné seberealizace. Princip subsidiarity znamená, že tato společná dobra jsou spravedlivě distribuována. Kritériem není zásluha, ale potřeba.

1. 4. 7 Princip dvojího účinku

Bioetické rozhodování je v některých případech velice obtížné. Jde např. o situaci, kdy terapeutický cíl je sám o sobě eticky dobrý, avšak za určitých okolností, tedy nepřímo, může vést k výsledku, který sám o sobě eticky dobrý není. V tomto momentu bývá právě aplikován princip dvojího účinku, tedy že za určitých okolností je možné dovolit jednání, které nepřímo povede k důsledku, který je sám o sobě negativní. Při to musí být splněny určité podmínky: Jednání s dvojím účinkem musí být samo o sobě eticky dobré, nebo alespoň indiferentní. Cílem terapeutického zákroku je dobrý účinek, kterého nemůže být dosaženo jiným způsobem. Eticky špatný důsledek nesmí být úmyslem, je jenom předvídan a je pouze doprovodný. Musí být přiměřená proporce mezi zamýšleným dobrem a připouštěným zlem.

1. 4. 8 Princip legitimní kooperace

Princip legitimní kooperace souvisí s předchozím principem dvojího účinku. Jeho význam je takový, že jedinec nesmí spolupracovat na eticky špatném jednání. Špatný účinek terapeutického zákroku nesmí být nikdy záměrem. Tento princip je významný především pro lékaře v nemocnicích, kde jsou tolerovány neetické, ale zákonem povolené zákroky (eutanazie, sterilizace apod.).

1. 4. 9 Princip růstu skrze utrpení

Tento princip vychází z křesťanského pojetí nemoci a lidského utrpení. Jak nemoc, tak utrpení člověka by měly být snášeny v duchu křesťanské naděje a měly by být využity k osobnímu duchovnímu růstu. Poslední pochopení smyslu utrpení náleží k víře, proto se tento princip vztahuje na lidi, kteří přijali křesťanství jako základ svého životního postoje a smyslu vlastní existence.²³

Naproti této podrobné klasifikaci bioetických principů J. Childress a T. Beauchamp počet principů redukuje a uvádějí pouze základní. Rozdělili současné principy lékařské etiky na principy prvního a druhého řádu. Principy prvního řádu jsou princip neškodění, princip dobřechinění, princip respektu k autonomii a princip spravedlnosti. První dva principy stále navazují na hippokratovské a náboženské tradice, další dva již vycházejí ze současného chápání světa.²⁴ Mění dosavadní paternalistický model, kdy byl lékař plně odpovědný za blaho pacienta, zatímco nemocný byl více méně pasivním příjemcem jeho péče a příkazů. Pacient by se měl stát rovnoprávným partnerem lékaře a měl by mít právo na spravedlivé přidělení takové péče, jako každý jiný občan.²⁵ Etické principy prvního řádu jsou podle Childresse a Bechaumpa nezávislé na etických teoriích a mají, stejně jako principy druhého řádu, evidentní platnost. Principy druhého řádu jsou pravdomlupnost, mlčenlivost, věrnost, poctivost a důvěryhodnost.

Princip neškodění – nonmaleficence – zakazuje lékaři ublížit, poškodit nebo usmrтит jiné.²⁶ Je tím vyjádřen i požadavek, aby lékař redukoval a předcházel možným rizikům v preventivním diagnostickém i léčebném procesu.²⁷

Princip dobřechinění – beneficence – vyžaduje, aby lékař jednal vždy v zájmu života a zdraví nemocného a tedy pro jeho dobro.²⁸ Činnost lékaře musí být vedena snahou prospět nemocnému, rizika léčení nesmí převýšit jeho přínos.²⁹ Tento princip zahrnuje základní pravidlo jednání lékaře, a tím je ochrana života, obnovení života, zlepšení kvality života, úleva od strádání a bolesti.³⁰

²³ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 61 – 72.

²⁴ Srov. IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 24 – 25.

²⁵ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 170.

²⁶ IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 24 – 25.

²⁷ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 56

²⁸ Tamtéž, s. 56

²⁹ IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 25.

³⁰ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 56

Princip respektu k autonomii znamená uznávat práva nemocného zastávat názory, činit volby a jednat na základě vlastních hodnot a přesvědčení.³¹ Princip autonomie podmiňuje způsobilost nemocného posoudit jednotlivé alternativy léčby a zvolit vlastní projekt. Autonomie ale rovněž umožňuje, aby se na odpovědnosti za své zdraví podílel také nemocný sám.³² Respektování autonomie nemocného pak předpokládá zájem lékaře o pacienta, snahu srozumitelně mu vysvětlit problematiku jeho zdravotního stavu a získat tak jeho informovaný souhlas.³³

Princip spravedlnosti souvisí s rozdělováním zdrojů pro nemocné.³⁴ Spravedlivé poskytování zdravotní péče každému nemocnému je omezeno nejen ekonomickými, ale také lidskými a geografickými možnostmi, které snižují reálnou dostupnost této péče.³⁵ Vzniká tak rozpor mezi ideální a dostupnou medicínou. Nemocný se musí smířit s tím, že nemůže vždy dostat péči, která je v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky, na druhé straně se zdravotník musí smířit s ekonomickým zásahem do jeho práce.³⁶

Existují však i další klasifikace bioetických principů, které vycházejí z různé míry podrobnosti při vymezování bioetických zásad. Je ale otázkou, zda je reálně možné na základě těchto definovaných principů řešit eticky problémové situace vyskytující se v lékařské praxi. Klasifikace Childresse a Beauchampa je výrazně redukcionistická. Soustřeďuje pozornost pouze na způsob poskytování péče ze strany lékaře a na etické normy, které tuto péči regulují. Ale méně už se zajímá o problémy etického rozhodování ze strany nemocného. Podrobnější kategorizace bioetických principů umožňuje lepší orientaci při daném rozhodování.³⁷

„Pochopit dosah těchto principů znamená pochopit hloubku toho, co mají ochraňovat – nedotknutelnost lidského života a lidské důstojnosti.“³⁸

V současnosti se diskutuje o smyslu života pro člověka. Může být život redukován pouze na biologické funkce? Nemělo by být podstatou hodnocení lidského života něco zásadnějšího? Je možné, aby někdo přestal být osobou, je-li živý? Co je kvalita života? Existuje nějaký moment, kdy už nemá význam v životě pokračovat? Jaký je smysl utrpení, smysl života a smysl lidské existence vůbec? Tato nejistota souvisí

³¹ MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 60.

³² IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 25.

³³ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 56.

³⁴ IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 25.

³⁵ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 57.

³⁶ IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 25.

³⁷ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 73 – 74.

³⁸ HENRIKSEN, J.; VETLESEN, A. *Blízké a vzdálené*, s. 169.

se sekularizací naší společnosti, s postupným vytrácením určitých hodnot. Podle tohoto hodnocení život není vnímán jako dar, ale jako jakákoli jiná záležitost k vlastnění. S tím souvisí i současná krize v hodnocení smyslu života. Současná společnost si zakládá na výkonu, smyslem života se stává produkce, rozvoj, konzum, pokrok, dokonalost a zlepšení životní úrovně.³⁹ „*Jak v této situaci etického minimalismu vypadá lékařská etika s oprávněnými požadavky ideálních norem povinnosti ve službě důstojnosti lidského života?*“⁴⁰

Postavení lékaře v soudobé společnosti je velice složité. Na lékaře jsou při výkonu jeho povolání kladeny daleko vyšší morální požadavky než na pracovníky jiných profesí, situaci jistě neulehčuje ani fakt, že hodnoty této moderní společnosti se vždy neshodují s mravními nároky kladenými na lékaře. V postojích lékařů tak dochází k určitým diskrepancím, které následně ovlivňují rozhodování lékaře při řešení běžných záležitostí své praxe, ale snad nejzřetelněji jsou tyto rozpory patrné při řešení dilematických situací. Jednou z nejaktuálnějších a také nejožehavějších je bezesporu rozhodování o péči na konci života pacienta.

Domnívám se, že je potřebné, ještě než se podrobněji zaměřím na problematiku rozhodování o péči poskytované lékaři pacientům v terminálním stavu, dříve si osvětlit některé další problematické otázky. Mám na mysli otázky úzce související s hlavním tématem této práce, etikou terminálních stavů, jako je smysl smrti, života a utrpení člověka. Ani lékař a ani laik nemůže diskutovat a zodpovědně zaujmout postoj ke složitým, mnohdy dilematickým otázkám konce lidského života, aniž by si nejprve neujasněl své stanovisko ke smrti, smyslu existence a samozřejmě také ke smyslu utrpení.

³⁹ KONGRAGACE PRO NAUKU VÍRY. *Deklarace o eutanazii Bona et iura*, s. 6 – 7.

⁴⁰ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 204.

2 OTÁZKY SMYSLU SMRTI, ŽIVOTA, UTRPENÍ

2. 1 Fenomén smrti

„Život je drahocenný dar – pro obdarovaného stejně jako pro ostatní živé bytosti a pro existující život vůbec. Se zkušenostmi ohrožení a ztráty života jsou lidé konfrontováni ve všech dobách. Někdy až zkušenost tohoto druhu nám dá poznat, jakou cenu má tato zdánlivá samozřejmost.“⁴¹

Fenomén smrti s různou intenzitou člověka vždy přitahoval a přitahuje jej stále. Stanovisko ke smrti běžný člověk zaujmout může nebo také nemusí. Naproti tomu lékař se díky svému povolání ocitá v situacích, kdy tak učinit musí v každém případě. Právě v okamžicích na pokraji života a smrti pacienta se lékař rozhoduje také podle toho, jak on této otázce rozumí.⁴²

Způsob, jakým člověk vnímá a interpretuje existenciální zkušenosti smrti, popsal ve svých studiích k dějinám smrti Philippe Aries. Shledává, že postoj člověka ke smrti se mění na základě čtyř základních hledisek, a to je vědomí člověka o sobě samém, obrana před nepřátelskými mocnostmi přírody, víra v posmrtný život (resp. ztráta této víry) a konečně otázka souvislosti mezi zlem a smrtí.⁴³

Původní a ještě bájně pojetí smrti se zakládalo na přesvědčení, že smrt je výraz pro místo obývané těmi, kteří se vydali na poslední pouť. Vycházelo se z podobnosti s odchodem blízkého člověka na vzdálené místo a věřilo se, že se dotyčný někdy znovu vrátí ke svému kmeni, anebo ho budou všichni pozůstalí jednou následovat.⁴⁴

Ve středověku byla smrt považována za zcela běžnou záležitost, byla na denním pořádku. Postihovala mladé lidi, děti, matky po porodu, časté byly i hromadné smrti při epidemiích. Lidé si díky tomu uvědomovali svou omezenost v čase. Členové rodiny byli se samozřejmostí přítomni umírání blízkého člověka, smrt byla velmi blízkým druhem, i když většinou nevídaným. Jakási důvěrnost a všednost smrti vedla k tomu, že byla vnímána jako dominantní skutečnost života.⁴⁵ Smrt byla blízká a důvěrná, Philippe Aries ji charakterizuje jako smrt zkrocenou.⁴⁶

⁴¹ BUSCHMANN, E. et al. *Bůh přítel života*, s. 10.

⁴² HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 203 – 204.

⁴³ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 14.

⁴⁴ PAYNE, J. *Smrt jediná jistota*, s. 137.

⁴⁵ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče*, s. 66.

⁴⁶ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 14.

Lidé si zhruba v období od dvanáctého do patnáctého století začali uvědomovat svoji individualitu vzhledem ke společnosti. Větší důraz byl kladen na vlastní smrt jednotlivce, smrt byla posledním osobním dramatem každého člověka.⁴⁷ Tuto zkušenost smrti Aries definuje jako smrt vlastní. Od šestnáctého století dochází podle výše zmíněného autora ke zdivočení kdysi zkrocené smrti, nazývá to trvalou blízkostí smrti. Lidé už se nechtěli opírat pouze o zkušenosti a interpretace předků, ale chtěli v experimentu získávat zkušenosti vlastní. V souvislosti s rozvojem přírodních věd se začaly projevovat úspěchy, které dávaly naději na technické zkrocení smrti.

Třicetiletá válka znamenala vraždění v obrovském měřítku. Kdo přežil, musel se vyrovnat se smrtí svých bližních. V popředí byla smrt druhého. Jestliže byla dříve smrt individualizována, od 18. století byla navíc ještě privatizována a za romantismu estetizována. Podle romantické představy nemusela být smrt nutně dávana do souvislosti se zlem. Věřící lidé pokládali onen svět za místo kýženého znovusjednocení. Plně privatizována byla smrt v 19. století v rámci společenské změny, která směřovala k odloučení veřejné a soukromé sféry.

Ve 20. století tyto tendence pokračovaly, ale často se obracely ve svůj opak: z romantické smrti se postupně stala smrt ošklivá. Nemoc, umírání a smrt už sice nebyly dávány do souvislosti se zlem, ale zážitek viny je vystřídán zážitkem studu. Smrt byla uvězněna. Značný význam v posledních okamžicích lidského života získala medicína. Ta však sebe samu chápe jako čistou přírodní vědu, smrt považuje za porážku a snaží se od umírajícího odvrátit. Tento postoj ke smrti Philippe Aries pojmenovává termínem zakázaná smrt.⁴⁸ D. Davies nazývá smrt v nemocnici za stálého lékařského dohledu jako typ smrti řízené profesionály,⁴⁹ David Thomasma ji označuje jako lékařskou smrt. Dochází k ní převážně ve zdravotnických zařízeních. V rodinách je umírání považováno za událost pro pacienta, kterou organizuje někdo jiný, a blízcí se přijdou jen podívat, místo aby ji prožili a poučili se z ní.⁵⁰

Současná společnost preferuje zdraví, mládí, krásu, úspěch a výkon. Smyslem života se stává konzum, komfort a vylepšování životní úrovně.

⁴⁷ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče*, s. 66.

⁴⁸ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 14 – 16.

⁴⁹ Srov. DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti*, s. 77.

⁵⁰ Srov. THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 173.

Takový způsob myšlení nedává utrpení a smrti žádný smysl a stírá rozdíl mezi hodnotou člověka ve smyslu důstojnosti a jeho hodnotou ve smyslu užitečnosti.⁵¹ Jakékoli připomenutí významu utrpení, bolesti a nemoci pro osobní růst člověka je pokládáno téměř za nevhodné.⁵² S blížící se smrtí vchází strach a stísněnost. Strach z osamělosti, bolesti, ztráty důstojnosti. Úzkost plynoucí z pocitu pomíjivosti a nesmyslnosti lidského života.⁵³

Naproti tomu pro věřícího člověka je život darem, který si sám nemůže zasloužit ani obstarat a je neoddělitelný od vztahu k dárci.⁵⁴ Kdo tedy nezůstává ve vztahu k Bohu, je mrtvý. Z takové zkušenosti života jako vztahu také vyplývá, že život není jen prostou existencí nebo biologickým vegetováním, ale že je kvalitativním pojmem. Život je pouze tam, kde se realizuje ve společenství: ve zdraví, pokoji, radosti, kreativité apod. Takový kvalitativně hodnocený a vysoce ceněný život však není trvalým majetkem, se kterým by člověk mohl nakládat. V nejstarších vrstvách Starého zákona bylo bez problémů akceptováno, že dar života člověku uděluje Bůh jen na čas.⁵⁵

Stvořitel ve své náklonnosti stvořil veškerý život, všemu živému poskytuje životní prostor, prostředky k životu i lhůtu pro život⁵⁶: „...odejmeš-li jejich ducha, hynou, v prach se obracejí.“ „Budu zpívat Hospodinu po celý svůj život, svému Bohu zpívat žalmy, dokud budu.“ „Teď je člověk jako jeden z nás, zná dobré i zlé. Nepřipustím, aby vztáhl ruku po stromu života, jedl a byl živ navěky.“⁵⁷

Příčinou takřka každého umírání je buď úraz a zranění způsobené vnějšími silami, nebo je to nemoc pocházející z vnitřních zdrojů člověka a průvodním projevem této nemoci bývá především bolest. Bolest je tedy něco, co umírání předjímá i následuje.

Takřka každé umírání obnáší jisté omezení a ztrátu určitých schopností. Takové postižení člověka připraví o vládu a vlastnictví něčeho, důsledkem je chudoba, která probouzí smutek. Smutek je tedy dalším dopadem umírání na nás.

Takřka každé umírání v průběhu nemoci připravuje člověka o jeho blízké a nejvíce v okamžiku smrti. Odchod člověka do naprosté samoty a opouštění společenství

⁵¹ MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I.*, s. 23.

⁵² JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 126.

⁵³ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 23.

⁵⁴ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 83.

⁵⁵ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 84.

⁵⁶ Srov. BUSCHMANN, E. et al. *Bůh přítel života*, s. 16.

⁵⁷ *Česká biblická společnost: Žl 104,29–33; Gn 3,22* [online].

vzbuzuje zoufalství a především strach. Strach je tedy hlavním dopadem umírání na nás.⁵⁸

Umírání tak doprovází prožitky, které jsou vesměs záporného obsahu. Tyto prožitky jsou příčinou toho, že umírání vyvolává odpor v ostatních lidech.⁵⁹ Skutečnosti související s umíráním člověka nejsou vnímány jako přirozená součást odchodu. Spíše se interpretují jako něco nepatřičného, vůči čemu je třeba zachovat si odstup. Jde také o tzv. estetickou stránku procesu umírání. Když někdo není schopen péče o sebe, je jeho situace hodnocena jako pád pod lidskou důstojnost. Umírající často o těchto skutečnostech ví, uvědomuje si je a tíží ho o to více, že není v jeho silách své tělo ovládat do té míry, aby byl soběstačný. Prožívání závislosti a nemohoucnosti má nepříznivý dopad na pacientovu sebeúctu a důstojnost.⁶⁰

Ve světě byl proces detabuizace umírání a smrti zahájen na počátku sedmdesátých let dvacátého století. U nás dochází ke zvýšenému zájmu o tuto problematiku až po roce 1989.⁶¹ Teze o vytěšňování smrti z vědomí moderního člověka a současné společnosti bývá nyní popírána. Míní se, že smrt není odsunována z vědomí, ale že se vytváří nové chápání smrti, které je založeno na vědě a racionální skutečnosti. Teze o vytěšňování byla nahrazena představou přirozené smrti.

Přirozená smrt je dnes obecně definována jako smrt věkem. Přichází jako přirozený konec vývoje stárnoucího lidského těla. Jde o smrt, která se se samozřejmostí dostavuje jako konec na základě vývoje stárnoucího lidského těla. Smrt věkem není vnímána patogenně. Avšak v současnosti označovaná přirozená smrt je ve skutečnosti smrtí umělou.⁶²

Člověk má všestrannou tendenci k ovládnutí. Ta vylučuje kladný postoj k tomu, co se nám jen přihází, co nejsme schopni ovlivnit a ovládnout. Tento problém vrcholí ve smrti, protože v ní nás přepadá něco, co my lidé zvládnout nedokážeme. A přesto usilujeme o to smrt ovládnout.⁶³ Smrt není přijímána s pokorou. Medicína má vitalistické snahy zaměřené na udržování života za každou cenu, a to i za cenu prodlužovaného bolestného umírání.⁶⁴ Autenticita člověka se přitom zakládá právě

⁵⁸ PAYNE, J. *Smrt jediná jistota*, s. 140.

⁵⁹ Tamtéž, s. 139.

⁶⁰ HRKÚT, J. et al. *Argumentácia v biotike*, s. 183.

⁶¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 202 – 203.

⁶² SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*, s. 30 – 35.

⁶³ Tamtéž, s. 30 – 35.

⁶⁴ KONGRAGACE PRO NAUKU VÍRY. *Deklarace o eutanazii Bona et iura*, s. 6.

v akceptování vlastní konečnosti, jak ve smyslu bytí ve světě v omezeném čase, tak rovněž ve smyslu nedokonalosti v rozhodování a v uskutečňování stanovených cílů.⁶⁵

Daniel Callahan v knize *Stanovení mezí* navrhuje, že by věda a medicína mohly pracovat lépe, pokud připustí, že tento svět je světem s omezenými zdroji. Navrhuje, aby věda a medicína přijaly realitu smrti: Dosažitelným cílem je lepší, ne delší život. Chce, abychom se pokusili přistoupit na kulturní smlouvu a změnili naše vnímání smrti jako nepřítele, kterého je nutné zadržet a místo toho se pokusili akceptovat okolnosti života.⁶⁶

Potřeba diskuse otázek týkajících se umírání a smrti vyvstala především v souvislosti s prudkým rozvojem lékařské vědy a techniky, který lékaři poskytli možnost prodlužovat život těžce nemocných i za okolností, které podněcují otázky po smyslu takové léčby. Uplatněním moderních vědeckých metod se často proces umírání uměle prodlužuje, mohou být vráceni do života i nemocní, kteří byli dříve prohlašováni za mrtvé. Za těchto okolností je nezbytné klást otázky a hledat odpovědi, které mají zásadní význam pro současnou lékařskou etiku. Kdy smíme a musíme udělat vše, co je v našich silách, abychom prodloužili lidský život? Kdy smíme, nebo kdy jsme dokonce povinni takovou pomoc ukončit? Smíme u nevléčitelně nemocného ukončit lékařskou pomoc, která by jeho utrpení prodlužovala, ale také je dovoleno se souhlasem nemocného aktivně učinit opatření, která způsobí jeho smrt?⁶⁷

Naše smrtelnost ohraničuje období našich životních rozhodnutí i vše, čím jsme, čím jsme byli a čím budeme. Přímou zkušenost smrti nám však zprostředkovává smrtelnost těch druhých. O vlastní smrti víme, avšak cizí smrt prožíváme. Zkušenost se smrtí druhého rozhodně není v našem životě druhořadým fenoménem, znamená ve skutečnosti spíše vržení do hloubi vlastního bytí.⁶⁸ „*Teprve láska dělá člověka člověkem a teprve smrt milovaného člověka dává vytušit propastnost smrti.*“⁶⁹

Smrt představuje největší existenciální událost lidského života. Uvědomění si vlastní fyzické smrtelnosti je podstatné pro smysl života. Smysl lidského života nezávisí na jeho délce. Podle V. E. Frankla smysl smrti není obsažen v jejím biologickém hledisku, toto hledisko má transcendentální charakter. Smysl života však nemůže

⁶⁵ ŠIMEK, J.; ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*, s. 68.

