

Diplomová práce

2011

Marie Čadová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra filozofie

Diplomová práce

OTÁZKY ZAČÁTKU A KONCE LIDSKÉHO ŽIVOTA

Vedoucí práce : Doc. Tomáš Machula, Ph.D., Th.D.

Autor práce: Marie Čadová

Studijní obor: Učitelství náboženství a etiky – kombinované studium

Ročník: 7.

2011

Diplomová práce v nezkrácené podobě

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 uvedením 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 odhalování plagiátů.

27.6.2011

Děkuji vedoucímu diplomové práce Doc. Tomáši Machulovi, Ph.D., Th.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 6 |
| 1 OTÁZKY ZAČÁTKU LIDSKÉHO ŽIVOTA..... | 9 |
| 1.2 BIOLOGICKÝ VÝVOJ OD OPLOZENÍ K NAROZENÍ..... | 12 |
| 1.3 TEORIE STÁDIÍ LIDSKÉHO EMBRYA A PLODU..... | 17 |
| 1.4 UMĚLÉ ZÁSAHY DO LIDSKÉHO ROZPLOZOVÁNÍ..... | 20 |
| 1.4.1 ASISTOVANÁ REPRODUKCE..... | 22 |
| 1.4.2 TECHNIKA AIH..... | 22 |
| 1.4.3 TECHNIKA AID..... | 25 |
| 1.4.4 TECHNIKA FIVET..... | 27 |
| 1.4.5 UCHOVÁVÁNÍ LIDSKÝCH POHLAVNÍCH GAMET A ZÁRODKŮ..... | 30 |
| 1.4.6 NÁHRADNÍ (SUROGAČNÍ) MATEŘSTVÍ..... | 32 |
| 1.5 POTRAT..... | 35 |
| 1.5.1 SAMOVOLNÝ POTRAT..... | 35 |
| 1.5.2 UMĚLÝ POTRAT..... | 36 |
| 1.5.3 INTERRUPČNÍ TECHNIKY..... | 39 |
| 1.5.3.1 POTRAT VNIKUTÍM DO DĚLOHY SKRZE RODIDLA..... | 39 |
| 1.5.3.2 POTRAT PODÁNÍM CHEMICKÉHO PŘÍPRAVKU..... | 40 |
| 1.5.3.3 OPERATIVNÍ POTRAT..... | 41 |
| 1.5.4 KOMPLIKACE INTERRUPCÍ..... | 41 |
| 2 KDY KONČÍ LIDSKÝ ŽIVOT?..... | 46 |
| 2.1 SMRT Z POHLEDU FILOZOFIE..... | 47 |
| 2.2 SMRT V KONTEXTU NÁBOŽENSTVÍ..... | 54 |
| 2.3 DEFINICE SMRTI..... | 59 |
| 2.3.1 DIAGNOSTIKA SMRTI..... | 59 |
| 2.3.2 PŘÍČINY SMRTI..... | 62 |
| 2.4 SEBEVRAŽDA..... | 63 |

| | |
|--|-----------|
| 2.5 VRAŽDA A ZABITÍ..... | 67 |
| 2.6 EUTANAZIE..... | 69 |
| 2.6.1 EUTANAZIE JE SKUTEK, ČIN | 72 |
| 2.6.2 EUTANAZIE JE DEFOVÁNA JAKO CHTĚNÁ ZE STRANY PACIENTA..... | 73 |
| 2.6.3. EUTANAZIE JE ZÁMĚRNÉ UKONČENÍ ŽIVOTA..... | 73 |
| 2.7. PALIATIVNÍ MEDICÍNA A PALIATIVNÍ PÉČE..... | 75 |
| | |
| ZÁVĚR..... | 81 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 83 |
| SEZNAM ZKRATEK..... | 86 |
| ABSTRAKT..... | 87 |
| ABSTRACT..... | 88 |

ÚVOD

Vybrané téma diplomové práce má přímou souvztažnost jak k oboru, který studuji – Učitelství náboženství a etiky, tak k životu jako takovému. Chci se zabývat dvěma mezními situacemi, které jsou součástí života každého z nás, i když si to mnohdy nechceme připustit. Všichni jsme se narodili a jednou náš život dospěje ke svému konci. V průběhu života se každý člověk setká s některou ze situací, o které chci podrobněji psát. Otázky počátku a konce lidského života zajímají již děti ve věku okolo dvanácti let, o čemž jsem se měla možnost přesvědčit v průběhu své praxe při hodinách etiky i náboženství. Přesto je dospělí většinou odbudou se slovy: „Na to si ještě příliš malý/á.“ Co k tomu rodiče a pedagogy vede? Nebylo by lepší s dětmi o těchto věcech mluvit otevřeně a poskytnout jim dostatek informací, aby si na věc mohly udělat vlastní názor?

Problém se týká celé společnosti a jejího postoje vůči životu a smrti. Papež Jan Pavel II. na tuto skutečnost upozornil ve své encyklice *Evangelium vitae*. Tvrdil, že moderní doba zrodila tzv. „*kulturu smrti*“. Popisuje ji jako společnost, která ztratila úctu k životu. V encyklice *Evangelium vitae* s podtitulem *O životě*, který je nedotknutelné dobro z 25. března 1995, jmenuje Jan Pavel II. projevy současné kultury smrti: jsou jimi zabíjení nenarozených, eutanazie, prostituce, obchod se ženami a mladistvými, sebevraždy, terorismus a války, potlačování práv člověka a další. Příčiny vzrůstající kultury smrti spatřuje především v oslabení či ztrátě smyslu pro hodnotu života, práva na existenci jedné určité lidské osoby. Máme dojem, že žijeme ve společnosti individualit, která ctí lidskou svobodu a autonomii, ale ve skutečnosti se pod tím však skrývá ztráta vzájemných vztahů mezi lidmi. Zejména pak ve větších městech je to lépe rozpoznatelné. Sdílíme sice svůj životní prostor s mnoha dalšími lidmi, a přesto žijeme v anonymitě, protože „nemáme čas“ budovat mezilidské vztahy. V individualistickém pojetí svobody se při rozhodování bere v potaz osobní úspěch, kvalita života měřená

majetkem a vlastním prospěchem často na úkor druhých. Smyslem života je pak „mít“ a nikoliv „být“. V konzumním přístupu k životu není místo pro duchovno. Bez víry v Boha a transcenci přestává být život vnímán jako úkol a dar a hrozí ztráta jeho důstojnosti. To vede k tomu, že je se životem nakládáno jako s věcí, materiálem, který se nám hodí nebo nehodí.

Takovéto pojetí lidského života vytváří za přispění moderní lékařské techniky etické paradoxy. Jako příklad uvedu zákonem povolené potraty, které v mnoha případech vyústí v neschopnost ženy počít dítě přirozeným způsobem. Pak vstupuje na scénu asistovaná reprodukce nebo surogační mateřství, která s sebou nesou další etická úskalí. V první části své práce se hodlám zabývat právě problematikou lidského života v jeho počátku tak, aby tyto paradoxy vystoupily zřetelněji na povrch, neboť jsou odsouvány do pozadí, a otevřeně se ve veřejném sektoru téměř neřeší. Právní stránka těchto otázek by měla odrážet morální postoj společnosti, zákony by tedy měly vycházet z etiky. V důsledku toho se tedy ptám, když zákon povoluje zabít nenarozené děti, byť jen do určitého stádia vývoje, znamená to, že je to eticky správné? Logicky bychom mohli dojít k závěru, že ano. Zákony přece zakazují to, co je špatné a ohrožuje jedince, či společnost. Avšak aktuální potratová politika ohrožuje obojí, přesto je interrupce do 3. měsíce na přání ženy bez uvedení důvodu v mnoha zemích zcela legální.

K dalším charakteristickým projevům současné doby patří potlačování vědomí vlastní smrtelnosti. Podobně jako neúcta k životu vychází z materiálně orientované životní filosofie většiny. Pokud bychom připustili, že smyslem našeho bytí jsou požitky, prožitky a hmotné statky, stává se smrt absolutním koncem lidského života. Konzumní společnost se pak snaží ukryt smrt před zraky ostatních a vykázat ji do ticha nemocničních pokojů a ústavní anonymity. Nutí nás žít, „ac si mors non esset“, jakoby smrt nebyla. Před dětmi se o ní nemluví a pohřbů se směji účastnit jen zřídkakdy.

Naproti tomu člověk věřící se snáze identifikuje se svou smrtelností díky víře v posmrtný život. Pro něj smrtí vše nekončí. Smrt vnímá jako přechod do jiného stádia bytí. Tomuto tématu se hlouběji věnuji v druhé části této práce. Postoj dnešní společnosti k umírání a smrti je neutěšený a vytváří četné etické problémy, o kterých se příliš nemluví.

Z vlastní zkušenosti vím, že již mezi čtvrtým a šestým rokem se děti začnou zaobírat smrtí a snaží se tento fakt zpracovat. Jako matka tří dětí jsem se s tím setkala již

dvakrát. Nejstarší dcera tím prošla celkem rychle a bez větších emocionálních problémů. Zato prostřední syn, to těžce nesl. Trvalo mu asi půl roku než se se smrtí smířil. Nejprve se stále ptal, jestli všichni jednou umřou. Když jsem mu vysvětlovala, že ano, ale že smrt není úplným koncem, že zemře jen naše tělo a že duše je nesmrtelná, odpověděl, že on teda neumře. Pak se ptal, proč nejsme nesmrtelní. Stále trval na tom, že on je. Takový rozhovor jsme vedli asi třikrát do týdne. Pak si začal zvykat na myšlenku, že i on jednou zemře. Ale několikrát se při tom rozplakal, i když jsem ho stále utěšovala a vysvětlovala mu, že po smrti naše duše odejde do nebe nebo do pekla, podle toho, jak jsme se za svého života chovali. Když jeho dětská psychika konečně zpracovala tuto informaci, přestal se ptát a bere to jako skutečnost. Nejmladší dcera je teprve čtyřletá, ale nebude to dlouho trvat a začne se také ptát. Přišlo by mi absurdní lhát svým dětem o smrti a nepřipravit je na setkání s ní. Patří neoddělitelně k našemu životu a nelze před ní zavírat oči. Každý někdy během svého života ztratí někoho blízkého a každý jednou stane tváří v tvář vlastní smrti. Ještě nedávno bylo zcela běžné, že se o umírajícího starala jeho rodina a nejbližší. I děti se v rodině se smrtí setkávaly běžně již od útlého věku. Dnešní rodiče se snaží děti před vědomím smrtelnosti uchránit, avšak ve skutečnosti jim ubližují. Když se pak nevědomé dítě se smrtí setká, čeká ho silný emocionální šok a jen těžko odhadovat, jak ho to může poznamenat.

Protože jsem přesvědčená, že bychom o těchto věcech neměli mlčet, zvolila jsem si je jako téma své diplomové práce. Myslím si, že tabuizování otázek počátku a konce lidského života je zhoubou naší společnosti a může mít nedozírné následky. Cílem této práce je podrobnější reflexe.

Etická argumentace je nedílnou součástí každé kapitoly, abych poskytla čtenáři dostatek informací k tomu, aby si ujasnil, popřípadě vytvořil vlastní názor na dva základní mezníky v životě člověka.

1 OTÁZKY ZAČÁTKU LIDSKÉHO ŽIVOTA

1.1 KDY JE ČLOVĚK LIDSKOU OSOBOU?

Lze na tuto otázku vůbec jednoznačně odpovědět? Pojem osoby zformulovala již raně křesťanská filosofie. Přesto dodnes v této otázce neexistuje světový konsenzus. Odpověď na ni je velmi důležitým východiskem pro morální posuzování otázek bioetiky, kterými se chci v této práci zabývat především. Ráda bych pronikla do problémů, se kterými se v našem životě nejčastěji setkáváme a které k němu neodmyslitelně patří. Většina z nás touží založit fungující rodinu, mít děti a žít důstojným životem. Bůh nám však klade do života nejrůznější překážky a obtížné situace. Proto bych zde ráda nastínila několik hledisek, která bychom v některých obtížných chvílích měli zvažovat a na jejich základě rozhodovat. Jak tyto ožehavé situace posuzovat a popřípadě odolat tlaku společnosti, která ne vždy hledá eticky správná řešení. V otázkách počátku lidského života jako jsou umělé oplodnění a potrat se naše svědomí nemůže přeci spokojit jen s odpověďmi typu: tak to u nás chodí; zákony to povolují; dělají to tak ostatní; je to normální; atd. Věřím, že mnoho dívek, žen a manželských párů tyto otázky řeší a hledají správné odpovědi. Dosud neexistují všeobecně přijímaná morální pravidla. V těchto otázkách se stále vedou žhavé vědecké i teologické diskuze. Záleží k jakému názorovému proudu se přikloníme, které řešení své situace uznáme za morálně správné. V našem rozhodování vždy hraje velkou roli naše svědomí. Přesto se někdy (většinou pod tlakem složitých okolností) rozhodneme jinak, než jak naše svědomí radí. Pro správné morální posuzování je důležité vidět problém z více úhlů a pochopit jeho podstatu.

Od kdy má lidská bytost svá nezadatelná práva, tedy i právo na život? Z pohledu metafyziky je osoba formulována například jako individuální substance rozumové přirozenosti.¹ V dnešní světě je tento pojem vymezován především vlastnictvím nezadatelných práv a následně povinností. Tato práva nám zaručuje listina základních

¹ Srov.: BOETHIUS, *Contra Eutychem et Nestorium 3*. In BOETHIUS, *Teologické traktáty*, OP Praha 2004; str. 34-35

práv a svobod zakotvená v naší ústavě a přijatá také většinou zemí světa. Přesto jsou lidská práva stále diskutována a kritizována a v mnoha zemích porušována.

Už v historii se filozofové zabývali otázkou počátku lidského bytí. J. P. Ondok uvádí: „Tomáš Akvinský např. zastával teorii o postupném ‚oduševnění‘ plodu a s Aristotelem se domníval, že je 40 dní po početí u plodu mužského pohlaví a 80 dní u plodu ženského pohlaví.“² To souviselo s teorií o trojí duši: vegetativní u rostlin, animální u živočichů a racionální u člověka, kterou Tomáš převzal od Aristotela. Vegetativní duši charakterizují projevy života na úrovni především látkové výměny a rozmnožování, duši animální (smyslovou) pak navíc ještě tělesné poznání. Tělesné nebo jinak řečeno smyslové poznání věcí okolo nás předpokládá jednoduché duševní pochody. Lidská rozumová duše je navíc schopna abstraktního poznání a svobodné vůle.

Vznik rozumové duše v plodu předpokládá tedy průchod všemi třemi stádii. Plod v určité chvíli prochází vegetativní a pak animální fází svého duševna, než nabude svou pravou, racionální, lidskou duši.“ Tomáš také mluví o „*natura humana*“ lidské přirozenosti, která odolává kulturním i individuálním odlišnostem a zakládá se na tom, že člověk je obdařen rozumovým myšlením a svobodným rozhodováním. Zároveň je pro něj každý člověk *neopakovatelnou (neměnnou) individualitou* „*incommutabilitas*“. Lidská osobnost se tedy podle Tomáše vyznačuje: jednotou duše a těla, rozumem, individualitou, je sama svou podstatou a může svobodnou vůlí řídit své činy.

Již v 6. století se touto problematikou zabýval také křesťanský filosof Boethius, který vymezuje lidskou osobnost jako: *individuální podstatu rozumové přirozenosti* „*naturae rationabilis individua substantia*“.³ V jeho pojetí jsou člověku přirozené vědomí sebe sama, vůle i rozumu. Vlastní je tedy bez ohledu na to, v jaké fázi svého života se nachází, zda je ještě v lůně, novorozencem, člověkem ve středním věku, člověkem mentálně zaostalým, ve smrtelné nemoci, komatu atd. Z jeho myšlenek vychází pojetí osoby, které se v dnešní filozofii nazývá „*inkluzivismus*“.⁴ V tomto pojetí jsou pojmy člověk a osoba neoddělitelné a každý člověk je tedy osobou. Každý

² ONDOK J.P., *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Triton, Praha, 2005, ISBN 80-7254-486-1; str. 28

³ BOETHIUS, *Contra Eutychem et Nestorium 3*. In *BOETHIUS*, Teologické traktáty, Praha OP 2004; str. 34-35

⁴ MACHULA T., *Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky*, *filosofický časopis*, roč. 53 (2005), č. 1, s 125-143.

člověk má tedy svá nezadatelná práva. Myslitelé uznávající v různých variantách toto pojetí rozhodně odmítají jakýkoliv rasismus, zabíjení a diskriminaci, slabých, nemocných, postižených, či nenarozených. Odmítají jakoukoliv činnost poškozující embrya (nenarozené lidské osoby), což je pro nás velmi důležitým faktem.

Druhou pro nás důležitou teorií osoby je „*exkluzivismus*“, který odvozujeme od myšlenek Johna Locka., který zásadně odlišil pojmy člověk a osoba. Člověk je biologický druh, naproti tomu osoba je: „...*Myslící, inteligentní bytost, která má rozum a přemýšlí, je schopná o sobě uvažovat jako o sobě samé. Jako o téže myslící věci v různých dobách a na různých místech; a to činí pouze díky tomu vědomí, které je neoddělitelné od myšlení a které, jak se mi zdá, je pro ně podstatné. (...) Neboť pouze v tom, že vědomí doprovází myšlení vždy a že právě ono působí, že každý je pak tím, co nazývá , vlastní já‘, čímž se odlišuje od všech ostatních myslících věcí; pouze v tom spočívá osobní identita, tj. totožnost rozumem vybavené bytosti.*“⁵ Locke hledá osobu teprve tam, kde je kontinuální vědomí sebe sama. Do této skupiny pak nespádají např. ani malé děti, ani duševně zaostalí, ani lidé ve stavech bezvědomí. Lockovské pojetí osoby stojí v základu exkluzivismu, i když jeho zastánci mají své vlastní argumentace. Společná je myšlenka, že ne každý člověk je osobou! Je tedy potřeba určit nějaké kritérium, kdy a za jakých podmínek se člověk osobou stává. Děje se tak pozvolna, nebo od určitého okamžiku? Rozlišujeme dva základní pohledy:

- teorie procesu
- teorie stádií

První jmenovaná teorie předpokládá, že osobou se člověk stává v plynulém procesu a dalo by se říci, že jeho status osoby se během vývoje zesiluje nebo oslabuje. V teorii stádií hledáme okamžik, od kterého je člověk osobou. Jinými slovy, v ranném stádiu vývoje jako například morula, nelze mluvit o osobě, ale o shluku buněk, ale podle různých teorií ve vývoji nastane zlom, kdy se embryo stane osobou.

Abychom se mohli blíže zabývat teoriemi stádií, měli bychom si přiblížit biologický vývoj člověka od úplného počátku, tj. splynutí dvou zárodečných buněk, vajíčka a spermie.

⁵ LOCKE J., *Essay Concerning Human Understanding*, ch. 27, §9. In LOCKE J. 27. kapitola: O identitě a různosti (přel. M. Dokuli). cit. dle: T. Machula – *Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky*

1.2 BIOLOGICKÝ VÝVOJ OD OPLOZENÍ K NAROZENÍ

Naše strastiplná cesta k narození začíná oplozením matčina vajíčka. Oplozením rozumíme splnutí ženské zárodečné buňky – vajíčka s mužskou zárodečnou buňkou – spermii. Obě tyto buňky mají jen poloviční počet chromosomů oproti normální buňce lidského těla. Vajíčko má 22 chromosomů a chromosom X a spermie též 22 chromosomů a chromosom X nebo Y. Z toho tedy vyplývá, že každá lidská gameta obsahuje celkem 23 chromosomů a v ostatních lidských buňkách je 46 chromosomů. Všechny chromosomy v naší DNA jsou totiž párové a teprve spojením těchto dvou buněk vznikne celá genetická informace pro vývoj nového lidského života. V tomto okamžiku je již rozhodnuto o všech geneticky podmíněných vlastnostech. Pohlaví určují chromosomy X a Y. Genetická informace pro ženu je XX a pro muže XY, přičemž vajíčko vždy obsahuje chromosom X a spermie může obsahovat chromosom X nebo Y. Jinými slovy o pohlaví rozhoduje to, která spermie zvítězí. Spermie s chromosomem Y jsou lehčí a pohyblivější, ale mají kratší životnost a jsou méně odolné vůči kyselému prostředí v matčině lůně. Naproti tomu spermie s chromosomem X jsou těžší a pomalejší, zato však přežívají v těle ženy déle.

Samotný akt oplození je velkou událostí. Životaschopnost vajíček a spermii v pohlavních orgánech ženy je krátká. Vajíčko je schopno oplození jen 4 dny po ovulaci a životaschopnost spermii po souloži je maximálně 4 až 5 dní. Největší pravděpodobnost oplodnění je mezi 12. až 16. dnem menstruačního cyklu. V den ovulace je tato šance největší – 26%. Pravděpodobnost pak s každým dnem klesá.

V ideálních podmínkách vniknou spermie nejprve do pochvy a odtud kanálkem děložního hrdla do vejcovodů. Zde se setkají se zralým vajíčkem. Jedna jediná spermie vnikne do vajíčka. Splnutím jejich buněčných jader obsahujících DNA vznikne zygota, diploidní zárodečná buňka, obsahující jedinečný genetický kód, lidské embryo. Právě tento okamžik můžeme nazvat vznikem lidského života.

Oplodněné vajíčko se začne dělit. Protože hranice mezi jednotlivými buňkami vypadají na povrchu jako rýhy, nazýváme této proces jako rýhování. Dva dny po oplození se utvoří 4 buňky, 3. den 8 buněk a 4. den 16 buněk. Tomuto stádiu se říká

morula, protože připomíná květ moruše. V tomto stádiu může dojít ke vzniku jednovaječných dvojčat. Zárůdečná buňka se rozdělí na dvě části a vzniknou dvě identická embrya. Mohou mít jednu společnou placentu, nebo každé svoji. Není známo jak, ani proč k tomu dochází.

Další den vzniká stádium blastocysty a začíná zřetelné rozdělení úkolů jednotlivých buněk. Povrchní buňky tvoří trofoblast. Z něj se vyvinou zárodečné obaly tj. placenta a vnější plodový obal chorion. Uvnitř se vytváří zárodečný terčík embryoblast z něhož se dále vyvine embryo a vnitřní plodový obal amnion. Embryoblast je s plodovými obaly spojen zárodečným stvolem, z něhož se později vytvoří pupeční šňůra.