⁶⁶ POLLACK, R. *Chybějící okamžik*, s. 116.

⁶⁷ SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*, s. 21 – 22.

⁶⁸ HENRIKSEN, J.; VETLESEN, A. *Blízké a vzdálené*, s. 22.

⁶⁹ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 13.

spočívat v jeho prodlužování, ale v tom, že intenduje smysl smrti jako součást života. Tedy smysl smrti zahrnuje do smyslu života.⁷⁰

Lidský život nabývá hodnoty ve chvíli, kdy naplní své možnosti. V této souvislosti získává smrt zvláštní hodnotu. Hrůzou totiž není samotný odchod ze života, ale odchod od nedokončeného díla, který je provázen pocitem marnosti a dluhu. Aby měl náš život určitý smysl, je nutné zabývat se vlastní smrtí, a to již v mladém věku. Věnovat se vlastní smrti až na sklonku života je již pozdě. Avšak ten, kdo svůj život zakotví ve správném odhadu konce a v poměru k němu si zvolí cíl reálný a dosažitelný a následně i dosahovaný tak, aby se vyhnul pocitům marnosti z jeho nenaplnění, získá dar chytrosti, který je vesměs vzácný.⁷¹

Zodpovědnost a svoboda tvoří nedělitelnou paritu lidského života, který je časově omezený narozením a smrtí, je pomíjivý. Zatímco v nás tato pomíjivost vzbuzuje smutek, jako by bránila všemu, co jsme chtěli vykonat, přesto tvoří základní motiv lidské zodpovědnosti. Právě pomíjivost života nám dává příležitost uskutečnit jeho smysl. Pomíjivé jsou však jen příležitosti, které můžeme vytvořit, prožít nebo vytrpět. Jakmile tyto možnosti proměníme ve skutečnost, nejsou už pomíjivé, protože se staly a tedy trvají věčně. Úkolem člověka proto je zvětšovat pomíjivou přítomnost.⁷²

Všechny fáze lidského života, umírání jako poslední fáze života nevyjímaje, ukládají člověku specifické etické úkoly. I umírající člověk je stále mravně odpovědný. A zvláště nyní v současné hektické době umožňuje vědomě prožívaný, mnohdy dlouhotrvající proces umírání, poprvé objevit smysl uplynulého života jako celku.⁷³ „Smrt je jedinečná šance najít minulosti smysl.“⁷⁴

Shrnu-li tuto kapitolu, vnímání smrti a postoj člověka k ní vychází z kulturně-historického pojetí tohoto fenoménu. Vztah člověka ke smrti prošel řadou proměn od vnímání smrti jako zcela samozřejmé součásti života člověka až po strach, který pociťuje moderní člověk při úvahách o smrti. Současná západní společnost chápe smrt jako nutné zlo, jako něco ošklivého a nepatřičného. V této atmosféře vyrůstají a dospívají mladí lidé, někteří z nich si zvolí za svou profesi výkon lékařského povolání. Smrt se tak pro ně náhle má stát přirozenou součástí lidského života a jejich každodenní lékařské praxe. Dochází k nevyhnutelnému zmatení hodnot moderní společnosti,

⁷⁰ RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 260 – 261.

⁷¹ PAYNE, J. *Smrt jediná jistota*, s. 150 – 151.

⁷² Srov. PAYNE, J. *Smrt jediná jistota*, s. 286 – 287.

⁷³ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 55.

⁷⁴ Srov. Tamtéž, s. 288.

jejího postoje ke smrti, resp. k životu a hodnot a ideálů lékařské profese. Jak se s touto skutečností mladý lékař vyrovná? Do zaměstnání nastoupí plný předsevzetí, různých idealizovaných představ o zvolené profesi a jistě také s notnou měrou zvědavosti. Po určité době se nevyhnutelně dostaví rozporuplné pocity, mnohdy i rozpaky a dezorientace z toho, co očekával a z toho, co nyní zažívá.

Mladý lékař přejímá paradigmatata a kulturu oddělení, na které nastoupil, učí se od svých kolegů a vyžívá svou vlastní zkušeností. Jeho postavení ve společnosti je obtížné. Nároky na něj kladené jsou vysoké a ne vždy je připravený tomuto tlaku čelit. Otázky lidského života, tak jako i smrti, jsou složité, okolnosti nelze předvídat, a tudíž není ani možné se na základě určitého precedentu na dilematické situace připravit. Oporou by lékaři měly být již výše zmíněné bioetické principy, jejich znalost by mu měla umožnit alespoň základní orientaci v problému.

Otázkou ale stále zůstává postoj veřejnosti ke smrti. Nejsme připraveni na smrt svou, nejsme připraveni umírajícího ani doprovázet. Zásadním problémem tedy je změna postoje ke smrti, a to v celé společnosti. Je důležité, aby se o smrti diskutovalo, psalo, a to na široké úrovni, aby se postupně opět dostala do povědomí člověka a mohla se znovu stát součástí našeho života, protože tou bezpochyby je.

2. 2 Smysl života

„Člověk žije ve světě a ptá se po smyslu svého bytí. To je stará, nikdy neumlkající otázka lidstva. Žijeme a pracujeme, neseme břemena a starosti, prožíváme radosti a bolesti, úspěch a neúspěch, snahu a selhání, stárneme a víme, že na konci je smrt. Nevíme ani jak, ani kdy, ale víme, že jdeme vstříc ukončení života, že naše lidské bytí ve světě je poznačeno smrtí. K čemu to všechno? Je tento život hoden žití? Co je smyslem našeho bytí?“⁷⁵ Tato otázka vystupuje v dnešní době s novou naléhavostí. Současný člověk již nežije v jistotě společenské náboženské víry s jejím řádem hodnot a určením smyslu lidského života. Moderní technický svět nemůže poskytnout životu nosný smysl. Základní problémy vlastní člověku neřeší, naopak je ohrožuje a nemůže odpovědět na dotazování člověka po smyslu života.⁷⁶

⁷⁵ CORETH, E. *Co je člověk?* s. 181.

⁷⁶ Tamtéž, s. 181.

Naivní pohrouženost do obstarávání, snaha zajistit se věcmi a mocí pro budoucnost, která je vždy nejistá, to vše jsou rysy falešné kvality života, která se skládá jen z výsledkových hodnot a z instrumentálních entit. Kvalita života nemůže být zastoupena pouhým seznamem prostředků. Nemůžeme se zaměřovat jen na funkce lidského těla v tělesné kultivaci jako je tomu dnes tak často, protože jde také o to, proč má tělo fungovat, jde o cíl tohoto fungování. To znamená, že jde o osmyslnění celého života.⁷⁷

Dokud je existence člověka v jeho všedním životě prostě samozřejmá, nepotřebuje žádnou sebereflexi a analýzu své osobnosti. Když ale do jeho života vstoupí nečekané události, náhle ztrácí jeho existence jednoduchost a jistotu. Životní události člověka nejsou nikdy bezvýznamné. Postupný osobní rozvoj člověka je úzce spojený se skutečnostmi jeho života, setkáními a s jeho myšlením.⁷⁸ K nalezení smyslu je nutné projít oklikou životních postojů a rozhodování, zpracování problémů, prožitků a zkušeností, hledání sebe sama a přístupu k sobě. Teprve potom je člověk schopen doopravdy přijmout smysluplné nabídky a požadavky života a naplnit své úkoly a celý svůj život. Předpokladem je přístup k sobě samému, který vyžaduje otevřenost vlastním pocitům, tělu, pudům, potřebám, touze být sám sebou, být autonomní.⁷⁹

Krise smyslu je významným tématem současnosti. Moderní člověk vypadává ze vztahů nesoucích smysl, je vnitřně osamělý. Ztratili jsme instinktivní spojení s přírodou, ve svých všednodenních vztazích prožíváme spíše osamocenost místo sjednocení, jsme odcizeni své vlastní vnitřní podstatě.⁸⁰ Převaha rutiny nad tvořivostí je znakem našeho žití. Avšak skutečná kvalita života se neobejde bez tvořivosti, potřebuje přesah. Do jednotvárné každodennosti musí vstoupit přesažnost. Teprve tato intence představuje podstatu kvalitního prožívání.⁸¹

Podstatou člověka je jeho lidství. Člověk je tvor rozumný, avšak zároveň je součástí přírody. A právě integrita animality na jedné straně a transcendentality na straně druhé činí člověka člověkem. Smysl lidské existence tak spočívá ve vědomí transcendence člověka vůči danému. To je cesta, která směřuje k naplnění života.⁸² „Člověk je zaměřen k druhému a jenom prostřednictvím druhého nalézá sám sebe.“⁸³

⁷⁷ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*, s. 28.

⁷⁸ RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 88.

⁷⁹ Tamtéž, s. 100.

⁸⁰ Tamtéž, s. 194 – 195.

⁸¹ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*, s. 29.

⁸² JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 112.

⁸³ Srov. CORETH, E. *Co je člověk?* s. 163.

Své vlastní bytí realizuje pouze tehdy, když vychází sám ze sebe. Svět je přirozenou oblastí naší duchovní seberealizace. V tomto světě se má uskutečňovat také transcendentní vztah k absolutnímu bytí Božímu. Z tohoto důvodu musí být možné realizovat vnitřní postoje, které míří za svět a teprve v absolutnu dosahují svého plného smyslu a svého posledního cíle, už v tomto světě. Uvnitř našeho světa se setkáváme s druhými lidmi v jejich absolutní hodnotě, vůči které je nutná nepodmíněná odpověď, přijetí a nesobecká oddanost. Toto jsou postoje, které přesahují konečnou personální hodnotu.⁸⁴

Pro křesťana se nejhlubší zdůvodnění hodnoty lidského života zakládá ve víře v Boha a v povolání k věčnému životu. Křesťan věří, že ho Bůh miluje, že smrtí nezanikne, ale že je povolán k věčnému životu.⁸⁵ „*Kdo zasévá své sobectví, sklídí zánik, kdo však zasévá pro Ducha, sklídí život věčný.*“ „*Bojuj dobrý boj víry, abys dosáhl věčného života, k němuž jsi byl povolán a k němuž ses přihlásil dobrým vyznáním před mnoha svědky.*“⁸⁶ Hodnota lidského života tak není ve schopnosti užívat života, dokázat něco v materiální oblasti, ale že spočívá ve vztahu člověka k Bohu.⁸⁷ „*Každý člověk usiluje o dobrý, vydařený život. Avšak přirozené žití nepředstavuje nejvyšší konečnou hodnotu*“⁸⁸: „*Kdo by chtěl uchránit svůj život, ten o něj přijde; kdo však přijde o život pro mne, zachrání jej.*“⁸⁹

Kanadský profesor filozofie Gery M. Kenyon ve svém pojednání o filozofických základech smysluplnosti v pojetí existenciální filozofie říká: „*Přirozenost člověka je charakterizována hledáním lásky a smysluplnosti života tváří v tvář smrti.*“⁹⁰ Dle Kenyona je člověk bytost hledající smysluplnost své existence. Člověk směřuje k určitému cíli, přijímá podněty a reaguje na ně, ale má své vlastní záměry, které se snaží realizovat. Úmyslně, záměrně a aktivně vytváří svůj vlastní život. Ačkoliv je člověk od přírody egoistický, nemusí jím být, má možnost volby. Je spoluautorem svého sebepojetí a smyslu svého života. Smysl života je nejen otázkou nás samých, ale i druhých lidí a kultury.⁹¹

⁸⁴ Srov. CORETH, E. *Co je člověk?* s. 163.

⁸⁵ ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*, s. 27.

⁸⁶ *Česká biblická společnost: Gal 6,8; 1 Tim 6,12* [online].

⁸⁷ ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*, s. 27.

⁸⁸ Srov. BUSCHMANN, E. et al. *Bůh přítel života*, s. 16.

⁸⁹ *Česká biblická společnost: Lk 9,24* [online].

⁹⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*, s. 129

⁹¹ Tamtéž, s. 129 – 130.

Potřeba nacházet smysl v tom, co se děje, nabývá na intenzitě tam, kde se lidé dostanou do situace velkého trápení. Lidé za takových okolností hledají účel toho, co se děje, upevní pojetí hodnoty sebe sama a změní způsob zvládání problémů. Vytváření smyslu člověku umožňuje odpověď na otázku: Kdo vlastně jsem? Současně člověku naznačí jeho hodnotu. Potřeba smyslu života vystupuje v průběhu celého života člověka, nejintenzivněji je ale vnímána v nejtěžších životních situacích.⁹² Základním pravidlem života je překonávání. Duševní vývoj má trvalý směr překonávat vlastní problémy správným řešením životních úkolů, které na nás klade okolní svět. Překonání takových těžkostí může dát větší energii čelit dalším životním úkolům.⁹³

Lidská přirozenost zahrnuje jakousi predispozici ke spiritualitě, která člověka vždy znovu podněcuje, aby vykročil směrem k transcendentalitě.⁹⁴ Každému člověku jako jedinci je dána vrozená touha po trvalém smyslu života. *„Na cestě hledání smyslu se člověk stává zralejším, nezávislejším a svobodnějším, učí se zacházet s nahodilostmi vesmíru a směřuje se s myšlenkou, že vesmír není trvale zaměřený na něho. Tato zkušenost ho nakonec činí svobodným duchem, který nepropadává nihilismu a zoufalství, ale je veden k blaženosti naplněného bytí.“*⁹⁵ *„Člověk je transcendence. Proto nalézá a uskutečňuje sebe sama tím více, čím více sám sebe překračuje, sám na sebe zapomíná a sám sebe rozdává. Čím více sebe sama transcenduje, tím více uskutečňuje své vlastní bytí.“*⁹⁶

Život člověka má vždy takový smysl, jaký mu sám přisoudí. Jeho osud tak z podstatné části závisí na něm samotném a jeho vlastním přístupu k němu, a to dokonce i v případě značných handicapů. Člověk, který si zvolil a naplňuje smysl vlastní existence, se tím nestává svobodným od něčeho, ale k něčemu, zaujímá vlastní zodpovědný postoj k vnějším determinujícím podmínkám. Je schopen se nad ně i povznést a udržet si vlastní soulad s vlastním přijatým smyslem a hodnotami.⁹⁷

„Člověk nikdy není zcela svobodný od podmínek, ale vždy svobodný k něčemu, k možným změnám. Tak je vždy schopen smysluplné odpovědi, i kdyby to bylo jenom

⁹² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*, s. 45 – 50.

⁹³ ADLER, A. *Smysl života*, s. 32.

⁹⁴ RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 35.

⁹⁵ Tamtéž, s. 37 – 38.

⁹⁶ Srov. CORETH, E. *Co je člověk?* s. 165.

⁹⁷ ČAČKA, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*, s. 318 – 319.

přijetí nezměnitelného osudu, a obrátit se k sebezpřesahující existenci (pokud jde o vědomě věřící k Bohu) jako k jediné hodnotě, jež mu zůstala.“⁹⁸

Ptáme-li se po smyslu a významu, chceme tak vědět něco o hodnotách, kterými se v životě řídíme. Hodnoty samy existenci nemají, ale člověk může svým jednáním vytvářet skutečnost, která má hodnotu. Hodnoty jsou podmíněny subjektivně, je mnoho faktorů, na jejichž základě člověk rozhoduje o tom, co pro něho bude hodnotou. Hodnoty vznikají v aktivním vztahu, který člověk zaujímá vůči svému prostředí, stimulují naše jednání, vypovídají o tom, jaký pro nás má ta která hodnota význam a v čem vidíme její smysl. Ten se může v průběhu našeho života a jeho podmínek měnit, záleží na nové situaci, změnách, jiném zaměření vnitřního života, změněných preferencích.⁹⁹

Hodnocení podobně jako svoboda rozhodování náleží k základnímu existenciálnímu vybavení člověka. Hodnoty, které jsme prohloubili, v nás působí jako vnější nařízení pro naše chování, ale také jako zvnitřnělá měřítko pro posuzování nás samotných a toho, co nás obklopuje. Hodnoty jsou projevem lidské existenciální svobody rozhodování a možnosti volby a jako vodítko a pomoc při orientaci vedou člověka v jeho konkrétních rozhodnutích. Hodnoty jsou hluboce upevněné motivace nebo interní usměrnění, které určují naše jednání. Existence a vývoj člověka jsou spjaty s rozvojem hodnotových postojů. Tento vývoj neprobíhá vždy vědomě, ale často intuitivně, na základě zvnitřnělého hodnotového systému.¹⁰⁰

Hodnotová orientace se utváří na základě prožívání světa. Ne všechny hodnoty jsou stejně významné, o hodnotových prioritách vypovídá zaměřenost lidského jednání. Každá hodnotová orientace je podmíněna uplatněním kritérií. Hodnotový systém je subjektivní. Subjektivní systém mají jedinci, ale i jednotlivé sociální skupiny např. lékaři. Tyto sociální systémy jsou projevem stejných sociálních rolí. Je důležité, aby hodnotová orientace byla založena nejen intelektuálně, ale aby byla upevněna i citově. Absence emocionálních vazeb vede k neschopnosti vytvořit a zachovat si jakékoli hodnotové schéma. Teprve citová ustálenost dává subjektivním hodnotovým systémům potřebnou stabilitu, která zakládá nejen specifčnost, ale i relativní trvalost zaměřenosti hodnotové orientace, a tím i konzistentnost chování každého jedince.¹⁰¹

⁹⁸ Srov. RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 289.

⁹⁹ DOROTÍKOVÁ, S. *Filosofie hodnot*, s. 19 – 29.

¹⁰⁰ RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 155 – 159.

¹⁰¹ DOROTÍKOVÁ, S. *Filosofie hodnot*, s. 69 – 76.

Život sám je univerzální hodnotou.¹⁰² Avšak smysl nezprostředkovává jen hodnota života, ale rozšiřuje se především na hodnotu, která život přesahuje. Lidský život se naplňuje nejen hodnotou tvorby a radosti, ale také hodnotou utrpení. Mnoho hodnotových možností se otevírá naplněním hodnot postojových.¹⁰³ Člověk může zrát a růst právě v utrpení jako hodnotě. Osudové utrpení má vytvářet smysl tam, kde je to možné a být snášeno, když je to nutné.¹⁰⁴

Krátce shrnu základní myšlenky této stati. Život člověka nevznikl sám od sebe a není tu ani sám pro sebe. Člověk je vždy součástí něčeho, rodiny, sociálního společenství, přírody vůbec. Smyslem lidského života proto nemůže být seberealizace, ale sebepřesažnost člověka ve vztahu k druhým, k Bohu. Podstatou člověka je jeho schopnost transcendovat, své bytí realizuje tím více, čím více sám sebe překonává, vychází ze sebe a sám sebe rozdává. Člověk je vždy zaměřen k druhému a jen jeho prostřednictvím může objevit sám sebe. Smyslem života se tak stává otevřenost světu a zaměřenost k druhým, která je pro člověka specifická. Je to právě schopnost transcendence, co odlišuje člověka od ostatních živých tvorů.

Má-li lidský život smysl vždy a za všech okolností, má ho tedy i v utrpení.

2.3 Smysl utrpení

Skutečně zlé je pro člověka, když neví, proč má bolest a utrpení snášet. Potom se zdá, že nic nemá smysl. Trpící rezignuje, zahořkne a cítí se nešťastný. K nesmyslnosti se velmi často přidává také bezvýchodnost situace. Vzniká tak dojem, že utrpení nevede k ničemu dobrému. Ale člověk je schopen snášet nekonečně mnoho utrpení, dokud ví, proč a k čemu.¹⁰⁵ Nietzsche tuto skutečnost trefně vyjádřil takto: „*Kdo má ve svém životě nějaké proč, ten snese i každé jak.*“¹⁰⁶

Lidský život provází menší nebo větší krize, které jsou společně s utrpením a nemocemi významným katalyzátorem, dokážou zakotvit život člověka ve smyslu. Člověk touží po smyslu života. Každá krize má svůj význam a je nezaměnitelným, ačkoli mnohdy velmi bolestným přínosem pro kvalitu našeho života. Na základě těchto

¹⁰² DOROTÍKOVÁ, S. *Filosofie hodnot*, s. 35.

¹⁰³ RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 217 – 221.

¹⁰⁴ Tamtéž, s. 220.

¹⁰⁵ ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*, s. 72.

¹⁰⁶ Srov. FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano*, s. 73.

překonaných krizí člověk roste, dotváří svůj hodnotový systém a učí se lépe rozlišovat mezi skutečnostmi podstatnými a nepodstatnými.¹⁰⁷ Jiří Jankovský, který má letité zkušenosti s prací s handicapovanými dětmi a jejich rodiči uvádí, že utrpení je událostí v životě člověka, ze které lze těžit lidskost, pokoru a životní moudrost.¹⁰⁸ Naproti tomu D. Chopra ve své knize *Hluboké rány v duši* vysvětluje utrpení jako bolest, která upírá životu jakýkoli smysl.¹⁰⁹

V soudobé společnosti, kde jsou mnohdy zpochybňovány dokonce i fundamentální hodnoty lidského života, ovlivňují způsob, jakým je vnímáno utrpení a smrt, kulturní změny.¹¹⁰ Moderní člověk nechce a není schopen trpět, respektive být nablízku trpícímu.¹¹¹ O schopnost trpět nebo trpícího doprovázet přišel, snaží se každou bolest co nejrychleji a nejjednodušeji odstranit.¹¹² Je to důsledek pragmatismu, touhy po klidu a snahy každé utrpení co nejrychleji odstranit. Vzniká tak mylný dojem, že utrpení do dnešní doby nepatří.¹¹³ „*Moderní člověk je ochoten kdykoli revoltovat proti svému osudu, ale odnaučil se svůj osud akceptovat. K prvnímu má odvalu, ke druhému mu chybí pokora.*“¹¹⁴

Předpokladem lidského utrpení je jeho přijetí, pak může mít formativní funkci. Umožňuje osobní růst a osobnostní zrání. Bolest a utrpení jsou přirozenou a nedílnou součástí lidského života.¹¹⁵ Někdy je však velmi obtížné najít určité situaci smysl. V životě člověka se vyskytují také beznadějně situace plné bolesti a utrpení, kdy lze jen stěží najít východisko, o které by stálo za to se snažit.¹¹⁶ Zvlášť těžké je najít smysl v utrpení, které způsobil člověk ve své svobodě. Není nutné, aby na tomto světě byly války. Ani není nutné, aby lidé porušovali svou věrnost vůči přátelům a vzájemně se zraňovali různými necitelnostmi. V takové chvíli se zdá, že utrpení je zbytečné a nesmyslné. Je ale utrpení vznikající z vlastní nebo cizí viny skutečně nesmyslné?