Rýhující se vajíčko migruje vejcovodem k děložní dutině, 3. – 4. den je již vajíčko v děložní dutině, 5. – 6. den po oplození se blastocysta zanořuje do zbujele děložní sliznice. Při zahníždění – implantaci je velká asi jako zrnko máku. Zhruba týden po implantaci se embryo prodlužuje a navozuje funkční spojení s krevním oběhem matky. Toto stadium je velmi choulostivé, zárodek může selhat a pak dochází k samovolnému potratu.

Za vhodných podmínek se 15. den po oplození začne vytvářet nervová rýha, která je primitivním základem míchy, na hlavovém konci je pozorovatelný shluk nervových buněk tvořících mozkový kmen. Z něj začínají embryo prostupovat nervové buňky, které budou brzy ovládat tělesné funkce. Nervová hmota v hlavové části se vyvíjí v mozek, jež bude sídlem vědomí. Zastánci teorie mozku, vymezující jím počátek lidské personality, považují právě vývojovou fázi mezi 15.-25. dnem za začátek lidského života hodného ochrany. Sem datují status osoby.

Koncem prvního měsíce se v místě, kde plodové vejce naléhá na děložní stěnu, se z choriové blány vytváří spojení s děložní sliznicí. Choriové výběžky se rozprostírají po povrchu děložní sliznice a vrůstají do děložní stěny. Tento útvar připomíná okrouhlou desku a nazývá placenta (děložní lůžko). Placenta funguje jako velký filtr. Některé škodlivé látky a infekce jí neprojdou. To však neplatí pro alkohol, nikotin některé druhy léků apod.. Ze zárodečného stvolu vzniká pupečník, ve kterém vedou tři důležité cévy. Jedna velká dopravuje okysličenou krev s živinami do srdce zárodku a dvě malé vedou neokysličenou krev do placenty. Krevní oběhy matky a zárodku jsou zcela oddělené. Různé jsou i krevní skupiny podle pravidel dědičnosti. Plodové lůžko roste stejným

tempem jako embryo, ale vyvíjí se mimo něj zcela samostatně. Sdílí s ním však stejný genetický kód. Placenta produkuje hormony, které zajišťují úspěšný průběh těhotenství.

V prvních dvou měsících se ze zárodečných listů (buněčných vrstev) rozlišují tkáně a orgány. Z buněk svrchní vrstvy – ektodermu se vyvine mícha mozek, nervy, kůže, vlasy, tukové buňky a potní žlázy. Z buněk vrstvy střední – mesodermu vyrostou kostra, kardiovaskulární systém, svaly, krevní a lymfatické cévy, vaječníky, varlata i ledviny. Vnitřní buněčná vrstva entoderm se změní v zažívací a vylučovací ústrojí, ve sliznici celého těla a plic.

22. den se poprvé rozbuší srdce embrya. Zajišťuje oběh krve a zásobování vyvíjejících se orgánů kyslíkem a živinami. Srdce má již dvě komory a je dominantním vůči celému zbytku těla. Po obou stranách nervové rýhy se po celé délce vytvářejí základy kostry. Vyvíjejí se nejprve ve 32 – 33 obratlů. Brzy však ocásek zakrní v kostrě a zůstane jen 29 obratlů. Z nich mezi srdečním vakem a otvorem budoucích úst vyrůstá 6 výčnělků, které postupně budují čelisti, obličej a krk. Z 12ti hrudních obratlů narostou žebra, která obepnou primitivní plíce. Mezi obratli již z míchy probíhají nervová vlákna zajišťující prostřednictvím nervových vzruchů komunikaci s vyvíjejícími se orgány. Tato vzájemná interakce s mozkem se začíná v 8. až 9. týdnu gravidity. Embryo v této chvíli již disponuje speciálními dotykovými receptory, jejichž pomocí vnímá změny teploty, tlaku apod.. Ledviny začínají produkovat moč a žaludek žluč.

Hlavová část tvoří třetinu celkové velikosti, vzhled zárodku se mění a čím dál více připomíná miniaturní lidskou bytost. 56 – 60 dnů po oplodnění končí embryonální období. Toto časové vymezení je úzce spjato s okamžikem, kdy zárodku srůstají okraje očních víček. Zárodek od této chvíle nazýváme plod – fétus. Má již vytvořeny základy všech orgánů. Nejsou ještě plně vyvinuty a jejich funkce dosud nejsou sjednocené. Plod měří něco okolo 30 mm a může vážit 10-15 g a volně plave v plodové vodě. Má za sebou nejchoulostivější období, neboť po 12. týdnu dochází k samovolným potratům jen zřídka.

Srdce plodu bije dvakrát rychleji než srdce matky a ultrazvukovým vyšetřením lze sledovat jeho tlukot stejně jako první pohyby. Embryonální nekoordinované nahrazují pohyby účelové. V polovině těhotenství jsou nohy i ruce již dobře vyvinuty. Ruce a prsty na nich se vyvíjejí o týden dříve než nohy. Ve 14. – 15. týdnu plod dokáže

uchopovat a pokrčuje a natahuje nohy. Rukama pohybuje směrem k ústům, někdy dokonce škytá. Tyto pohyby začne matka vnímat mezi 16. – 20. týdnem.

Zvyšuje se množství plodové vody, aby byl umožněn volný pohyb fétu v děloze. Kostra se zpevňuje a dlouhé kosti paží a nohou od prostředku osifikují. Tento proces je ukončen až v době dospívání, kdy tělo přestává růst. Pokožka plodu je před vodou chráněna mázkem a pokožku pokrývá po celém těle jemné chmýří – lanugo. Mezi 16. – 20. týdnem zesílí kořínky vlasů na hlavě a obočí. Jednotlivé pramínky získávají barvu z pigmentových buněk. Plod zatím nemá žádný podkožní tuk a jeho kůže je tedy vrásčitá, tělo útlé a končetiny vytáhlé. Hlava tvoří téměř 1/3 těla. Mozek chrání volně spojené lebeční kosti.

Mezi 18. – 20. týdnem se vyvíjí sluch a fétus začíná vnímat zvuky, nejprve z matčina těla, pak i z okolního prostředí. Rukama zkoumá své okolí i své tělo. Ve 20. týdnu si již cucá palec, což je nácvik sacího reflexu, který je životně důležitý hned po porodu.

26. týden je důležitým mezníkem. Pokud by se totiž dítě narodilo v této fázi svého vývoje, bylo by schopno za použití specializovaných přístrojů přežít mimo tělo matky. Také sem je kladen okamžik skutečné existence člověka. V současnosti přežije více než 90% dětí narozených po 28. týdnu. Jsou doloženy i případy dětí, které se narodily po 23. týdnu, vážily méně než 500g, přežily a normálně se vyvíjejí.

Po 26. týdnu gravidity se zrychluje růst a zmenšuje se jeho životní prostor. Měří asi 32 cm a váží zhruba 800 – 950 gramů. Otvírají se oči, které byly dosud pevně zavřeny víčky. Dítě udržuje oči otevřené a v pravidelných intervalech mrká. Vyvíjí se mozek, jeho kůra se brázdí a svinuje, zvětšuje se množství nervových buněk. Zdokonalují se všechny orgány a především zrají plíce. Vyvíjejí se mnohem později než ostatní orgány, protože dítě je během děložního vývoje nepoužívá. K okysličování jeho krve dochází přes placentu a krevní oběh matky, a to až do chvíle zrození, kdy je přestřížena pupeční šňůra. Proto jsou plíce nejrizikovějším orgánem zejména při předčasných porodech a je na ně zaměřena následná péče. Špatné zásobování kyslíkem může být zdrojem poškození mozku. Vyšší riziko předčasného porodu je vždy u vícečetných těhotenství. Například dvojčata mohou být jednovaječná. Když se jediné vajíčko oplodněné spermii před implantací rozdělí na dvě části a obě se uhnízdí, vzniknou dvě identická embrya. Jsou vždy stejného pohlaví, jsou si velmi podobná a mají stejný genetický kód. V některých rodinách může být genetická dispozice pro narození jednovaječných

dvojčat. Naproti tomu dvojvaječná dvojčata mohou být opačného pohlaví. K jejich vzniku může dojít přirozeně (z vaječnicků matky se uvolní dvě vajíčka a obě jsou oplodněna a zdárně donošena). Pravděpodobnost zvyšuje pokročilý věk ženy a hormonální léčba. Nebo jsou produktem oplodnění in vitro, kdy je do dělohy umístěno více embryí najednou. Pak dojde k tomu, že se jich úspěšně zahnízdí více než jedno. Tato dvojčata, trojčata atd. mají odlišný genetický kód a nejsou si podobná více, nežli ostatní sourozenci.

Jak již bylo výše zmíněno, pohlaví určují chromosomy X a Y. Konstelace XX u ženského a XY u mužského. Chromosom Y obsahuje specifický gen SRY, který má zásadní vliv na vývoj mužského plodu. Pohlavní ústrojí se začíná vyvíjet již v embryonálním období v 8. – 9. týdnu, v této době jsou však pohlavní žlázy i vnější orgány ještě identické. Ultrazvukem lze určit pohlaví teprve v 17. – 18. týdnu, kdy jsou rozdíly již viditelné.

36. týden je další důležitou událostí, protože většina dětí narozených po jeho ukončení dokáže normálně a bez přístrojů přežít mimo tělo matky. Po 36. týdnu je porod již v termínu a nepovažuje se za předčasný.

Následující měsíc dítě přibude o celý kg a zaujme polohu hlavičkou dolů, neboť prostor se každým dnem zmenšuje. Dítě se obalilo podkožním tukem a téměř zmizelo lanugo i mázek. Ve střevech se mu hromadí smolka, kterou vyměšuje při prvních pohybech střev po narození. Hlavička naléhá na pánevní vchod a dítě se připravuje na porod.

38. – 42. týden je nejobvyklejší dobou porodu, který je nastartován hormonálními změnami. V těle rodičky klesá hladina progesteronu produkovaného placentou a zvyšuje se hladina oxytocinu a dalších hormonů v krvi.

Porod se dělí na tři doby porodní, které si podrobněji popíšeme:

PRVNÍ DOBA PORODNÍ: Je takzvanou dobou otevírací. Děložní hrdlo se pod vlivem jemných kontrakcí postupně otvírá. Jakmile zajde děložní branka, silné kontrakce ji rozšíří. Prasknou plodové obaly a uniká plodová voda. Porodní cesty se otevřou na 10 cm.

DRUHÁ DOBA PORODNÍ: Nazývá se též dobou vypuzovací. Dochází k postupu plodu porodními cestami. Při standardním porodu jde první hlavička. Pak jedno a druhé ramínko, pak zbytek těla. Porozený plod je pupeční šňůrou spojen s placentou, která je

ještě v děloze. Pupečník je třeba podvázat a přestříhnout. V ten okamžik se dítě poprvé musí spolehnout samo na sebe a samo začít dýchat. Tím končí druhá doba porodní.

TŘETÍ DOBA PORODNÍ: Nyní dochází k vypuzení lůžka a plodových obalů. Porozená placenta musí být zkontrolována, zda je celá a tím končí porod. Nový člověk je po dlouhé a namáhavé cestě konečně na světě!⁶

1.3 TEORIE STÁDIÍ LIDSKÉHO EMBRYA A PLODU

Chtěla bych zde zmínit hned několik teorií stádií, které jsem již naznačila při popisu děložního vývoje.

Prvním stádiem, o kterém budeme mluvit je 5. den po oplození, kdy dochází k implantaci, vajíčko se uhnízdí do děložní sliznice a do 14. dne od oplození naváže funkční spojení s tělem matky. Někteří odborníci toto stádium nazývají preembryo. Argumenty pro to, že ještě nejde o osobu jsou tyto. Do 14. dne může dojít k rozdělení a vzniku jednovaječných dvojčat. Dvojčata jsou dvě osoby, a proto zárodek nemůže mít osobní bytí před tímto okamžikem.

V této vývojové fázi může dojít i ke vzniku tzv. chiméry. Onen jedinec vzniká splynutím dvou různých zárodků. Dojde-li k oplodnění dvou vajíček dvěma různými spermii (což je mechanismus vzniku dvojvaječných dvojčat) a tyto buňky, respektive již skupiny buněk se k sobě dostatečně přiblíží - může se jedinec dále vyvíjet jako jeden (v tomto případě jde přesně o tetragametickou chiméru). Může ale dojít i k tomu, že ono přiblížení je nedostatečné pro jednotný vývoj, ale je nedostatečné i pro vývoj separátní, potom vznikají srostlá dvojčata, neboli monstra duplicita, která mohou mít i různé orgány či orgánové soustavy společné. Rovněž je třeba připomenout, že pokud jde o pravou chiméru, nemusí vzniknout ze dvou zárodků stejného pohlaví. Může vzniknout třeba z buněčných linií 46XY / 46XX, potom jde o pravého hermafrodita. Nicméně všechny pravé chiméry jsou extrémně vzácné.

Dále teprve plnou implantací začíná těhotenství. Do této doby dochází k samovolným potratům bez vědomí ženy. Můžeme však namítnout, že k vytvoření dvojčat může dojít i po čtrnáctém dni embryonálního vývoje. Věda dodnes neprokázala,

⁶ Srov.: NILSON Lennart; HAMBERGER Lars, *Těhotenství týden po týdnu*, Svojtka 2007; ISBN 80-7352-887-8

zda je vznik jednovaječných dvojčat pouhou náhodou, nebo je v embryu přeprogramován.

Existuje také pojetí, podle kterého se nenarozený život stává lidskou bytostí na základě svého lidského vzhledu, tedy zhruba ve stáří 6 týdnů, kdy se začíná podobat člověku. Tento argument je však spíše psychologický, protože podoba vyvolává empatické pocity.

Druhým důležitým obdobím ve vývoji je 15. – 25. den po oplození, kdy se formuje primitivní mozek, který je sídlem vnímání. V 8. týdnu je možné pozorovat první elektrické vzruchy a v 16. týdnu mluvíme o kompletní struktuře mozku, což je považováno za počátek lidského bytí. A to na základě argumentu, že smrt je lékařsky definována jako konec činnosti mozku. Proč by tedy začátkem jeho činnosti nemohl být vymezen začátek lidského života? Lidské bytí je pak funkcí mozku. Sissela Bok argumentuje tím, že je tato teorie postavena na předpokladu, že jde o dva analogické stavy, kdy mozek nepracuje. Tato analogie je však jen zdánlivá, neboť nepřítomnost mozkové činnosti, která znamená klinickou smrt, je nezvratná a nezměnitelná. Avšak nedostatek mozkových reakcí plodu není časově nezměnitelný a nezvratný, ba právě naopak.⁷ Lze také oponovat tím, že smrt je definována jako ztráta funkční jednoty organismu a analogicky je počátkem života chvíle, kdy začíná jednotná aktivita jedince. Tedy od utvoření jedinečné genetické informace spojením dvou gamet, od vzniku zygoty.⁸

Za třetí dělicí linii mezi bytím a lidským bytím bychom mohli považovat 56. den po oplození. Z lékařského hlediska je to konec embryonálního vývoje. Od teď mluvíme o plodu, protože je již ve všem podobný člověku, jen jeho orgány se ještě zdokonalují. Přesto, že je plod v tomto stádiu zmenšenou replikou dítěte, náš právní systém povoluje potraty až do ukončení dvanáctého týdne gravidity podle zákona 66/1986 Sb. o ukončení těhotenství. Toto právní vymezení se nezakládá na žádném obhájitelném argumentu. Nicméně je závaznou právní normou pro lékaře.

T. A. Shannon ve své bioetice také zmiňuje jako další mezník první pohyby plodu vnímané matkou, tedy 16. – 20. týden těhotenství. Jde spíše o právní vymezení v

⁷ Srov.: BOK Sissela, *Ethical Problems on Abortion*, in T.A. SHANON, *Boiethics 3. vydání*, Paulist Press New Jersey 1987, ISBN 0-8091-2805-5; str. 24

⁸ Srov.: POZÁIČ Valentin, *Status lidského zárodku a plodu in Aktuální bioetické texty* – K. Šipr, M. Mičo, E. Krumpolc (eds.); Univerzita Palackého v Olomouci CTF, Olomouc 2005, ISBN 80-244-1278-0; str. 17

některých systémech common law v USA. Potrat do prvních pohybů je pak posuzován jen jako přestupek. Argumentem je, že první pohyby musí zákonitě v matce vyvolat změnu ve vnímání nového přicházejícího života a přinejmenším by jej měla pudově chtít chránit. Od tohoto okamžiku už přemýšlí v množném čísle.⁹

Čtvrtým mezníkem je 26. týden gravidity, kdy je dítě za použití techniky schopno přežít mimo tělo matky, kde by se mělo ještě nejméně 10 týdnů vyvíjet. Argumentem je být, či nebýt, tedy otázka přežití. Tato hranice se však díky zdokonalující se technice stále posouvá blíže početí. Přežití je možné jen díky specializovaným přístrojům a péči odborníků neonatologů. Jedná se o teorii *viability* – životaschopnosti. Tuto zásadu ctí řada lékařů gynekologů i pediatriů u nás. Tato teorie je v souladu s naším právním systémem a zároveň očišťuje svědomí zdravotníků podílejících se na interrupcích, ať už indikovaných, či z matčiny vůle. Takové pojetí pomáhá zachovat duševní integritu zúčastněných (lékařského personálu i matky).

Pátým okamžikem by mohl být samotný porod, první nádech novorozence je symbolicky brán jako první projev života dítěte. Některé názory však posouvají nabytí osoby ještě dále v duchu Johna Locka. V dřívějších kulturách existovaly také nejrůznější iniciační rituály, které měly novorozence uvést do společnosti a učinit z něj člověka (tvora sociálního). Od tohoto okamžiku bylo usmrcení dítěte zváno vraždou. Například podle římského práva získalo dítě právo na život teprve, když ho otec uznal za své.

Vyjmenovali jsme si zde hned několik teorií stádií, z nichž většina není podložena pevnou argumentací. Tato nejednost vyvolává velmi nestabilní dojem celé koncepce. Sama teorie extenzionalismu je snadno zneužitelná v neprospěch bezbranných lidských bytostí a nahrává různým formám diskriminace. Protiargumentem teorie stádií je fakt, že všechna stádia vývoje embrya a plodu jsou již předem naprogramována a uložena v zygotě.

Kdy je člověk osobou z hlediska církve? Katechismus katolické církve mluví jasně: „*Lidský život musí být absolutně respektován a chráněn již od okamžiku početí. Již od první chvíle její existence mají být lidské bytosti přiznána práva osoby, mezi nimiž je nezczitelné právo na život.*“ (KKC 2270). „*dříve než jsem tě utvořil v lůně, znal jsem tě; dříve než jsi vyšel z mateřského lůna, posvětil jsem tě*“ (Jer 1,5).

⁹ Srov.: BOK Sissela, *Ethical Problems on Abortion*, in T.A. SHANON, *Boiethics* 3. vydání, Paulist Press New Jersey 1987, ISBN 0-8091-2805-5; str. 25

Podle křesťanské etiky byl člověk stvořen k obrazu Božímu a součástí jeho lidské přirozenosti je personalita a individualita. Dnešní moderní biologie a zejména genetika podkládají i vědecky tato tvrzení, neboť splynutím dvou pohlavních buněk vzniká jedinečný genetický kód, stavební plán budoucího člověka a všechny informace jsou v něm uloženy již od prvního okamžiku. Jednota těla a duše je v nás od samého počátku. Duše je přeci nositelkou individuality a ta je z větší části podmíněna již geneticky. Proto nemůže personalita vznikat teprve v průběhu života. Je v nás již od počátku vývoje vajíčka, i když je v této fázi neuvědomělá jako například u spícího člověka. Přesto je již přítomna v podobě potenciálu, který se rozvíjí. Nemá ještě sice psychologickou, ale existenciální podobu. Personalita nezávisí na věku, na tělesném, nebo duševním stavu, ale na duchovní duši, která je v každém člověku.

Sissela Bok odůvodňuje křesťanské stanovisko takto: člověk je od početí člověkem, protože má lidský potenciál. Kriterium lidství je jednoduché a vše říkající – Jestliže jsi počat lidskými rodiči, jsi člověk. Jestliže udělíme počatému životu vlastnictví lidství, musíme uznat jeho lidská práva, včetně práva na život.¹⁰

1.4 UMĚLÉ ZÁSAHY DO LIDSKÉHO ROZPLOZOVÁNÍ

V úvodu jsem se zabývala mimo jiné biologickým popisem vzniku lidského života. Pro jeho početí však musí být ideální podmínky, a to nejen ze strany matky, ale i otce. Pokud tomu tak není, vyvstává v manželství či partnerství problém neschopnosti početí potomka – neplodnost. Přesnější lékařská definice neplodnosti je absence početí po minimálně dvou letech úplných sexuálních styků. Touto diagnózou trpí asi 10 – 12% manželských párů. Přesto je dobré obrnit se trpělivostí, neboť asi 30 – 50% párů po určitém období neplodnosti otěhotní. Pokud se tak nestane, je na místě pomoc lékařů odborníků.

Neplodný může být buď manžel nebo manželka a v ojedinělých případech oba. Chtěla bych krátce zmínit nejčastější příčiny.

¹⁰ Srov.: BOK Sissela, *Ethical Problems on Abortion*, in T.A. SHANON, *Boiethics 3. vydání*, Paulist Press New Jersey 1987, ISBN 0-8091-2805-5; str. 24 - 25

NEPLODNOST U MUŽŮ:¹¹

- A) *Azoospermie* – V semenné tekutině chybí spermie. Rozlišuje se forma sekreční, kdy jde o nefunkčnost varlat, a forma exkreční při neprůchodnosti nebo úplné absenci exkrečních kanálků (chámovodů).
- B) *Oligospermie* – Jde o nedostatek spermií v semeni (pod 30 milionů na 1 ml., kdy normální množství je 50 – 100 mil. na 1 ml)
- C) *Astenospermie* – Spermie v semeni nejsou dostatečně pohyblivé, jsou pomalé.
- D) *Teratospermie* – V semenné tekutině je více než 60% atypických forem spermií. V současné době je příčina neplodnosti až ve 40% na straně muže.