Tam, kde utrpení vzniká následkem lidské viny, platí myšlenka, že pokud je člověk přijme, přihlásí se tak zvláštním způsobem k dobru. Tím může získat nový pozitivní smysl i vina, neboť vina, kterou si lidé navzájem odpustí a kterou tímto způsobem

¹⁰⁷ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 126 – 128.

¹⁰⁸ Tamtéž, s. 128.

¹⁰⁹ Srov. CHOPRA, D. *Hluboké rány v duši*, s. 27.

¹¹⁰ ŠIPR, K.; MIČO, M.; RUMPOLC, E. (ed.) *Aktuální bioetické texty*, s. 40.

¹¹¹ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 129.

¹¹² HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 134.

¹¹³ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 129.

¹¹⁴ Srov. LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*, s. 64.

¹¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 134 – 136.

¹¹⁶ LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*, s. 17.

překonají, je může spolu ještě hlouběji spojit. Vina nemá smysl ze sebe, ale může ho získat, když k ní člověk zaujme ten správný postoj. Pak může utrpení člověka učinit zralějším pro setkávání s jeho blízkými. Vede jej k pokoře, rozvíjí soucit a učí jej věnovat více pozornosti druhým.

Utrpením se také člověk stává otevřenějším a zralějším pro Boha. Člověk může proti svému utrpení protestovat, ale také se může naučit pokoře. Může si zoufat nad smyslem svého života, ale také může dojít k poznání, že ačkoli je sám ubohý, potřebný pomoci, jeho život má přesto smysl, pokud se otevře dobru a Boží lásce.¹¹⁷

V krizi, která vznikla nevyhnutelným utrpením, existují pouze tři možnosti pomoci. Jednou z nich je víra v Boha, dále soucit a pochopení svého blízkého okolí a konečně vlastní stabilní naplnění smyslu. Jediné jistoty při konfrontaci s osudem jsou: jistota, že nám pomůže Bůh, nebo jistota, že nám pomohou ostatní, anebo jistota, že oporu nalezneme ve svém vlastním smyslovém a hodnotovém systému.¹¹⁸

„Pokud konkrétní osud uloží člověku nějaké utrpení, pak bude muset tento člověk v tomto utrpení vidět svůj úkol, svůj specifický úkol. Bude muset tvářit v tvář tomuto utrpení proniknout k vědomí, že v celém kosmu je to právě jen a jen on, kdo tu stojí se svým trýznivým osudem. Nikdo mu jej nemůže odejmout, nikdo jej nemůže místo něho protrpět. V tom však, jak on sám, jen a jen svým osudem postižený, bude toto utrpení snášet, právě v tom též spočívá jedinečná možnost jedinečného výkonu.“¹¹⁹

Pokud má být utrpení smysluplné, nemělo by být přijímáno jako něco osudového, ale má být zasloužené a musí tedy být vykonáno. Tento výkon Frankl označil jako schopnost trpět. Tato schopnost není vrozená vlastnost, ale je nutno ji teprve získat. Výkon utrpení však podmiňuje rozhodnutí trpět smysluplně. Přijme-li člověk utrpení, zakusí růst síly, vlastní výkon utrpení je vlastně procesem zrání. Zralost přivádí člověka k vnitřní svobodě navzdory jeho vnější závislosti. Při realizaci postojových hodnot je člověk svobodný ode všech okolností, k vnitřnímu přemáhání osudu, k přímému utrpení. Tato svoboda je svobodou za všech okolností až do úplného konce. Mezní situace tedy vedou člověka k vnitřní svobodě a umožňují mu dosáhnout vnitřní zralosti.¹²⁰

¹¹⁷ ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*, s. 73 – 75.

¹¹⁸ LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*, s. 64 – 65.

¹¹⁹ FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano*, s. 75.

¹²⁰ RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 217 – 220

Hledáním smyslu života i ve zdánlivě beznadějných situacích a možnostmi uskutečňování hodnot zážitkových, tvůrčích a postojových se zabýval rakouský psychiatr a neurolog židovského původu Viktor Emil Frankl. Vycházel z vlastní zkušenosti s nesmírným utrpením prožitým v koncentračním táboře během druhé světové války a z reakcí, jednání, hodnot a postojů svých spoluvězněů, které umožňovaly přežít kruté podmínky života v táboře a neztratit přitom smysl svého života, když o vlastní lidskou důstojnost byli dávno připraveni. Ve své knize *A přesto říci životu ano* uvádí: „*Duchovní svoboda člověka, kterou mu nelze až do posledního dechu vzít, mu až do posledního dechu dává příležitost uspořádat svůj život smysluplně. Neboť nemá smysl jen život aktivní, protože člověku umožňuje vytvářet hodnoty. A také nemá smysl jen požívačný život, tedy život, který dává člověku příležitost naplňovat se prožitky krásy, ať v umění nebo v přírodě. Nýbrž svůj smysl má dokonce i život, který sotva poskytuje šanci tvůrčím nebo zážitkovým způsobem uskutečňovat hodnoty, který připouští spíše onu poslední možnost k tvorbě smysluplného života tím, jak se člověk postaví k vnucenému vnějšímu omezení své existence. Život tvůrčí i požívačný je mu zapovězen už dávno. Jenomže smysl nemá jen život tvůrčí a požívačný, nýbrž: má-li život vůbec nějaký smysl, pak jej musí mít i utrpení. Protože utrpení k životu jaksi náleží - právě tak, jako k němu náleží osudovost a smrt. Nouze a smrt tvoří z lidského života celek.*“¹²¹

I v mezních životních situacích, které se z běžného pohledu jeví jako bezvýchodné nebo extrémně těžké, v situacích, na které se přirozeně reaguje bezmocí a zoufalstvím, člověku stále zůstává neuvědomělá svoboda smysluplně reagovat na zjevně nevyhnutelné okolnosti.¹²² „*Člověk může vše, jestliže chce. Může se smysluplně rozhodnout pro smysluplnou odpověď na otázky, které před něho staví život, a může ji také uskutečnit.... Člověk může vždy, když chce. Má i v mezních existenciálních situacích vždycky vnitřní svobodu, se kterou může zaujmout vnitřní postoj k tomu, co se jeví nezměnitelné.*“¹²³

Myšlenky V. E. Frankla potvrzuje a dále rozvádí E. Lukasová: „*Pojem realizace hodnot postoje ukazuje, jak vysoce jsou hodnoceny takové velkolepé lidské postoje k životním situacím, které se zdají být bezvýchodnými, často, velice často znamenají jedinou záchrannou šanci, která ještě zbývá, možnost trpělivosti a vlastní silou svůj*

¹²¹ FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano*, s. 64 – 65.

¹²² RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 289.

¹²³ Srov. Tamtéž, s. 289.

*osud přece jen ještě obrátit k dobrému. Dosáhnout v utrpení obratu k lepšímu je možné jedině zaujetím pozitivního postoje k utrpení – člověk, který si slepě zoufá, se zaplétá stále hlouběji do bídy a viny. Obrat k pozitivnímu je obrat k smysluplnému, je to připravenost získat ze stávající situace to nejlepší, i v neštěstí najít smysl a vyplnit jej.*¹²⁴

Život tváří v tvář časovému omezení blížící se smrti má smysl také v tom, že vzniká odlišné vnímání času. Svou důležitost ztrácejí hodnoty a tlak doby, kariéra apod. Objevuje se nová svoboda a myšlenka na smrt činí život hodnotnějším.¹²⁵ Najít svou vlastní formu, vytvořit vlastní smysl tváří v tvář smrti, postavit se svým omezením kreativitou, to vše má veliký význam pro vnitřní vyžívání člověka, dospívání k sobě samému.¹²⁶

O transformaci utrpení v lidský výkon usiluje logoterapie, jejímž zakladatelem byl právě V. E. Frankl. Činí tak za pomoci pozitivního postoje, který dá trpícímu sílu a vzpruhu a získá mu obdiv jeho okolí. Vychází z toho, že i to největší a nejtěžší utrpení je možné psychicky zvládnout za předpokladu, že ho lze pochopit v nějaké osmyslňující souvislosti.¹²⁷ Člověk jako celek i po stránce duchovní se vyznačuje schopností sebeodstupu a sebezpřesahu. Dokáže se odpoutat od sebe samého, zaujmout postoj vůči sobě a svému stavu nebo situaci, dokáže se angažovat vůči mimoosobním hodnotovým cílům. Kvalitativní rozdílnost duchovní stránky je v odpoutání od užitkových hodnot slasti nebo úspěchu a v hodnocení smysluplnosti toho, co člověk žije a dělá správného nebo nesprávného.¹²⁸

Smysl utrpení lze hledat také v Boží vůli. Centrální otázkou Starého zákona je hledání smyslu utrpení. Smyslem utrpení je pro věřící získat Boží milost. Ve Starém zákoně má utrpení smysl v intenzivní lásce. V novozákonní tradici je utrpení chápáno jako krajní podoba životní existence na základě Kristova kříže. Ježíš své utrpení a smrt předvídal a smysluplně a vědomě jim šel vstříc. Odměnou za smysluplně přijímané vědomé utrpení ve smyslu Ježíše, je po vzkříšení mrtvých věčný a blažený život. Tento svobodně přijatý smysl utrpení zahrnuje osvobození člověka z jeho viny, vykoupení z neštěstí a věčný a blažený život.¹²⁹ „*Když tedy Kristus podstoupil tělesné utrpení,*

¹²⁴ LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*, s. 17 – 18.

¹²⁵ RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 257.

¹²⁶ Tamtéž, s. 262.

¹²⁷ Tamtéž, s. 68.

¹²⁸ PAYNE, J. et al. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*, s. 80.

¹²⁹ RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*, s. 245 – 251.

*i vy se vyzbrojte stejnou myšlenkou: Ten, kdo trpěl v těle, skoncoval s hříchem.“
„Radujte se, když máte podíl na Kristově utrpení, abyste se ještě více radovali, až se zjeví jeho sláva.“¹³⁰*

Jaké je tedy resumé této kapitoly? Lidský život doprovází bolest a utrpení odnepaměti a dozajista ho provázet také vždy bude. Základní lidskou otázkou je, zda může být utrpení smysluplné, popř. jaký smysl toto utrpení má.

Každá životní krize má svůj význam, a ačkoli je to často velmi bolestná zkušenost, přesto je nezaměnitelná a může být pro člověka přínosem. Právě na základě překonaných krizí totiž člověk vyžívá a učí se rozlišovat mezi podstatnými a nepodstatnými skutečnostmi. Utrpení člověku nebrání v dosahování jeho životního údělu, jak se může zdát. Avšak aby mohlo být utrpení překonáno a mohlo se pro něj stát přínosem, musí být nejprve přijato. Přijetí utrpení a nalezení jeho smyslu však předpokládá přímé a vědomé jednání člověka.

Nalezením smyslu lze překonat i utrpení značné intenzity. Má-li být nalezen smysl utrpení, musí člověk nejprve své utrpení přijmout. Aby mohl utrpení přijmout, musí je transcendovat. Utrpení může být přijato, jen když si člověk uvědomí, že trpí pro něco nebo kvůli někomu. Tato skutečnost se opět vztahuje k tomu, že člověk je vždy zaměřen k druhému, a to mu vlastně umožňuje najít v utrpení smysl, zvládnout je a překonat. Zvládat utrpení je tak vlastním smyslem utrpení.

Pro křesťany má utrpení své místo v Božím plánu spásy. Je podílem na utrpení Ježíše Krista, je sjednocením s jeho obětí a jako takové je věřícími přijímáno.

Zatímco v minulosti to byli kněží či duchovní, kdo lidem pomáhal hledat odpovědi na jejich otázky a pomáhal překonávat utrpení, nyní, v moderním sekularizovaném světě, by měl tuto úlohu převzít nejspíše ten, kdo trpící doprovází. Bolest a utrpení člověka se často váže k nemoci a umírání. Tou správnou osobou by tedy měl být pravděpodobně lékař, potažmo zdravotnický personál.

¹³⁰ Srov. Česká biblická společnost: 1Pet 4,1; 4,13 [online].

3 ETICKÉ PROBLÉMY KONCE ŽIVOTA

Zájem pacienta a zájem lékaře se vždy neztotožňují. Naopak se mnohdy dostávají do rozporu. Základní povinností lékaře pak je jednat v nejlepším zájmu pacienta. Tím se však všeobecně přijímaná životní stanoviska a profesní morálka lékaře nejednou dostávají do konfliktu. Rozdíl ve vidění světa mezi lékařem a pacientem velice nápadně vystupuje do popředí při rozhodování o péči na konci života nemocného.¹³¹

Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyлéčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Rozdílné postoje k otázce *Co je člověk* vedou samozřejmě ke zcela rozdílným názorům, jak přistupovat k nemocnému s život ohrožující chorobou a jak se k němu stavět, když odchází z tohoto světa.¹³² Fakt, že umírání se děje pod dohledem lékaře, může vést ke zmatení morálních stanovisek při rozhodování lékaře o konci života v tíživé potřebě osobního přístupu ke smrtelnosti a vyrovnávání se s ní. Každé z mnoha rozhodnutí, zda nasadit, vyměnit nebo odebrat léky, vypnout přístroj apod., lze de facto považovat za rozhodnutí smrt odložit, urychlit, nebo ji nechat přijít, až nastane její čas. David Thomasma uvádí, že ke třem čtvrtinám úmrtí v nemocnici dochází právě po rozhodnutí odejmout nebo přerušit léčbu.¹³³

Kdo se staví kladně k životu, musí nepochybně přijmout i smrt. Zdá se to být naprosto jednoduché, a přesto bychom si přáli smrt jakožto životu nepřátelskou sílu co možná nejdéle nebrat na vědomí. A právě to působí rozpory v cílech lékařského jednání mezi uznáním dočasnosti lidského života a obraně proti ní.¹³⁴

Moderní lékařství dnes usiluje o to, aby smrt byla co nejvíce oddálena. Tato realita oprávněně vzbuzuje obavy, že umírajícímu bude zabráněno důstojně odejít z tohoto světa, že namísto toho, aby mu byla poskytnuta úleva lidským porozuměním, empatií a napojením na člověka se mu dostane pouze napojení na přístroje a léků přinášejících úlevu. Podprahově získává místo představa o společnosti, kde lidé netrpí bolestmi a kde byla překonána lidská konečnost.¹³⁵

Podle MUDr. Zdeňka Kalvacha je problém také v tom, že je velmi chabá podpora pro odstoupení od léčby. Řada lékařů jedná alibisticky, aby si na ně někdo nestěžoval.

¹³¹ ŠIMEK, J.; ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*, s. 40 – 42.

¹³² OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*, s. 50 – 51.

¹³³ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 175.

¹³⁴ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 18.

¹³⁵ Tamtéž, s. 17 – 18.

Argument stěžujících si pacientů a jejich blízkých je značně rozšířený, ale ve skutečnosti zdravotníků, na které si někdo stěžoval, je velmi málo. Domnívá se, že tato obava je spíše paranoia, než skutečný tlak ze strany pacientů nebo jejich právníků. Problémem ale zůstává chabá právní opora, což je závažný znejistujícím moment.¹³⁶

Další svízelnou situací je dle Zdeňka Kalvacha neschopnost identifikovat terminálního pacienta. A tak se stává, že je umírající přeléčován neúčelnými léky a nedostává se mu paliativního přístupu. Jindy je naopak nemocný chybně prohlášen za umírajícího a nedostane se mu žádoucí intervence. V našem zdravotnickém prostředí chybí konsenzus o kritériích terminálního stavu, na jehož základě by bylo možné se přiklonit k odstoupení od léčby.¹³⁷

Diagnostiku a léčbu pacientů s vážnými akutními onemocněními a příhodami, které ohrožují zdraví, provádí intenzivní medicína. Pracovníci anesteziologicko-resuscitačních oddělení usilují o obnovu předchozího zdravotního stavu a kvality života pacienta, přitom jsou si velmi dobře vědomi nejistoty příznivého výsledku. Současná úroveň medicíny umožňuje dlouhodobě udržovat naživu pacienty s jednoznačně beznadějnou prognózou a další část pacientů nemá prognózu dlouhodobého přežití. Tyto skutečnosti současně s omezenými zdroji ve zdravotnictví mají rovněž svůj podíl na procesu lékařského rozhodování v prognózování výsledků u pacientů v intenzivní a resuscitační péči, protože zdravotníci nemají profesionální povinnost toliko k jednotlivému nemocnému, ale i ke společnosti jako celku.

K usnadnění tohoto lékařského rozhodování vznikla v posledních letech řada skórovacích systémů. Tyto systémy pracují s kritérii jako je věk, onemocnění, zdravotní stav, ale v podstatě vždy predikují mortalitu. Prozatím není k dispozici skórovací systém, který by byl schopen zhodnotit budoucí kvalitu života nemocného v případě jeho přežití, což je pro lékaře při klinickém rozhodování stejně významné jako mortalita. Při tomto rozhodování lékař nesmí zapomínat na hodnoty pacienta, rodiny, ošetřujícího personálu a společnosti. Neměl by přehlížet ani nedůstojný průběh umírání se sociální izolací a tělesným a duševním utrpením, ani riziko přežívání s kvalitou života, kterou nemocný považuje za nepřijatelnou.¹³⁸

Do neřešitelné situace se dostává lékař ve chvíli, kdy pacient ztratí schopnost o sobě rozhodovat, příbuzní mohou snad jen poradit, ale znalost pacientových hodnot

¹³⁶ KALVACH, Z. Paliativní péče v nemocnici. In *Euthanasie nebo paliativní péče ...* s. 10.

¹³⁷ Tamtéž, s. 10.

¹³⁸ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 105 – 106.

chybí. Hodnoty není možné změřit či zvážit, a proto je často lékař při práci s nemocnými odsouvá do pozadí.¹³⁹ Současná lékařská etika souhlasí s paternalistickým, čili autoritativním rozhodováním lékaře jedině při bezprostředním ohrožení života nemocného nebo v situacích, kdy není schopen se samostatně rozhodovat (bezvědomí, závažné psychické onemocnění).¹⁴⁰ „*Slovy Zykunda Baumana: Morální odpovědnost narůstá v situacích, v nichž smluvní povinnosti slábnou – a naopak. Morální odpovědnost sílí tím více, čím je protějšek slabší a bezmocnější.*“¹⁴¹

K eticko-právním momentům v intenzivní medicíně se na základě vlastních i publikovaných zkušeností vyjadřuje lékařka Jarmila Drábková. Podle Drábkové jsou právní normy příliš obecné a nemohou se tak stát přesným vodítkem pro konkrétní problémy. Etické, morální normy jsou z části subjektivní, nejsou pokaždé podloženy shodnou právní formulací. Navíc může být stav pacienta i prognóza vývoje jeho onemocnění nahlížena pacientem, jeho rodinou a lékařem zcela odlišně.¹⁴²

Kořenek v *Lékařské etice* uvádí, že v určité fázi vývoje klinického stavu pacienta, který naznačuje, že pravděpodobnost přežití je velice nízká, nebo se i při přežití dá přepokládat tak neuspokojivá kvalita života, že bude na obtíž nemocného i jeho rodině, považují lékaři intenzivní péče další plnou léčbu za nenáležitou a indikují zajištění kvalitní terminální péče v zájmu pacienta i jeho rodiny.¹⁴³

Lékař se tedy při rozhodování o rozsahu poskytované péče nutně musí zabývat mimo jiné i kvalitou života pacienta, a to jak současnou, tak predikovanou. Naskýtá se však sporná otázka, zda právě on je tou kompetentní osobou, která je oprávněna a schopna kvalitu života pacienta hodnotit a na základě čeho by ji měl posuzovat? Praktická zkušenost je taková, že lékař má, pokud vůbec, tak pouze bazální povědomí o pacientových hodnotách, sociálních vztazích a vazbách. Nakolik tedy může být jeho stanovisko objektivní? Každý z nás má svou hierarchii hodnot, učinit závěr na základě vlastního hodnotového systému je osobní a jednostrannou záležitostí. S ohledem na právo člověka na autonomní rozhodování nikdo nemůže druhému nutit vlastní stanovisko.

Kořenek dále uvádí, že je velmi obtížné definovat kvalitu života pacientů, kteří absolvovali resuscitačně intenzivní péči. Jde především o subjektivní hodnocení

¹³⁹ ŠIMEK, J.; ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*, s. 42.

¹⁴⁰ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 82.

¹⁴¹ HENRIKSEN, J.; VETLESEN, A. *Blízke a vzdálené*, s. 174.

¹⁴² KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 107.