NEPLODNOST U ŽEN:¹²

- A) *Nepřítomnost ovulace* – Příčinnou jsou nejčastěji různé hormonální odchylky.
- B) *Neprůchodnost vejcovodů* – Může ji způsobovat komplikovaný zánět slepého střeva, gynekologické záněty, mimoděložní těhotenství nebo endometrióza
- C) *Imunologické příčiny* – V hlenu děložního čípku se vyskytují protilátky proti spermiím. Jindy brání početí změna buněčné imunity proti spermiím a budoucí placentě, nebo protilátky proti obalu vajíček
- D) *Vrozené odchylky ve vývoji pohlavních orgánů*
- E) *Děložní hlen* – Příčinnou může být nevyvážené Ph, infekce, nedostatek či absence hlenu, nebo naopak zvýšené množství.
- F) *Idiopatická sterilita* – Příčina zůstává neznámá. Může jít o stres nebo manželské problémy.

Problém s neplodností působí negativně na psychiku manželů, ovlivňuje jejich vztah a může vést až k rozvodu. Oba partneři často prožívají bolest, zklamání i pocity viny. Neplodný partner trpí, protože milované osobě nemůže dát potomka a naplnit poslání svazku manželského. Vztah se stává prázdným a ztrácí na kvalitě. Ženy mohou trpět pocity viny kvůli hormonální antikoncepci, kterou používaly, nebo kvůli potratu, který někdy podstoupily.

¹¹ Srov.: PAPEŽSKÁ RADA PRO RODINU, *Kultúra života 2. Umelé oplodnenie, zborník prednášok Papežskej rady pre rodinu*, Vatikán 1997, vyd. SERAFÍN, 1997, ISBN 80-88944-12-0; str.13-15

¹² Srov.: MUDr. MRÁZEK Milan, *Umělé oplodnění 1*; TRITON, s. r. o., 2003, ISBN 80-7254-413-6; str. 11-14

Tito manželé většinou intenzivně touží po dítěti. Absolvují četná lékařská vyšetření, aby zjistili příčinu a mohli ji pokud možno odstranit léčbou. Pokud však léčba není účinná nebo snad ani možná, nabízí jim lékaři možnost jinou, asistovanou reprodukci. Jejimi možnostmi se budeme zabývat o něco podrobněji.

1.4.1 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Jejím účelem je léčba neplodnosti ať už u žen či u mužů. Zahrnuje lékařské metody a postupy, při kterých dochází k manipulaci s lidskými zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchovávání. Nejstarší technikou je *umělé oplodnění IUI – Intra Uterine Insemination*, neboli přenos spermií na krček dělohy či přímo do ní pomocí mechanických prostředků (stříkačka, katétr, atd.). Je známa již od středověku jako řešení sterility u muže. Rozlišujeme dva typy umělého oplodnění:

- technikou *AIH – Artificial Insemination by Husband*
 - homologii inseminace spermií od manžela
- technikou *AID – Artificial Insemination by Donor*
 - heterologní inseminace od dárce.

Druhou nejčastěji používanou technikou asistované reprodukce je:

FIVET – Fertilization In Vitro and Embryo Transfer

- mimotělní oplodnění s přenosem embrya do dělohy

První dítě ze zkumavky se narodilo 25. ledna 1978 v Anglii. Od té doby se tato technika podstatně zdokonalila.

Třetí významnou metodou je *GIFT – Gametes Intra Falopian Transfer*

- zavedení spermií a vajíčka do vejcovodů

1.4.2 TECHNIKA AIH

Tato technika řeší především anomálie děložního hlenu u žen a oligospermie u mužů. První fází celého procesu je hormonální stimulace vaječnicků ženy, která probíhá již u praktického gynekologa. Dále je možná hormonální příprava gonadotropiny, které

obsahují folikulo-stimulační hormon – FSH. Podávají se buď tablety nebo injekce. Druhou fází je sledování růstu folikulů. 10. den cyklu provede lékař ultrazvukové vyšetření vaječníků a dělohy, aby zjistil, kolik folikulů se vyvíjí. Žádoucí jsou maximálně dva, aby nedošlo k vícečetnému rizikovému těhotenství. Pokud největší z folikulů měří 18 mm a výška děložní sliznice je 8 mm, aplikuje se nitrosvalově injekce hCG, který vyvolá ovulaci. Třetím krokem je inseminace, která následuje 36 – 40 hodin po podání hCG. Za tímto účelem musí být ráno před zákrokem proveden odběr spermatu manžela.

Způsobů odběru je hned několik a z hlediska morálního posuzování je nutné je zmínit, neboť tyto etické otázky řeší zejména morální teologie.¹³

A) Odběr ve spojení s pohlavním aktem při přerušení soulože před ejakulací – *koitus interruptus*

B) Odběr v rámci manželského pohlavního styku – *homologii umělé oplodnění v nepravém smyslu slova*

- pomocí speciálního silikonového kondomu, který spermie uchovává a je opatřen malým otvorem, který umožní částečné proniknutí spermatu do ženy

- odběrem semena z vagíny

- odběrem z močové trubice muže

- speciálním odběrem z močového měchýře

C) Odběr bez manželského styku

- po masturbaci

- z močové trubice po samovolném výronu

- po ejakulaci vyvolané elektrickým impulsem

- tlakem na prostatu a na varlata

- punkcí z nadvarlat nebo chámovodu

- biopsií varlat

Odebrané sperma se v laboratoři dále zpracovává, spermie se oddělí od seminární plasmy a jsou z nich vybírány ty nejschopnější a nejrychlejší, aby byla zvýšena pravděpodobnost úspěchu.

¹³ Srov.: PAPEŽSKÁ RADA PRE RODONU, *Kultúra života 2. Umelé oplodnenie, zborník prednášok Papežskej rady pre rodinu*; vyd. SERAFÍN, Vatikán 1997, ISBN 80-88944-12-0; str. 20-22

Zárok sám o sobě se provádí ambulantně a je bezbolestný. V poševních zrcadlech používaných i při běžném gynekologickém vyšetření se zavede do dělohy katétr, kterým se vstříkne do dělohy 0,5 ml roztoku se spermii. Po IUI se v přirozeném menstruačním cyklu se doporučuje podávat progesteronu k podpoře funkce žlutého tělíska, které hormonálně zabezpečuje první týdny těhotenství.

Tato metoda není příliš úspěšná. Úspěšnost nepřesahuje 12%. Většinou lékař provede IUI ve dvou až třech cyklech a pokud nedojde k otěhotnění, doporučí úspěšnější metodu FIVET.

Je nutno se také zabývat psychologickou stránkou této problematiky. Mnohdy může za neúspěchem metody stát i psychický stav manželů. Kteří jsou vystaveni stresu z očekávání, z prvního neúspěchu, z lékařského prostředí a především z nepřirozenosti celé procedury početí potomka. Muži mohou trpět pocitem méněcennosti, pocitem, že jsou pod dozorem a jejich sexuální svoboda je tak ohrožena. Zejména pak páry pokoušející se o nepravé homologní umělé oplodnění, které mají prožívat své tělesné spojení v lékařském sterilním prostředí a pod tlakem, aby soulož byla úspěšná kvůli odběru ejakulátu, se mohou cítit poníženi. V čistě biologickém přístupu k oplodnění, který manžele momentálně obklopuje, se může ze vztahu začít vytrácet důležitost sexuality jako vzájemného sebedarování. Umělým oplodněním se manželský styk zužuje na biologickou úroveň, na přenos genů. Manželské lože se stává spíše laboratoří, nežli místem vyjadřování lásky a vzájemnosti.

Podíváme-li se na AIH očima církve najdeme pro její odsouzení dva hlavní důvody: způsob odběru spermií a oddělení manželského splynutí od úkonu plození, které zde probíhá inseminací.

Podle P. Schotsmase, profesora lékařské etiky v Lovani, je homologní umělé oplodnění eticky ospravedlnitelné: „V rámci stabilního páru a za normálních podmínek, slibujících řádnou výchovu dítěte, představuje metoda umělého oplodnění legitimní odpověď na upřímné přání neplodné dvojice mít dítě, jež by bylo krví z jejich krve. Zde je jistě prolomena mentalita 'proti životu', a pokud jde o technické vymoženosti, jež máme k dispozici, jsou v souladu s respektem k důstojnosti lidského života, pak lze takovému narození dítěte do stabilní rodiny říci otevřeně a rozhodně 'ano'.“¹⁴

¹⁴ MURÍN G., *Tak ako bohovia*; Vydavateľstvo Sloart, Bratislava 2001, str. 35

1.4.3 TECHNIKA AID

Tato technika se používá v případech úplné sterility muže, nebo hrozí-li přenos vážné vrozené choroby (ze strany otce). Jedná se o heterologní metodu IUI. Indikacemi pro AID jsou: azoospermie, astenospermie, oligospermie, aspermie, neslučitelný Rh-faktor a geneticky dědičné choroby.

Za tímto účelem vznikají tzv. Banky spermií, kde jsou uchovávány mužské pohlavní gamety. Dnes vznikají též kryobanky, které slouží k uchovávání lidských pohlavních gamet (spermií i vajíček) a nadbytečných embryí vytvořených při mimotělním oplodnění. Gamety jsou bezplatně odebírány od dobrovolných dárců při zachování anonymity. O kryobankách se zmíním posléze.

Anonymní dárci se vědomě vzdávají veškeré otcovské zodpovědnosti. Uvědomuje si však, že jeho vlastní děti nebudou mít možnost zjistit svou genetickou identitu? Mohou se případně i mezi sebou vdát nebo oženit. V případě známého dárci jde většinou naopak o konkrétní osobu, většinou z příbuzenstva nebo blízkých přátel. Taková situace může být ještě komplikovanější, kvůli nevyjasněným vztahům mezi dítětem a dárcem. S touto metodou souvisí celá řada choulostivých otázek a etických problémů. Zde přeci nejde o léčbu sterility, ale o vyplnění přání manželů mít dítě! To je přeci možné řešit adoptivní, či pěstounskou péčí.

Především zde vyvstává otázka, jak přijme manžel dítě, které není reprodukcí jeho vlastních genů? Nebude v něm stále vidět vlastní selhání? Velmi záleží na jakém základě vlastně vzniklo toto přání manželů. Jde skutečně o společnou touhu? Nebo je to přání ženy, která chce mít za každou cenu vlastního potomka, a muž se jen přizpůsobí? Hrozí, že adoptivní otec dítě nepřijme, nedokáže s ním navázat citový vztah a mít ho rád jako své vlastní. Taková situace může vztahy manželů natolik narušit, že dojde k rozvodu a žena zůstane s dítětem sama. Pokud je potomek naplněním společného přání a touhy po dítěti, jeho narození manžele stmeluje v jejich svazku. Duchovní otcovství je mnohem více než to čistě biologické. Ale chtěli rodiče dítě kvůli němu samému, nebo jen ze sobeckých pohnutek k naplnění vlastní touhy?

Další složité situace vznikají v rámci širší rodiny. Říci rodině o heterologním oplodnění? Je lepší držet to v tajnosti, nebo dítěti říci pravdu? Jak se s tím vyrovná? Jde o zásah třetího do intimního vztahu muže a ženy. Případná rizika příliš ohrožují stabilitu rodiny.

V situaci, kdy o umělé oplodnění usiluje neprovdaná žena nebo lesbický pár, je takové počínání porušením přirozených práv dítěte, které má právo narodit se do kompletní rodiny, v níž bude s láskou přijato a vychováváno. Tj.: dítě bude mít otce-muže a matku-ženu, kteří žijí v trvalém svazku.¹⁵ A o toto právo by bylo vědomě připraveno.

Hrozí také reálné nebezpečí eugenické selekce. Pokud si žena může vybrat dárce podle barvy pleti, vlasů, očí, vzdělání, fyzické zdatnosti, či jiných schopností a vlastností, je s tím spojeno jisté riziko biologické selekce. Přirozeně si žena bude vybírat spíše dárce, který je co nejvíce podobný manželovi. Ale může se stát, že si vybere dárce s co nejlepší genetickou výbavou, protože chce mít krásné a nadané dítě.

Z hlediska křesťanské etiky je tato metoda nepřipustná z důvodu porušení svátosti manželství a porušení práv dítěte. „*Umělé heterologní oplodnění je v rozporu s jednotou manželů, s vlastním povoláním rodičů a právem dítěte, aby bylo počato a přivedeno na svět v manželství a z manželství. ... Umělé heterologní oplodnění porušuje i práva dítěte: zbavuje ho synovského vztahu ke svým původním rodičům a může být překážkou pro dozrávání jeho osobní identity*“¹⁶

Heterologní umělé oplodnění je nepřijatelné i z hlediska etiky obecné, neboť zahrnuje výše zmíněná rizika pokrevnosti a ohrožení vztahů v rodině (nepřijetí dítěte adoptivním otcem).¹⁷

¹⁵ Srov.: MUNZAROVÁ Marta, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II-aktuální etická problematika některých lékařských oborů*; Masarykova Univerzita v Brně 2000, ISBN 80-210-2416-X; str.48

¹⁶ PAPEŽSKÁ RADA PRO RODINU, *Donum Vitae II, A, 2 z Kultura života 2, Umělé oplodnění*; Vatikán 1997; str.41

¹⁷ Srov.: ONDOK J. P., *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*; Triton, Praha 2005, ISBN 80-7254-486-1; str. 86

1.4.4 TECHNIKA FIVET

Základním principem této metody je oplození vajíčka mimo tělo ženy a následné přenesení embrya do děložní dutiny. Tato metoda léčí mnohé poruchy mužské i ženské plodnosti, které se nedají řešit jinými metodami. Je určena především pro ženy se zcela neprůchodnými vaječníky, v případech imunologické sterility, pro muže neplodné z neznámé příčiny a u párů, kterým se nepodařilo uspět jinou jednodušší metodou léčby.

Mimotělní oplodnění probíhá ve čtyřech etapách:

- 1) *hormonální stimulace vaječníků*
- 2) *odběr vajíček*
- 3) *oplození vajíček*
- 4) *přenos embryí do dělohy*

1) *Hormonální stimulace vaječníků:*

K vyvolání ovulace se ženě podávají lidské menopauzální hormony gonadotropiny FSH a LH. Lékaři se tímto způsobem snaží dosáhnout vícečetné ovulace, aby bylo možno odebrat a následně oplodnit několik vajíček najednou. Stav vaječníků je průběžně kontrolován. Když je folikul dostatečně zralý (na základě ultrazvukového vyšetření), je ženě podán hormon hCG a o 36 hodin později nastává ovulace.

2) *Odběr vajíček:*

K odběru dochází při celkové anestézii. Do vaječníků je pochvou zavedena jehla o průměru 1,2 mm, která je sledována ultrazvukem. Z jednotlivých folikulů je bezpečně odsáta tekutina i s vajíčky. Ta jsou pak v embryologické laboratoři vyšetřena. Ve stejnou dobu by mělo dojít i k odběru spermií partnera.

3) *Oplození vajíček (Fertilisation In Vitro):*

Za určitých přesně daných podmínek je v embryologické laboratoři umožněno oplození. Vajíčka se nacházejí v živném roztoku a k nim jsou přidány spermie partnera. Jestliže vše probíhá standardně, jedna spermie pronikne do oocyty a začne se tvořit embryo. Při snížené pohyblivosti nebo nedostatku spermií se oplození provádí

mikromanipulací. Jedna spermie se injikuje přímo do vajíčka. 16-18 hodin po přidání spermií se hodnotí, jestli dochází k vývoji embryí.

4) Přenos embryí do dělohy (*Embryo Transfer*):

Pro přenos jsou vhodná embrya s vyvinutými čtyřmi až osmi buňkami, což vyžaduje 48 hodinovou inkubaci. Pokud došlo k oplození více než pěti vajíček, je možné kultivovat embrya 5-6 dní do stádia blastocysty, a tím zvýšit šance na úspěch. Ženám do 35 let jsou zaváděna maximálně dvě embrya, aby se zamezilo nežádoucímu vícečetnému těhotenství. Zbývající embrya jsou zmrazena a mohou být po rozmražení použita. Takto je lze uchovávat až 10 let.

Přenos embrya přes kanálek děložního čípku do dělohy probíhá pomocí katétru při plném vědomí, je téměř bezbolestný.¹⁸ Těhotenství je možné prokázat již za dva týdny po výkonu přítomností hCG v moči (tzv. Biochemická gravidita).

Je přirozené, že FIV ET vyvolává mnohé etické problémy. Podle úvodních slov **Donum Vitae** : „*To však, co je technicky možné, není i samo o sobě mravně dovolené*“ (*Donum Vitae, Úvod, 4*). Křesťanská etika opět naráží na nerespektování intimního rozměru manželství. Na scénu vstupuje opět třetí osoba, cizí pro manžele, v tomto případě operatér. Je vykonavatelem rozhodující fáze fertilizace a je za ni zodpovědný. Případnou chybu nelze tedy připisovat přírodě, ale konkrétní osobě. Mimotělní oplodnění je tedy vlastně mimomanželské z hlediska blízké příčiny a bezprostřední zodpovědnosti. Po stránce manželství zůstává jen genetické dědictví, touha mít dítě a těhotenství (v případě homologního FIVET).¹⁹

Donum Vitae, II, B, 5: „*Ale i v případě, že by byly poskytnuty všechny záruky vylučující smrt lidských embryí, při homologním FIVET dochází k oddělení úkonů, které jsou zaměřené na předávání lidského života prostřednictvím manželského spojení... Homologní FIVET se uskutečňuje mimo těla manželů, a to prostřednictvím třetích osob, na jejichž schopnostech a technické činnosti závisí úspěch postupu. Tento způsob umělého oplodnění vydává život a totožnost zárodku do moci lékařů a biologů a zavazuje moc techniky nad původem a osudem lidské osoby. Takový vztah nadvlády sám*

¹⁸ Srov.: MUDr. MRÁZEK Milan, *Umělé oplodnění I*; nakl. Triton s. r. o., Praha 2003, ISBN 80-7254-413-6; str. 45-46

¹⁹ Srov.: PAPEŽSKÁ RADA PRO RODINU, *Kultúra života II. Umělé oplodnenie*; SERAFÍN 1999, ISBN 80-88944-12-0; str. 55-56.

o sobě protiřečí důstojnosti a rovnoprávnosti, které mají být stejné pro rodiče i pro děti“.

Při použití techniky FIVET je pro zvýšení úspěšnosti kultivováno více embryí. Pokus implantace je při neúspěchu možno opakovat. Embrya jsou zmrazena a v případě potřeby znovu rozmrazena a použita. Otázkou však zůstává, co se zárodky, které již manželé nepoužijí? Lze je darovat jinému páru, či použít k výzkumným účelům? Nebo je jednoduše usmrtit a neskladovat? Obdobným problémem je vznik vícečetných těhotenství a následná redukce uchycených zárodků v zájmu donošení jednoho zdravého potomka. (U vícečetných těhotenství je totiž vyšší riziko samovolného potratu všech zárodků). Jako argument pro ničení nadpočetných embryí je uváděn fakt, že v přirozeném procesu oplodnění dochází také k potratům, o kterých ani žena nemusí vědět, pokud proběhnou v nejranějších stádiích (před nidací, nebo bezprostředně po ní.) Pokud tedy sama příroda provádí přirozený výběr a šanci k uhnízdění dostávají života nejschopnější, je taková selekce přípustná i v laboratorních podmínkách, a lékař jen napodobuje přirozený proces. V tomto smyslu je především třeba rozlišovat mezi přirozenou smrtí a smrtí způsobenou člověkem (usmrcením). Pokud bychom výše uvedený argument brali vážně, pak bychom v tomto duchu mohli například argumentovat: Mnozí lidé umírají při dopravních nehodách. Když někdo poškodí brzdy na autě své tchýně, vlastně jen napodobuje to, co je přirozené. Nebo když staří lidé umírají přirozenou smrtí, nebylo by morálně nepřipustné úmyslně jim přivodit smrt (euthanazie). Druhým častým argumentem je zlepšení technik v budoucnosti. Pak by se praxe ničení lidských zárodků mohla jevit jako dočasné a pro pokrok nutné zlo. Byli bychom však v zájmu výzkumu prospěšného pro dobro společnosti ochotni přinášet podobné oběti například na poli farmakologie - nedobrovolné pokusy na lidech?

Začátkem lidského života je okamžik početí. Prvotní stádia vývoje, kdy lidský zárodek sestává jen z několika buněk, v nás sice mohou budit dojem, že nejde o lidskou bytost. Zygota, morula nebo blastocysta není sice člověku vůbec podobná, dokonce nemá žádné lidské schopnosti. Přesto jí musíme přiznat, že je člověkem v počátku. Má potenciál stát se za příznivých podmínek dospělým člověkem. Tato potencialita odlišuje lidský zárodek od zárodku jiných savců. Může se z ní vyvinout jedině člověk, a to ať už mluvíme o zárodku v děloze, či ve zkumavce. Každé oplodněné lidské vajíčko má sílu stát se a je tedy lidskou bytostí.

Můžeme argumentovat viabilitou. Blastocysta in vitro dnes nemá šanci na přežití, neboť dosud neznáme způsob, jak ji přivést do takového fetálního stádia, které umožňuje samostatnou existenci bez závislosti na mateřském lůně. V tomto smyslu není blastocysta ve zkumavce, stejně jako potracený plod do stáří 20ti týdnů, schopna přežít. Leon R. Kass však tvrdí, že zárodek in vitro je potenciálně viabilní, pokud je proveden transfer do dělohy. Lidský zárodek in vitro není fundamentálně odlišný od zárodku v děloze a musíme jej proto považovat za lidskou bytost. Je-li tento zárodek obdařen takzvaným právem na život, je opomenutí jeho implantace nepřímým zabitím a experimentální zásahy do něj musíme klasifikovat jako útok či násilí. Blastocysta je podle Kasse přinejmenším potenciálním lidstvím a jako taková v nás vyvolává, nebo by měla vyvolávat, úctu a respekt.²⁰

Proto je metoda FIV ET morálně přípustná jen za předpokladu, že jde o homologní oplodnění in vitro a jsou použita všechna vytvořená embrya. Pokud jsou nadbytečná embrya zničena, jde zde o nerespektování lidské důstojnosti a úcty k životu.