¹⁴³ Tamtéž, s. 107.

u konkrétního pacienta. Názor na kvalitu života mají zdravotníci často velmi rozdílný od hodnocení samotným pacientem nebo hodnocení jeho rodiny. Zdravotničtí pracovníci hodnotí většinou kvalitu života negativněji než pacient sám. Může se stát, že z tohoto pohledu by mohli shledat poskytovanou resuscitačně intenzivní léčbu za nepatřičnou.¹⁴⁴

Dalším argumentem, který vylučuje kvalitu života pacienta z kritérií pro rozhodování o míře poskytnuté péče, je, že pojem kvalita života má pro různé lidi různý význam, především ve vztahu k povaze života. Pollard je toho názoru, že je mylné se domnívat, že nízká kvalita života může ospravedlňovat ukončení života. Znamenalo by to, že život je nutné mít v úctě pouze tehdy, když dosáhne anebo překročí jakousi relevantní hranici. Při péči o pacienta je jistě nezbytné zhodnocovat kvalitu života, přitom je však nejvýznamnějším požadavkem, aby ji posoudil nemocný sám.¹⁴⁵

Německá biskupská konference a Rada německých evangelických církví vydaly v roce 1989 společné prohlášení k ochraně lidského života, kde je mimo jiné uvedeno, že: *„My sami nemůžeme poznat, zda život jiného člověka má, nebo nemá hodnotu. Jen každý sám pro sebe se může při pohledu na svůj život pokusit určit, co činilo jeho život hodný života, co bylo podstatné a plodné. A přece znamená každý jedinec nezměrně víc a liší se od toho, co sám o sobě může vědět. Nikdy plně nepozná a nepochopí, čím je sám sobě, čím je ostatním. Každý den života přináší něco nového, dosud neznámého. A proto není člověk oprávněn ani schopen definitivně vymezit obsah života druhého, ani svého vlastního. A už vůbec si nemůže nárokovat právo měřit životy druhých podle vlastních představ o ceně či bezcennosti života, aby je potom eventuálně připravil o kvalitu jejich žití, tedy aby jim upřel právo na život.“*¹⁴⁶

Lékaři, kteří jsou přesvědčeni, že někteří jejich pacienti nemají inherentní hodnotu, a že snad proto existuje oprávnění je usmrtit, sami v sobě těžce narušují předpoklady, které jsou neodmyslitelné od lékařského povolání. Jedním z těchto předpokladů je ochotně a dobrovolně poskytovat každému pacientovi, co je třeba na základě jeho vlastní základní lidské důstojnosti. Nedostatek této ochoty může být osudný pro jiné pacienty. Jestliže lékaři usmrtí některé pacienty, protože soudí, že tito pacienti už nežijí

¹⁴⁴ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 114.

¹⁴⁵ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 96.

¹⁴⁶ Srov. BUSCHMANN, E. et al. *Bůh přítel života*, s. 28 – 29.

život, který za to stojí, vypěstují si v sobě sklon z tohoto důvodu zbavovat života i jiné pacienty.¹⁴⁷

Život má svou vnitřní hodnotu, kterou je třeba mít v úctě v každém čase. Ztrátu kvality života pak je třeba vidět jako podnět k tomu, abychom našli a zajistili všechny nezbytné léčebné a lidské zdroje a takto pečovali o komfort a prospěch nemocného.¹⁴⁸

Výše zmíněné skórovací systémy, které by měly být lékaři oporou při rozhodování o míře poskytované péče, jako jedno z dalších kritérií zmiňují věk nemocného. Avšak jak dále Kořenek konstatuje, nelze pokročilý věk pacienta zařadit mezi kritéria, která by rozhodovala o jeho přijetí nebo nepřijetí do resuscitační péče. Většinou se lékaři i ostatní zdravotničtí pracovníci shodují v tom, že na lůžka resuscitačně intenzivní péče nejsou přijímáni pacienti vysokého věku, u kterých se tato péče považuje za zbytečnou, protože již není přínosná ze zdravotních důvodů. Nicméně zde nejsou dána přesná kritéria a do doby jejich jasného definování není možné pokládat věk za kontraindikaci pro přijetí do resuscitační intenzivní péče. Takové jednání by bylo morálně nespravedlivé a také legislativně napadnutelné.¹⁴⁹

Z uvedeného vyplývá, že existuje rozpor mezi etickými doporučeními a skutečnou lékařskou praxí. V určitých bodech se liší i etická doporučení od kritérií uvedených v tzv. skórovacích systémech, které by lékaři měly být při rozhodování oporou. Za předpokladu, že lékaři při svých rozhodnutích z těchto skórovacích systémů vychází, jde o rozpor mezi etickými návody a reálnou zkušeností. Jednou ze sporných otázek je kvalita života. Ačkoli stanoviska etiků jsou v tomto bodu zcela jednoznačná, tedy že domnělou nízkou kvalitou života nemocného člověka nelze považovat za důvod k odlišnému způsobu léčby od pacientů s pro lékaře již přijatelnou kvalitou života, přesto, jak uvádí Kořenek (viz výše), lékaři intenzivní péče, pakliže naznačí, že při přežití se dá predikovat tak nízká kvalita života, že by byla na obtíž nemocného i jeho rodině, od další plné léčby ustupují.

Nezbývá než zopakovat, že: *„Nikomu není dovoleno vynášet soud o ceně jiného lidského života, dokonce ani svého vlastního. Stejně se něco takového zcela vymyká našim znalostem: neboť každý z nás znamená nesrovnatelně víc a je i jináčí, než nakolik sám sebe může poznat. Nikdo nežije jen pro sebe, a co kdo pro druhého znamená,*

¹⁴⁷ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 134 – 135.

¹⁴⁸ Tamtéž, s. 97.

¹⁴⁹ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 151.

nemůže nikdy přesně vědět. Zabití druhého člověka nemůže být za žádných okolností činem lásky a ze soucitu, protože zničí samu podstatu lásky. ¹⁵⁰

Dalším sporným bodem je pokročilý věk pacienta. Skórovací systémy jej uvádějí jako jedno z kritérií pro přijetí či nepřijetí do resuscitační péče a jak opět uvádí Kořenek (viz výše), se na tom shodují i lékaři a ostatní zdravotníci. Etické doporučení opět zcela jasně pokročilý věk nemocného jako jedno z kritérií přijetí do resuscitační intenzivní péče odmítá a označuje je za morálně nespravedlivé.

Mezinárodní výbor pro resuscitaci ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), který sdružuje nadnárodní odborné společnosti v pravidelných pětiletých intervalech, reviduje doporučené postupy (Guidelines) pro neodkladnou resuscitaci na základě nových poznatků resuscitační medicíny. Tyto postupy by měly být komplexním návodem pro každodenní klinickou praxi. Zde je mimo jiné uvedeno, že neodkladná resuscitace by neměla být indikována pacientům v terminální fázi neléčitelného onemocnění. Má být zahájena v případech, kdy je přínosná k záchraně pokračujícího života, kdy se nejedná o jeho pouhé krátké prodloužení bez kvality života, pro pacienta přijatelné.¹⁵¹ Každý lékař by měl v klinické praxi respektovat doporučené postupy *Guidelines* a řídit se jimi. Pakliže tedy existují další skórovací systémy, neměly by být vůbec brány v potaz. Určit, kdy je nevléčitelně nemocný v terminální fázi je vzhledem k chybějícím kritériím terminálního stavu bod možných sporů. Budeme-li z těchto postupů vycházet, vysoký věk nesmí být důvodem nepřijetí pacienta do neodkladné resuscitační péče. Kvalita života nepřijatelná pro pacienta zde sice je uvedena, avšak v momentu, kdy je daný člověk resuscitován, nelze od něj získat informace o tom, zda je pro něj predikovaná kvalita života přijatelná či ne.

A právě tyto odlišnosti a nejasnosti, které jsou velice závažné, jsou nepochybně jedním z důvodů nejistoty a pravděpodobně i obav lékařů, kteří musí činit rozhodnutí a na jejich základě následně také jednat. Je nanejvýš důležité, aby doporučené postupy i tzv. skórovací systémy, které mají být lékaři tím nejsnazším a nejrychlejším vodítkem, vycházely z etických doporučení a aby se mezi nimi nevyskytovaly žádné neshody. V okamžiku, kdy lékař rozhoduje, zda život zachránit, nebo nechat pokojně odejít, jde doslova o vteřiny. V tu chvíli nemá možnost hovořit s pacientem o jeho přáních a hodnotách, ani s jeho blízkými, nemůže posoudit situaci v kontextu všech okolností

¹⁵⁰ BUSCHMANN, E. et al. *Bůh přítel života*, s. 73.

¹⁵¹ DRÁBKOVÁ, J. *Neodkladná resuscitace* [online].

pacientova života, jak by bylo jistě správné. Mnohdy není dostatek času, který by mu umožnil stav nemocného konzultovat s dalšími odborníky, popřípadě se zkušenějším lékařem. Musí jednat okamžitě, téměř instinktivně.

Ujednacení etických doporučení a stanovených kritérií pro rozhodování o péči na konci života pacienta, je, jak se domnívám, úkolem a výzvou lékařské etiky.

Moderní člověk usilovně hájí svá lidská práva a zvláště pak právo na respektování osobní autonomie. Konvence rady Evropy o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny, tzv. *Bioetická konvence*, stanoví, že zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného informování pacienta a jeho souhlasu. U nemocného, který není schopen svá přání vyslovit, je nutno přihlížet k přáním, která v souvislosti s provedením zásahu vyslovil v minulosti. Tato autonomie pacienta, související se souhlasem nebo odmítnutím léčby, se stále více rozšiřuje i na rozhodnutí o době a způsobu ukončení života.¹⁵²

Základním problémem, které umírání a smrt pro lékařskou etiku přináší, je otázka, zda společnost má, nebo nemá právo dekriminalizovat, případně legalizovat „umělý“ odchod z tohoto světa, tedy eutanazii.¹⁵³

3. 1 Eutanazie

3. 1. 1 Pojetí eutanazie

Eutanazie je řecké slovo a znamená dobrou smrt. Je značný rozdíl mezi tím, co eutanazií mysleli lidé v antice, a jak ji chápeme my na počátku 21. století. Antická eutanazie byla záležitostí duševního klidu, vyrovnání a smíření. Teprve když člověk dosáhl takového duševního stavu, mohl z tohoto světa odejít. A mohl odejít libovolným způsobem. To znamená, že mohl počkat na přirozenou smrt nebo ukrátit svůj život v boji.¹⁵⁴ V antice ani ve středověku se o eutanazii v souvislosti s lékařstvím nemluví. Dobrá smrt nikterak nesouvisela s působením lékaře, ani s pomocí druhého člověka. Jestli smrt člověka bude dobrá nebo ne, záleželo především na něm samotném a také na tom, jak se během svého života na smrt připravil. To ale neznamená, že v antice nebyly

¹⁵² VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 18 – 19.

¹⁵³ OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*, s. 48.

¹⁵⁴ PROKOP, J. Euthanasie z pohledu etika. In *Euthanasie nebo paliativní péče ...* s. 30.

diskutovány otázky týkající se asistence lékaře při umírání a smrti. Častokrát byla rozebírána otázka, zda má lékař léčit nevléčitelně nemocného člověka, případně jakým způsobem. Byl známý i problém podání smrtícího jedu lékařem. Skutečným problémem však bylo zneužití medicínských znalostí léků, tedy podíl lékaře na travičství. Nešlo však o eutanazii v dnešním smyslu slova.¹⁵⁵

Ve středověku život ve společenství zahrnoval i smrt. Smrt tak jako život se netýkala pouze jednotlivce. Obřady a rituály posilovaly sounáležitost jednotlivce se společenstvím a dodávaly mu sílu v boji proti přírodním mocnostem i důvěru v existenci po smrti. V pátém století před Kristem se objevil pojem dobrá smrt, řecky eu-thanatos. Pod tímto pojmem bylo možné rozumět stejně dobře klidné a lehké umírání jako čestnou smrt v boji za vlast. Klid byl vnímán jako podstata posmrtného štěstí. Zajímavý je fakt, že křesťané tento již známý pojem eutanazie nepřijali, protože pro ně byla smrt odplatou za hřích, a jako taková zkrátka nemohla být dobrá.¹⁵⁶ „*Mzdou hříchu je smrt, ale darem Boží milosti je život v Kristu Ježíši, našem Pánu.*“¹⁵⁷ Zároveň však byla chápána také jako šance a příležitost. Ve smrti samotné i v utrpení, které ji provází, se umírajícímu otevírá možnost přiblížit se okamžiku, kdy Bůh sestupuje do lidské podoby a bere na sebe v Ježíši utrpení bolestivého umírání a smrti. Tím toto utrpení zásadním způsobem proměňuje. Pozemský život je tedy především přípravou na život posmrtný, smrt je přechodem mezi dvěma fázemi lidského bytí, a v tomto smyslu klíčovým okamžikem života.

Pojem eutanazie v dnešním slova smyslu se poprvé objevil teprve na počátku novověku. Významný byl především přínos Thomase Moora a Francise Bacona. Thomas Moor zdůrazňoval posvátnost posledních okamžiků života. Francis Bacon si naproti tomu kladl otázku, do jaké míry a jakým způsobem může lékařská věda pomoci v umírání. Byl přesvědčen, že je zapotřebí využít všechny moderní prostředky, které lékař k tišení bolesti a dalších symptomů provázejících umírání má. Takové prostředky však označil jako vnější eutanazii, která nikterak neznehodnocuje vnitřní eutanazii. Tu pak Bacon vnímal tradičně, tedy jako individuální celoživotní přípravu člověka na smrt, při které umírajícímu žádné lékařské prostředky nemohou pomoci. Koncepce Francise Bacona je tedy někde mezi antickým a středověkým pojetím dobré smrti a eutanazií v dnešním slova smyslu.

¹⁵⁵ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 5.

¹⁵⁶ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 14.

¹⁵⁷ Srov. *Česká biblická společnost: Řím 6,23* [online].

Novověk v Evropě se vyznačoval přesvědčením, že utrpení nemá žádný význam a že by mělo být z lidského života odstraněno docela. Tento postoj znamenal podstatnou změnu oproti předchozímu důrazu na tajemství a smysl utrpení. Značný vliv na pojetí eutanazie v novověku a osvícenství měl důraz kladený na koncept autonomie člověka. Významnou roli však sehrál i sociální darwinismus. V úvahách o rasové hygieně měl velký vliv už v druhé polovině devatenáctého století a podílel se na vzniku extrémních podob eutanazie známých z nacistického Německa.

Význam slova eutanazie se oproti antickému a středověkému pojetí velmi zúžil. Eutanazií bylo nyní rozuměno jednání lékaře, které vede k navození nebo urychlení smrti druhého člověka. Rozdíl mezi eutanazií a prostým zabitím je v tom, že je motivována dobrým úmyslem, aby i takto navozená smrt byla dobrá. Záleží však na tom, co je pokládáno za dobrý nebo nedobrý život a dobré nebo nedobré umírání. V dnešní době je za dobré umírání považováno uspišené umírání, které umírajícímu umožní vyhnout se utrpení.¹⁵⁸

Do širšího vědomí lékařů, právníků, etiků a ostatní laické veřejnosti se eutanazie ve smyslu pacientem dobrovolně vyžádané smrti dostala v šedesátých letech dvacátého století, a to patrně jako odezva na nástup převratných léčebných technologií, které začaly vyvolávat snahy o změny etických paradigmat, ale i jako reakce intenzivnějšího prosazování práv člověka na kvalitu života, která je významnou hodnotou v lidském životě.¹⁵⁹

V současnosti je eutanazie obecně vnímána spíše jako usmrcení z útrpnosti, soucitu a milosrdenství. Jde o ukončení života nevyлéčitelně nemocného, který trpí nesnesitelnými bolestmi, a to na jeho výslovnou a opakovanou žádost.¹⁶⁰ Eutanazie je tedy určité jednání, nebo naopak zanedbání, které samo o sobě nebo svým zaměřením způsobuje smrt, aby bylo zamezeno utrpení nemocného. Eutanazie tak spočívá v záměru a v použitých metodách.¹⁶¹

Katolická etika eutanazii jednoznačně odmítá. Život je darem od Boha a člověk nemá právo o něm rozhodovat.¹⁶² „*Lidský život je základem všech dober, a zároveň nezbytným zdrojem a předpokladem každé lidské činnosti i každého společenského*

¹⁵⁸ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 6 – 8.

¹⁵⁹ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 119.

¹⁶⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 222.

¹⁶¹ ŠIPR, K.; MIČO, M.; KRUMPOLC, E. (ed.) *Aktuální bioetické texty*, s. 42.

¹⁶² ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 170.

soužití. Jestliže se většina lidí domnívá, že život má posvátný charakter a že s ním nikdo nesmí nakládat svévolně, pak věřící vidí v životě také dar Boží lásky, který jsou povoláni zachovávat a činit plodným.“¹⁶³ „Každý člověk má povinnost žít svůj život ve shodě s Božím plánem. Tento život je mu svěřen jako dobro, které musí přinášet plody již zde na zemi, ale které svého dokonalého naplnění dosáhne teprve v životě věčném.“¹⁶⁴

Podle věrouky katolické církve je: „Dobrovolná eutanazie vražda, ať jsou její způsoby a důvody jakékoli. Těžce odporuje důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli.“¹⁶⁵ Eutanazii tedy vymezuje jako ukončení života osob postižených, nemocných nebo už blízkých smrti, ať už jsou důvody a prostředky jakékoli.¹⁶⁶ Papež Jan Pavel II. definoval eutanazii takto: „Eutanazie ve svém základním a vlastním smyslu je činnost nebo opomenutí, které ve své podstatě a záměru působí smrt, aby tak byla odstraněna bolest.“¹⁶⁷ Formulace papeže Jana Pavla II. se poněkud liší od formulace v Katechismu. Podle Jana Pavla II. je kritériem činnost, respektive opomenutí nebo úmysl, věrouka katolické církve naproti tomu hovoří pouze o činnosti a úmyslu.¹⁶⁸

Klíčový význam pro vznik současného pojetí eutanazie měly čtyři motivy. Prvním motivem bylo novověké přesvědčení, že utrpení nemá smysl a že ho lze odstraňovat. Dalším podnětem byl rozvoj lékařské vědy se stále efektivnějšími prostředky, rovněž začala medicína přebírat role, které jí dříve nebyly vlastní. Dále se na pojetí eutanazie v dnešním porozumění podílelo osvícenské přesvědčení o zásadní roli sebeurčení a autonomie člověka a představy o prospěšnosti tzv. sociálního inženýrství a optimalizace jak jednotlivého lidského života, tak také života státu a celého lidstva.¹⁶⁹

3. 1. 2 Nízká kvalita života jakožto argument pro eutanazii

Může nebo měl by člověk zabít člověka, jenž žádá, aby byl zabit? Ten, kdo na tuto otázku odpovídá kladně, zpravidla argumentuje dvěma důvody. První argument pro

¹⁶³ Srov. ŠIPR, K.; MIČO, M.; KRUMPOLC, E. (ed.) *Aktuální bioetické texty*, s. 41.

¹⁶⁴ Tamtéž, s. 41.

¹⁶⁵ *Katechismus katolické církve* [online].

¹⁶⁶ ŠIPR, K.; MIČO, M.; KRUMPOLC, E. (ed.) *Aktuální bioetické texty*, s. 42.

¹⁶⁷ *Evangelium Vitae: Encyklika Jana Pavla II. O životě, který je nedotknutelné dobro* [online].

¹⁶⁸ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 42.

¹⁶⁹ Tamtéž, s. 8 – 9.

zabití pacienta, který požaduje smrt, se týká lidských práv, především pak práva na respektování osobní autonomie. Druhým důvodem je tak nízká kvalita pacientova života, že podle jakéhosi svébytného měřítka již tento jeho život není považován za hodnotný, aby mohl pokračovat.¹⁷⁰

Problematiky nízké kvality života a jejího hodnocení jsem se dotkla již v předchozí kapitole, proto ji nyní pouze shrnu. Pojem kvalita života může mít pro každého z nás různý význam, hodnocení je vždy subjektivní. Nikdo z nás nemá právo měřit životy druhých podle vlastních představ o ceně, nebo bezcennosti života druhého člověka, život sám je tou nejvyšší hodnotou. Je tedy naprosto nepřijatelné, aby nízká kvalita života byla argumentem k přitakání eutanazii.

Mnohdy se stává, že ten, kdo je odkázán na péči druhých, tuto svou situaci pocítuje jako nedůstojnou. Nedokáže se o sebe postarat sám, je odkázán na pomoc a není schopen pomoc vrátit. Avšak závislost a zranitelnost jsou esenciálními rysy lidské bytosti. Na svět přicházíme zranitelní, jsme na sobě navzájem závislí. Z této závislosti ale během života nevyrostáme. Zranitelnost a závislost nejsou výsledkem naší volby a z toho důvodu je nemůžeme ani volbou odmítnout. Je tomu právě naopak, naše volby a hodnocení se dějí ve světě naší zranitelnosti a závislosti, které jsme dostali do vínku při narození.

Autonomie jako nejvyšší hodnota v etice, soběstačnost jako ideál v ekonomice a v pracovním životě, to je živná půda pro myšlenku, že lidé na sobě nejsou vzájemně závislí. Respektive pro myšlenku, že člověk, který přichází na svět ve velké závislosti na péči druhých, z této závislosti může postupně vyrůst. Být nezávislým je vnímáno jako podmínka pro realizaci individuální svobody. Svobodný je podle této představy ten, kdo ze všech původně daných vztahů s ostatními vyroste.

Závislost způsobuje, že naše životy jsou vetkány jeden do druhého a tím získáváme, ať se nám to líbí nebo ne, odpovědnost v morálním smyslu. Je to odpovědnost za druhého, která vyplývá z jeho zranitelnosti. Ani tuto odpovědnost jsme si nezvolili, a proto ji nemůžeme vlastní volbou odmítnout. Pokud v určité situaci vůči konkrétnímu člověku odpovědnost zapřeme, proviňujeme se zanedbáním. Máme sice svobodu tímto způsobem jednat, ale nemáme na to morální právo.¹⁷¹

¹⁷⁰ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 238.

¹⁷¹ ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*, s. 21 – 32.