Tato technika umožňuje také použití darovaných oocytů, spermatocytů i embryí, jež jsou uchovávány v kryobankách

1.4.5 UCHOVÁVÁNÍ LIDSKÝCH POHLAVNÍCH GAMET A ZÁRODKŮ

Kryobankami jsou obecně nazývána místa pro uchovávání biologického materiálu při velmi nízkých teplotách. K chlazení se používá kapalný dusík nebo jeho plyny. Při těchto velmi nízkých teplotách (okolo -195°C) lze skladovat téměř jakýkoliv biologický materiál. Metabolismus buněk se při zchlazení výrazně omezí a aktivita lytických enzymů se téměř zastaví. Životaschopnost vzorku po rozmražení závisí na více faktorech, především na jeho výchozím stavu a na procesu zmražení. U nás se kryobanky nacházejí např. při Fakultní nemocnici Brno, VFN v Praze, v Ústavu molekulární genetiky AV ČR. Dnes již existují i kryobanky soukromé. Některé se

²⁰ Srov.: KASS L. R., M.D.; „*Making Babies*“ Revisited, in T. A. Shannon, *Bioethics*, Paulist Press, New Jersey, 1987, ISBN 0-8091-2805-5; str. 456-457.

specializují na uchovávání vzorků zvířecích a rostlinných, jiné na lidské tkáně, pohlavní buňky a embrya.²¹

Kryokonzervace embryí umožňuje ženám po předchozím neúspěšném transferu použít je po rozmražení k dalšímu pokusu o graviditu. K tomuto účelu je jich však použito jen malé procento. Jen z jednoho ze sta embryí se narodí živé dítě. Některá embrya mohou být se souhlasem genetických rodičů darována jiným párům usilujícím o FIV ET, avšak tato praxe není příliš rozšířena. Ostatní jsou skladována po dobu pěti let a pak jsou použita na vědecké účely nebo zničena, což je morálně nepřijatelné. S embryi je nakládáno jako s „laboratorním materiálem“, na který si člověk osvojuje všechna práva. Člověk tedy rozhoduje o jejich bytí či nebytí. Samotné zmrazení můžeme považovat za neetické, neboť ohrožuje potenciální zdravý vývoj a ve většině případů vede k usmrcení zárodku. Mrazícím procesem může dojít k poškození embryí a mohou být posléze použita jen asi 3 ze 4. Úspěšnost transferu zmrazených lidských zárodků je nižší než u čerstvých. V Úmluvě o lidských právech a biomedicíně se v čl. 18 mluví o zajištění odpovídající ochrany embrya. Vytváření lidských embryí pro výzkumné účely je tedy zakázáno, ale výzkum jako takový nikoli. Dosud však nebylo dosaženo shody, jak by tato odpovídající ochrana měla vypadat. V důsledku jde o otázku, jaká ochrana, ne-li ochrana života a integrity? Avšak experimenty na embryích vedou nevyhnutelně k jeho usmrcení.²²

Technika uchovávání spermií je již velmi dobře technicky zvládnuta na rozdíl od konzervace oocytů. Odběr a konzervace spermií se provádí, pokud má muž podstoupit vasktomii nebo onkologickou léčbu, v jejímž důsledku hrozí ztráta nebo zhoršení reprodukčních schopností. Velmi častá je také konzervace darovaných spermií. Hůře se dají skladovat oocyty. Kryoprotektiva a změna teploty na ně mají negativní vliv. Efektivita kryokonzervace vajíček zůstává celosvětově nízká. Pokud by se jí však podařilo dostatečně zdokonalit, mohla by plně nahradit zmrazování embryí. Pak by před FIV ET bylo možné oplodnit jen tolik vajíček, kolik je třeba pro jeden transfer a ostatní oocyty by čekaly v kryobance, zda bude pokus úspěšný. Nedochovalo by k usmrcování přebytečných zárodků. Byl by tím jeden z mnoha etických problémů vyřešen. S touto problematikou také souvisí donátorství oocytů, lidských zárodků a náhradní mateřství.

²¹ Srov.: www.gate2biotech.cz/kryobanky.cz

²² Srov.: MUNZAROVÁ M.; *Zdravotnická etika od A do Z*, Grada Publishing, a.s., AVICENUM 2005, ISBN 80-247-1024-2; str. 139-140

1.4.6 NÁHRADNÍ (SUROGAČNÍ) MATEŘSTVÍ

Některé ženy nejsou schopny otěhotnět, případně donosit zdravé dítě, nejčastěji z důvodu defektu nebo deformace dělohy, či kvůli nekompatibilnímu Rh-faktoru. Pro ně je pak jedinou možností náhradní mateřství. Jestliže mají zachovanou schopnost vaječníků vytvářet zdravé zralé oocyty, mají šanci na reprodukci vlastních genů prostřednictvím jiné ženy.

Surogační matkou je žena, která se rozhodla otěhotnět a porodit dítě a která ho po porodu hodlá předat jiné ženě nebo manželskému páru. Tento „objednávající pár“ se po narození dítěte ujímá jeho výchovy. Matkou lze být v tomto případě v několika smyslech:

Surogační matka v tradičním smyslu (částečné náhradní mateřství) – Tato náhradní matka používá svá vlastní vajíčka, která jsou oplodněna spermii nastávajícího otce nebo dárce. Surogační matka pak dítě donosí a porodí. Tento způsob surogace lze rozdělit podle původu spermií:

- 1) Spermie pocházejí od partnera ženy „hostitelky“ a dítě tedy nemá žádné genetické vazby k objednatelskému páru. Může být počato přirozeně bez použití ART. Takové počínání však lze také klasifikovat jako obchod s dětmi.
- 2) Spermie jsou muže objednatelského páru a dítě je reprodukcí jeho genů. V tomto případě může, ale nemusí být použito metod ART. Tento postup není neobvyklý ani v ČR. Když žena porodí, je jako otec zapsán biologický otec a jeho manželka pak dítě adoptuje.
- 3) Spermie pocházejí od dárce a dítě nemá žádné genetické vazby na objednatelské manžele.

Genetická matka – Dítě je reprodukcí jejích genů. Dítě může donosit sama, nebo je embryo vloženo do dělohy náhradní matky za pomoci techniky FIV ET.

Gestační matka (úplné náhradní mateřství) – Žena, která nosí dítě, nemá k němu žádný genetický vztah a nechce být jeho sociální matkou. Přesněji vstupují na scénu budoucí matka, budoucí otec a gestační matka, přičemž je využíváno metody ART:

- 1) Vajíčko i spermie jsou objednatelů a dítě k nim má genetickou vazbu.

2) Vajíčko pochází od objednatelky a spermie od dárce. Dítě má genetickou vazbu jen k jednomu rodiči.

3) Vajíčko i spermie pocházejí od dárců. Dítě nemá genetické vazby na nikoho z přímo zúčastněných.

Sociální matka – Žena, která o dítě po jeho narození pečuje a to bez ohledu na to, jestli k němu má genetické vazby nebo ne.

V ideálním případě jde o jednu osobu, která je matkou genetickou, sociální, a která dítě nosí.

Komerční surogace – Je to vlastně pronájem vlastní dělohy za určitý peněžní obnos. Takový přístup degraduje ženu na chodící inkubátor a nerespektuje její důstojnost.

Altruistická surogace – V tomto případě je náhradní mateřství motivováno čistě altruisticky, tedy empatií a sociálním cítěním.

Ve všech těchto případech náhradního mateřství však hrozí „*gestational bonding*“ - vznik citové vazby mezi náhradní matkou a dítětem.

Náhradní rodičovství známe již z historie. Existovalo pravidlo, že pokud muž nemohl mít potomky nebo náhle zemřel, byl povinen dítě zplodit jeho bratr. Stejně tomu bylo u žen. Surogační matkou pak byla sestra manželky. Jisté zmínky najdeme i ve Starém zákoně (Gen, 16 a 30). Takové praktiky jsou dodnes udržovány v některých afrických kmenech.

A jaká je dnes situace ve světě? Ve Francii, Polsku, Rakousku, Německu, Španělsku, Švýcarsku, Dánsku a Chorvatsku je surogační mateřství nelegální. Naproti tomu ve Velké Británii, Řecku a Rusku je náhradní mateřství možné za dodržení určitých podmínek. Povoleno je pak např. v Argentině, Austrálii, Brazílii, Kanadě, Ecuadoru, Íránu, Izraeli, Koreji, JAR a USA. V zemích jako jsou USA, UK a Kanada je náhradní mateřství prováděno bezplatně. V ČR dosud neexistuje žádná právní úprava, a přesto k surogaci dochází. Složitě jsou pak právní důsledky, neboť podle našich zákonů je vždy matkou žena, která dítě porodila. Žena objednatelka nemá k dítěti žádná práva ani kdyby byla matkou genetickou. Otec má na dítě právo jen pokud je prokázáno, že je genetickým otcem.

Výbor pro výzkum etických aspektů lidské reprodukce při FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) vydal v roce 1998 prohlášení týkající se surogačního mateřství, které se dá shrnout do několika hlavních bodů:

- 1) Výbor má velké výhrady k praktikování náhradního mateřství, protože je zde velké riziko narušení hodnot tradiční rodiny a rodinných vztahů.
- 2) Surogace by mělo být použito pouze ve výjimečných případech, každý jednotlivý případ by měl být posuzován etickou komisí, a pokud se k této metodě přistoupí, měla by probíhat jedině za lékařského dohledu.
- 3) Zvláštní pozornost je pak třeba věnovat ochraně náhradní matky, aby nedošlo ke zneužívání její socioekonomické situace. Také je nutné zachovat svobodnou vůli náhradní matky. Tzv. surogační smlouva nesmí v žádném případě stát na komerčním základě (bez zprostředkovatelské agentury či osoby).²³

Problematika náhradního mateřství je velmi komplikovaná, jak z hlediska práva a legislativy, tak z hlediska etiky. Vystávají zde nejasnosti ohledně rodičovství a nebezpečí zneužívání sociálně slabých žen k pronajímání dělohy. Jak jsem se již výše zmínila, otcovství je možné soudně určit testem DNA, ale matkou je vždy žena, která dítě porodila. Mezi ženou, která je náhradní matkou, a dítětem vzniká během těhotenství určité pouto, které je podmíněno hormonálními změnami a fyzickými pocity a prožitky během gravidity. Je přirozené, že po porodu toto pouto zesílí. Jak poté řešit situaci, kdy se náhradní matka rozhodne, že si ponechá dítě, byť jí není geneticky příbuzné? Lze něco takového řešit smlouvami a soudy? Lze předejít nelegálnímu obchodování s pronajímáním děloh? Černý trh s náhradními matkami není fikcí, stačí zabrousit na internet, kde se zejména ženy z bývalého SSSR nabízejí jako náhradní matky za úplatu. L. R. Kass přirovnává tento trend k prostituci: „Jestliže není nic špatného na náhradním mateřství, co by bylo špatného na tom jej praktikovat a žít? Přesto souhlasím s tím, že nosit cizí dítě za úplatu je degradací osoby, stejně jako prostituce. Protože žena je placena za to, že se bez lásky odevzdá, aby sloužila něčí rozkoši. Zacházet s tělem jako s pouhým inkubátorem zbaveným jeho lidského rozměru, je ztrátou smyslu a hodnoty lidského těla a jeho integrity. Jde tu také o popření významného propojení mezi sexualitou, láskou a plozením. Obchod s lidským masem a dehumanizace využívání lidského těla, by neměly být podporovány.“²⁴ Takové jednání je tedy morálně nepřijatelné.

²³ FIGO Committee for The Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Woman's Health, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*, London: FIGO, 2006 str. 43-44.

²⁴ KASS L. R., M.D.; „*Making Babies*“ *Revisited*, in T. A. Shannon, *Bioethics*, Paulist Press, New Jersey 1987, ISBN 0-8091-2805-5; str.466

1.5 POTRAT (ABORTUS)

Potrat znamená samovolné vypuzení, nebo lékařské vyjmutí života neschopného, mrtvého nebo záměrně usmrceného plodu z dělohy matky. Rozlišujeme několik typů potratu:

- 1) samovolný potrat
- 2) umělý potrat – interrupce:
 - a) přímý potrat
 - b) nepřímý potrat

1.5.1 SAMOVOLNÝ POTRAT

Většina samovolných potratů (abortus spontaneus) proběhne již na začátku těhotenství a jeho nejčastější příčinou bývá defekt plodu. Především se jedná o plody s vadnou genetickou výbavou, neschopné dalšího zdravého vývoje, nebo může být příčinou i zdravotní stav ženy. Mnohdy ani žena nezjistí, že je těhotná. Funguje zde přirozený výběr života nejschopnějšího plodu, který má pak šanci vyvinout se a narodit. Z mateřských příčin dochází v prvním trimestru k spontánnímu potratu zejména u otrav (intoxikace olovem, anestetické plyny, alkohol, drogy, kouření apod.), u infekčních onemocnění, u zánětlivého nebo nádorového onemocnění dělohy a u celkových onemocnění (hormonální poruchy, poruchy funkce štítné žlázy). K časnému abortu může vést i inkompetence děložního hrdla.

Ve druhém trimestru dochází nejčastěji ke spontánnímu abortu při poruchách funkce placenty, při úrazech, infekčních onemocněních a inkompetenci děložního hrdla (neuzavřené děložní hrdlo). Pokud k podobné situaci dojde po ukončení 23. týdne gravidity, nazývá se tento jev předčasným porodem. Plod je schopen za pomoci lékařů a přístrojů přežít i mimo tělo matky. Pokud není dítě již naživu jde o tzv. porod mrtvého plodu.

1.5.2 UMĚLÝ POTRAT

Umělý potrat je definován jako vyjmutí života neschopného plodu z dělohy prostřednictvím lidského zákroku, ať už je usmrcen před vyjmutím, nebo ponechán jisté smrti po vyjmutí z dělohy.²⁵ Jestliže vycházíme ze závěru první kapitoly, že lidský život začíná okamžikem početí, jde tedy o usmrcení lidské bytosti. Pro morální hodnocení je velmi podstatné, zda je potrat zamýšlen jako cíl jednání (přímý) nebo jako prostředek k dosažení jiného cíle, či je jen vedlejším efektem jiného lékařského zákroku (nepřímý).

Přímý potrat je úmyslným zabitím lidské bytosti a jako takový je eticky neospravedlnitelný. Interrupce na přání matky jsou prováděny do 12. týdne gravidity. V pozdějších stádiích těhotenství jsou prováděny jen ze zdravotních důvodů, nebo kvůli poškození plodu. Potrat bývá běžně obhajován jako východisko ze složitých situací, a podle toho rozlišujeme čtyři základní indikace:

- **Eugenická indikace** - v případech, kdy lékaři předpokládají, že dítě bude postižené těžkými vrozenými vadami. K zjištění těchto poruch slouží např. ultrazvuk, fetoskop a odběr plodové vody (99% spolehlivost). K takto motivovaným zákrokům dochází poměrně často. Lze ale takové počínání ospravedlnit? Máme právo usmrtit defektní plod? Jestliže odpovíme ano, jak vysvětlíme, že to není dovoleno po jeho narození? V Číně, kde je ze zákona povoleno mít jen jedno dítě, je eugenickou indikací i pohlaví dítěte. Rodiče dávají jednoznačně přednost potomkům mužského pohlaví. Tato praxe však vede k nevyvážené populaci. Hrozí také, že s postupujícím výzkumem genů bude docházet k eugenické selekci na základě genetických dispozic plodu. Pak by si rodiče mohli například říci: „Nechceme průměrně inteligentní dívku s hnědými vlasy, ale blond chlapce nadaného a sportovce, a proto tento zárodek nenecháme žít.“ Proto je třeba razantně odmítnout trend tzv. „těhotenství na zkoušku“, kdy rodiče mají například dva syny a chtějí jedině dceru a eliminují plod nevyhovujícího pohlaví. Podobně si počínají v rodinách trpících vážnými dědičnými chorobami, které se váží jen na jedno

²⁵

Srov.: PESCHKE K. H., *Křesťanská etika*, Vyšehrad 2004, ISBN 80-7021-331-0; str. 286

pohlaví. Vybírají si jen plod, který genetickou poruchu nedědí (hemofilie, cystická fibróza apod.).

- **Kriminologická indikace** – u těhotenství způsobených znásilněním. Žena do se do této situace dostala proti své vůli, násilím, a proto bývá potrat v této situaci považován za oprávněný. Reálně hrozí, že matka dítě nikdy nepřijme, nebude schopna je milovat. Dítě s matkou bude mít problém zařadit se do společnosti. Žena v podobné situaci má přeci možnost jiné volby - dítě porodit a dát k adopci. Dítě jistě nemůže za to, jakým způsobem bylo počato. Usmrcením dítěte zážitek ze znásilnění nezmizí a žena je naopak vystavena pocitům viny za zmařený život.

- **Sociální indikace** – v případech, kdy je socioekonomická situace rodiny nebo matky složitá a další dítě by bylo příliš velkou zátěží. Mnohem častěji je však důvodem k ukončení těhotenství to, že žena se nechce vzdát svých životních plánů a obětovat svůj dosavadní standard dítěti. Některé ženy volí raději tuto cestu, než by se staly svobodnými matkami, protože se bojí odsouzení a sociální separace. Jiné ženy upřednostňují svou profesní kariéru před rodinou, přestože být matkou je lidsky přirozené. Někdy jde spíše o strach ze zodpovědnosti za dítě.

Všechny tři výše uvedené indikace jsou z pohledu etiky neobhajitelné, a proto nepřijatelné. Matka nemá právo svévolně nakládat s životem nenarozeného člověka. Je to popření lidského potenciálu plodu, jeho degradace na shluk buněk a nerespektování práva na život, které člověku patří od jeho počátku (splynutí gamet).

- **Terapeutická indikace** – z důvodu vážného ohrožení zdraví a života matky.

Zastánci této indikace uvádějí čtyři základní argumenty :

1. Je dovoleno urychlit hrozící smrt plodu, aby byla zachráněna alespoň matka.
2. Dá se předpokládat, že v situaci, kdy jde matce o život, by plod byl ochoten obětovat svůj život pro záchranu matky.
3. Smí a musí se volit menší zlo, tedy smrt nenarozeného dítěte.
4. Plod je nespravedlivým útočníkem, proto je možné obětovat jeho život pro záchranu matky.

Taková argumentace je však sporná, neboť v prvních třech případech nelze jasně doložit, že nejde o přímé usmrcení nevinného člověka. Urychlení smrti plodu je nepřipustným usmrcením. Obětní smrt je způsobena lékařem. Nelze též za menší zlo zvolit neetické jednání. Ke čtvrtému argumentu je nutné podotknout, že plod neprovádí v žádném smyslu útok, nepřekračuje svá práva, ani matku o její práva nepřipravuje. Přesto jsou tyto argumenty z části pravdivé. Logickou úvahou dojdeme k závěru, že je třeba dát přednost smrti plodu před smrtí matky, i když je usmrcení působeno přímým lidským zásahem. Jasně rozlišení mezi přípustným nepřímým potratem a nepřipustným přímým terapeutickým potratem neodpovídá reálným situacím. Zdraví rozum nám říká, že je lepší upřednostnit život matky, obzvláště je-li již matkou dalších dětí. Pokud plod není schopen přežít smrt své matky, je přeci nesmyslné nechat zemřít i ji.

Přijatelná je pouze léčba ženy, která jako vedlejší (nechtěný) účinek má i smrt dítěte = nepřímý potrat. Příkladem je chemoterapie nebo operativní vyjmutí nádorem zasažené dělohy (i s plodem). Jde o **princip dvojího účinku**, kdy lze vykonat skutek, který je sám o sobě dobrý, ale má zároveň pozitivní i negativní účinky, **pokud:**

a) to co je primární, chtěné má dobrý účinek

b) dobrý účinek stojí za to – je větší než zlý účinek

„Učitelství úřad katolické církve sice rezolutně odmítá usmrcení nenarozeného lidského života. Řada teologů však bez námitek magisteria pokládá terapeutický potrat kvůli záchraně života matky za přípustný. Patří mezi ně: R. Springer, R. Troisfontaines, J. Dedek, G. Visser, B. Häring, belgičtí biskupové, biskup Stimpfle, H. Rotter, L. Janssens, P. Sporcken, L. Cornerotte, M. Vidal, J. Gründel, F. Podimattam, D. McCarthy, E. Bayer, F. Böckle, E. Schockenhoff a R. Sagmeister.“²⁶

Mezi terapeutické indikace se také někdy řadí psychiatrické důvody, kdy narození dítěte ohrožuje psychické zdraví ženy. Potrat na základě psychiatrické indikace však nelze morálně ospravedlnit.

²⁶ PESCHKE K. H., *Křesťanská etika*, Vyšehrad 2004, ISBN 80-7021-331-0; str. 291 – 292.

1.5.3 INTERRUPČNÍ TECHNIKY

Jak se provádějí přímé potraty? Jsou známy tři způsoby umělého přerušení těhotenství:

- 1) *vniknutím do dělohy skrze rodidla*
- 2) *podáním chemického přípravku, který usmrtí plod, vyvolá porodní stahy a děloha se vyprázdní porodem mrtvého dítěte*
- 3) *proniknutím do dělohy břišní dutinou – operativní*

1.5.3.1. POTRAT VNIKUTÍM DO DĚLOHY SKRZE RODIDLA

a) Menstrual extraction (očistění dělohy) se používá ve velmi ranných stádiích těhotenství, kdy ještě není testem na hCG gravidita jasně prokazatelná. Děloha je zbavena svého obsahu odsátím. Většinou pomocí ruční stříkačky.

b) Suction – aspiration (usilovné sání) je používáno do 12 týdne gravidity. Zdravotník nejprve uvolní a rozevře děložní krček a následně zavede do dělohy tuhou trubičku z umělé hmoty se špičkou ve tvaru nože. Intenzivním sáním roztrhá tělíčko plodu, odtrhne placentu a pak vše odsaje do speciální láhve. Používá se buď ruční stříkačka nebo speciální elektrické pumpy.

c) Dilatation and Curettage (rozšíření krčku a výškrab dělohy) je podobné předchozí technice. Zdravotník do dělohy zavede kyretu (ocelový nůž ve tvaru ocelové smyčky), jehož pomocí rozřeže placentu i plod na kousky a vyškrabává je ven do připravené nádoby. Tato metoda s sebou nese velké riziko silného krvácení.

d) Dilatation and Evacuation (rozšíření krčku a vyprázdnění dělohy) se používá při potratech po ukončeném 12. týdnu těhotenství. Zdravotník používá nástroj podobný kleštím, aby plod, který má již zvápenatělé kosti a lebku, mohl jejich pomocí rozdrtit. Jen tak může být mrtvý plod z dělohy odstraněn. Dítě musí být po vyjmutí znovu složeno, aby měl zdravotník jistotu, že odstranil z dělohy všechny jeho části.

1.5.3.2 POTRAT PODÁNÍM CHEMICKÉHO PŘÍPRAVKU

a) Saline amniocentesis (otrava solí) se provádí po 16. Týdnu gravidity. Při této proceduře zdravotník dutou jehlou propíchně břišní stěnu matky a plodový vak dítěte a do plodové vody vstříkne koncentrovaný roztok soli. Usmrcení plodu trvá déle než hodinu. O den později porodí matka mrtvé dítě. Příčinnou smrti je vysoká hladina draslíku v krvi plodu nebo otrava solí, která způsobí rozšíření cév, otoky, překrvení, krvácení, šok a následnou smrt.

b) Prostaglandinový potrat je vyvolán působením hormonálních preparátů jako Prostin F2, vaginální tablety Prostin E2 a injekce Prostin 15M. Tyto preparáty vyvolají prudké porodní bolesti a porod bez ohledu na vyzrálost plodu. Používají se zejména ve třetím trimestru. Někdy bývá tato metoda doplněna vstříknutím soli nebo močoviny do plodové vody. Používá se zejména v pozdějších stádiích gravidity.

c) Methotrexat nebo mifepriston (R-486, Mifegyne, Mifeprex) jsou tzv. potratové pilulky. Jejich použití se omezuje na prvních 9 týdnů těhotenství a je následováno podáním misoprostolu. Asi 8% z těchto interrupcí vyžaduje následné odsátí obsahu dělohy. R-486 je nejčastěji používán po prvním vynechání menstruace v období nidace a těsně po ní (po uplynutí 6 až 8 týdnů již neúčinkuje). Tento preparát je antagonistou progesteronu, nezbytného pro udržení gravidity. Jinými slovy obsazuje progesteronové receptory, a tím eliminuje jeho účinky v těle ženy. Výhonky zárodku zanořující se do děložní sliznice posléze odumírají a odpadají. Embryo se bez dostatečné výživy nemůže dále vyvíjet a zaniká. Aby mohlo být vypuzeno, je ženě podán misoprostol, který vyvolá uterinální kontrakce.

1.5.3.3 OPERATIVNÍ POTRAT

Bývá indikován především ve třetím trimestru. Lékař rozřízne břišní dutinu a dělohu podobně jako při císařském řezu. Pak chirurgicky rozdrť hlavu plodu před jeho vyjmutím. Jsou známy i případy, kdy bylo dítě vyjmuto živé a následně udušeno, nebo je mu přestřížena pupeční šňůra, když je ještě v děloze, následkem čehož dojde ke usmrcení.²⁷

1.5.4 KOMPLIKACE INTERRUPCÍ

Rizikovost interrupcí je závislá na stádiu těhotenství, zdravotním stavu ženy, vyškolenosti a schopnosti lékařského personálu, na zvolené technice, vybavenosti a sterilitě prostředí, ve kterém je výkon prováděn. Ročně se pro umělé přerušování těhotenství rozhodne zhruba 46 milionů žen. Vzhledem k tomu, že ne všechny země jsou k potratům liberální, podstupuje každoročně 20 milionů žen ilegální potrat v nevyhovujícím prostředí bez předchozí a následné lékařské péče. Rizika jsou tedy mnohem větší. Výzkumy rizikovosti však probíhají v lékařských zařízeních vyspělých zemí, kde jsou tyto zákroky prováděny legálně a pod dozorem lékařů. Více než 90% jich probíhá v USA. Nelze tedy statistiky považovat za spolehlivé v globálním měřítku.

Komplikace můžeme rozdělit na bezprostřední, časné a pozdní. K bezprostředním pak patří zejména siné krvácení, poranění děložního hrdla a perforace dělohy. Porušení vaziva děložního čípku pak vede k následným samovolným potratům. Vzhledem k tomu, že se interrupce posouvají do raných fází těhotenství, jsou tato rizika o něco nižší.

Časnými komplikacemi jsou infekce, děložní rezidua a selhání potratové metody a pokračující gravidita. Následné infekce dělohy a vejcovodů mohou způsobit trvalé poškození a při zanedbání pánevní absces, který může být i smrtelný. Také je zde jisté riziko krevní embolie a embolie plodové vody, jejíž riziko se zvyšuje po 3. měsíci těhotenství.

²⁷ Srov.: B. a Dr. J. WILLKE, *Člověkem od početí*, Katolické nakl. COR JESU, Český těšín 1993, ISBN neuvedeno; str. 100-101

Mezi pozdní komplikace řadíme záněty vnitřních rodidel, poruchy menstruačního cyklu a psychické následky. Nejčastějšími trvalými následky zánětů jsou srůsty na vaječnicích a zánět pánevních orgánů, který se léčí obtížně a často vede k neplodnosti, stejně jako srůsty na vaječnicích. Riziko neplodnosti u žen po umělém přerušení těhotenství je 3-4x větší než u žen, které takový zákrok nikdy nepodstoupily. Pokud jsou srůsty na vaječnicích úplné, stane se žena sterilní. Pokud jsou jen částečné, dokáží jimi proniknout spermie a oplodnit uvolněné vajíčko. Zárodek postupující vejcovody k děloze je však mnohem větší než spermie, snadno uvízne uvnitř a vznikne mimoděložní těhotenství, které je pro ženu velmi nebezpečné. Pokud není včas zjištěno a odstraněno, hrozí ženě perforace vejcovodu, vnitřní krvácení a smrt. Další možnou pozdní komplikací je tzv. synechie (děložní srůsty) a to hlavně u žen, které prodělaly více než jednu kyretáž. Také zde musím zmínit vysoké riziko spontánních potratů, neschopnost donosit dítě do 28. týdne těhotenství a předčasných porodů. Toto nebezpečí stoupá úměrně s počtem prodělaných interrupcí a je způsobeno poškozením cervixu.²⁸

Podrobněji bych se chtěla věnovat psychickým následkům u žen, které podstoupily potrat. Rozlišujeme *Postabortivní Syndrom (PAS)* a *Postinterrupční Syndrom (PIS)*. *PAS* označuje psychické potíže, jimiž trpí ženy po prodělaném potratu. Pokud se jedná o prodělanou umělou interrupci, používá se také termín *PIS*. Prodělaný potrat je ošklivým zážitkem a může působit jako trauma, a to nejen na ženu – matku, ale i na otce a zdravotnický personál, který interrupce vykonává. Zúčastněné osoby se snaží potlačit nepříjemné pocity, zlé zážitky a výčitky svědomí, chtějí zapomenout. Potlačené emoce však dříve či později vyplouvají na povrch v podobě některých příznaků, které se nápadně podobají příznakům posttraumatické stresové poruchy.

- *vina*
- *úzkost*
- *psychické otupění*
- *deprese a myšlenky na sebevraždu*
- *syndrom výročí: rozšíření symptomů v době okolo výročí potratu nebo předpokládaného narození dítěte*

²⁸ Srov.: MUDr. R. UZEL, Csc. - *Komplikace interrupce*, Gynekologie a porodnictví, ZDN; <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komplikace-interrupce-295951>

Srov.: B. a Dr. J. WILLKE, *Člověkem od početí*; katolické nakl. COR JESU, Český Těšín 1993; str. 116-120

- *znovuprožívání potratu – flashbacky*
- *přílišné zaujetí pro opětovné otěhotnění*
- *úzkostlivá starost ohledně otázek plodnosti a rození dětí*
- *přerušení procesu přilnutí ke stávajícím a/nebo budoucím dětem*
- *pocity viny z přežití*
- *vznik poruch příjmu potravy*
- *zneužívání alkoholu, léků a drog*
- *jiné sebetrestající a sebeponižující chování²⁹*
- *krátká psychotická příhoda trvající až dva týdny*
- *poruchy v mezilidských vztazích, rozchod s partnerem*
- *frigidita a jiné sexuální poruchy*

Autoři knihy *Proč pláčeš*, Miriam říkají: „Duševní zranění při postabortivním syndromu se podobá časované bombě, kterou uvedeme do vlastního života, a někdy dojde k explozi.“³⁰

O rizicích interrupce nejsou ženy dostatečně informovány. Gynekologové jim nabízejí potrat jako šálek kávy, aniž by je poučili o tom, co vlastně podstupují. Nikdo jim nevysvětlí, jak tento zákrok probíhá, co se při něm ve skutečnosti děje, ani jaké mohou být následky. Je jim v ordinaci nabídnut jako řešení nečekané situace. Sama mám takovou zkušenost. Když jsem nečekaně potřetí otěhotněla, navíc velmi brzy po narození syna, lékař se mne ani nezeptal, zda chci další dítě, ale rovnou mi nabídl, že mne objedná na umělé přerušení. Byla jsem v šoku z jeho přístupu a rezolutně jsem jeho nabídku zamítla. Neumím si představit, že by tu s námi ta malá sladká tříletá holčička nebyla. I v blízké rodině zazněly námitky typu: „vždyť se to dá vyřešit“. Vyřešit co? Byla jsem zaskočena tím, jak většina lidí bere potrat jako něco normálního. V podobné situaci se nachází většina žen, které nechtěně nebo spíš nečekaně otěhotní a neví si s touto situací z počátku rady. Lékař jim automaticky nabídne interrupci, okolí to schvaluje jako něco běžného a nikdo nemluví o realitě. Žena, která pod tlakem okolí

²⁹ Srov.: Hnutí PRO ŽIVOT ČR, *Co je to postabortivní syndrom (PAS)*; www.prolife.cz/?a34=&id=69

³⁰ Hnutí PRO ŽIVOT ČR, *Proč pláčeš, Miriam*, o. s. 2. vyd., PRAHA 2007; přeložila K. Ucháčová, ISBN 80-7266-074-8; str. 31

sáhne po zdánlivě nejjednodušším řešení, je pak nemile překvapena k čemu dala souhlas. Když si prožije bolestivou „operaci“, začne si uvědomovat, co se vlastně stalo. Může se cítit ošizená, obelhaná a zneužitá. Dostaví se výčitky svědomí, pocity viny a další výše jmenované příznaky PIS. Představa, že se život rychle vrátí do starých kolejí, se rozplyne jako pára nad hrncem. Jsou samozřejmě i ženy, které to nijak nezasáhne a podstoupí interrupci i několikrát za sebou. Zvyšují tak však riziko trvalých zdravotních následků.

Nahlížení naší společnosti na problematiku umělých interrupcí je až zarážející. Umělý potrat je brán jako něco běžného, standardní zdravotní služba jako odstranění vředu nebo kuřího oka. Degradovali jsme lidský život na shluk buněk, který je součástí těla matky a nemá žádná práva? Jak to, že společnost toleruje zabití nevinné bezbranné lidské bytosti? Pod rouškou emancipace a osvobození ženy je popírána její přirozená schopnost přivést na svět nový lidský život. Těhotenství je bráno jako vedlejší efekt sexuálního života. A ženám je připisováno „právo“ rozhodovat o svém těle a životě. Má však žena právo rozhodovat o životě svého nenarozeného dítěte?

Konzumní přístup k sexualitě, odmítání zodpovědnosti, tlak sociálního okolí a legislativní liberálnost degradují lidský život na úroveň zboží, o němž rozhodujeme, zda je chceme, nebo nechceme. Vystává zde paradox mezi umělým potratem a ART. Na jedné straně ženy zabíjejí své nechtěné potomky a na straně druhé řeší svou neschopnost počít metodami umělého oplodnění. Je to nepochopitelný paradox. Dovolíme ženám, aby za peníze své tělo mrzačily potraty a následně platily klinikám ART za možnost mít děti. Je to nejen na hlavu postavené, ale především nemorální a zvrhlé. Ženy jsou vykořisťovány ve své nejpřirozenější a nejcitlivější schopnosti! Do práce gynekologa je zahrnuto maření lidských životů. Je tedy lékařem, nebo zabijákem? Spíše vše v jednom. Jak se však vyrovnává se svým svědomím? Eugenicky indikované potraty snižují soucit s nemocnými, neboť jsou připravováni o život ještě před svým narozením. Odtud je jen krok k tomu, abychom se začali zbavovat narozených nevléčitelně nemocných, a tak posouvali morální hranice stále dál. Kam až to může vést? Podívejme se jak se u nás v historii vyvíjely potratové zákony a v závislosti na nich pohled společnosti. Zákony by měly odrážet morální zákony společnosti, mám však pocit, že v dnešní době je tomu spíše naopak. Morální hodnocení se odvíjí od toho, co je zákonem povoleno. Změna zákonů, by pak znamenala změnu přístupu společnosti.

1.5.4 PRÁVNÍ ÚPRAVA POTRATŮ V ČR

Vůbec první český zákon věnující se umělému přerušení těhotenství vznikl v roce 1950 a odrážel potratovou politiku SSSR, kde byly interrupce Stalinem zakázány. Tento trestní zákon č. 86/1950 Sb., ve kterém byla definována skutková podstata usmrcení lidského plodu, protiprávnost interrupce pro těhotnou ženu a osobu, která se souhlasem těhotné ženy plod usmrtí. Interrupce byla povolena pouze v případě, pokud hrozila smrt těhotné ženy, její těžké zdravotní poškození, nebo některý z rodičů trpěl dědičnou nemocí. Žena, která tento zákrok ilegálně podstoupila, mohla být uvězněna až na 1 rok, a osobě, která zákrok provedla, hrozilo uvěznění až na 10 let.

V roce 1957 vešel v platnost zákon nový č. 68/1957 Sb., podle nějž byla interrupce přípustná ze zdravotních důvodů a z důvodů „zvláštního zřetele hodných“. Bylo dovoleno je provádět do ukončeného třetího měsíce. Pokud žena žádala o potrat, musela být její žádost posouzena zvláštní tzv. „interrupční komisí“, která rozhodovala, zda uváděné důvody jsou dostatečné. Dostatečným „zvláštního zřetele hodným“ důvodem bylo i to, že žena dítě počala v rámci mimomanželského styku.

S novým lékařským postupem tzv. miniinterrupcí je spojován další zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Tento zákon je platný dodnes. Přinesl velmi liberální přístup k potratům, neboť ženě k zákroku stačí pouhá žádost bez uvádění důvodů, pokud těhotenství nepřesahuje 12 týdnů a nebrání mu ženin zdravotní stav. Tento zákon nebyl dodnes novelizován, byly k němu vydány pouze tři vyhlášky. Zásadnější změna byla provedena v roce 1992, kdy byla přijata vyhláška stanovující platbu za tento zákrok. Ze zdravotního pojištění je zákrok hrazen pouze v případě, že je výkon zdravotně indikovaný.

Do dvanáctého týdne těhotenství je rozhodování o trvání těhotenství a tedy i existence plodu výlučně v působnosti těhotné ženy, jen s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu. Zdravotní důvody, pro které nelze na žádost ženy uměle přerušit těhotenství, jsou uvedeny v § 1 vyhlášky MZ č 75/1986 Sb., v platném znění. V situacích, kdy je ohrožen život nebo zdraví těhotné ženy nebo zdravý vývoj plodu nebo jde-li o geneticky vadný vývoj plodu, je možno z podnětu nebo se souhlasem ženy

přerušit těhotenství, a to i po dvanáctém týdnu (§ 5 interrupčního zákona). I zde zůstává rozhodování o situaci zárodku, a to bez ohledu na délku těhotenství, de iure v pravomoci ženy a plodu nejsou poskytována žádná zvláštní práva.³¹

2 KDY KONČÍ LIDSKÝ ŽIVOT?

Smrt je nevyhnutelným závěrem každého lidského života. Je to stav po ukončení života, úplná a trvalá ztráta vědomí. Ve svém životě prožíváme různé fáze jako prenatální období, kojenecký věk, dětství, pubertu, mládí, dospělost a stáří. Patří k nim však i umírání, které je postupným procesem, na jehož konci je smrt. Naše současná společnost má sklony záležitosti související s koncem života odsouvat do pozadí a nezabývat se jimi, jakoby umírání a smrt ani neexistovaly. Naši blízcí dnes většinou odcházejí ze života v anonymním prostředí nemocnic, oddělení LDN a domovů důchodců a jen zřídka v kruhu své nejbližší rodiny. Přitom smrt má přeci i svůj sociální význam! Společné prožívání těžkých okamžiků spojených se smrtí blízké osoby stmeluje rodinu v jejím zármutku a ukazuje nám, že zde nebudeme stále. Pomáhá nám uvědomit si, co je pro nás v životě důležité a jak bychom se svým časem, který nám byl dán, měli co nejlépe nakládat. Nutí nás ohlédnout se za svým dosavadním životem a hodnotit.

Dnešní děti žijí téměř v informačním vakuu, co se této problematiky týká. Vidí v televizi násilí a zabíjení, přitom nechápou základní sociální souvislosti a necítí úctu k životu ani smrti. Rodiče se zřejmě snaží uchránit své děti před pravdou, ale takové jednání děti spíše poškozuje. Z těchto důvodů se děti neúčastní ani pohřbů. Jsem toho názoru, že taková výchova má spíše negativní vliv na dětské a posléze dospělé vnímání života včetně naší smrtelnosti. Když jsem před třemi roky vzala svou tehdy devítiletou dceru na pohřeb své kamarádky, byla tam jediným dítětem. Nezúčastnily se dokonce ani děti zesnulé kamarádky (10 a 6 let). Přišlo mi to celé velmi zvláštní. Nepřišly se svou matkou rozloučit, protože je rodina chtěla ušetřit zármutku. Ale je tomu opravdu tak? Z psychologického pohledu by to pro ně bylo lepší, kdyby intenzivní zážitek ztráty mohly prožít spolu s rodinou a blízkými během pohřebního rituálu a s odchodem matky se

³¹ Srov.: PRUDIL Lukáš, *Status lidského embrya v českém právu*, zdroj: Univerzitní centrum pro bioetiku – <http://www.med.muni.cz/UCB/prudil> txt001.htm

postupně vyrovnat. Neprožitá a potlačená bolest je může ovlivňovat celý život a může vyvolat i psychické problémy. Stejně tak vnitřní vyrovnání se s konečností našeho pozemského života je podstatné pro zdravý růst osobnosti.

Před několika měsíci za mnou přišel můj čtyřletý syn s otázkami, Jestli někdy umře a proč to tak je, jestli musí zemřít každý a proč nemůžeme být nesmrtelní. Vysvětlovala jsem mu, že smrtelné je jen naše tělo a záleží na nás, co s námi bude po smrti, ale že nikdo nevíme, kdy si nás Bůh povolá. Na jeho neustálé proč jsem odpovídala i tím, že kdyby se lidé stále rodili a nikdo neumíral, byla by naše planeta brzy přeplněná a podobně. Tyto rozhovory se opakovaly téměř denně po dva měsíce. Nejprve se s tím nemohl smířit a plakal, pak vymýšlel jak to udělat, aby byl nesmrtelný a nakonec se s tím smířil. Děti by měly od malinka vědět, že lidský život má svůj začátek i konec, a pokud budou žít dobrým životem podle svého nejlepšího svědomí, nebudou muset mít ze smrti hrůzu ani strach.

2.1 SMRT Z POHLEDU FILOSOFIE

Asi nejlépe vystihuje lidské setkání se smrtí teze Sigmunda Freuda: „Nejintenzivnější existenciální zkušeností smrti není představa vlastní smrti a už vůbec ne konfrontace s hranou smrtí v divadle a médiích, nýbrž smrt milovaného člověka. Teprve láska dělá člověka a teprve smrt milovaného člověka dává vytušit propastnost smrti.“³²

Takovéto intenzivní setkání se smrtí v nás evokuje otázky jako: Jaký je smysl lidského života? Má lidský život vůbec smysl, když končí smrtí? Proč lidé umírají? Je smrt skutečně konec? Je smrt věcí dobrou nebo špatnou?

Nabízí se názor typický pro „západní“ filozofii, že smrt je přeměnou vlastního já do jiné formy existence. Můžeme se však setkat i s názory, že smrt je úplným koncem již u před Sokratovských filozofů – **Anaximandros** (610-547 př.Kr.) a **Herakleitos** (533-475 př.Kr.). Tito filozofové měli materialistické vidění světa.

³² VIRT Günter, *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*, VYŠEHRADEK 2000, ISBN 80-7021-330-2; str. 13

Například podle **Pythagora** (572-497 př.Kr.) trpí duše v důsledku vtělení a touží po osvobození od těla³³ a splnutí s prozřetelností. Toho lze dosáhnout skrze filozofii, která očišťuje duši. Za nejvyšší princip všeho bytí pokládá číslo, které zůstává věčné a neměnné. Číslo je tedy podstatou všech věcí, prvopočátkem světa. Každý jev se může do nekonečna proměňovat, jeho číselný atribut však zůstává neměnný. To tedy platí i pro lidské bytí.

Sokrates (470-399 př.Kr.) považoval strach ze smrti za něco nemoudrého. „Neboť vskutku báti se smrti, mužové, není nic jiného než se domnívati, že jsme moudří, a nebýti; znamená to totiž mysliti si, že víme to, co nevíme. Vždyť nikdo neví, není-li snad smrt pro člověka vůbec největším dobrem, a přece se bojí, jako by určitě věděli, že je největším zlem. Není to právě ta odsouzení hodná nevědomost, že si totiž člověk myslí, že ví to, co neví?“³⁴

Sokrates rozlišoval v člověku dvě základní části: pomíjivé fyzické tělo, a nesmrtelnou duši, která je věčná. Smrt se tedy týká pouze pomíjivých složek, které se začnou rozkládat, když z nich unikne sjednocující síla duše. Naproti tomu je nesmrtelná duše nesložená, nedělitelná a nemá se tedy na co rozložit. Duše proto zůstává i po smrti a přechází do jiného světa.

Sokrates tvrdil, že život a smrt se cyklicky opakují: „Kdyby totiž živé vznikalo z jiných věcí než z mrtvých a živé by umíralo, jak by bylo možno, aby se všechno nespotřebovalo pro stav smrti?“³⁵

Preexistenci duše před narozením dokazuje tím, že lidé si pamatují archetypální ideje, s nimiž se duše setkala ještě před tím, než vstoupila do těla. Vzpomínáme si totiž na věci, které jsme na tomto světě nikdy vidět nemohli. Například pokud uvidíme dvě zdánlivě stejné věci, víme, že absolutně stejné být nemohou. Jsou si pouze podobné. Přesto chápeme, co to stejnost znamená. Poznali jsme ji v době, kdy se naše duše setkala s idejí stejnosti, před tím, než byla obdařena tělem a vzpomínáme si na ni. Duše tedy musela existovat už před narozením.