Lidská důstojnost vychází z naší podstaty, z toho, že jsme jedinečnými bytostmi. Tuto bytostnou lidskou důstojnost nelze snadno ztratit tím, že člověk nemůže dělat vše, co byl zvyklý dělat dříve a ani z toho, že je trvale upoután na lůžko, že trpí bolestí, vypadá nevhledně a že není schopen ovládat své fyziologické funkce. Důstojnost nelze vyvodit ani z toho, zda je člověk o sobě schopen rozhodovat.¹⁷²

Lékař, který by vyhověl žádosti nemocného o eutanazii, by tak činil z falešného soucitu. Skutečný soucit lékaře směřuje spíše k tomu, aby si uvědomil, že touha po smrti u nemocného člověka často naznačuje situaci, ve které trpící pacient přišel o veškerou naději, je opuštěný svými blízkými a vzdálený lidské společnosti. Tento trpící nemocný potřebuje pomoc a musíme si uvědomit, že zabití z milosti by znamenalo jeho definitivní odmítnutí.¹⁷³

V roce 1998 byla v australském Sydney vydána Etická doporučení pro vysazení nebo nenasazení život udržující léčby se speciálním zaměřením k podávání výživy a tekutin, kde se mimo jiné uvádí: „*Termín kvalita života by nikdy neměl být používán k měření ceny nebo hodnoty osoby jako takové, jako kdyby některé lidské životy byly cennější než jiné lidské životy. Nikdo by neměl nikdy deklarovat, že kvalita života jiného člověka je tak ubohá, že jeho život není hoden žití.*“¹⁷⁴ Tímto by byla vyjádřena myšlenka, že život a lidská důstojnost nejsou hodnotou samy o sobě, ale pouze jako prostředek ke kvalitě lidského života. Mínění o kvalitě života z tohoto pohledu by nikdy nemělo zasahovat do posuzování, pokud jde o nenasazení nebo vysazení léčby.¹⁷⁵

3. 1. 3 Autonomie člověka jakožto argument pro eutanazii

Dalším významným argumentem, který obhajuje zabití nemocného, jenž požaduje smrt, je autonomie. Ta byla heslem etiky od osvícenství. Její význam a chápání se však postupně proměňoval. V současné době někteří lidé nabývají dojmu, že autonomií je myšleno jakékoli přání pacienta a že lékař by měl být realizátorem těchto přání.¹⁷⁶ Lékaři jsou podle tohoto mínění povinni vyhovět požadavkům týkajících se jak ukončení léčby, tak i úmyslného zabití, protože právo svobodné volby musí být

¹⁷² ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 27.

¹⁷³ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 121.

¹⁷⁴ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III.*, s. 49.

¹⁷⁵ Tamtéž, s. 49 – 50.

¹⁷⁶ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 19.

respektováno dokonce více než sám život. A i kdyby lékař s takovou volbou nesouhlasil, je morálně vázán respektovat autonomní osobní volbu pacienta.¹⁷⁷ Je ale vůbec možné na základě autonomie žádat druhého člověka, aby ukončil můj život?¹⁷⁸

„Již Immanuel Kant, od něhož se novověké pojetí autonomie odvíjí, se například snažil ukázat, že autonomie se nemůže stát základem pro ospravedlnění sebevraždy, ale že z ní naopak vyplývá její mravní nepřijatelnost. Podle Kanta totiž autonomie spočívá v tom, že člověk je rozumná bytost, jejíž dobrý život nemůže být založen na individuálních sklonech a tužbách, ale na tom, co je pro všechny rozumné bytosti společné. To, čím se má řídit můj život, není tedy mé individuální momentální přání či strach, ale to, co by se mohlo stát obecným pravidlem a zákonem. Člověk je autonomní a svobodný právě tehdy, když není otrokem těchto svých tužeb a bází, ale když se nad ně povznáší tím, že se řídí zákonem, který si sám klade a který může platit obecně. Právě na této svobodě se zakládá pravá důstojnost člověka. Ačkoli tedy může být sebevražda v individuální situaci pochopitelnou reakcí, nemůže být tím, co mohu jako autonomní bytost chtít. Sebevražda se nemůže stát obecným pravidlem.“¹⁷⁹

Právo uznávat autonomii člověka je jistě skutečné a velice důležité lidské právo. Její etický princip spočívá jednak v uznání rovnosti všech lidských bytostí, ale také v neodmyslitelné odpovědnosti všech kdo má možnost volit za to, že jejich volba bude ve shodě s plností lidského bytí. Skutečná autonomie tak značí nejen právo volby, ale také odpovědnost volit v jistých mezích. Nespočívá zejména v kladení požadavků, ale v jejich povaze a okolnostech.¹⁸⁰

Převédeme-li tyto úvahy na eutanazii, pokud neexistuje právo být na žádost usmrcen, nemůže být autonomní usmrcení požadovat. Právo na osobní svobodu neznamena mít právo na jakoukoli žádost, protože člověk nemůže svobodně mít anebo neomezeně dělat, cokoli chce. Žádosti člověka o usmrcení by mohlo být vyhověno jedině proto, že bylo určeno, že jeho život již ztratil svou hodnotu. To by pak ale znamenalo, že hodnota lidského života se zakládá v životních okolnostech a ne v životě samém. Pakliže by byl tento názor správný, potom by bylo oprávněné usmrcovat také v jiných situacích lidského života, protože kde se jedná o skutečná lidská práva, není

¹⁷⁷ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 238.

¹⁷⁸ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 22.

¹⁷⁹ Srov. Tamtéž, s. 22.

¹⁸⁰ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 90 – 91.

možné činit rozdíly a omezovat jejich užití pouze na určitou konkrétní skupinu lidí. Jakákoli libovůle by byla v rozporu se spravedlností.¹⁸¹

Günter Virt to shrnuje takto: „*Kdyby autonomie – chápána jako splnění každého pacientova přání – byla rozhodujícím kritériem lékařova jednání, muselo by být usmrcení na požádání dovoleno vždy, a nejen v případech neléčitelné a těžko snesitelné choroby. Z toho je zřejmé, že je naprosto nedůsledné, když se ve prospěch usmrcení na požádání argumentuje autonomií.*“¹⁸² Ačkoli je autonomie podstatou současné moderní západní společnosti, v současné diskuzi o eutanazii bývá aplikována ve velice zjednodušené podobě. Bývá chápána jako jakási svoboda od všech předem daných nebo vnějších určení. Autonomie v tomto pojetí nemůže být základem individuálního života, ani právního řádu. Její plné uplatnění by bylo naprosto nezvládnutelné.¹⁸³

Zásadní problém, který se skrývá za rostoucí ochotou společnosti legalizovat eutanazii, je pravděpodobně v tom, že si nevíme rady s naší konečností a smrtelností, že neumíme naslouchat přáním, prosbám a potřebám trpících a umírajících, že jim dobře nerozumíme a neumíme pomoci tak, abychom jejich utrpení odstranili, zmírnili nebo proměnili. My sami se totiž utrpení a smrti bojíme. Za snahou o uzákonění eutanazie často stojí naše bezradnost tváří v tvář smrti a přání vyhnout se umírání, které nám připomíná naši křehkost, zranitelnost, konečnost a závislost. Usilujeme o nahrazení přijetí vlastní smrtelnosti, které je náročnější a bolestnější, technickou medicínou. Za rozšířením představy moderního člověka o nevyhnutelnosti eutanazie je snaha uchopit svůj život plně do svých rukou, na druhé straně však přenést odpovědnost za toto rozhodnutí na jiné.¹⁸⁴

Hlavní pohnutkou, která vede k žádostem o eutanazii, není bolest. Ale především strach ze ztráty schopnosti zastávat oblíbené činnosti, z nesamostatnosti, ze ztráty důstojnosti a také z toho, že budeme druhým lidem na obtíž. Toto utrpení je bytostně spjata s umíráním, s osamělostí a bezmocností.¹⁸⁵ Ale eutanazie není smrtí důstojnou. „*Nemoc a utrpení nezbavuje člověka jeho důstojnosti. Lidé mají svou důstojnost jednoduše proto, že jsou lidé. Nemohou o ni přijít tím, že sami nemohou ovlivnit vše, co se s nimi přihodí tím, že jsou slabí, znetvoření nebo tím, že trpí.*“¹⁸⁶

¹⁸¹ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 91.

¹⁸² Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 19.

¹⁸³ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 21.

¹⁸⁴ Tamtéž, s. 23 – 24.

¹⁸⁵ Tamtéž, s. 26.

¹⁸⁶ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 221.

Pro eutanazii se většinou vyslovují lidé zdraví, kteří se zatím neseťkali s nemocí a bolestí některého člena rodiny. Svůj názor obvykle zásadně změní, když někdo blízký dospěje do poslední fáze života. Pak si náhle cení každého dne jeho života a každou naději na zlepšení stavu vítají. Stejně tak utváří postoj k eutanazii zkušenost lidí, kteří byli svědky bolestného umírání svých blízkých.¹⁸⁷ Ačkoli někteří lékaři neuplatňují veškeré možnosti analgezie ke zvládnutí bolesti nemocného, nemohou být tato pochybení důvodem k legalizaci zabíjení.¹⁸⁸

Příznivci eutanazie správně trvají na tom, že žádost o vlastní usmrcení není závazná, a že člověk, který je o to požádán, je de facto samostatný morální zprostředkovatel, který má vlastní morální odpovědnost a musí se autonomně rozhodnout, jestli požadavku na usmrcení vyhoví. Rozhodnutí usmrtit nějakého člověka na jeho žádost je samostatným autonomním rozhodnutím a jen toto rozhodnutí určí, zda vůbec k eutanazii dojde. A proto má eutanazie jen máloco společného s autonomií toho, kdo ji požaduje, ale vždy záleží na autonomii toho, kdo ji poskytne.¹⁸⁹

I kdyby měl člověk právo nezávisle rozhodovat o svém těle, nemá nikdo jiný právo ukončit tomuto člověku život. Je však možné akceptovat, že někteří lidé v extrémní emocionální tísní věří, že není žádná jiná cesta ke zmírnění utrpení, než usmrcení.¹⁹⁰ Pomoc při utrpení by měla spočívat především v tom, že je uznáme, pochopíme, a že s trpícím člověkem komunikujeme, aby bylo možné projevit, pochopit a vzájemně sdílet, co cítíme. Abychom utrpení mohli čelit, je třeba nalézt jeho příčinu. Avšak je skutečností, že ne všechny příčiny utrpení jsme schopni napravit. Některé emoce, které bývají součástí utrpení, například smutek, nedokážeme vždy odstranit, ale často je můžeme alespoň zmírnit.¹⁹¹

Příčinou většiny žádostí o eutanazii je zřejmě strach, nejistota a volání o pomoc. Volání o pomoc nelze pomíjet. Odpovědí nesmí být prosté odmítnutí s odůvodněním, že eutanazii nedovoluje právní řád, lékařská etika, naše svědomí nebo náboženské přesvědčení. Odezvou musí být úsilí o skutečnou pomoc. Prvním krokem musí být snaha porozumět tomu, co se za žádostí o eutanazii skrývá a zda je to skutečné přání

¹⁸⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 115.

¹⁸⁸ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 220 – 221.

¹⁸⁹ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 92.

¹⁹⁰ Tamtéž, s. 93 – 94.

¹⁹¹ Tamtéž, s. 99 – 100.

pacienta. Dalšími kroky by pak mělo být ubezpečení, že umírající nebude sám a že i jako nemohoucí člověk má na světě a v našem životě své důležité místo.¹⁹²

Utrpení, které bylo vyvoláno zdravotními problémy, vyžaduje, aby se veškeré lékařské úsilí zaměřilo na úlevu nemocného. Utrpení, které bylo vyvoláno sociálními důvody, vyžaduje, aby se společnost zamyslela nad svými závazky a prostředky a nabídla vhodné řešení. I když nemůže existovat východisko z každé těžké životní situace, usmrcovat trpící není řešením, které by mohlo být tolerováno s nadějí, že v této společnosti bude každý považován za stejně hodnotného jedince. Není-li řešení, které by uspokojilo každého, hranice, kam až mohou civilizovaní lidé dojít, jsou dány uznáním a úctou k vnitřní hodnotě každého člověka. Civilizovaní lidé jsou ti, kteří uznávají, že slabí mají stejná práva jako silní, a že je nutné hájit především práva těch slabých.¹⁹³

Glandville Williams, profesor práva, který vydal v roce 1957 knihu *Svatost života a trestní právo*, je přesvědčen, že vůbec nejdůležitějším přikázáním je milovat. A to podle něj znamená, že pokud je eutanazie vykonána pravdivě a čestně, aby byl nemocný ušetřený utrpení, je možné ji dovolit.¹⁹⁴ Avšak tomuto názoru mohou nepochybně oponovat zkušenosti získané poskytováním paliativní péče, ze kterých jasně vyplývá, že prosby těžce nemocných lidí, kteří se dožadují smrti, nelze posuzovat jako skutečnou žádost o eutanazii. Mnohem spíše totiž jde o dovolávání se pomocí a lásky.¹⁹⁵ Je typické, že je-li o nemocného dobře pečováno, bývá žádost o usmrcení z jeho úst slychána zřídka. Není tedy přání být usmrcen snad také reakcí na porušený vztah k okolí?¹⁹⁶ Nikdo nemůže žádným způsobem dopustit zabití nevinného člověka, ani jde-li o člověka starého, nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího. Žádosti těžce nemocných lidí, kteří se dovolávají smrti, nelze chápat jako projev skutečné žádosti o eutanazii.¹⁹⁷

¹⁹² ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 23 – 24.

¹⁹³ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 200.

¹⁹⁴ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 217.

¹⁹⁵ KONGRAGACE PRO NAUKU VÍRY. *Deklarace o eutanazii Bona et iura*, s. 18.

¹⁹⁶ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 29.

¹⁹⁷ KONGRAGACE PRO NAUKU VÍRY. *Deklarace o eutanazii Bona et iura*, s. 17 – 18.

3. 1. 4 Eutanazie dobrovolná, nedobrovolná

Moderní lékařská technika přináší možnost manipulovat lidským životem. Dochází tak k situacím, kdy se lékař musí rozhodnout, zda mají být vzhledem k charakteru nemoci použita mimořádná opatření k prodloužení života pacienta a kdy má naopak tato opatření ukončit. Rozhoduje řada faktorů. Mravní i právní normy nemusí být vždy totožné a právo nepomáhá řešit možný morální rozpor. Podle některých kliniků jednání nemusí být vždy a v každé situaci eticky dobré a opačně zase nečinnost nemusí být vždy špatná.¹⁹⁸

Soudobé přístupy k eutanazii je tak možné rozdělit na dva problémové celky. První problémovou oblast představují takové situace, kdy pacient není schopen dát najevo svou vůli a lékař je nucen v určitou dobu rozhodnout o ukončení resuscitace. Obdobné jsou situace, kdy lékař zvažuje, má-li použít mimořádných prostředků k záchraně života pacienta, anebo jejich neposkytnutím ponechat průchod přirozené smrti.¹⁹⁹

Gerald Kelly se jako jeden z mála etiků pokusil definovat běžné a mimořádné prostředky. Omezuje se ale pouze na nemocniční prostředky a postupy. Běžné prostředky definuje jako veškeré léky, léčebné postupy a operace, které pacientovi dávají rozumnou naději na prospěch pacienta a které lze získat a používat bez nadměrných nákladů, bolesti nebo jiných komplikací. Běžné prostředky k ochraně života lze definovat také jako prostředky běžně používané za daných okolností, které může jedinec v jeho současných fyzických, psychologických a ekonomických podmínkách rozumně využít s určitou nadějí na přiměřený užitek.

Mimořádnými prostředky pak jsou všechny léky, léčebné postupy a operace, které nemohou zlepšit stav pacienta, nebo by byly použity za nadměrných nákladů, bolesti nebo jiných obtíží nebo pokud jejich užití nepřináší přiměřenou naději na prospěch pro pacienta. Nemocniční postupy však nejsou jediným prostředkem k zachování života. Proto by měla být definice běžných i mimořádných prostředků dostatečně široká, aby dokázala zahrnout veškeré prostředky, které lze použít k zachování života. Mimořádné prostředky lze definovat také jako prostředky, které za daných okolností nejsou běžně používané, nebo to jsou prostředky běžně používané, ale daný jedinec v jeho současných fyzických, psychologických a ekonomických podmínkách nemůže tyto

¹⁹⁸ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 120.

¹⁹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 224 – 225.

prostředky rozumně využít, nebo je využít může, ale nemohou mu přinést trvalý přiměřený užitek.

Pečovat o život člověka je povinností lékaře, ze které vychází také povinnost použití běžných prostředků pro takovou péči nezbytných. Nepoužití běžných prostředků ochrany života představuje vážné provinění. Povinná péče o život člověka nezahrnuje použití mimořádných prostředků, mimořádné prostředky tedy nejsou závazné.²⁰⁰ Také Katechismus katolické církve dovoluje přerušeni nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům. V takovém případě jde o odmítnutí tzv. vehementní terapie. Cílem není přivození smrti, ale jde o uznání skutečnosti, že jí nelze zabránit.²⁰¹

Právě ve chvíli, kdy jde o náš život, ho můžeme ovlivnit nejméně.²⁰² Většina osob, které jsou zachraňovány mimořádnými prostředky, není fyzicky schopna své přání vyslovit. Odpovědnost za ukončení resuscitace je tak přeložena výhradně na lékaře. V tomto smyslu se eutanazie stává námětem sporu o měřítku, za kterých je vhodné, možné nebo dokonce nutné resuscitaci ukončit.²⁰³ Ale i když nemocný sám nebo některý z jeho blízkých požadují, aby lékař pokračoval v léčbě, která už je marná, není jeho povinností takovou léčbu poskytovat. Vždyť cílem léčby by měl být prospěch pacienta. Když léčba přestane být pro nemocného prospěšná, není žádný rozumný důvod v ní pokračovat. Nadto zbytečná léčba je mnohdy v rozporu s povinností lékařů neškodit pacientům, protože je často invazivní a značně zatěžující a pacientovi pouze neúčinně zvyšuje bolest a dyskomfort. Nelze opomenout ani to, že použití zbytečné léčby je plýtváním společenskými zdroji.²⁰⁴

Rozhodujícím tedy není individuální přání nemocného, ale profit pacienta, omezené možnosti společnosti a také prozatím rozdílně interpretovaný pojem dobré a důstojné smrti.²⁰⁵ V některých zemích existuje možnost předem písemně určit, které intervence si člověk nepřeje, aby na něm byly v budoucnu prováděny. Jednou z možností je například „living will“ neboli přání neresuscitovat. V některých státech zákony umožňují určit

²⁰⁰ POPE, J. *Conserving human life*, s. 111 – 115.

²⁰¹ *Katechismus katolické církve* [online].

²⁰² HENRIKSEN, J.; VETLESEN, A. *Blízke a vzdálené*, s. 23.

²⁰³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 223.

²⁰⁴ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 180.

²⁰⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 223.

druhého člověka, který za něj bude rozhodovat, až nebude schopen svou vůli vyjádřit sám. V České republice to zatím možné není.²⁰⁶

Někteří lékaři sami nechtějí ustoupit od neúčinné léčby, protože se neumějí vzdát. Důvody se patrně zakládají v citových vazbách, které vznikly mezi zoufale nemocným pacientem a oddaným pečovatelem, nebo v nesprávně pochopených názorech na etické nebo právní povinnosti. Možná, že vzdát se, by pro lékaře znamenalo, že veškerá jeho předchozí práce byla zbytečná, nebo lékař považuje smrt za osobní selhání, kterému se snaží předejít za každou cenu. A konečně v současné době, kdy se lékařská praxe otevřela k posouzení veřejnosti v mnohem větší míře, než tomu bylo dříve, může tlak na pokračování v extrémních léčbách prodlužujících život mít politické, náboženské nebo i jiné motivy. Tyto situace vedou k tomu, že jsou lékařské intervence uplatňovány bez ohledu na množství důkazů o tom, že pacientovi prospěch přinést nemohou.²⁰⁷ Ačkoli je za obecně správné považováno přerušit zavedenou léčbu v případě, kdy se ukáže, že je nevhodná nebo neúčinná, zákon i veřejné mínění je více na straně pokračování v léčbě právě v případech, kdy lékařská etika zkoumá mravní oprávněnost ukončení terapie u nemocných, kde už je léčba marná.²⁰⁸ Také tato skutečnost je pro lékaře rozhodujícího se v dilematických otázkách života a smrti nemocného, nezanedbatelná.

Druhá problémová oblast se vztahuje k těm situacím, kdy nemocný může vyjádřit svou vůli, jde o dobrovolnou eutanazii. Ačkoli víme, že vyslovené přání může být učiněno pod dojmem bezprostřední obtížné životní situace, je třeba se jím přesto zabývat. Existuje řada důvodů, proč není možné zachraňovat život pacienta za každou cenu. Oprávněnost určité podoby eutanazie se tak zdá být logická. Přání pacienta je možné dodržet pouze v mezích zákona a odborná kritéria musí naprosto převládat. Lékař by měl zvažovat osobnost nemocného, vyslovené nebo předpokládané přání, zátěž a míru bolesti, efekt lékařského zásahu, dosažitelnost léčebných prostředků a celospolečenské a lidské pojetí konce života.²⁰⁹

Stejně tak mají stejná práva a nároky jako jiní lidé nezpůsobilí jedinci. Při rozhodování o terapii inkompetentního pacienta bývá obvyklé přizvat člena rodiny, případně blízkého přítele, aby se jednání zúčastnili. Tato jejich role však není dána zákonem a v podstatě ani nemají, s výjimkou rodičů nezletilých dětí, právo tuto funkci

²⁰⁶ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 14.

²⁰⁷ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 178.

²⁰⁸ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 120.