Jak ale dokazoval, že duše bude existovat i po naší smrti? Sokrates vychází z toho, že duši jsme schopni poznávat jsoucna, esence věcí a bytostí. Pouze duše může pochopit

³³ Srov.: MUNZAROVÁ Marta, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky 1, Smrt a umírání*, Brno 2002, ISBN 80-210-1610-8; str. 5

³⁴ Srov.: Platón, *Obrana Sokratova*

³⁵ Srov.: PLATÓN, *Faidón*, ISE, Praha 1994

to, co je božské. Musí tedy mít stejnou přirozenost jako tato jsoucna, tedy božskou, jednotnou, jednoduchou, nerozbornou. Co není složené, nemůže se rozložit na žádné části. Duše tak přetrvává po zániku našeho těla a odchází do Hádu.

Platonův (427-347 př.Kr.) názor na smrt úzce souvisí s jeho učením o duši. Považuje ji za nesmrtelnou a stejně jako jeho učitel Sokrates se domnívá, že musela existovat již před vtělením. I argumentace je obdobná – protože je duše nesložená, nemůže podlehnout rozkladu. Její podstatou je život. Je schopna vnímat neměnné a věčné - ideje. Tuto schopnost má proto, že sama obsahuje něco věčného a neměnného, je spřízněna s idejemi a je jim podobná. Smrt se pak jeví jako osvobození duše od těla, které umožňuje dosažení plného vědomí – nazírání na ideje.

Podle Platóna existuje smrtelná část člověka, která zaniká s tělem, a část nesmrtelná, jež tělo oživovala a v okamžiku smrti ho opouští. Proto Platon říká, že pokud někdo lpí na svém smrtelném těle, bude žít pouze tak dlouho jako toto tělo. Jistě je lepší prožít život bez strachu ze smrti než v neustálé křeči z toho, že kdykoli můžeme zemřít.

Aristoteles (384-322 př.Kr.) zpočátku zastával stejný názor, posléze se od něj však odchýlil. Zastával názor, že lidská duše je neoddělitelná od těla, zatímco pro Platóna je duše uzavřena v těle jako ve vězení. Aristoteles zdůrazňuje, že každá věc je tvořena jednotou látky – hylé a formy – morfě. Čistě látce bez formy, stejně jako formě bez látky nenáleží skutečná existence. Jsou takto pouze myslitelné. Tělo je pro něj látkou a duše mu dává formu. Duše je uskutečněním těla, způsobuje jej a řídí jeho úkony. Jedno bez druhého neznámá nic.

Aristoteles rozlišuje duši o sobě nebo rozum nebo Nous – čistou mysl – od stavů společných duši a tělu. Rozum pokračuje po smrti, to je bod ve kterém souhlasí s Platónem, i když se rozchází v názoru na přijetí reinkarnace. Pasivní rozum (tabula rasa – nepopsaný list), který přijímá smysly vnímané formy, umírá s tělem, zatímco aktivní rozum, který způsobuje, že pomyslné formy přecházejí od mohutnosti ke skutečnosti, nadále existuje vzhledem k jeho nesmrtelné podstatě. Ale rozum je neosobní a je jeden pro celý lidský druh. Z toho vyplývá Aristotelův imperativ: Žít životem rozumu, jehož důležitým úkolem je přemoci přirozený strach ze smrti pomocí odvahy a ctností.

Helénismus:

Stoikové nazývaní podle místa, kde se scházeli (Stoa = sloupová síň v Athénách), se snažili, aby si lidé zvykli na svou smrtelnost. Nejdůležitější je podle nich žít ctnostný život a připomínat si marnost strachu ze smrti. Základním požadavkem jejich filozofie je žít podle přírody, tj. ve shodě s rozumem a Bohem (kosmickým řádem). Lidská duše je po narození tabula rasa (nepopsaná deska). Působením vnějšího světa se vytvářejí kataleptické představy - obtisky vnějších materiálních předmětů v duši, záruka pravdivosti. Vše je fatálně podrobena nutnosti, nic není osamoceno, odděleno od jiného. Každá událost je nutným článkem řetězu příčin a následků. Stejně tak i smrt člověka. Ctnost, moudrost a svoboda spočívá v tom, že se člověk podrobí řádu kosmu a nechce nic, co není v jeho moci. Nese bez odporu svůj úděl, tedy i svou smrt. Příkladem takové odevzdanosti je pro ně Sokrates. Člověk má užívat plnými doušky všeho, co je mu v životě propůjčeno, avšak nemá na ničem z toho lpět.

Epikurejci nazývaní po svém zakladateli Epikurovi

Etika: Základem šťastného života je slast, tedy neexistence bolesti duševní nebo fyzické. Zdrojem bolesti je převážně strach, a toho jsou podle něj 4 druhy, přičemž proti všem se dá bojovat:

1. strach, že nemůžeme dosáhnout štěstí - stačí si uvědomit, že jediným dobrem je radost, které dosáhneme tak, že budeme žít rozumně

2. strach z utrpení - stačí si říct, že je-li utrpení silné, nikdy netrvá dlouho a je-li dlouhodobé, pak není silné

3. strach z bohů - bohové ale žijí ve svém vlastním světě a o ten náš se prakticky nestarají, protože s ním nemají jakýkoliv kontakt; navíc je jejich touhou také blažený život, díky čemuž se lidem podobají

4. strach ze smrti - nejlépe jeho názor vyjádří tato citace: "*...Protože pokud jsme tu my, není tu smrt, a když přijde smrt, pak tu nejsme my. Tedy ani živých se smrt netýká, ani mrtvých, ježto na ony se smrt nevztahuje a tito sami už nejsou...*" (z dopisu Menoikeovi)

Správnému poznání podstaty světa přikládá především etický význam a na rozdíl od skeptiků pokládá toto poznání za nezbytnou podmínku dosažení duševního klidu a štěstí. V tomto správném poznání vidí cestu k odstranění představ o nesmrtelnosti duše,

posmrtných trestech a řízení světa bohy. Duši považoval za zvláštní strukturu atomů, která má jen dočasné trvání stejně jako tělo, na něž je vázána. Tato duše je složena z jemných atomů a po smrti se rozplyne a s ní i jakákoli zkušenost. Není tedy třeba se bát posmrtného života, protože nic takového neexistuje.

V následujících staletích převládal v západní kultuře především křesťanský pohled na smrt, kterému bude věnována následující kapitola. V období patristiky a scholastiky jde filozofie ruku v ruce s křesťanstvím a mluvíme o „křesťanské“ filozofii. K určitému zesvětštění myšlení došlo až se snahou odstranit strach ze smrti, který ve středověku dosáhl obrovských rozměrů.

Francis Bacon (1561-1626) tvrdil, že umírání je pokračováním žití; naučíme-li se beze strachu žít, budeme takto i umírat.

René Descartes (1596-1650) viděl osobu jako tělo a duši spojené v jeden celek a předpokládal nesmrtelnost duše.

Naproti tomu někteří myslitelé v 18. stol jako básník **Voltaire** (1694-1778), pokládali nesmrtelnost duše za výmysl církevních hodnostářů a navraceli se k myšlenkám stoiků a epikurejců.

Křesťanské učení o nesmrtelnosti duše se pokusil vyvrátit **David Hume** (1711-1776), představitel empirismu, sensualismu a agnosticizmu. Hume předpokládá, že skutečnost je nám dána jen jako duševní prožitky. Předmětem jeho filozofického bádání není tedy vnější svět, ale pouze vztahy mezi „dojmy“ a „ideami“. Myšlení je podle něj skládání a míšení idejí – asociace. Hume tedy na základě svého sensualismu odmítá nejen hmotu, ale i duchovní substanci. Smrt je podle Huma definitivní.

Náboženství Hume nahlíží jako rys lidské přirozenosti. Považuje je za projev lidských tužeb a úzkostí. Náboženství podle něj nevzniká z čistě intelektuálních motivů, ale ze strachu, naděje a z tendence představovat si, že všechny ostatní bytosti musí být podobné lidem.

Hume se věnuje převážně otázce lidského poznání. Toto poznání se skládá z dojmů a idejí, které na základě zkušenosti, určitými způsoby spojujeme a kombinujeme. V procesu poznání není mnoho místa pro subjekt poznání, pro substanci.

Duchovní substance neboli duše, je tím, co spojuje a drží naše představy pohromadě. Podle Huma nemůžeme ale poznat nic víc než vjemy. To, co je spojuje, poznat nelze.

Substance stojí mimo empirická fakta, a není možné ji tedy poznat. Chápe ji jako něco, co drží naše představy pohromadě.

Pokud bychom tvrdili, že duše existuje, museli bychom o ní mít nějakou ideji a impresi. To ale nemáme. Duše je tedy nepoznatelná. Hume dokonce tvrdí, že kromě vjemů, obsahů vědomí, které vlastně tvoří duši, nic jiného neexistuje. „Pouze následné vjemy jsou tím, co vytváří duši...“³⁶ Hume ale tvrdí, že nemůžeme pozorovat nic jiného než právě tyto vjemy a představy.

Immanuel Kant (1724 – 1804) s Humem souhlasil, že nelze nesmrtelnost duše prokázat použitím žádného přirozeného argumentu, ale o nesmrtelnosti nikdy nepochyboval. Argumentoval morálními důkazy. Člověk je vybaven rozumem a určen ke svobodě. Jen jeho vlastní vinou je, pokud podle toho nežije.

Kant definuje osvícenství jako „vyjití člověka ze zaviněné nedospělosti“, ve které se své svobody bál a nechával se vést jinými. *Sapere aude* – odvaž se jednat podle svého rozumu. Tvrdil, že jsou tři nezbytné pilíře svobodného – a to znamená i odpovědného – života, totiž **svoboda, nesmrtelná duše a Bůh**. Čistý rozum je sice nemůže dokázat, ale nemůže je ani vyvrátit. Zde vzniká prostor pro víru, která je přijímána jako prakticky nezbytná. V tomto smyslu říká Kant, že musel „zrušit vědění“, totiž spekulativní teologickou metafyziku, aby „udělal místo pro víru“.

Mohli bychom se zabývat názory i dalších filozofů, ale většinou jde jen o různé obměny toho, co již bylo zmíněno.

Fridrich Nietzsche (1844-1900) a jeho voluntarismus však představuje východisko k postmodernímu myšlení a vnímání života.

Člověk může žít z mnohoznačné krásy světa, pokud ovšem přijme život jako nelítostný boj, v němž nakonec musí podlehnout „temnotě“ smrti. Velikost člověka je v tom, že může hrdě vzdorovat a bezohledně prosazovat svoji „vůli k moci“, jejímž cílem musí být překonání člověka čili nadčlověk. Hlásal **radikální spoléhání se na sebe**, na svoje síly, pohrdal vším slabým, neuživým.

Nietzsche prohlásil, že **Bůh je mrtev**. Znamená to, že lidem již Boží moudrost nepomáhá. Idea Boha není slučitelná s moderními vědeckými poznatky. Víra v křesťanského Boha se stala nevěrohodnou.

³⁶

MCGREAL, Ian. *Velké postavy západního myšlení*. Slovník myslitelů, 1999, str. 324.

Tím se otevírají volné obzory, a člověk má plout vstříc novým dobrodružstvím, víra v Boha tyto obzory zaclání. Křesťanská morálka je podle něj falešná, škodlivá a lživá, i když ještě nedávno byla prohlašována za pravdivou.

Člověk nesmí již jednat podle předem daných schémat, podle pasivně přijímaných samozřejmostí, ale musí se umět **sám rozhodovat**. Křesťanská morálka jej činí slabým.

V díle *Also sprach Zarathustra: Ein Buch für Alle und Keinen* (1883-1885) Nietzsche vylíčil tři stupně, jimiž prochází vyvíjející se člověk - závislost na autoritách a mistrech, oproštění od nich a dobytí svobody (negativní svoboda, "osvobození od něčeho"), obrát k vlastním hodnotám a definitivním cílům (pozitivní svoboda, "osvobození pro něco").

Nietzsche neodsoudil jen křesťanství, ale i veškeré metafyzické racionální konstrukce platonovského typu, víru v jiný, lepší a skutečnější svět, který nás čeká po smrti. Tvrdil, že skutečný svět je tento svět, a nesmíme se nechávat ničím od něj odlákávat. Odsoudil veškerou metafyziku, která popírá život. Metafyzické spekulace viděl jako ideologii, která má sloužit k tomu, aby slabí jedinci či skupiny ovládali silné a zdravé.

Nietzscheho nadčlověk je schopen prožít život tvůrčím způsobem přesto, že je plný bolesti a utrpení a na jeho konci čeká definitivní smrt. Nadčlověkem se stává ten, kdo je schopen milovat svůj osud, ačkoliv neví, co ho čeká.

V naší současné konzumní společnosti, je často smrt považována za záležitost konečnou. To však sebou nese tendence odsouvat smrt a umírání do pozadí. Lidé na konci života netráví poslední chvíle v okruhu svých blízkých a rodiny, ale v umělém prostředí nemocnic, oddělení LDN a domovech důchodců. Většina lidí se chová, jakoby se jich smrt ani netýkala. Takové smýšlení však není cestou k překonání smrti a bolesti, která nás provází, když ztratíme někoho blízkého a milovaného. Smrt je sice nevyhnutelným koncem lidského života, ale je jen na nás, jak na ni budeme nahlížet a jak vědomí jistého konce ovlivní naše vnímání a prožívání života, který nám byl dán k dispozici.

2.2 SMRT V KONTEXTU NÁBOŽENSTVÍ

Pro všechna monoteistická náboženství je společná víra v nesmrtelnost duše. Většina světových náboženství věří, že v posmrtném životě bude naše duše po zásluze odměněna, ať už bolestí nebo věčným štěstím. Věřící člověk si svůj postoj ke smrti utváří především prostřednictvím své víry. Od pradávna mu v tom pomáhají pohřební rituály. Díky nim není člověk ani ve smrti sám.

Někdo by tedy mohl namítnout, že cílem náboženství je především vysvětlit smrt a tím zbavit člověka svíravého strachu z ní. Takové tvrzení však neobstojí – vezmeme-li v potaz i jiná náboženství než křesťanství.

Tak kupříkladu ve starověkém Řecku byla smrt pojmána velmi negativně. Homér dokonce píše, že by mrtvý byl mnohem raději nejposlednějším chudákem na světě nahoře, než králem v podsvětí. Mrtví byli chápáni jako stíny, které v lepším případě odešly vést chmurný a poloviční život do Hádu, v horším případě se mstily svým vrahům nebo těm, kdo zavinili jejich smrt, jako děsivé přízraky. Slavné Ostrovy blažených pod vládou Krona byly vyhrazené pro Héroy, kteří zemřeli během čtvrtého Hésiodova věku, a případně pro privilegované z řad Řeků, respektive víme o tom, že Meneláovi, spartskému králi a manželovi nevěrné Heleny, byl na základě jeho příbuzenství s Diem přislíben transfer zaživa na Ostrovy blažených. Nicméně ani sebevětší zásluhy nebyly vstupenkou do Elysia, lidé bez rozdílu končili jako pochmurné stíny bažící po obětní krvi.³⁷

Pokud však jde o současná velká náboženství, souhlasím s Hansem Küngem, který o nich tvrdí: „... shodují se v tom, že člověk nežije skutečný, svobodný život, v němž by byl sám se sebou identický, že tedy *nynější statut* člověka je neuspokojivý, nešťastný, smutný. Proč? Protože se odcizuje oné skryté poslední skutečnosti, která je jeho pravým domovem, skutečnou svobodou, opravdovou identitou, a kterou označujeme jako nedostupné, nepodmíněné, nevyslovitelné, absolutní, božské či Bůh. Tato pravá skutečnost překoná v *konečném stavu* lidské odcizení. Jak? Tak, že se člověk vzdá

³⁷ Srov.: KOSTIČOVÁ Zuzana Marie. *Kultura smrti* [online]. Glosy.info, 20.únor 2005. [cit. 9.dubna 2011].

Dostupné na WWW: <<http://glosy.info/texty/kultura-smrti/>>. ISSN 1214-8857.

falešné autonomie a iluzorního dojmu vlastní dostačivosti, tj. vůle za každou cenu se prosadit, a dovolí poslední skutečnosti, aby jej osvětila, proměnila, spasila, k čemuž pochopitelně dochází pouze v okamžiku smrti.“³⁸

Přesto nelze mluvit o tom, že mají velká světová náboženství na smrt stejný pohled. Vždyť ani Bible není v této problematice jednoznačná, což můžeme připisovat faktu, že vznikala déle než tisíc let. Připomeňme si zde několik stěžejních myšlenek.

Ve starších pasážích Bible se o nesmrtnosti lidské duše jednoznačně nehovoří. Mluví se zde sice o duši, ale ta je brána spíše jako funkce těla a Božího dechu, který ožívuje.

Mojž.2,7 "I vytvořil Hospodin Bůh člověka, prach ze země, a vdechl mu v chřípí dech života. Tak se stal člověk živým tvorem."

Bůh z mrtvé hmoty ztvárňuje tělo člověka a ožívuje jej svým dechem. Ono Boží "vdechnutí", řecky "pneuma" či-li duch - je všeobecným principem života všech živých tvorů, včetně zvířat.

Kazatel 3,19-21: "Vždyť úděl synů lidských a úděl zvířat je stejný: Jedni jako druzí umírají, jejich duch je stejný, člověk nemá žádnou přednost před zvířaty, neboť všechno pomíjí. Vše spěje k jednomu místu, všechno vzniklo z prachu a vše se v prach navrácí. Kdo ví, zda duch lidských synů stoupá vzhůru a duch zvířat sestupuje dolů k zemi?"

Smrt je zde chápána jako obrácený proces stvoření. Když Bůh odejme dech, tvoje existence končí. Tělo - hmota (prach země) se vrací do země.

Kazatel 12,7: " A prach se vrátí do země, kde byl, a duch se vrátí k Bohu, který jej dal." Zde máme vzorec smrti, tak jako v 1.Mojž.2,7 byl vzorec života. Je to jednoduchá matematická rovnice:

Rovnice života:

TĚLO + DUCH = DUŠE

Rovnice smrti:

TĚLO = DUŠE - DUCH

³⁸

KÜNG Hans, *Věčný život*; <http://ao-institut.cz/texty/posmrtny-zivot>

Z této rovnice lze usuzovat, že Bůh v okamžiku smrti odnímá člověku onoho oživujícího ducha, který mu byl milostivě dán, a tento princip života se navrácí k Bohu. Nejde tedy o nesmrtelnou duši, jak ji známe z naší křesťanské tradice.

Zpočátku byl kladem důraz zejména na odměnu i potrestání v přítomném životě. Teprve později se v Bibli objevují zmínky o zázračném vysvobození živých i mrtvých na konci časů a vítězství nad smrtí. Většina proroků slibovala kolektivní odplatu. Postupně však došlo ke změně smýšlení a objevily se zmínky o individuálním posmrtném osudu. Např. V knize Daniel 12,2-3 „Mnozí z těch, kteří spí v prachu země, procitnou; jedni k životu věčnému, druzí k pohaně a věčné hrůze. Prozíraví budou zářit jako záře oblohy, a ti, kteří mnohým pomáhají k spravedlnosti, jako hvězdy, navěky a navždy.“

Koncem druhého století př. Kr. stály vedle sebe dva zcela odlišné pohledy na smrt: staré pojetí, považující smrt za definitivní konec života (saduceové) a pojetí novější, potvrzující posmrtný soud a vzkříšení, překonání moci smrti mocí Boha (farizeové a esejci)³⁹. V apokryfní literatuře, se však objevuje také apokalyptická teorie konečného vzkříšení a soudu nad celým lidstvem. Šeol je zde chápán jako místo, kde duše všech zemřelých čekají na vzkříšení na konci věků.

Postupné rozšíření Kristova náboženství do Říma a posléze i do Evropy definitivně nastolilo vládu takového konceptu smrti, podle něhož má člověk duši a způsobem života lze ovlivnit její osud v zásvěti.⁴⁰

Pro křesťanskou filozofii i teologii je ústředním momentem osoba Ježíše Krista, protože v něm je nejdůležitější svědectví Boží existence. Je zjevenou pravdou, novým opěrným bodem morálky, a z hlediska pojetí smrtelnosti je díky Jeho oběti otevřena nová naděje. Ježíšovi učedníci v něm po Jeho smrti a zmrtvýchvstání poznávají slibovaného Mesiáše – Vykupitele. Ježíš je prvním ze zmrtvýchvstalých (Kol 1,18 : „... on jest hlavou těla – totiž církve. On je počátek, prvorozený z mrtvých – takže je to on, jenž má prvenství ve všem.“), který se brzy vrátí ve slávě, aby soudil živé i mrtvé. V Janově evangeliu nacházíme jasné poselství o tom, že víra v ukřižovaného Krista uvádí věřící do nesmrtelnosti již na tomto světě a v tomto těle, protože se stali novým

³⁹ Srov.: MUNZAROVÁ Marta, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky 1, Smrt a umírání*, Brno 2002, str. 8

⁴⁰ Srov.: KOSTIČOVÁ Zuzana Marie. *Kultura smrti* [online]. Glosy.info, 20.únor 2005. [cit. 9.dubna 2011].

Dostupné na WWW: <<http://glosy.info/texty/kultura-smrti/>>. ISSN 1214-8857.

stvořením v Kristu, přešli tedy ze smrti do života. Jan 11,25-26 „Ježíš jí řekl: 'Já jsem vzkříšení a život. Kdo věří ve mne, i kdyby umřel, bude žít. A každý, kdo žije a věří ve mne, neumře na věky.“ Jan 14,6: „Ježíš mu dopověděl: 'Já jsem ta cesta, pravda i život. Nikdo nepřichází k Otci než skrze mne.“

Římanům 8,38: „jsem si jist, že ani smrt ani život, ani anděl, ani mocnosti, ani přítomnost ani budoucnost, ani žádná moc, ani výšiny ani hlubiny, ani co jiného v celém tvorstvu nedokáže nás odloučit od lásky Boží, která je v Kristu Ježíši, našem Pánu.“

Další odkazy: Ř 8,29; Ř 6,15; Jan 6,54; Kol 1,18... A našli bychom mnoho dalších. V NZ je věčný život pojímán jako definitivní a dokonalé bytí v Kristu a s ním a skrze Krista u Otce.

Křesťanská eschatologie procházela vývojem. Cílem této práce však není teologická interpretace otázek konce lidského života, proto se omezím na několik stěžejních koncepcí, které podstatně ovlivňovali nahlížení na smrt v různých obdobích křesťanských dějin.