²⁰⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 224 – 225.

vykonávat. Nicméně je pro všechny zúčastněné zřejmě přijatelným kompromisem společně projednat fakta ohledně nejlepšího léčebného postupu, zvážit vše ve vztahu k tomu, co lékař musí podle zákona poskytnout a co by podle názoru všech nemocný za daných podmínek pravděpodobně chtěl.²¹⁰

Tento problém se týká také osob s demencí. Daniel Callahan navrhuje tři základní ohledy, které by nás měly nejvíce zajímat při rozhodování o terminaci či život udržující léčbě u osob s demencí. Prospěch nemocného musí být vždy nadřazen všem ostatním ohledům, přičemž princip individuality by měl být základní. Upozorňuje na skutečnost, že ekonomická a sociální dimenze může ovlivnit náš přístup k člověku s demencí. Domnívá se, že jednotlivci se líbí ve svém vnímání vlastní demence a žádné kritérium nemůže být dostatečně flexibilní, aby tuto skutečnost zohlednilo. Stupeň, jehož demence dosáhla, také hraje svou roli a je třeba s tím počítat. A kdokoli činí rozhodnutí o terminaci, musí učinit vše, co je možné, aby vzal v potaz rozdíl mezi vlastním emočním hodnocením a stavem pacienta. Při tom musí mít na paměti, že rozhodující je vždy prospěch pacienta.

Právě představa o pojmu kvalita života, který se v tomto kontextu obecně užívá, může být rozdílná z pohledu pacienta a hodnotící osoby. Dokud nemůžeme nahlédnout do nitra mysli dementní osoby, pak nemůžeme a priori předpokládat, že demence je nutně a nevyhnutelně vnímána osobou samou jako nízká kvalita života. Paradoxně se to může týkat osob v pokročilé fázi demence, které si svoji deterioraci méně uvědomují. Chybějící možnost nahlédnout do nitra vědomí dementní osoby by nás tedy měla vést k velké zdrženlivosti v úsudcích o kvalitě života těchto osob. Zejména je v těchto případech pokušení mylně hodnotit pacientovy potíže prizmatem vlastního pohledu. Pacient může, ale nemusí cítit to samé a my nemáme žádný univerzální způsob vnímání či vidění.

Daniel Callahan navrhuje tři standardy pro rozhodování o terminální léčbě. Prvním standardem je, že nikdo v pokročilém stadiu demence by neměl být nucen žít déle, než by tomu bylo v pre-technologické éře. Dále čím pokročilejší jsou škody, způsobené demencí, tím legitimnější je odvrácení se od obvyklého sklonu důvěřovat v úspěch léčby. A konečně kdokoli činí takovéto rozhodnutí, má přísnou povinnost jednak zabránit bolestivému a degradujícímu umírání, ale jednak prosazovat zdraví a život.

²¹⁰ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 161.

Obvyklým standardem léčby inkompetentního pacienta chybí-li specifické instrukce, je spíše léčit než neléčit. To s sebou nese břemeno rozhodnutí pro toho, kdo by chtěl léčbu ukončit. V pokročilé demenci, stejně jako u všech nezvratných smrtelných nemocí v jejich pokročilých stádiích, by toto břemeno mělo být obrácené. To znamená, že předpokladem by mělo být nepoužívání agresivní terapie a teprve v případě, že se objeví závažné důvody, zvážit rozhodnutí o pokračování v léčbě.

Avšak pokud by měl být jakýkoli stupeň nejistoty v otázce prognózy pacienta, potom existuje možnost střední cesty mezi agresivní a žádnou léčbou. Lékařka Muriel Gillicková ve své knize *Choosing Medical Care in Old Age* rozvíjí možnost intermediální péče. Má tím na mysli konzervativní léčbu poskytovanou spíše v domácím než v nemocničním prostředí. Ta dává nemocnému šanci na zlepšení, pokud je ještě přítomna nějaká základní biologická odolnost, ale současně se nesnaží invazivně a nepřírozeně zvýšit její nízký zbytek. Podle Gillickové je nezbytné přijmout, že naděje na uzdravení není dostatečným důvodem k tomu, aby byla zahájena léčba, jestliže je tato naděje malá, rizika velká a pacient ireverzibilně dementní. Intermediální péče nabízí uvážlivý způsob řešení nejednoznačných situací, u nichž naděje není zcela malá.²¹¹

Aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle nemocného, nedojde k porušení jeho práva na život, navrhuje Kořenek vytvoření katalogu léčebných úkonů, které by byl lékař povinen poskytnout za všech okolností a které by nesměl nikterak zanedbat.²¹²

Jedním z principů lékařské etiky je pozitivní závazek prospívat a negativní závazek neublížit. Ty výrazně převažují v případě umírajícího pacienta. To, co bylo v situaci, kdy byl nemocný léčitelný, záležitostí především klinického úsudku, stává se v situaci, kdy nemocný umírá, v zásadě záležitostí etického posouzení.²¹³ Je v plném souladu s kladnou základní motivací ve vztahu k osobě nemocného, jsou-li ukončena léčebná opatření, která už nejsou přiměřená, ale pouze prodlužují utrpení nemocného. Aktuálním úkolem etiků je pak hledání stále přesnějších kritérií, která by mohla lékařům pomoci rozlišovat mezi mravně obhajitelnou rezignací na další terapii a rezignací příčící

²¹¹ HARRIS, J. *Bioethics*, s. 102 – 105.

²¹² KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 156

²¹³ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 210 – 211.

se povinnosti.²¹⁴ Stanovení kritérií, do kdy a za jakých podmínek léčit a od kdy a za jakých podmínek už nikoli, je však značně spornou otázkou.²¹⁵

Česká lékařská komora se pokusila formulovat principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich života. Jedním z cílů tohoto dokumentu je omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, kdy přínos léčebných postupů nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života. Rovněž se snaží pro laickou i odbornou veřejnost jasně vyjádřit stanovisko, že nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy. Uvádí, že nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických přístupů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Tento dokument je poměrně čerstvý, účinnosti nabyl dne 4. 3. 2010.²¹⁶

V doporučení je také uvedeno, že odpovědnost za rozhodnutí o ukončení intenzivní péče nese vždy vedoucí lékař nebo ten, koho tento lékař určí. Prezident komory MUDr. Milan Kubek uvedl, že: „*Je to téma, u něhož se všichni tváří, jako by neexistovalo.*“ Tento dokument je však pouze doporučením pro lékaře, podle kterého se mohou řídit. Kubek dále uvádí, že: „*Někteří odborníci chtěli, aby tento dokument měl charakter závazného stanoviska, ale to jsme odmítli s tím, že život je příliš složitý a přináší situace, které se nedají přesně postihnout.*“²¹⁷

Současná léčba disponuje možnostmi do značné míry zmírnit bolesti umírajícího. Přitom může dojít k tomu, že zmírnění bolestí přispěje ke zkrácení života. Pokud není samotný nástup smrti záměrem, je vlastně smyslem takového jednání učinit zbytek života umírajícího snesitelným. Smrt jako vedlejší účinek je v tomto případě přijatelným rizikem.²¹⁸ Rovněž papež uznal v roce 1957 možnost případného zkrácení života užitím léků, aby byla odstraněna nesnesitelná bolest. V takovém případě

²¹⁴ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 35.

²¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 127.

²¹⁶ *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010*. Česká lékařská komora [online].

²¹⁷ KUBEK, M. *ČLK radí lékařům jak již neléčit nevyléčitelné*. Zdravotnické noviny [online].

²¹⁸ BUSCHMANN, E. et al. *Bůh přítel života*, s. 73.

neexistuje žádné příčinné spojení mezi záměrem užití těchto léků, kterým je odstranění utrpení, a mezi jejich účinkem, jímž je smrt.²¹⁹

Eutanazii, dobrovolnou i nedobrovolnou, obhájí australský etik Peter Singer. Nedobrovolnou eutanazii chápe jako usmrcování lidí, kteří nejsou schopni pochopit rozdíl mezi životem a smrtí. Myslí tím například nevléčitelně nemocné, těžce poškozených kojence, anebo lidi, kteří natrvalo ztratili v důsledku nemoci, úrazu nebo vysokého věku schopnost se odpovědně rozhodovat. Tyto lidi Peter Singer nepovažuje za osoby. Člověk podle jeho názoru není osobou jen proto, že přísluší k lidskému druhu, ale stává se jí až pro své charakteristické vlastnosti, jako jsou sebeuvědomování, sebekontrola, smysl pro minulost a budoucnost, schopnost navazovat kontakty, starat se o druhé, komunikovat a dávat najevo zvědavost. Lidskou bytost tak hodnotí jen podle schopností a kvalit jednotlivého exempláře druhu. Zabití defektního kojence nebo nevléčitelně nemocného člověka v bezvědomí proto není usmrcením osoby, a není tak ani protiprávním činem. Morálně opodstatněný základ pro ochranu života začíná pro Singera až tam, kde je určitý jedinec schopen aktivně sledovat své zájmy.²²⁰

Podle Petera Singera je třeba určit, jaké povinnosti máme k druhým bytostem. Mravní povinnosti k druhým diferencuje tím způsobem, že je rozlišuje na tři kategorie bytostí. Do první kategorie „bytostí bez vědomí“ náleží neživé věci, rostliny a zvířata bez centrálního nervového systému. Tyto bytosti nemají žádné vědomé prožitky, nemohou pociťovat slast a bolest, nemají tedy podle této teorie žádnou hodnotu o sobě a my vůči nim nemáme žádné povinnosti, lze s nimi volně nakládat.

Druhou kategorií jsou „bytosti s vědomím a cítící“. Do této skupiny náleží živočichové s centrálním nervovým systémem. Tyto bytosti mají hodnotu v sobě, protože slast má povahu hodnoty. Vůči těmto bytostem už máme mravní povinnost, máme s nimi nakládat tak, abychom ve světě zvyšovali sumu slasti. Avšak tyto bytosti nemají vědomí sebe, neuvědomují si sebe jako zvláštní entity s minulostí a budoucností. Proto mají hodnotu o sobě pouze jako nádoby slasti. Lze je individuálně zaměňovat nebo nahrazovat.

Třetí kategorií jsou osoby. Osoby si uvědomují sebe jako zvláštní entitu s minulostí a budoucností. Vůči osobám máme mravní povinnosti, musíme jednat tak, že zájmy

²¹⁹ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 230.

²²⁰ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 123.

a přání všech, kterých se naše jednání týká, bereme v úvahu stejným způsobem. Osoby nelze nahradit jednou druhou, mají individuální právo na život.

Na základě tohoto stanoviska tedy například lidská embrya, novorozenci, těžce postižení lidé nebo lidé v bezvědomí nejsou žádné osoby. Na druhé straně určitá vyšší zvířata, například šimpanze, gorily, velryby, delfíny považuje Singer za osoby.²²¹

Tomuto pojetí je nutné odporovat. Existence osoby není určena skutečným a současným uskutečňováním výše uvedených vlastností, ale tím, že tyto vlastnosti předpokládají někoho, kdo je jejich nositelem. Existenci osoby nestanovují náhodné vlastnosti, ale vlastnosti každého člověka mají základ v tom, že jsme osobami. Lidská bytost nemá vlastnost být osobou, ale bytost je osobou od samého počátku, k lidské existenci patří být nejen exemplářem určitého druhu, ale jako jedinečná osoba.²²²

Teologický pojem osoby zahrnuje vše, co křesťanská tradice spojuje s lidským bytím a důstojností a co vystihuje kvalitativní jedinečnost lidského života v souvislosti s životem přírody i jeho odlišení od zbytku přírody. Člověk se stává osobou tím, že je uznán Bohem. Z toho vyplývá, že hodnota a důstojnost člověka nejsou dány jeho funkcemi a výkony nebo na základě určitých vlastností, a už vůbec ne individuálními nebo sociálními potřebami a zájmy.²²³

Řada etiků se pokoušela diferencovat mezi atributem „být člověkem“ a atributem „být osobou“. Personalita je však filosofický, ne empirický pojem, není částí lidského organismu, ani momentem ve vývoji lidského života. Pojem osoby je pojmem transcendentním. Člověk jako osoba přesahuje sebe, tedy svou biologickou i duševní stránku.²²⁴

Nejvýznamnějším důvodem, který se uvádí s cílem omluvit dobrovolnou eutanazii, je svoboda člověka uznaná jako jeho základní a všeobecné právo, a tomu odpovídající filosofie člověka. Podle chápání laických autorů má život člověka takovou cenu, jakou hodnotu mají jemu přístupná dobra tohoto světa, utrpení tuto hodnotu radikálně popírá. Jestliže utrpení neplní v životě člověka žádnou pozitivní úlohu, stává se pouhým faktorem hrůzy, destruktivní a nesmyslnou silou v jeho existenci. Mravní je tedy pro člověka jenom to, co vlastním rozumem uzná za vhodné a užitečné pro sebe.²²⁵

²²¹ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 245 – 246.

²²² VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 24.

²²³ BUSCHMANN, E. et al. *Bůh přítel života*, s. 29.

²²⁴ ONDOK, J. P. *Bioetika, bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 33 – 34.

²²⁵ ŚLIPKO, T. *Hranice života a smrti*, s. 237.

„Se vši rozhodností je třeba ještě jednou zdůraznit, že nic a nikdo nemůže žádným způsobem dopustit zabití nevinné lidské bytosti, ať jde o plod nebo zárodek, dítě nebo dospělý, člověk starý nebo nevyлéčitelně nemocný či umírající. Kromě toho není nikomu dovoleno žádat o tento akt zabití pro sebe nebo pro jiného člověka, který je svěřen do jeho péče, ba dokonce nikdo s takovým činem nesmí ani souhlasit, ať již explicitně, nebo implicitně. Žádná autorita nemůže takový čin legitimně nařídít ani dovolit. Jde totiž o porušení božského zákona, urážku důstojnosti lidské osoby, zločin proti životu a proti lidstvu.“²²⁶

Někteří odborníci používají termíny aktivní a pasivní eutanazie. Toto dělení spočívá v rozlišení jednání a zanechání jednání. Aktivní eutanazie neboli strategie přeplněné stříkačky, má urychlit nebo navodit smrt druhého člověka. Toto je eutanazie ve vlastním smyslu slova. Pasivním jednáním neboli strategií odkloněné stříkačky, se miní jednání nebo také zřeknutí se určitého jednání, jehož následkem může být uspíšení smrti druhého člověka.²²⁷ Aktivní eutanazie je tedy zabití z útrpnosti na výslovné přání trpícího. Aktivní eutanazie byla a je nejen odsuzována, ale především je zákonem zakázána. Naproti tomu pasivní eutanazie, respektive právo na přirozenou smrt, bývá tolerována.²²⁸

Ale odborné hranice mezi pasivní a aktivní eutanazií jsou mnohdy velmi nezřetelné. A právě z tohoto důvodu Helena Haškovcová pokládá rozlišení na aktivní a pasivní eutanazii pouze za metodicky opodstatněné. Současně však považuje jakoukoli formu eutanazie za neetický čin.²²⁹ Peter Singer se domnívá, že rozdíl mezi eutanazií aktivní a pasivní ve smyslu nechat člověka za určitých předpokladů zemřít, není eticky významný. Výsledkem je v obou případech smrt a smrt je smrt, ať už v důsledku aktivního usmrcení, nebo pasivního nechání zemřít.²³⁰

²²⁶ ŠIPR, K.; MIČO, M.; KRUMPOLC, E. (ed.) *Aktuální bioetické texty*, s. 42.

²²⁷ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 11.

²²⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 224.

²²⁹ Tamtéž, s. 224.

²³⁰ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 24.

3. 1. 5 Argumenty proti eutanazii

Většina států odmítá legalizaci eutanazie, přičemž nejčastějším argumentem je její zneužití. Některé zákonodárné systémy pojem eutanazie neznají a o eutanazii taktně mlčí. Výjimečné postavení má v tomto ohledu Holandsko, které má uzákoněnou tzv. beztrestnost eutanazie. V Austrálii platil pro severní teritorium od června 1996 zákon dovolující aktivní eutanazii. V březnu příštího roku však byl tento zákon pozastaven a v září téhož roku pak zrušen úplně.²³¹

V Holandsku je tedy eutanatická praxe za splnění určitých podmínek tolerována. Musí jít o nevyлéčitelně nemocného člověka se zlou prognózou, který trpí nesnesitelnými a neztišitelnými bolestmi. Eutanazie je provedena na základě opakované žádosti rukou lékaře, který celou situaci postoupil k posouzení nejméně jednomu nezávislému konziliáři. Každou z uvedených podmínek je však možné zpochybnit. Existuje také vážná obava, že se bude rozšiřovat okruh lidí, u kterých bude možné za splnění daných podmínek beztrestně vykonat eutanazii. Daniel Callahan je přesvědčen o značných možnostech jejího zneužití.²³²

Důvodů, proč nebyla eutanazie uzákoněna nikde na světě, je řada. Jedním z hlavních argumentů proti eutanazii je obtížnost určit skutečné záměry toho, kdo usmrcuje. Udávaný motiv, akt soucitu, by mohl být použit také jako zástěrka pro léčebnou neschopnost, deformované pojetí práv, necitelnost, střet zájmů, nebo v nejhorším případě zlý úmysl.²³³ Legalizace eutanazie by poskytla lékaři obrovskou moc. Tím, kdo rozhoduje o tom, že terapie je marná, není totiž pacient, ale lékař. Legislativní zabezpečení proti zneužití eutanazie je nemožné. Nelze zcela vyloučit ani možnost mylné diagnózy.²³⁴

Některé argumenty proti povolení lékařům v některých případech úmyslně uspišit smrt vycházejí z Hippokratovy přísahy. Lékař nesmí podat smrtící lék, ani kdyby o to byl požádán, ani takový postup nesmí navrhnout. Toto prohlášení bylo významné především za Hippokratových časů, protože rozlišovalo vědecké názory medicíny od tehdy běžných čarodějnických praktik. Historická souvislost je tedy velmi důležitá. I dnes lékaři někdy hledají oporu pro své názory u Hippokrata. Ale v Hippokratově

²³¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 224.

²³² Tamtéž, s. 228 – 231.

²³³ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 119.

²³⁴ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 220.

přísaze je obsažena také řada skutečností, které jsou dnes lékaři odmítány. Soudobý lékař se nemůže automaticky řídit pravidly sestavenými Hippokratem, měl by se však zaměřit na podstatu a smysl těchto pravidel.²³⁵

Vazba mezi lékařstvím a eutanazií je značně problematická. Zásadním způsobem totiž pozměňuje smysl lékařského povolání a nepochybně také vztah mezi lékařem a pacientem.²³⁶ Eutanazie je v rozporu s lékařskými principy. Záměrné ukončování životů by způsobilo rozvrat integrity lékaře a současně i ztrátu důvěry v lékaře i medicínu vůbec.²³⁷ Paradoxně může pomoci k snadnějšímu přechodu od dobrovolné k nedobrovolné eutanazii.²³⁸ V Evangelium Vitae Jana Pavla II. je uvedeno, že je: „Nejvýše odsouzeníhodné a bezprávné je pak, když si někteří lékaři a tvůrci zákonů osobují moc rozhodovat o životě a smrti. Ale pouze Bůh má moc rozhodovat o životě a smrti. On sám podle úradku své moudrosti a lásky vykonává svou moc. Když si člověk, zaslepený svou hloupostí a sobectvím, tuto moc přisvojuje, vede nutně tato jeho usurpace k nespravedlnosti a smrti. Tak se život slabšího ocitá v područí silnějšího; v lidské společnosti se ztrácí smysl pro spravedlnost a jsou zásadně ohroženy kořeny vzájemné důvěry, která je základem každého opravdového mezilidského vztahu.“²³⁹

Ukončení života nemocného bez jeho žádosti je problém, který ukazuje nebezpečí tzv. kluzkého svahu. Spočívá v tom, že překročení jisté meze může způsobit posun v mravním a právním hodnocení podobných jednání. Zvyšuje se pravděpodobnost překročení dalších hranic, které původně nijak zpochybňovány nebyly. Zjednodušeně řečeno: bude-li nyní lékař rozhodovat o tom, zda život umírajícího má nebo nemá cenu, proč by obdobně nemohl rozhodovat i o někom, kdo zatím neumírá, ale je pouze chronicky nemocný? Také mnoho handicapovaných jedinců nekomunikuje a jsou nezpůsobilí o sobě rozhodovat, proč tedy nerozhodnout i za ně, že jejich život nemá smysl?²⁴⁰

Dalším argumentem proti přijetí eutanazie je, že neexistuje možnost určit míru utrpení jednotlivého člověka tak, aby nemohl být zákon zneužit a aplikován na ty, kterým nebyl určen. Pokud by byla definice utrpení příliš jednoduchá, zůstávaly by v ní

²³⁵ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 230.

²³⁶ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 16.

²³⁷ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 220.

²³⁸ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 16.

²³⁹ Srov. *Evangelium Vitae*: Encyklika Jana Pavla II. *O životě, který je nedotknutelné dobro* [online].

²⁴⁰ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 15.

mezery. Na druhé straně pokud by byla příliš složitá, mohla by se pak vykládat způsoby, které se hodí téměř na každou situaci.

Dále by bylo velice obtížné zaručit dané osobě, že bude mít možnost svobodně vyslovit, nebo odmítnout souhlas s usmrcením poskytnout. U umírajícího se může neustále měnit emocionální situace, běžně se prolínají pocity zmatku, hněvu, deprese, úzkosti, strachu a zbytečnosti, a prakticky není možné zcela vyloučit možný nátlak na nemocného.²⁴¹ Také zkušenosti z hospiců naznačují, že se pacientova touha po smrti někdy může v konečné fázi změnit v touhu žít.²⁴² Existuje i opodstatněná obava, že jakmile by eutanazie byla legalizovaná, stala by se rychlým a jednoduchým řešením, jak se zbavit některých pacientů.²⁴³ Člověk jinak smýšlí o situaci, která možná nastane, a jinak, když nastala. Je-li přání nemocného vysloveno ve stavu těžké nemoci, nesnesitelných bolestí a v podstatě nulové naděje na zlepšení stavu, může být vyhodnoceno jako přímý odraz aktuálního zoufalství, které však může být odpovídající péčí a použitím tisíců léků zcela odstraněno nebo alespoň výrazně zmírněno.²⁴⁴

Krátce řečeno eutanazie nebyla legalizována, protože nebyla nalezena možnost, jak odstranit zdroje jejího eventuelního zneužití.²⁴⁵ Neexistuje žádné morální, zákonné nebo sociální odůvodnění pro legalizaci eutanázie. Dobro by bylo iluzorní a sociální důsledky hrůzné.²⁴⁶ „Dobrý život je mír, zlé je zabíjení a ubližování, dobrá je láska a péče, zlá je zášť a nenávisť. Dobrá je harmonie, vyrovnání v dobré vůli a smíru, aby všechno živé mohlo spolu v míru žít, zlé je svévolné ničení a kořistnictví. Dobré je vědomí cíle a mezí, zlé je všechno neomezené: neomezená moc, neomezený růst. Člověk nikdy není tak dokonalý, aby si mohl důvěřovat, co se týče neomezenosti.“²⁴⁷

²⁴¹ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 119 – 120.

²⁴² VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 41.

²⁴³ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 119 – 120.

²⁴⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 223.

²⁴⁵ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* s. 120.

²⁴⁶ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 221.

²⁴⁷ KOHÁK, E. *Člověk, dobro a zlo*, s. 229.

3. 1. 6 Dystanazie

Většina lékařů si váží lidského života natolik, že odmítají možnosti podání prostředku na ukončení života. Problematickou záležitostí pro lékaře zůstává prodlužování života za každou cenu. Není totiž snadné najít ten správný moment ve vývoji klinického obrazu onemocnění, který by dovoloval ukončit aktivní léčbu. V této oblasti zdaleka nebylo dosaženo konsenzuálního stanoviska, už proto, že ošetřující lékař se musí obávat možného postihu za neposkytnutí povinné terapie. A tak je trpícím pacientům jejich utrpení ještě protahováno.²⁴⁸ Prodlužování utrpení lze nazvat také termínem „zadržaná smrt“, čili dystanazie.

Je paradoxem naší vyspělé moderní společnosti, že právě díky těmto technickým vymoženostem mnoho pacientů vlastně trpí. Bohužel se mnozí lékaři domnívají, že je žádoucí použít všechny dostupné možnosti k prodloužení života. Za tímto postojem může být obava lékaře, že v opačném případě budou odpovědni za pacientovu smrt, často také pacientovu smrt chápou jako svou prohru. Někdy je ale použití těchto život udržujících prostředků pro lékaře prostě tím nejjednodušším a nejsnazším řešením. Umožňuje mu totiž vyhnout se obtížnému rozhodování o kladech a záporech stanovené léčby a mluvit o těchto otázkách s nemocným nebo s jeho blízkými.²⁴⁹

Parlamentní shromáždění Rady Evropy přijalo 25. července 1999 dokument s názvem *Ochrana lidských práv a hodnot nevléčitelně nemocných a umírajících*, který reaguje na aktuální problémy medicíny v rozvinutých zemích. Zatímco v chudých a rozvojových zemích je prvořadým cílem medicíny zabránit zbytečným a předčasným úmrtím, klade na ni sociální a technický pokrok v rozvinutých zemích paradoxně také požadavek, aby zabránila nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků.²⁵⁰

Také morální teologie varuje před nelidskostí, která se někdy v intenzivní medicíně objevuje, kdy jsou umírající všemi prostředky udržováni při životě nebo dokonce do života opakovaně vraceni. Není žádoucí prodloužit člověku život za všech okolností. Za situace, kdy je nemocnému ztěžováno umírání a je podrobován všem možným

²⁴⁸ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 123 – 124.

²⁴⁹ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 13.

²⁵⁰ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 156

technickým procedurám, a nemůže se tak v klidu a pokoji připravit na smrt, můžeme hovořit o skutečně nelidském jednání.²⁵¹

Je velkým závazkem zabránit zdlouhavému bolestnému a degradujícímu umírání, které hrozí jen proto, že společností je obecně prosazováno zdraví a život. Mezi důležité cíle medicíny patří zachování života, podpora zdraví a zbavování od bolesti a utrpení. Daniel Callahan navrhuje ještě další cíl, a tím je povinnost usilovat v mezích morálních prostředků, o slušné a klidné umírání, což je vlastně jedním z aspektů povinnosti usilovat o zbavení utrpení. Umírání, které je zdlouhavé, bolestné a degradující, není dobré umírání. Jestliže medicína neudělá, co může v mezích morálních limitů, aby zabránila takovému umírání, pak je to její selhání v důležitém bodě jejího poslání.²⁵²

Úkolem a vlastně i posláním lékaře je udržovat život. Přesto však medicína nemůže ani svým současným, ani budoucím uměním smrt překonat. V dnešní situaci platí, že je nutno se starat také o to, aby člověk nezemřel příliš pozdě.²⁵³ Život může být uctíván nejen tím, že je zachováván, ale i tím, že člověku dovolíme dosáhnout svého konce. Ukončit lékařské zásahy, dovolit přírodě, aby se ubírala svým směrem, se od zabítí z milosti značně liší.²⁵⁴ Pokud se lékař rozhodne ukončit léčbu, která zbytečně prodlužuje proces umírání, je to naprosto v pořádku. Lékař totiž nemá povinnost a ani právo vnucovat něco, co je jen neúčelným utrpením. Takové počínání lékaře je někdy chybně označováno jako pasivní eutanazie. Tento postup ale není formou eutanazie, protože tu není úmysl usmrtit, nebylo provedeno nic, co by usmrtilo, a to, co bylo učiněno, smrt nezpůsobilo.²⁵⁵

V Etickém kodexu České lékařské komory je uvedeno, že: „*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. Eutanazie a asistované suicidium není přípustné.*“²⁵⁶

²⁵¹ ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*, s. 28.

²⁵² HARRIS, J. *Bioethics*, s. 105.

²⁵³ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 31.

²⁵⁴ THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 248.

²⁵⁵ POLLARD, B. *Eutanazie- ano či ne?* s. 24.

²⁵⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 79.

3. 2 Shrnutí

Jak začátek lidského života, tak také jeho konec se ve 20. století stal předmětem lékařské manipulace a tím také etických diskusí. Lékař dokáže oddálit okamžik pacientovy smrti, mnohdy způsobem, který se zdá být nelidský. Proto je nutné přijmout také myšlenku, že za určitých okolností lékař vědomě upustí od dalšího prodlužování lidského života. Vystává také otázka, zda lékař je nebo není oprávněn ukončit aktivním zákrokem život, který nepokládá za hodný života nebo udržování.²⁵⁷ Eticky problematické otázky konce lidského života v moderní společnosti se týkají především eutanazie, termínu „nechat odejít“ (popř. neresuscitovat) a rovněž dystanazie, tedy zadržené smrti.

Je značný rozdíl mezi tím, co znamenal pojem eutanazie v minulosti a dnes. Zatímco v antice a ve středověku nebyla eutanazie s výkonem lékařského povolání nikterak spojována a znamenala dobrou smrt ve smyslu duševního klidu a smíření, popřípadě čestného úmrtí v boji, současné pojetí eutanazie je výrazně zúžené. Ve Websterově slovníku je definována jako: „*akt ukončení života jednotlivců, kteří jsou beznadějně nemocni nebo poškozeni, a to z důvodu milosrdenství.*“²⁵⁸ Eutanazie je tedy určitá činnost nebo naopak nečinnost, která způsobí smrt nemocného, aby bylo zabráněno jeho dalšímu utrpení.

Katolická církev eutanazii zcela jednoznačně odmítá. Život vnímá jako dar od Boha a člověk nemá právo s ním libovolně nakládat. Eutanazie je zabití člověka, které odporuje lidské důstojnosti a úctě k Bohu.

Argumentů pro legalizaci eutanazie je celá řada, všechny ale vycházejí zejména z přesvědčení o autonomii člověka. Každý člověk by měl mít právo zvolit si takový způsob života a smrti, který si sám určí. Pokud tímto svým rozhodnutím neomezuje druhé, nemůže mu do něj nikdo jiný zasahovat.²⁵⁹ Dalším důvodem je tak nízká kvalita života nemocného, že už tento život není považován za hodna žití nebo udržování. S tím také souvisí pojetí lidské osoby. Někteří se domnívají, že člověk není zároveň osobou sám o sobě, ale že se jí stává až pro své určité charakteristické vlastnosti. Zastánci eutanazie se také odvolávají na akt milosrdenství u nemocných, kteří požadují svou smrt z důvodu nesmírného utrpení.

²⁵⁷ ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*, s. 93

²⁵⁸ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 166.

²⁵⁹ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie*, s. 21

Každý z těchto argumentů pro usmrcení z milosti lze vyvrátit a je celá řada dalších, které by měly dokázat, že přitakání eutanazii je zcela nemístné a scestné. Člověk má nepochybně právo na autonomní rozhodování, v souvislosti s eutanazií je však autonomie chápána často mylně. Právo na osobní svobodu neznačí mít právo na kladení jakýchkoli požadavků a neomezené jednání. Autonomie znamená odpovědnost volit v určitých mezích. A dále eutanazie nemůže být soukromou záležitostí, protože její provedení vždy vyžaduje přítomnost dalšího člověka.

K nízké kvalitě života jakožto důvodu k ukončení života je nutno konstatovat, že lidský život má hodnotu sám o sobě. Nikdo z nás není schopen postihnout, jak kvalitní je život toho kterého člověka. Je skutečností, že kupříkladu lidé s demencí, pakliže se k ní nepřidruží další symptomy, jako například deprese, si ve svém zúženého pohledu na svět nejsou vědomi vlastního omezení a jsou šťastni. Tím, kdo pociťuje sníženou kvalitu jejich života, nejsou oni sami, ale jejich okolí. Zároveň nikdo nemá právo prohlásit jeden život za hodnotnější než jiný.

„Jen pro skutečnost, že lidské bytí JE (to znamená, existuje), je on nebo ona osobou, odhlížejíc od schopnosti určitého chování, od schopnosti vnímavosti, rozumu a vůle. Osoba je více než její projevy. Osoba je osobou, i když se jako osoba neprojevuje. Osoba je mnohem více než její projevy, osoba se přesahuje.“²⁶⁰ Z tohoto pohledu nelze za žádných okolností připustit, aby lidé, kteří určité charakteristické vlastnosti nevykazují, nebyli považováni za osoby, a aby bylo možné je beztrestně usmrcovat.

Hlavní příčinou naprosté většiny žádostí o eutanazii není bolest, ale strach, nejistota a volání o pomoc. Správným východiskem tedy nemůže usmrcení trpícího člověka, ale paliativní péče, která zahrnuje nejen tišení fyzické bolesti, ale péči o nemocného člověka v jeho celostním pojetí.

Dalšími důvody pro odmítnutí legalizace eutanazie je skutečnost, že nelze zcela vyloučit možnost chybné diagnózy, ani není možné zaručit dobrou vůli toho, kdo by měl eutanazii vykonat, zákonné zabezpečení proti zneužití eutanazie není možné. Eutanazie je v rozporu s principy lékařského povolání, její výkon by vážně narušil vzájemnou důvěru a vztah mezi lékařem a pacientem. Nelze zcela vyloučit možný nátlak na nemocného. Existuje také reálný problém kluzkého svahu, tedy posunu hranic. Toliko k aktivní eutanazii.

²⁶⁰ KOŘENEK, J., *Lékařská etika*, s. 37.

Z pohledu aktuální lékařské praxe je nutno uvést také jednání, které dovolí nevyлéčitelně nemocnému člověku zemřít. Jedná se o situace, kdy byly vyčerpány veškeré dosažitelné možnosti pomoci, a lékař ustoupí od takových terapeutických postupů, které se jeví jako marné. Lékař musí zvážit jednak účinnost léčby a rovněž stupeň zátěže pro pacienta. Na základě tohoto posouzení může nastat situace, kdy je lepší mimořádné prostředky vůbec nepoužít.

Také katolická morálka v určitých případech připouští možnost nepoužít všechny prostředky k prodlužování života umírajícího člověka. To se týká především nadstandardních prostředků, které se v běžné praxi používají spíše výjimečně, nebo jsou ekonomicky nákladné. Nejde o eutanazii, ale o pasivní postoj nechat zemřít. Jinou formou pasivního přístupu je zásada neresuscitovat. Principem je, že v případě zástavy srdce umírajícího člověka nemusí být provedena resuscitace.²⁶¹

Skutečným problémem současné medicínské praxe je prodlužování života za každou cenu, a tím také utrpení umírajícího. A to i přes to, že nikde není dána povinnost lékaře poskytovat léčbu, která je neúčelná, takové jednání jasně odmítá i Etický kodex České lékařské komory.

V lékařské etice právo zemřít je ve skutečnosti právo dovolit zemřít, a tím je myšleno právo umírajícího na patřičnou péči. Lidem by tak mělo být dovoleno zemřít, když umírají a když je v jejich zájmu zemřít. Umírajícímu by mělo být poskytnuto veškeré pohodlí a jejich umírání by nemělo být zbytečně prodlužováno.²⁶²

„Lékaři nejenže mohou, ale především musí dovolit zemřít, ale rozhodně nesmí úmyslně zabít.“²⁶³

²⁶¹ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 170 – 172.

²⁶² POLLARD, B., *Eutanazie - ano či ne?* s. 88 – 89

²⁶³ KOŘENEK, J., *Lékařská etika*, s. 123

4 LÉKAŘOVA OPORA PŘI ŘEŠENÍ SPORNÝCH OTÁZEK

Nebývalé množství efektivních lékařských postupů, kterými dnešní medicína disponuje, je na jedné straně značným přínosem pro potřebné pacienty, ale na druhé straně tato realita vyvolává mnohé dilematické situace. A nelze je řešit pouze na základě medicínských měřítek, ale také za pomoci etických kritérií.²⁶⁴

Každá rozvaha jednotlivce je však omezena jeho vědomostmi a zkušenostmi a rovněž osobním zaujetím pro věc. Výsledek pochopitelně do jisté míry ovlivňuje také vyznání, resp. absence víry. Míra odpovědnosti za dané rozhodnutí v dilematických situacích je vysoká a málokdo je ochoten a schopen ji převzít v plné šíři. Z palčivé potřeby složité problémy diskutovat, hledat za dané situace nejlepší možné řešení a následně pak také dospět k funkční dohodě, jak konkrétní problém řešit, vznikla myšlenka vytvoření širšího odborného fóra. Přímou výzvou ke vzniku tzv. etických komisí se stala *Helsinská deklarace světové lékařské asociace*. Cílem etických komisí by mělo být formulovat problémy lékařské etiky, soustřeďovat dostupné informace a realizovat expertní a poradenskou činnost. Podle této deklarace je jedním z prioritních úkolů etických komisí posuzovat rizika při zavádění nových diagnostických a terapeutických postupů. Mají posuzovat oprávněnost experimentálních studií i jednotlivých výkonů, které se týkají klinického testování léků.²⁶⁵

Důležitým pravidlem etických komisí je, že při neshodě není možné hlasovat nebo jiným způsobem pominout názory menšiny. Buď jsou v diskusi jednotliví členové komise přesvědčeni pro jeden názor formulovaný tak, aby vyhovoval všem, nebo nemohou zaujmout jednoznačné stanovisko, což je však také jednoznačným stanoviskem.²⁶⁶

Řadu problematických situací ale nepřináší pouze výzkum, ale i klinická praxe lékaře. Mnoho etických problémů přináší například moderní formy resuscitace.²⁶⁷ A jistě by bylo ku prospěchu, kdyby se etické komise angažovaly i v dalších dilematických situacích, které vyžadují nelehké rozhodování lékaře během jeho činnosti.²⁶⁸

²⁶⁴ KOŘENEK, J., *Lékařská etika*, s. 130.

²⁶⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 54.

²⁶⁶ Tamtéž, s. 58.

²⁶⁷ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 130.

²⁶⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 59.

Aktuálními situacemi lékařské praxe, kdy je lékař stavěn před mnohá dilematická rozhodnutí, se zabývá lékařská etika. Ta také definuje mravní základ veškeré lékařské činnosti, čili étos lékaře.

Étos lékaře by měl být spojením přirozeného a posvátného postoje k životu, který je v rovnováze mezi snahou moderní civilizace ovládat věci, život nevyjímaje, a mezi humánním zaměřením, které vychází z daleko obsažnějšího pohledu na současný svět. Zatímco podstatou medicíny je altruismus, tedy orientace na potřeby druhého, okolní svět ovládají pravidla tržní ekonomiky, efektivnosti a racionální účelovosti. Ideály lékařské profese se tak dostávají do konfliktu s převažujícími hodnotami moderní společnosti orientované na konzum.²⁶⁹

Mravní uvažování, cítění a jednání je výsledkem dominantního postavení pozitivních mravních hodnot. Ty jsou předpokladem pro výkon profese, jejímž základním cílem je služba člověku. V této profesi je nutné vykonávat své povinnosti svědomitě a nebát se mimořádných nároků v některých situacích, kdy je odpovědnost doslova svazující a obecné zásady nestačí. Mravní étos lékaře je výraznou oporou jak v každodenní činnosti lékaře, tak i při řešení dilematických situací. Kořenek vnímá étos lékaře jako mravní zakotvení lékaře, které je výsledkem trvalého dialogu s vlastním svědomím. Odpovědi na etické problémy lékařské praxe nejsou jednoduchá řešení daných problémů, ale složité hledání správných postojů prostřednictvím klasifikujících hodnocení toto je dobro, toto je správné, spravedlivé a čestné. A proto je nezbytné étos lékaře kultivovat.²⁷⁰

Profesorka lékařské etiky Helena Haškovcová v článku *Lékařská etika dříve a dnes* uvedla, že: „*V poslední době se stále častěji objevuje názor, že současná úroveň obecné i specializované mravnosti je problematická, někdy dokonce pokleslá, a následně zaznívá apel na to, že by se situace měla radikálně zlepšit. O tom, že je vždy možné i vhodné kultivovat mravnost, panuje obecný souhlas. Problém však je, jak to konkrétně udělat.*“²⁷¹

Odpovědí na tuto otázku je nejspíše kultivace mravnosti lékaře výukou lékařské etiky. Současný stav výuky etiky na českých lékařských fakultách výrazně ovlivnily některé historické události. Z tohoto důvodu je nezbytný alespoň krátký exkurz do minulosti v kontextu výuky lékařské etiky na českých vysokých školách.

²⁶⁹ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 184 – 185.

²⁷⁰ Tamtéž, s. 143.

²⁷¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika dříve a dnes*. A2 [online].

4. 1 Historie výuky české lékařské etiky

V počátečních letech samostatného Československa nejsou žádné zprávy o stavu lékařské etiky. Od počátku třicátých let 20. století se objevil zvýšený zájem o lékařskou etiku, který se projevil také snahou o systematickou výuku lékařské etiky.²⁷² Realizaci těchto projektů překazila válka a uzavření českých vysokých škol v roce 1939.²⁷³

Lékařská etika jako samostatný obor vznikla až po druhé světové válce. Na českých lékařských fakultách byla zavedena výuka humanitních předmětů, v roce 1946 vznikl první deontologický ústav. Fungoval však pouze do roku 1952. Ten samý rok byla do vysokých škol zavedena povinná výuka marxismu-leninismu. Přirozený vývoj lékařské etiky tak byl zastaven. V této době byly některé problémy tabuizovány, např. otázky umírání a smrti.²⁷⁴

Problémy v oblasti lékařské etiky a nemožnost jejího rozvoje vedly k porušování práv pacientů na osobní svobodu, lidskou důstojnost a svobodu náboženství, k porušování práv pacientů na ochranu osobních dat. Lékařský paternalismus se projevoval nedostatkem komunikace mezi lékařem a pacientem a nerespektováním jeho práva na informace, například dozvědět se diagnózu. Nerozvíjela se paliativní péče, nevznikaly hospice.²⁷⁵

Krátce po převratu v roce 1989 byly zrušeny katedry marxismu-leninismu na vysokých školách. Úroveň humanitního vzdělání studentů byla velmi nízká. Na lékařské fakulty se vrátila výuka filozofie, sociologie a lékařské etiky. V roce 1991 byla lékařská etika prohlášena samostatným lékařským oborem.²⁷⁶

V důvodové zprávě ke vzniku lékařské etiky jako samostatného oboru, jejímiž autory jsou Helena Haškovcová, Vladimír Špalek a Jiří Šimek, bylo například uvedeno, že je nízká úroveň eticko-lékařského vědomí, znalostí a problematická je i praxe. Kolektivní morální odpovědnost lékařů se změnila v individuální neodpovědnost, povrchnost a lhůstevnost. A je více než žádoucí lékařskou etiku systematicky pěstovat.

²⁷² HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 30.

²⁷³ Tamtéž, s. 35.

²⁷⁴ Tamtéž, s. 29 – 30.

²⁷⁵ MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 78.

²⁷⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 39 – 40.

Rovněž byly přijaty významné dokumenty v oblasti lidských práv. Listina lidských práv a základních svobod byla přijata v roce 1991, v tomtéž roce byla podepsána Úmluva o lidských právech a základních svobodách.²⁷⁷

4.2 Současná výuka české lékařské etiky

Helena Haškovcová, která se stala iniciátorkou vzniku lékařské etiky jako samostatné lékařské disciplíny, tyto počátky komentuje takto: „*Při sestavování jednotlivých programů výuky bylo nutné brát zřetel na řadu okolností, zejména na přerušenu kontinuitu, limitovaný počet vyučujících, nulové nebo minimální znalosti studentů o filosofii a etice z předcházejících stupňů škol a skutečnost, že v systému mediků, zdravotních sester, popřípadě jiných specializací, byl dlouhá léta podceňován nácvik komunikace s nemocnými či dalšími lidmi v nouzi. S ohledem na uvedené podmínky se výuka lékařské etiky, popřípadě zdravotnické etiky vyvíjela velmi živelně a teprve v poslední době je patrná nepřehlédnutelná snaha studijní programy standardizovat a pro celý systém výuky etiky najít vhodný organizační rámec. Perspektivně je nutné určit, co je nezbytné znalostní minimum v daném výukovém programu, co jsou jeho specifické priority.*“²⁷⁸

Nároky na lékaře se neustále zvyšují. Množství vědomostí a dovedností, které lékař musí získat a následně udržovat, aby mohl zodpovědně provádět svou profesi, je tak velký, že mnohým z nich už schází čas a energie věnovat se své všeobecné vzdělanosti.²⁷⁹ Lékař je vzděláván zejména v biologických vědách, humanitní vědy představují pouze asi 5 – 7 % výuky na lékařských fakultách. Je tak v zásadě vědec, který se zabývá materiální stránkou člověka. Problémy, které není možné uchopit vědou, řeší buď odděleně od své profese, nebo je odsouvá do pozadí. To se týká i hodnot a smyslu života.²⁸⁰

Nejvýznamnějším problémem současného studia medicíny je z pohledu lékařské etiky enormní důraz na biologický aspekt člověka. Kromě toho je tradiční výuka rozčleněna na jednotlivé předměty, student medicíny pak nabývá model člověka

²⁷⁷ MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 80 - 81.