Asi nejsilněji ovlivnil křesťanskou eschatologii Sv. Augustin (354-430) a jeho učení o predestinaci – předurčení (Ř 8,29), který ve svém díle 'O obci Boží' hlásá, že všechny události ve světě a v lidském životě jsou předem určeny Boží vůlí. Bůh si volí lidi ke spáse, ale tím korunuje své vlastní dary, nikoli naše zásluhy. Protože podle Augustina Bůh nevolí všechny lidi ke spáse, zůstává velké množství odsouzených – massa damnata. V přirozenosti člověka je podle něj náklonnost ke hříchu – concupiscentia. K tomu, aby byl člověk schopen této náklonnosti odolat potřebuje Boží milost, skrze kterou získává svobodu rozhodování.

Roku 1336 vydal papež Benedikt XII. toto prohlášení: „ Duše svatých okamžitě po smrti, duše těch, kteří potřebují očistit, po očistění vcházejí do nebe a patří na Boha tváří v tvář.“

Římská kongregace pro víru vydala v roce 1979 oficiální vyjádření: „ Církev je přesvědčena o přetrvávání a subsistenci určitého duchovního elementu po smrti, nadaného vědomím a vůlí. 'Já člověka' dále existuje, přičemž ovšem v mezidobí postrádá svou plnou tělesnost.“

Smrt v kontextu křesťanství můžeme vidět jako přechod k něčemu lepšímu, než byl náš život pozemský, pokud jsme žili dobrý život naplněný vírou, nadějí a láskou. Člověk, který se s klidným srdcem dokáže ohlédnout a být se svým životem spokojený

tváří v tvář svému pozemskému konci, neumírá ve strachu, ale s pocitem smíření a odevzdání se do rukou Božích. Křesťan má možnost svých chyb litovat a prosit o odpuštění při svátosti smíření. Má možnost začít znovu a činit pokání. Očistit se konáním dobra. Co však může člověk nevěřící a žijící zcela konzumním způsobem života? Zatímco věřící bere smrt jako součást svého bytí a snaží se žít tak, aby se v hodině smrti dokázal ospravedlnit, konzument se snaží smrt a zmínky o ní ze svého života zcela vytěsnit. Smrt pro něj znamená definitivní konec. Jen těžko se může pak smířit s odchodem milovaného člověka, či s vlastní smrtelností. Ve svém blízkém okolí jsem zaregistrovala, jak dokáže vážná zdravotní komplikace změnit smýšlení člověka a jeho pohled na svět. Tváří v tvář smrtelnému nebezpečí proběhne každému před očima celý jeho dosavadní život. Ve chvílích, kdy nám bezprostředně hrozí nebezpečí smrti, hodnotíme a bilancujeme. Ale není to trochu pozdě? Ne každý z nás dostane ještě druhou šanci a může díky vyspělé lékařské vědě žít dál. Vždyť medicína není všemocná, ačkoli ji mnozí staví téměř na božský piedestal. Člověk by si měl uvědomit jednu důležitou věc, totiž že lékař není ten, kdo rozhoduje o životě nebo smrti. Krásně se k tomuto faktu vyjádří Hans Küng ve své knize *Věčný život*:

„Není-li věčným pánem nad životem a smrtí lékař, ale Bůh, může člověk v životě plném utrpení získat i *novou svobodu*:

- svobodu, která jej nevysvobozuje z utrpení, ale v utrpení: svobodu věřícího člověka, kterého ani strach z bolesti nerozdrtí a který navzdory pochybnostem o sobě samém i o světě nepropadá zoufalství;
- svobodu ubránit se iluzi, že díky technologickému pokroku, psychické stabilizaci, genetické manipulaci jednou skončíme se smrtí i s veškerou rozporuplností života, že prolomíme ďábelský kruh sebedestrukce a vytvoříme říši svobody, v níž nebude smrti ani utrpení;
- svobodu střízlivě uznat, že proti utrpení a smrti je třeba bojovat, ale nikdy je nelze beze zbytku porazit, že otázku spásy celku nesprovedí ze světa ani sebelepší technika;
- svobodu odvážně doufat, že utrpení a umírání nejsou to poslední, definitivní, že poslední věcí člověka je spíše život bez smrti a utrpení, kterého, pravda, člověk ani

společnost nikdy nedocílí, ale smí jej očekávat výhradně od naplnění, od tajemného Jiného, od svého Boha.⁴¹

Ignorování smrti, která skutečně může přijít kdykoli, vede k úpadku morálky a svědomí člověka. Naše současná kultura je zaměřená na jedince a jeho hmotný prospěch. Necení se to jakým jsem člověkem, ale to co vlastním. Vystává tedy otázka: „Mít nebo být?“

2.3 DEFINICE SMRTI

V souvislosti s koncem lidského života nejčastěji používáme dva termíny – SMRT a UMÍRÁNÍ.

Umírání je postupný **proces** na jehož konci je vždy smrt. Umírání je jednou z fází života člověka a patří do jeho osobní historie stejně bezpodmínečně jako narození.

Smrtí rozumíme zastavení životních funkcí v organismu, které je spojené s nevratnými změnami. Tyto změny pak znemožňují obnovení životních funkcí. Jedná se o **stav** po ukončení života, úplnou a trvalou ztrátu života. V přírodních vědách a v lékařství existuje také pojem **buněčná smrt**, pak mluvíme o určité části organismu, která odumřela.

Klinická smrt je přesně definována jako zastavení životních funkcí, které lze ještě včasným vhodným zásahem obnovit a vrátit tak člověka do života.

2.3.1 DIAGNOSTIKA SMRTI

V dřívějších dobách byla smrt diagnostikována na základě zástavy dechu a srdečního tepu. Dnešní moderní lékařská věda dokáže tyto základní funkce podpořit přístroji, proto nemusí zastavení těchto dvou základních životních funkcí nutně znamenat smrt. Pokud neexistují jiné významné okolnosti prokazující úmrtí, snaží se lékaři pulmonální resuscitací obnovit srdeční činnost i dech. Od resuscitace se upouští jen tehdy, je-li lékař přesvědčen, že tyto funkce již nelze obnovit.

⁴¹ KÜNG Hans, *Věčný život*, 2006, <http://ao-institut.cz/texty/posmrtny-zivot>

Kdy tedy vlastně nastává smrt?

Dříve byla smrt definována jako „ireverzibilní zástava cirkulace a dýchání“⁴², jinými slovy zástava *srdce a plic* na přiměřeně dlouhý čas – *kardiopulmonární kritérium*. Od šedesátých let se v medicíně začala používat kritéria nová, zaměřená na postižení mozku. S vývojem nejrůznějších možností umělého udržování životních funkcí vznikla otázka : „ Činnost kterého nebo kterých z těchto 3 systémů je možné uznat za hlavní a nenahraditelný faktor při udržování člověka při životě?“⁴³ Zástava které funkce je definitivním ukazatelem smrti?

Mozek, plíce, srdce fungují = život

Mozek, plíce, srdce nefungují = smrt

Plíce, srdce zástava = ?

Plíce, srdce fungují, mozek nikoli = ?

Díky pokrokům na poli resuscitace (zdokonalení ventilačního přístroje a vynález mimotělního krevního oběhu) výrazně přibyly případy lidí uměle udržovaných při životě pouze za pomoci těchto přístrojů. Tito lidé byli možnými dárci orgánů, ale nemohli být lékaři prohlášeni za mrtvé, dokud neselhal jejich oběhový a dýchací systém. Tím klesala možnost úspěšného využití orgánů. Za účelem vyřešení tohoto problému se pod vedením Dr. Henryho Beechera sešla na univerzitě v Harvardu lékařská komise, která roku 1968 navrhla jako hlavní kritérium „mozkovou smrt“ (brain death).

Jako první použití této definice zavedlo Finsko roku 1971. Ostatní země se posléze připojily k Finsku a „mozková smrt“ se tak stala hlavním kritériem určení smrti ve vyspělých zemích (ale nejen v nich)

Americký etik Paul Ramsey ve své knize *The Patient as a Person* podává vysvětlení: „Když je potvrzena smrt mozku, pak ani tlukot srdce ani dýchání není třeba uznávat za

⁴² MUNZAROVÁ Marta, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání*, ISBN 80-210-1610-8;

str. 14

⁴³ SLIPKO S.J., *Hranice života*, ISBN 80-7113-132-6; str. 336

symptomy života. Pokud jsou udržovány uměle, nejde o projevy života. Je to činnost stroje, který se zapíná jen v přesně vymezených podmínkách.⁴⁴

Z lékařského hlediska musíme rozlišit:

a) *smrt celého mozku* – smrt všech jeho buněk

b) *smrt mozku jako celku* – pokud je jistota odumření mozkového kmene

- jde o nevratné vymizení všech funkcí celého mozku včetně mozkového kmene

– **mozková smrt**.

Za normálních okolností nastává jen několik minut po zastavení dechu nebo srdeční činnosti.

Při podchlazení se mozková smrt oddálí. Při hypoxii nebo otřesu mozku může dojít k tzv. **apalickému syndromu**, kdy přestane fungovat kůra mozková – Pallium, ale zůstane zachována činnost mozkového kmene.

Smrt mozku má tedy při určování smrti rozhodující význam v tom, že se upřednostňuje před kardiologickými a jinými symptomy života, pokud se udržují uměle.

V pokusech přesně definovat smrt mozku se vědci shodují na třech klinických symptomech: „definitivní vyhasnutí vědomí, definitivní zástava spontánního dýchání a ztráta reaktivity, kterou zprostředkovává mozek (oboustranná mydriáza, chybějící reakce na světlo a totální areflexie mozkových nervů)“.⁴⁵ Různé teorie se liší především v pojetí ireverzibility. V Anglii byla brána v potaz možnost navrácení životních funkcí zejména při podchlazení a po podání některých léků. Proto se doporučovalo sledovat stav nejméně 12 hodin. V USA se zpočátku používalo zejména vyšetření EEG, při němž se sledovalo, zda došlo k úplné ztrátě všech elektrických aktivit mozku, později byla brána v potaz také ztráta cirkulace krve v mozku. Kritéria se také liší u dětí a novorozenců. „U nás byla tato problematika řešena Výnosem Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí ČSR ze dne 6.10.1989. Dnes je třeba postupovat dle tzv. Transplantačního zákona (Sb. zákonů, částka 103, č. 285/2002).“⁴⁶

Definice smrti v transplantačním zákoně - Sb. zákonů, částka 103, č. 285/2002:

§ 3) *Smrt [§ 2 písm. e)] se zjišťuje prokázáním*

⁴⁴ RAMSEY Paul, *The Patient as a Person*; 1973 New Haven, Connecticut; str. 100-139

⁴⁵ MUNZAROVÁ M., *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I: Smrt a umírání*, ISBN 80-210-1610-8; str. 14

⁴⁶ MUNZAROVÁ M., *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání*, ISBN 80-210-1610-8; str. 15

- a) nevratné zástavy krevního oběhu,
- b) nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle (dále jen "smrt mozku").

Takovouto definici smrti celého mozku je možné nalézt ve všech evropských zemích s výjimkou Velké Británie. Britští lékaři považovali kritérium „smrti celého mozku“ za zbytečně obširné a rozhodli se tak eliminovat z definice mozek a mozeček. Výsledkem jejich práce je text *A Code of Practice for the Diagnosis and Confirmation of Death* (Platné předpisy pro diagnózu a potvrzení smrti), v němž bylo za kritérium lidské smrti stanoveno nezvratné ukončení funkce mozkového kmene. O tomto kritériu se hovoří jako o „smrti mozkového kmene“ (brain stem death).

Důvodem k takovému kritériu je fakt, že mozkový kmen kontroluje oběhovou soustavu, nepodmíněné reflexy a co je hlavní — vědomí a bdělost. Podle Britských lékařů je tak používání kritéria celého mozku zbytečné, jelikož pokud nefunguje mozkový kmen, stejně člověk nemůže nabýt vědomí a navíc přestane fungovat jak jeho oběhová, tak i dýchací soustava.

„Mozková smrt“ je stav, který je ireverzibilní — neexistuje tedy žádná možnost zlepšení stavu ani vyléčení. Je vyloučeno aby pacient znovu nabyl vědomí a aby jeho oběhová a dýchací soustava dokázaly fungovat bez podpory přístrojů. Pokud pacientovi nefunguje mozkový kmen, po určité době selže oběhová soustava i s podporou přístrojů.

2.3.2 PŘÍČINY SMRTI

Smrt může být způsobena :⁴⁷

- biologickou vyčerpaností
- nemocí
- stářím
- vlastním přičiněním - sebevražda

⁴⁷

Srovnej.: SLIPKO S.J., *Hranice života*, ISBN 80-7141-185-X; str. 333-334

- přímo činností jiného člověka - vražda
- přírodními živly

První tři příčiny mají za následek tzv. přirozenou smrt, zatímco smrt nepřirozenou zbývající tři.

2.4 SEBEVRAŽDA

Sebevraždou (lat. suicidium) nazýváme vědomé a záměrné chování, jehož cílem je ukončit vlastní život. Světová zdravotnická organizace přijala v r. 1968 tuto definici: „Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je pak sebezničující čin s fatálním výsledkem.“ Z toho vyplývá, že bychom měli rozlišit sebevražedný čin, který nutně nemusí vždy skončit smrtí, a sebevraždu jako dokonáný akt. Hlavním rysem sebevraždy je, že je spáchána vědomě a dobrovolně.

Sebevraždy mohou být různé povahy, intenzity a z různých motivů. V psychologii se dělí takto:

- **Bilanční sebevražda** – akt ke kterému se jedinec rozhodl na základě hodnocení smyslu svého života, kdy argumenty proti byly silnější (alespoň z pohledu sebevraha). Tento typ sebevraždy je nejčastěji považován za jedinou a pravou sebevraždu.
- **Impulzivní sebevražda** – jde o spontánní reakci na aktuální událost - zkratkovité jednání. Motivem může být úmrtí milované osoby, špatné vysvědčení, atd. Jedná se o silné negativní zážitky, které psychika jedince nedokáže zpracovat, protože v dané chvíli selhávají ego-defenzivní mechanismy.

- **Demonstrativní sebevražda** – jejím cílem není ukončení vlastního života, nýbrž upozornění na bezvýchodnou situaci, nebo jen upoutání pozornosti. Často je to vlastně volání o pomoc.
- **Sebevražedný pokus** – akt není dokonán, protože si to sebevrah v poslední chvíli rozmyslel a přehodnotil svou situaci, nebo mu v tom někdo či něco zabránilo.

Abychom lépe pochopili problematiku, je třeba zmínit dělení siucida podle Emila Durkheima, který mluví o třech typech sebevražd.

- **Altruistická** – jejím motivem je pomoc druhým lidem, sebeobětování pro záchranu jiných (špion, který by ohrozil životy jiných, pokud by promluvil; apod.).
- **Anomická** – vychází z pocitu nesmyslnosti vlastního života, světa, společenských hodnot atd.
- **Egoistická** – motivovaná pocitem hrubého selhání (nezaměstnanost, špatné vysvědčení, rozchod s partnerem...).

Co vlastně vede člověka k touze po vlastním nebytí? Proč nemá strach ze smrti jako ostatní lidé a je smrtí přitahován? Sigmund Freud tvrdil, že u někoho dominuje pud sebezáchovy a u někoho pud smrti – *thanatos*. J. Hillman, jungovský psychoterapeut, psychoanalytik třetí generace, vidí hluboký smysl sebevraždy v potřebě zážitku smrti, jako předzvěsti změny. Stávající stav je neudržitelný, nesnesitelný. Sebevražda je v tomto kontextu způsob, jak dát věci do pohybu, do souladu. Je však východiskem z bezvýchodné situace?

V případě **altruisticky** motivované sebevraždy bychom mohli za určitých okolností odpovědět, že ano. Ale to jen v případě, že dobrovolná smrt tohoto určitého člověka jednoznačně znamená záchranu někoho jiného, nebo jiných. Pak bychom mohli se vši vážností mluvit i o hrdinství, neboť obětovat vlastní život pro druhé je dozajista velmi odvážným činem.

Jinak je tomu v případě **anomické** motivace, která je následkem psychického rozpoložení jedince. Zde je nutno zmínit hlavní rizikové skupiny, u nich reálně hrozí zvýšené riziko sebevražd:

Nemoci a poruchy, u nichž se sebevraždy vyskytují nejčastěji:

- deprese
- schizofrenie
- závislosti všech druhů včetně patologického hráčství
- hraniční porucha osobnosti (emočně nestabilní osobnost)
- pro leckoho překvapivě i sociální fobie
- anorexie, bulimie a jejich kombinace
- probíhající závažná tělesná onemocnění obecně (zejména zhoubné nádory a progresivní poruchy hybnosti)
- rovněž úspěšně vyléčené závažné nemoci dva roky nazpět

Mohlo by se na první pohled zdát, že i v některých výše zmíněných případech bychom mohli uznat sebevraždu jako východisko z bezvýchodné situace. Přinejmenším lidé, kteří se v takové situaci nacházejí, to tak pociťují. Všechny výše zmíněné motivy spojuje zoufalství a pocit beznaděje. Ale vždyť i slovo beznaděj má v sobě naději, tak proč hledat východisko v útoku na svůj vlastní život? Takovýto odchod ze života je eticky nepřijatelný, stejně jako z pohledu křesťanské víry.

Za **egoistickými** motivy k sebevraždě stojí neschopnost vypořádat se se svými problémy a vyrovnat se s obtížnou životní situací, provázená zpretrháním vazeb k druhým. Zde se sebevražda jeví jako obzvlášť nesmyslné ukončení života. S pomocí psychologa je možné vyrovnat se se všemi zmíněnými problémy a začít je řešit. Zde je naděje na uzdravení skutečně velká.

Jak se na sebevraždu dívá morální filozofie? Názory nejsou jednotné. „Zatímco Sokrates a Aristoteles ji odmítají, stoikové ji brání ve jménu práva na sebeurčení, darovaného člověku s jeho svobodou. Tohoto mínění byl i Hume, zatímco Kant sebevraždu opět odmítá s odůvodněním, že zánik nositele mravnosti, zahrnuje zánik mravnosti samé. Dnes sebevraždu hájí jako jedno z práv člověka humanistické kruhy a zvláště hnutí za eutanazii.“⁴⁸

⁴⁸ PESCHKE K.H., *Křesťanská etika*, VYŠEHRADEK 2004, ISBN 80-70-21-331-0; str. 274

Jak se na sebevraždu dívá křesťanství a morální teologie? V bibli bychom sice těžko hledali přímé odsouzení (viz. Sd 9,54; 16,30; 2 Mak 14,41-46), přesto morální teologie zaujímá jasně zamítavé stanovisko. Sebevražda je v křesťanství považována za těžký hřích. Jde o porušení pátého přikázání „Nezabiješ!“ (Ex 20,13).

V instrukci *Donum vitae* : „ Lidský život je posvátný, protože již od počátku zahrnuje stvořitelenskou činnost Boha a stále zůstává ve zvláštním vztahu ke Stvořiteli, svému jedinému cíli. Jen Bůh je pánem života od jeho počátku až k jeho konci. Nikdo a za žádných okolností si nemůže osobovat právo přímo zničit nevinnou lidskou bytost.“⁴⁹ Tím se dostáváme k prvnímu argumentu, který platí jak pro sebevraždu, tak pro usmrcení druhé osoby.

Člověk nemá vlastnické právo na své tělo a svůj život, protože jej dostal od Boha jako úkol. Máme tedy právo odpovědného správcovství a užívání, stejně jako povinnost snažit se o plnění tohoto úkolu. Tento život máme přijímat s vděčností a pokorou a ochraňovat jej. Dostali jsme jej k tomu, abychom ho využili ve službě Božskému plánu s lidstvem a stvořením. Sebevražda nebo usmrcení je pak porušením Božího svrchovaného vlastnického práva na člověka.

Výjimkou může být situace, kdy je lidský život obětován ve prospěch vyššího dobra – mám tím na mysli vyšší hodnoty jako dobro, svoboda, spravedlnost nebo přežití celého společenství, či skupiny. Pak se jedná o altruisticky motivovanou sebevraždu, jak již bylo výše zmíněno.

Druhým významným argumentem je, že sebevražda je prohřeškem proti povinností člověka vůči společenství a jeho členům, tedy vůči církvi, rodině, přátelům a širšímu společenství. To že jsme vyrostli a stali lidmi, kterými jsme, je vždy také zásluhou druhých. Rodiny, ve které jsme vyrostli, učitelů, kteří nás vychovávali, přátel, kteří nás vyslechli a pomohli nám, církve, která nás vedla k víře a pomohla v těžkých situacích atd.. Sebevražda je pak proviněním vůči všem těmto lidem, kteří nás mají rádi a investovali do nás svou lásku. I zde bychom jako výjimku mohli uvést příklad vyzvědače, který je zajat a raději ukončí svůj život, než by ohrozil životy jiných. Opět se jedná o altruistickou motivaci.

⁴⁹ KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY, instr. *Donum vitae*, intr. 5: AAS 80 (1988), 70-102

Třetí argument apeluje na přirozenou sebeúctu a lásku k sobě. Pud sebezáchovy je přirozenou součástí naší psychiky. Je naší povinností milovat sám sebe a usilovat o dokonalost. Sebevraždou bychom se připravili o možnost dalšího osobního růstu. Avšak ani tento argument není použitelný na všechny případy sebevražd. I zde lze namítnout, že někdo může cestu k dokonalosti hledat skrze ukončení vlastního života, pokud jde o nepřímou oběť v zájmu něčeho vyššího.

Podle církevního práva byl sebevrahům odepřen církevní pohřeb. Dnes už tomu tak však není. Podle nového Kodexu kanonického práva, má být tato čest odepřena veřejným hříšníkům, jejichž pohřeb by vyvolal veřejné pohoršení (CIC 1184). V podobném smyslu se vyjadřuje také Katechismus Katolické Církve 2283: „Nad věčnou spásou osob, které se usmrtily, se nemá zoufat. Bůh jim může dát příležitost pro spasitelnou lítost cestami, které zná jen on sám. Za osoby, které si sáhly na život, se církev modlí.“

2.4 VRAŽDA A ZABITÍ

Trestní právo rozlišuje vraždu, zabití, usmrcení z nedbalosti a účast na sebevraždě.

Vražda je definována jako úmyslné usmrcení druhé osoby. Pokud je prokazatelné, že jde o předem zamýšlený a naplánovaný čin, je trestní sazba vyšší o dva roky (§ 140 tr.zák.).