²⁷⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 259.

²⁷⁹ ŠIMEK, J. et al., *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů ...* s. 23.

²⁸⁰ ŠIMEK, J.; ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*, s. 39 – 40.

rozčleněného do orgánů a nutně pak pro něj musí být obtížné vnímat člověka celostně.²⁸¹ Ale lidské zdraví přesahuje zdraví tělesné. Člověk žádající lékaře o pomoc při hledání zdraví, není sám sobě toliko tělem, ale každý člověk sám sebe vnímá jako centrum myšlenek, přání, činů, potěšení, ale i bolesti. Nemocný se na lékaře obrací s vědomím, že představuje psychofyzickou jednotku, že není jen tělo, ale že je individuem. Stejně tak není osobou oddělenou od těla, která jednoduše tělo má nebo vlastní. To, co nemocný hledá, není zdravím těla, není zdravím duše, ale zdravím člověka. A tímto lidským zdravím by se měla medicína zabývat.²⁸²

Většina autorů se domnívá, že je nutné studenty lékařství naučit zejména všimnout si problémů tam, kde jsou a učinit jejich percepci reality vnímavější k okolnostem a jevům, které se na první pohled vyznačují jednoduchostí, a tedy i zdánlivou jednoznačností.²⁸³ Kořenek uvádí tři cíle výuky lékařské etiky. Je to sdělení morálního rozměru lékařské profese studentům medicíny, jejich inspirace k morální hodnotové orientaci a k osobní odpovědnosti a upozornění na etická dilemata a možnosti jejich řešení.²⁸⁴

Výuka lékařské etiky je značným problémem, se kterým se potýká mnoho vyučujících. Výběr témat je značně široký, je nutné selektovat pouze reprezentativní okruhy a vtěsnat velké množství látky do časově vymezeného prostoru.²⁸⁵

Na jednotlivých fakultách je situace často velice odlišná, někde se jedná o samostatný předmět, jinde je etika vyučována jako součást širšího tematického záběru. Stejně tak podmínky splnění, a tím i nároky kladené na studenty, jsou rozličné. Například výuku lékařské etiky na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy zajišťuje Ústav lékařské etiky a humanitních základů medicíny, v prvním ročníku je přednášen předmět Humanitní základy vzdělanosti, jehož součástí jsou též etická témata. V zimním semestru 30 hodin přednášek, zakončeno zápočtem, v letním semestru 15 hodin seminářů, zakončeno zkouškou. Ve čtvrtém ročníku se vyučuje předmět Úvod do lékařské etiky a psychologie, výuka je bloková (dvoutýdenní blok v celkovém rozsahu čtyřiceti osmi hodin), zakončeno zápočtem a zkouškou.²⁸⁶ Pro srovnání výuku lékařské etiky na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně zajišťuje Ústav

²⁸¹ ŠIMEK, J.; ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*, s. 28 – 29.

²⁸² THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, s. 246.

²⁸³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 255.

²⁸⁴ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 50.

²⁸⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 252.

²⁸⁶ *Univerzita Karlova v Praze* [online].

lékařské etiky, předmět je vyučován v prvním ročníku v rozsahu 22,5 hodiny přednášek, zakončeno písemnou prací a kolokviem. V letním semestru čtvrtého ročníku se vyučuje předmět Lékařská etika 2 v rozsahu 7,5 hodiny přednášek a 30 hodin seminářů, zakončeno zápočtem a zkouškou.²⁸⁷ Naproti tomu Lékařská fakulta UK v Hradci Králové nemá samostatný ústav etiky, výuku zajišťuje psychiatrická klinika. V letním semestru třetího ročníku je přednášen předmět Lékařská psychologie a komunikace s nemocným v rozsahu pouhých 10 hodin přednášek a 15 hodin cvičení, zakončeno zápočtem a zkouškou.²⁸⁸

Historie české lékařské etiky byla popsána výše. Je zřejmé, že v době, kdy byla přerušena kontinuita rozvoje a výuky lékařské etiky, byla tato disciplína teprve v počátcích. K obnovení došlo až po čtyřiceti letech, hledat návaznost bylo složité. Její potřebnost si většina odborníků uvědomila až v souvislosti s prudkým rozvojem moderní technické medicíny, kdy vyvstala řada eticky sporných momentů. Své místo si v přípravě lékařů na své budoucí povolání zatím ještě hledá, názory na její potřebnost a důležitost jsou různé, o čemž vypovídá i nízká časová dotace, která je výuce tohoto předmětu přidělena, na některých fakultách (viz Lékařská fakulta UK v Hradci Králové) obzvláště.

Eticky významných témat současné lékařské praxe je mnoho. Callahan definuje pět nejdůležitějších cílů výuky lékařské etiky. Prvním úkolem je stimulovat morální představitelství studentů a směřovat je k tomu, aby pochopili morální rozměr lékařské praxe. Druhým cílem je pomoci studentům, aby dokázali rozpoznat etické problémy a dokázali je diferencovat od odborných a legislativních problémů. Dalším úkolem výuky lékařské etiky je rozvíjet analytické schopnosti studentů. Tyto dovednosti jim následně umožní lépe se vyrovnávat s etickými problémy a vhodně je řešit. Čtvrtým cílem je vzbudit pocit morálního závazku a osobní zodpovědnosti studenta a pomoci mu při formování vlastních hodnotových orientací. A pátým cílem je konečně pomoci studentům, aby uměli tolerovat ambivalentnost a nejistotu etických problémů a zároveň hledat způsoby, jak je snížit.²⁸⁹

Je otázkou, zda je vůbec reálné, aby tyto způsobilosti student během tak krátké doby, která je výuce lékařské etiky určena, získal. Jak tedy mladý lékař dojde správného

²⁸⁷ Masarykova univerzita v Brně [online].

²⁸⁸ Lékařská fakulta UK v Hradci Králové [online].

²⁸⁹ KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 47.

postoje k životu člověka, kde se naučí mravnímu citění, uvažování a jednání? Kde získá odpovědi na etické problémy lékařské praxe?

Jednání lékaře však nemůže být vždy jen výsledkem předchozí úvahy. V lidském životě dochází také k situacím, které svou naléhavostí neposkytují mnoho času ke zvážení všech aspektů, řadu dilematických otázek zpravidla není možné vyřešit pouze na základě shody v základních principech. Etické principy jsou mnohdy nedostačující pro určení příčin daného jednání, to navíc zahrnuje individuální rysy, které nelze postihnout na podkladě racionálního rozumu nebo mechanické aplikace předpisů.²⁹⁰

Etika má mnoho společného s konkrétními praktickými zkušenostmi, s přemýšlením o těchto zkušenostech. Etika je tedy teprve druhotně otázka teoretická, prvotně souvisí s naším rozhodováním v konkrétních situacích, se snahou uvést je do vzájemných souvislostí.²⁹¹ Vykonávat své povolání mravně dobře tak vyžaduje odborný přístup, který překračuje pouhou snahu situaci analyzovat a vyhovět pravidlům.²⁹²

Existují také etické perspektivy, které mohou prohloubit morální pochopení problému. Bratři Hubert a Stuart Dreyfusovi přišli na to, že od určité úrovně problému se člověk necítí být vázán pravidly. Místo toho nastupuje součinnost množství činitelů, jako je intuice, fyzická zdatnost, interpretace souvislostí apod. Tyto faktory odráží skutečnost, že do řešení problematické situace zásadním způsobem vstupuje také lidská zkušenost. Bratři Dreyfusové rozlišují pět stadií.

Začátečník se nejprve učí především základní pravidla, osvojuje si práva a povinnosti zvolené profese. Ty jsou na určité situaci nezávislé, mají pomoci rozlišit charakteristické typy situací. *Začátečník* vzhledem k nedostatku zkušeností nedokáže rozpoznat souvislosti a návaznost mezi situacemi, pracuje nezávisle na kontextu. *Mírně pokročilý začátečník* už určité zkušenosti má, dokáže použít složitější pravidla a problémy zařadit do širších souvislostí. Zkušenosti přispívají především k získání schopnosti rozpoznat situaci podle rysů, které se nejeví jako objektivní nebo závislé na kontextu. Tato vlastnost se rozvíjí díky citu pro podobnost s předešlými situacemi. O dobrém zvládnutí situace tedy rozhoduje zkušenost, nikoli naučená objektivní pravidla.

S rostoucí zkušeností může být obtížnější správně diferencovat mezi podstatným a nepodstatným. Problém by měl být řešen systematicky. V této fázi dochází

²⁹⁰ HENRIKSEN, J.; VETLESEN, A. *Blízké a vzdálené*, s. 180.

²⁹¹ Tamtéž, s. 15.

²⁹² Tamtéž, s. 180.

k samostatnému analyzování, hodnocení a uvažování, jednání vychází jednak z objektivních pravidel, ale do značné míry také právě z pochopení konkrétního případu. Toho je schopen *kompetentní vykonavatel*. Další stupeň je *profesionál*. Je silně zúčastněn v tom, co vykonává, dokáže rozpoznat podstatu problému a rozhodnout o prioritě. Porozumění problému se postupně rozvíjí a proměňuje, ne však na základě vědomé volby. Posledním stadiem je *expert*, který dokáže realizovat i nesnadné cíle bez obtíží, na základě zkušeností a osvojeného vhledu. Jedná intuitivně, automaticky bez vědomé rozvahy, nové situace řeší pomocí kreativity.²⁹³

Mravní étos může být lékaři skutečně výraznou oporou jak v každodenní praxi, tak i při řešení dilematických situací. Není mu však dán do vínku, nezíská ho ani letitou přípravou na své povolání, ale mnohaletou praxí a zkušeností. Upozornění na morální rozměr, vedení k osobní odpovědnosti, poukázání na etická dilemata a možnosti jejich řešení mu mohou výrazně pomoci. Především z počátku své klinické praxe vychází pouze ze svých teoretických vědomostí, ze znalosti práv a povinností, bioetických principů apod. Tato pravidla mu určují meze. Z tohoto důvodu je výuka lékařské etiky nesmírně důležitá a nezbytná při přípravě mladého člověka na jeho budoucí profesi, která jistě náleží mezi ty nejvíce náročné a zodpovědné.

²⁹³ HENRIKSEN, J.; VETLESEN, A. *Blízke a vzdálené*, s. 180 – 184.

ZÁVĚR

Rozpozná a zvládne budoucí lékař svůj úkol, až stane u lůžka umírajícího? Ráda bych řekla, že ano. Ale domnívám se, že k tomu bude třeba ujít ještě kus cesty. Postavení lékaře je v dnešní společnosti obtížné. Je pod neustálým tlakem společenských norem, ekonomických ukazatelů, pacientů a jejich blízkých, svých morálních zásad a svědomí. Všemi je kriticky sledován, pochybení se neodpouští. Jaké má lékař pro výkon své náročné profese zázemí?

Během studia musí budoucí lékař absorbovat množství vědomostí, a to především z oblasti biologických věd. Humanitní vědy, ačkoli jsou výrazně upozaděny, také již mají své pevné místo v přípravě mediků. Omezené časové dotaci je přizpůsobena i výuka lékařské etiky. Studenty seznamuje se základními problémovými tématy, učí je nahlížet situace z různých úhlů pohledu. Výuka lékařské etiky je významným pilířem, i když insuficientním, na cestě k osvojení mravního étosu lékaře.

Ve chvíli, kdy absolvent medicíny nastoupí na klinické pracoviště, částečně přejímá hodnoty, postoje a vzorce chování profesně zkušenějších lékařů. V každodenním kontaktu se svými pacienty se setkává s řadou dilematických situací, kdy se zdá, že východisko neexistuje a každé řešení je špatné. Neúplný teoretický rámec etických tezí získal na lékařské fakultě, praktické zkušenosti nemá. Právě v těchto sporných okamžicích někdy dojde zjištění, že reálná praxe odporuje poznatkům získaným během studia, a že ačkoli je plný znalostí o anatomii, fyziologii i patofyziologii fungování lidského těla, pro výkon své profese není zcela připravený.

Pokusí-li se v daném problému zorientovat, tak jako jsem to učinila já v otázce lékařské etiky terminálních stavů, vyjde na povrch skutečnost, že právní normy jsou obecné a nedokážou postihnout dilematické situace, etická doporučení jsou nezávazná a v některých případech nesouhlasí s obecně přijímanými hodnotami a společenskými úzy, některé bioetické principy jsou vykládány mylně, chybí jasně specifikovaná kritéria pro poskytování péče, existuje značný prostor pro libovůli lékaře. Odtud tedy pramení nejistota a mnohdy rozdílné názory lékařů na poskytování péče nemocným v terminálním stavu.

Výkon lékařského povolání vyžaduje zpočátku především deontologické vymezení povinností, uznání a správné pochopení práv svých i pacientových. Mravně dobré jednání si lékař postupně osvojuje praktickou zkušeností.

Ne každý je ochoten a schopen přijmout nesmírnou odpovědnost plynoucí z moci nad životem a smrtí člověka. Těm pak, kteří jsou připraveni tuto odpovědnost převzít a nést důsledky, bychom měli poskytnout jisté zázemí. Etické normy vycházející ze zákonných musí být v souladu se specifikovanými kritérii pro poskytování péče. Toto je možnost, jak urychlit cestu medika s teoretickou základnou etických zásad k lékaři s mravním zakotvením, který rozpozná a zvládne svůj úkol, až stane u lůžka umírajícího.

Seznam použitých zdrojů

ADLER, S. *Smysl života*. Praha: Práh, 1995. ISBN 80-858009-34-6.

ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5.

BUSCHMANN, E. et al. *Bůh přítel života: ochrana života jako výzva a úkol*. Brno: Cesta, 1994. ISBN 80-85319-35-7.

CORETH, E. *Co je člověk?: základy filozofické antropologie*. Praha: Zvon, 1994. ISBN 80-7113-098-2.

ČAČKA, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Brno: Doplněk, 1997. ISBN 80-85765-70-5.

DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox Globator, 2007. ISBN 978-80-7207-628-4.

DOROTÍKOVÁ, S. *Filosofie hodnot: Problémy lidské existence, poznání a hodnocení*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1998. ISBN 80-86039-79-X.

FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano: Psycholog prožívá koncentrační tábor*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN 80-7192-095-9.

HARRIS, J. *Bioethics*. Oxford: Oxford University, 2001. ISBN 0-19-875257-1.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENRIKSEN, J.; VETLESEN, A. *Blízké a vzdálené: Etické teorie a principy práce s lidmi*. Boskovice: Albert, 2000. ISBN 80-85834-85-5.

HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-580-90.

HRKÚT, J. (ed.) *Argumentácia v bioetike*. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2009. ISBN 978-80-8084-261-1.

- CHOPRA, D. *Hluboké rány v duši: uzdravování duše po prožitku strachu a utrpení: 100 dní k uzdravení*. Praha: Knižní klub, 2005. ISBN 80-242-1440-7.
- IVANOVÁ, K.; KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0892-9.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- KOHÁK, E. *Člověk, dobro a zlo: O smyslu života v zrcadle dějin*. Praha: Ježek, 1993. ISBN 80-901625-3-3.
- KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4.
- KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Vydání 2., přepracované a doplněné. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-79-9.
- MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4757-0.
- MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I: Smrt a umírání*. 2. opravené vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3017-8.
- MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III: Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2417-8.
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
- OPATRNÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2008. ISBN 978-80-204-1876-0.

- PAYNE, J. *Smrt jediná jistota*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-046-1.
- PAYNE, J. et al. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton, 2002.
- POLLACK, R. *Chybějící okamžik: jak nevědomí utváří moderní vědu*. Praha: Mladá fronta, 2003. ISBN 80-204-1068-6.
- POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
- RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes: od objektivního k existenciálnímu a věčnému*. Praha: Vyšehrad, 2008. ISBN 978-80-7021-933-1.
- ROTTER, H. *Důstojnost lidského života: Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- SCHELER, G. *Smrt jako filosofický problém*. Praha: Vyšehrad, 2003. ISBN 80-7021-390-6.
- ŠLIPKO, T. *Hranice života a smrti: Dilema současnej bioetiky*. Bratislava, 1998, Cirkev a spoločnosť [edice]. ISBN 80-7141-185-X.
- SMITH, R. E. *Conserving human life*. Braintree, MA: The Pope Center, 1989. ISBN 0-35372-26-1.
- SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-424-1.
- ŠIMEK, J.; ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0440-4.
- ŠIMEK, J. et al. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0507-4.
- ŠIPR, K.; MIČO, M.; KRUMPOLC, E. (ed.) *Aktuální bioetické texty: Deklarace o eutanazii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1278-0.
- ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2006. ISBN neuvedeno.

THOMASMA, D.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0883-5.

VIRT, G. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.

Euthanasie nebo paliativní péče versus práva nevléčitelně nemocných: Sborník přednášek vydáno u příležitosti 3. Světového dne hospice a paliativní péče. Praha: Tři, 2007.

KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY. *Deklarace o eutanazii Bona et iura*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-334.0.

Česká biblická společnost [online]. [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.biblenet.cz>>.

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010. Česká lékařská komora [online]. 2010, [cit. 2011-04-06]. Dostupné na WWW: <[http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=92313&do\[load\]=1&filterCategory.id=3](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=92313&do[load]=1&filterCategory.id=3)>.

Evangelium Vitae: Encyklika Jana Pavla II. *O životě, který je nedotknutelné dobro* [online]. 1995, [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.kebrle.cz/katdocs/EvangeliumVitae.htm>>.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika dříve a dnes*. A2. [online]. 2007, č. 45 [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.advojka.cz/archiv/2007/45/lekarska-etika-drive-a-dnes>>.

ILCOR, ERC - 2005 International Consensus Conference. Citováno dle: Drábková, J. *Neodkladná resuscitace*. [online]. 2008, [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzs.tul.cz/skripta/data/2008-01-17/13-37-14.doc>>.

KUBEK, M. *ČLK radí lékařům jak již neléčit nevléčitelné*. Zdravotnické noviny. [online]. 2010, č. 10 [cit. 2011-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/clk-radi-lekarum-jak-jiz-nelecit-nevylecitelne-450154>>.

Katechismus katolické církve [online]. [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.katechismus.cz>>.

Lékařská fakulta UK v Hradci Králové [online]. Hradec Králové: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Posl. úpravy 10. 2. 2011 [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.lfhk.cuni.cz/karolinka/Study/default.asp?tsk=dep&lng=cz&prlf=520>>.

Masarykova univerzita v Brně [online]. Brno: Masarykova univerzita, Posl. úpravy 15. 1. 2011 [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.is.muni.cz/predmety/predmet.pl?kod=VSLE7X1c&fakulta=1411&lang=cs&obdobi=5204>>.

Univerzita Karlova v Praze [online]. Praha: Univerzita Karlova, Posl. úpravy 4. 3. 2011 [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW:<http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/uzvle/sylabus_ulep.htm>.

Abstrakt

KYLBERGEROVÁ, R. Š. *Lékařská etika terminálních stavů*. České Budějovice 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra filosofie a religionistiky.

Vedoucí práce doc. Mgr. Ing. Tomáš Machula, Ph.D., Th.D.

Klíčová slova: lékařská etika, výuka lékařské etiky, smrt, smysl života, smysl utrpení, eutanazie, autonomie, kvalita života, distancie

Hlavním předmětem této práce je reflexe problematiky etiky terminálních stavů. Strukturu práce tvoří čtyři tematické celky. V první části práce jde o seznámení s pojmem lékařská etika, popíše její předmět, historický vývoj a principy. Druhý blok je zaměřen na největší existenciální událost lidského života, smrt a na postoj člověka ke smrti. K posledním okamžikům člověka patří hledání smyslu života, ale také utrpení. Proto se věnuji i těmto tématům. Třetí část práce se vztahuje k etickým problémům konce života. Zabývá se především motivacemi člověka k přitakání či odmítnutí eutanazie, analyzuje etická doporučení a kritéria pro poskytování péče terminálně nemocným. Jaký je stav současné výuky lékařské etiky a zda může přispět k přípravě budoucího lékaře na jeho náročné povolání, zjišťuji v poslední čtvrté části práce.

Abstract

The Medical Ethics Of Terminal Care

Key words: medical ethics, teaching medical ethics, death, meaning of life, meaning of suffering, euthanasia, autonomy, quality of life, dysthanasia

The main subject of this thesis is a reflection issue of the terminal care ethics. The structure of the thesis consists of four thematic units. The first part is the introduction to the concept of medical ethics: the description of the subject, the historical development and its principles. The second block of the thesis focuses on the biggest existential event of human life – death, and the human approach to death and dying. The search for the meaning of life and for the meaning of suffering belongs to the last moments of a human being. That is why these topics are also mentioned in the thesis. The third part relates to the ethical issues of the nearing the end of life. It mainly describes the human motivation to the acceptance or rejection of euthanasia, as well as it analyzes the ethical recommendations and criteria of care for terminally ill patients. The fourth part of the thesis describes what the current status of teaching medical ethics is and whether it can help to prepare the future doctors for their demanding profession.