Zabití je vymezeno, jako úmyslné usmrcení druhé osoby v silném rozrušení, úleku, zmatku, nebo v jiném omluvitelném hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného (§ 141 tr.zák.).

Zvláště je ošetřeno zabití novorozence matkou při porodu, či bezprostředně po něm v rozrušení způsobeném porodem (§ 142 tr.zák.).

Mravní pojem vraždy zahrnuje všechny tři výše uvedené formy. Z pohledu křesťanské morálky jde o porušení pátého přikázání – Nezabiješ! Hlavními důvody pro zavrženíhodnost těchto činů proti životu (podobně jako u sebevraždy) jsou tyto:

- 1) Vlastníkem a pánem lidského života je jedině Bůh. Člověk nesmí volně nakládat se svým životem a tím méně se životy druhých. Tento argument i jeho výjimky platí stejnou měrou jako u sebevraždy.
- 2) Život je nejvyšší časné dobro člověka, nepostradatelné pro jeho pozemskou existenci. Každý člověk má právo na život a podle principu spravedlnosti jej o toto právo nemůže připravit žádná světská moc, pokud tak nečiní v zájmu ještě významnějšího práva. Např. Zločinec ohrožující základní práva všech ostatních a celého společenství, může být v zájmu vyššího dobra a obecného blaha odsouzen k trestu smrti. (Toto však nepřipouští křesťanská morální teologie, neboť vše je zahrnuto v Božím plánu a nemůže jej převyšovat právo žádného jednotlivce, ale ani společenství – argument č. 1)
- 3) Blaho společnosti vyžaduje ochranu lidského života. Kdyby mohl kdokoli kohokoli beztrestně připravit o život, společnost by přestala být bezpečnou a obecné blaho by přestalo existovat. Tento argument však také připouští výjimky, kdy lze obětovat nevinnou osobu (přímým usmrcením) pro blaho celku.⁵⁰

Nepřímé usmrcení člověka však není vždy vraždou. Dokonce i křesťanská etika připouští, že někdy může být nepřímé zabití dovoleno z důvodu zachování vyššího dobra. Jinak by nebylo možné uchovat a bránit vyšší hodnoty, které souvisejí především s obecným blahem. Podle pravidla poměrnosti – čím jistěji vede určité jednání ke smrti nevinného člověka, tím závažnější musí být důvody k takovému jednání. Např. Je přípustné vydat nevinné osoby tomu, kdo je chce zabít, pokud tím bude zachráněno celé město. Ve válce je přípustné bombardovat vojenské cíle a průmyslové závody protivníka důležité pro vedení války, i když je velmi pravděpodobné, že budou zasaženi i civilisté. Obětování nevinného života pro záchranu života jiného nebo jiných hodnot je ospravedlnitelné tehdy, jestliže život a hodnoty, které mají být zachráněny jsou důležitější, nebo alespoň stejně důležité, jako život a hodnoty, které mají být obětovány.

O usmrcení z nedbalosti se jedná tehdy, pokud pachatel porušením zákonů o životním prostředí a bezpečnosti práce, nebo zanedbáním povinnosti vyplývajících ze zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce způsobí smrt jiné osoby (§ 143 tr.zák.).

⁵⁰

Srov.: PESCHKE K.H., *Křesťanská etika*, ISBN 80-7021-331-0; str.279-280

Za takovéto usmrcení, nese člověk těžkou mravní vinu, jestliže bez závažných důvodů svým jednáním způsobil něčí smrt, i když to neměl v úmyslu. Každý člověk má povinnost chovat se zodpovědně vůči ostatním i sobě a domýšlet důsledky svého jednání. Lehkomyšlnost a nedbalost vedoucí k poškození a smrti druhých je mravně nepřijatelným jednáním.⁵¹

Účastí na sebevraždě je pohnutí k sebevraždě, stejně jako pomáhání k ukončení života jiného člověka (§ 144 tr.zák.).

Pohnutím k sebevraždě je úmyslné nabádání k ukončení života, stejně jako úmyslné utvrzování v tom, že takové rozhodnutí je správné, a to ať už přímo, či nepřímo. Morálně nepřijatelným je stejně tak záměrné vytváření situací, které druhou osobu dovedou k přesvědčení, že jediným řešením bezvýchodné situace je vlastní smrt.

Pomáháním k sebevraždě je aktivní účast na sebevraždě, stejně jako poskytnutí prostředků k uskutečnění, nebo zveřejnění návodu na sebevraždu na internetu. Patří sem i účast na eutanazii. Účast na sebevraždě je zavrženíhodná ze stejných důvodů jako vražda, viz výše. V mnohém ji i připomíná, jen s tím rozdílem, že oběť se svou smrtí sama souhlasí a vinu pak nesou oba – sebevrah i osoba napomáhající.

2.6. EUTANÁZIE

Toto slovo pochází z řečtiny, kde **eu-** znamená **dobrý, normální a tahnatos** znamená **smrt**. V překladu je to tedy **dobrá smrt**. Ale jedná se skutečně o dobrou smrt? Může vůbec smrt být dobrá? Co to vlastně eutanazie je?

Lékařská věda doznala v posledních letech velkého pokroku, zejména v oblasti podpory životních funkcí, jak již bylo zmíněno v kapitole 2.3.. Díky těmto technickým vymoženostem může být lidský život prodlužován, někdy až na samou hranici etické přípustnosti. Zbytečné prodlužování umírání a utrpení, které k němu patří, je žhavým tématem etických diskuzí. Nejde jen o utrpení umírajícího, ale také jeho blízkých, kteří

⁵¹ Srov.: KKC 2269, Zvon 1995, ISBN 80-7113-132-6; str. 556

jsou tak vystavováni mnohem intenzivnějším zármutku, když vědí, že milovaná osoba již nemá šanci žít dál, ale umírání je uměle prodlužováno podpůrnými prostředky. Rodina a přátelé pak čekají dlouhé týdny než blízká osoba odejde z tohoto světa. Je to správné? Kdy říci, že už je podpora životních funkcí zbytečná? Na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět a upřímně musím říci, že tyto situace lékařům nezávidím. Naše legislativa nepřipouští aktivní přístup lékařů k urychlení umírání. Přesto je v jistých případech možné nepokračovat s další léčbou, pokud je tato prokazatelně již zbytečná. Podívejme se na tuto problematiku blíže.

Etika rozlišuje několik druhů eutanazie: *aktivní (přímá), nepřímá a pasivní*.

Aktivní - přímá eutanazie je definována jako přímý zásah lékaře do procesu umírání. Většinou jde o podání smrtící injekce na přání pacienta, který již nedokáže snášet utrpení a bolest provázející umírání. Příčinou smrti je lékař, který podal injekci. Tento druh eutanazie je morálně nepřipustný, přesto se tak děje například v Holandsku a některých státech USA, kde takové jednání umožňuje zákon. Aktivní eutanazie je snadno zneužitelná a je s ní pojeno riziko uvolnění dalších etických norem. Velmi často je obhajována jako záchrana lidské důstojnosti ve smrti. Tento argument bude podrobně rozebrán v kapitole o paliativní péči 2.7..

Nepřímá eutanazie je vedlejším účinkem podání tisíců léků, kdy si je ošetřující lékař vědom, že vedlejším účinkem vysoké dávky sedativ může být smrt. Jde o zkrácení pacientova života a utrpení pomocí tisíců prostředků. Prvotním zamýšleným cílem není smrt pacienta, ale ulehčení od nekontrolovatelné bolesti. Toto jednání pak není nutné nazývat eutanazií, protože jí ani v pravém smyslu slova není. Platí zde princip dvojího účinku. Tzv. nepřímá eutanazie je tedy morálně přípustná za předpokladu, že usmrcení pacienta není úmyslné. I katolická církev toto jednání připouští. Příčinou smrti jsou vedlejší účinky sedativ.

Pasivní eutanazie také není pravou eutanazií. Nazývá se tak opomenutí podpůrných prostředků, které by nevedly k uzdravení, ale jen k prodlužování utrpení umírající osoby. Udržovat do nekonečna biologické funkce tam, kde není žádná šance na jakoukoli změnu stavu by bylo naopak nemorálním odepřením důstojné smrti. Pokud je smrtelně nemocný člověk při smyslech a schopen se vyjadřovat a vědomě odmítá pokračování v léčbě, je nutné mu vyhovět. Každý z nás má právo v takové chvíli

rozhodnout o tom, jak chce odejít ze života. Existuje i možnost pro případ, že v této situaci nebudeme schopni své přání vyslovit. Je možné toto přání předem sepsat u notáře, tak aby v této situaci mohlo být splněno. Hrozí však zneužití ziskuchtivými příbuznými.

I v tomto případě je však podstatný motiv lékařova jednání. Pokud je jeho motivem soucit a cílem osvobození pacienta od krajního utrpení, které by bylo následkem pokračování v léčbě, je i toto jednání morálně přípustné. Smrt a umírání přeci nelze léčit. Příčinou úmrtí je v tomto případě nemoc, nikoli lékař.

Díky předchozímu upřesnění různých situací provázejících umírání můžeme EUTANAZIÍ jako takovou, nazývat pouze aktivní zásah lékaře do procesu umírání.

Podle Světové lékařské asociace WMA (World Medical Association)⁵² je eutanazie „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: Subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“.⁵³

V Holandsku, kde je eutanazie tolerována a ošetřena zákony, je tento pojem vymezen obdobně: jedná se o úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost. Vzhledem k určitým nejasnostem v této problematice je obsah tohoto pojmu v Holandsku jasně redukován a vymezen takto:

1. Eutanazie je čin (skutek, udělání něčeho, obvykle podání „léku“) a nezahrnuje tedy ustoupení od aktivity (např., ukončení léčby).
2. Eutanazie je záležitostí chtěnou ze strany nemocného a nelze tedy pod tento pojem zahrnovat také aktivity, jako je ukončování života novorozenců nebo pacientů v komatu.

⁵² WMA je organizace, která se stará o etiku lékařského povolání. Eutanazii nepropaguje, ale naopak nabádá lékaře, aby ji nevykonávali.

⁵³ MUNZAROVÁ Marta a kol., *Proč NE eutanazii*, Ecce homo, o.s. 2008, 978-80-7195-258-9; str.19

3. Eutanazie je záměrné ukončení života, ukončení je v úmyslu jednajícího (pojem se nevztahuje na nezamýšlené ukončení života, například při tlumení bolesti opiáty, kdy se – z mravního hlediska – uplatňuje efekt dvojího účinku).

Holandské právo rozlišuje mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou, avšak mravní rozdíl zde shledán není, proto lékař musí respektovat stejná nařízení.⁵⁴

Toto vymezení si zaslouží podrobnější rozbor a argumentaci, protože i když by se takto mohlo zdát, že je za uvedených podmínek eutanazie přijatelná, není tomu tak.

2.6.1 EUTANAZIE JE SKUTEK, ČIN

Zde je nutné uvést citát z Hippokratovy přísahy: „Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou“. Jak může pacient důvěřovat lékaři, který vědomě porušuje tuto přísahu? Pacient má sice svá práva – tzv. „Práva nemocných“ avšak lékař je v první řadě vázán Hippokratovou přísahou, nevymyslel si tedy přístupy a omezení svých skutků sám. Přehodnocení nebo neuznávání základních zásad této přísahy, vede ke zhoubným následkům. Příkladem za všechny je nacistický program eutanazie, který se uskutečnil v období národního socialismu v Německu. Celou tuto akci spustil na přelomu roku 1938 a 1939 případ otce dítěte, které se narodilo slepé, chyběla mu noha a část ruky. Muž žádal písemně Hitlera, aby jej dítěte zbavil. Na základě tohoto případu, spustil Hitler program „dětské eutanazie“, který byl následován programem „eutanazie dospělých“.

⁵⁴ Srov.: MUNZAROVÁ M., *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*, Brno 2002, ISBN 80-210-1610-8; str. 32

2.6.2 EUTANAZIE JE DEFINOVÁNA JAKO CHTĚNÁ ZE STRANY PACIENTA

Takováto volba je projevem pacientovi autonomie. Ovšem tu nemůže lékař respektovat v případech, kdy je přání pacienta vyloženě destruktivní, jenom proto, že si to pacient sám vybral. Jak bylo výše uvedeno, lékař je vždy vázán dalšími etickými kodexy (v ČR etický kodex české lékařské komory).

Co pacienta vede k takovému přání? Jistě to je především vážná choroba s velmi špatnou prognózou a utrpení, které jeho stav provází. Je však třeba podotknout, že ne vždy musí utrpení nutně vyplývat jen z bolesti fyzické. Mnohdy za ní stojí problémy psychické i sociální. Člověk odkázaný na péči ostatních může mít pocit, že je pro druhé a pro společnost jen přítěží. Zažívá strach ze smrti, z osamění, z toho, co bude s jeho blízkými, až tu nebude. Pacient může trpět depresemi vyvolanými jeho zdravotním stavem. Je ovlivněn léky a neutěšeným prostředím nemocnice. Tyto těžkosti však lze řešit i jinak než eutanazií. Mnohdy je přání vlastní smrti spíše voláním po účinnější pomoci. Umírající snáší svůj úděl snáze, když má podporu svých blízkých. Bolest je možné tlumit podáním tisíců prostředků a psychické obtíže pomůže zmírnit vyškolený odborník psycholog. Přesto se objevují případy naprosté bolesti a nekontrolovatelného utrpení. V těchto případech je přípustné zvyšování dávek sedativ i s vědomím, že vedlejším účinkem může být zkrácení pacientova života, jak již bylo uvedeno výše – nepřímá eutanazie. Jak si lékař může být vždy jist, že pacient nežádá eutanazii pod nátlakem okolí? Může k takovému rozhodnutí být donucen, aby se dědicové mohli co nejdříve ujmout jeho majetku.

2.6.3 EUTANAZIE JE ZÁMĚRNÉ UKONČENÍ ŽIVOTA

Touto definicí je schvalován záměr zabít. O etických aspektech zabití jsem se vyjádřila již v kapitolách o vraždě a sebevraždě. Všechny tyto argumenty platí i zde plnou měrou. Navíc zde hrozí „protržení hráze“, v lékařské etice se používá spíše

termínu **kluzký svah** „*slippery slope*“. Jakmile společnost nastoupí na kluzkou plochu sklouzává stále hlouběji. Každý z nás má jistě vlastní zkušenost s tím, že když posune některou svou hranici o kousek dál, brzy přemýšlí o tom, že by to šlo ještě dále, a to jak v dobrém, tak špatném smyslu.

V tomto případě vyvstává velké riziko, že jestliže dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, dojde časem k rozšíření eutanazie na další skupiny lidí. Proč pak neušetřit nemocné utrpení, které je teprve čeká a neukončit jejich život již před tím? Proč bychom si předem nemohli říci, že jakmile nebude náš život plnohodnotný, nechceme v něm již pokračovat? Proč bychom se měli starat o staré a nemocné, kteří již nemají žádnou perspektivu na uzdravení? Vždyť se stejně pomalu ubírají směrem ke konci života. Mohlo by snadno dojít k ukončování životů lidí s těžkou chorobou, ale dosud neumírajících, lidí s nevléčitelnými chorobami, kteří by mohli ještě dlouho se svou chorobou žít, těžce postižených, novorozenců, lidí s mentálním postižením, senilních atd..

Toto riziko je příliš závažné. V Holandsku jsou již tyto tendence zaznamenatelné. Podle článku Alexe Schandenberga, předsedy Euthanasia Prevention Coalition z 10.9.2010 je statistický nárůst těchto případů mezi roky 2008 a 2009 o 13%. Vychází ze statistik zveřejněných v holandských médiích.

| ROK | POČET ÚMRTÍ EUTANAZIÍ |
|------|-----------------------|
| 2006 | 1923 |
| 2007 | 2120 |
| 2008 | 2331 |

Je však nutno brát v potaz, že tato čísla nezahrnují asistované sebevraždy, či usmrcení bez explicitní žádosti, či souhlasu. Přesto je evidentní, že počet úmrtí s aktivním zásahem lékaře v Nizozemí narůstá. Zda je vždy konáno na přání pacienta, je otázkou.

Vedoucí osobnosti Dutch euthanasia lobby jako Eugene Sutorius se snaží přesvědčit parlament, aby legalizoval také eutanazii pro lidi starší než 70 let a lidi unavené životem. Jedná se o tzv. **sociální eutanazii**, která je vykonávána bez souhlasu pacienta. Pravdou je, že se eutanazie v Holandsku začala vymykat kontrole.⁵⁵ Jde tedy o jasný příklad kluzké plochy.

Jakmile připustíme zabíjení nemocných, i když v bezvýchodné situaci, začnou se vynořovat další nové situace, kde by se mohlo zdát takové řešení opodstatněné. Uvedený příklad Holandska je toho přímým důkazem.

Pokud bychom dali souhlas k eutanazii, narušili bychom tím také základní důvěru mezi pacientem a lékařem. A to zejména tehdy, pokud by mohla být prováděna i bez přímého souhlasu pacienta. Lékař by se stal tím, kdo rozhoduje mezi životem a smrtí. Nelze přeci člověka stavět do role Boha! Lékař který aktivně vykoná eutanazii se stává v jistém smyslu slova katem. Mohla bych někomu takovému důvěřovat? Nejspíš bych měla neustálou obavu, že mne může kdykoli beztrestně usmrtit a těžko někdo prokáže, že nešlo o eutanazii, ale o vraždu, třeba na přání dědiců.

„Zacházení s vlastním životem jako darem nebo obětí za někoho jiného se jeví jako oprávněné, zatímco přímé zapříčinění smrti v těžké životní situaci oprávněné není.“⁵⁶

2.5 PALIATIVNÍ MEDICÍNA A PALIATIVNÍ PÉČE

Slovo paliativní pochází z latinského **pallium**, což v češtině znamená maska, deka nebo pokrytí pláštěm. Z toho vyplývá, že hlavním smyslem paliativní medicíny a péče je maskovat projevy **choroby**, která je nevyléčitelná a zároveň se postarat o člověka, který trpí nesnesitelnými bolestmi (přikrýt ho pláštěm) a umožnit mu i přes jeho nemoc vést život relativně uspokojujícím způsobem. Je to cesta k dobré a důstojné smrti.

⁵⁵ Srov.: SCHANDEMBERG Alex, Chairman, Euthanasia Prevention Coalition , <http://alexschandenberg.blogspot.com>

⁵⁶ Srov.: HOLDEREGGER A., *Il suicido*, Assisi: Citadella 1979; str. 436

Vzhledem k tomu, že v posledním století došlo ve vyspělých zemích k prudkému zvýšení kvality lidského života a silnému rozvoji lékařských věd, náš život se stal mnohem delším a pohodlnějším. Naproti tomu však stojí delší a pomalejší umírání, které je zapříčiněno těmito okolnostmi. Každá mince má dvě strany. Technické vymoženosti dnešní medicíny mohou pomáhat, ale stejně tak prodlužovat lidské utrpení a bolest v procesu umírání. Z vědomí bolestného a strastiplného odchodu ze života pramení strach ze smrti. Současná materiálně zaměřená západní společnost se s tímto strachem velmi těžko vyrovnává. K těmto tendencím přispívá i tzv. kult mládí. Měřítkem smysluplnosti života je výkonnost a úspěch, který je vyjadřován majetkem a získaným společenským postavením. Pokud člověk uznává jen hmotné hodnoty, je pro něj smrt definitivním koncem. Tváří v tvář blížící se smrti se mu najednou vytrácí smysl života. Proto se společnost snaží smrt potlačit, nemluvit o ní a umírajícího skrýt zraku ostatních. Smrt je přitom přirozenou součástí každého života, stejně jako zrození. A tak ji také paliativní péče pojímá.

Paliativní péče je účinnou pomocí jak pro pacienty s prognózou nemoci neslučitelnou se životem, tak pro jejich blízké a příbuzné, kteří jsou také zasaženi tvrdou realitou blížící se smrti. Paliativní péče se snaží pomáhat ve všech čtyřech sférách lidské existence: v rovině fyzické, psychické, sociální i duchovní. Jedná se o komplexní péči a doprovázení pacienta na poslední cestě životem.

Paliativní medicína a paliativní péče je vlastně totéž – Paliative Care, jedná se o dvojí překlad jednoho termínu. Často se můžeme setkat i s označením terminální péče, to je však vyjádřením užšího pojmu pro paliativní péči. Neboť ohniskem zájmu jsou pouze pacienti v terminální fázi onemocnění, tj. s prognózou maximálně několika měsíců.

Zpráva Světové zdravotnické organizace popisuje paliativní medicínu souhrnně takto: *„Paliativní medicína (Paliative Care) znamená aktivní a komplexní lékařskou a ošetrovatelskou péči a doprovázení pacientů od chvíle, kdy jejich choroba již nereaguje na terapeutické zásahy. Pak převládá význam léčby bolesti a zvládnání dalších doprovodných symptomů a zmírňování psychických, sociálních a duchovních problémů. Hlavním cílem paliativní medicíny a paliativní péče je tedy realizace co možná nejlepší kvality života pro pacienta i jeho blízké ... Chce pacienta podporovat, aby mu umožnila*

pokud možno autonomní život až do smrti, a stát po boku jeho blízkým, aby se mohli lépe vyrovnat s nemocí a smutkem.“⁵⁷

Dříve bylo běžnou praxí, že lidé umírali doma v kruhu své rodiny. Dnes lidé umírají převážně v nemocnicích, jen někteří doma ve společnosti svých blízkých. Moderní medicína vykázała umírání z rodinného života za plenty nemocničních pokojů, kult krásy a mládí jej vytěsnil z veřejného prostoru. Ne vždy jsou hlavní příčinnou ekonomické a sociální důvody, ale nemožnost postarat se o umírajícího, protože to prostě rodina nedokáže. Ale zkuste sami odpovědět na otázku, zda by jste své poslední chvíle trávili raději doma, nebo v anonymitě nemocnice?

Člověk, jehož nemoc spěje neodvolatelně v krátké době ke smrti, má nárok na to, aby zemřel v klidu, bez bolesti, důstojně a obklopen citlivou péčí rodiny, ale i ošetrovatelského personálu. Nebudeme-li někdy zbytečnou invazivitou a direktivním chováním našim nemocným umírání „ztěžovat“, nebudou se možná dožadovat uzákonění eutanazie a budou umírat klidněji a vyrovnaněji.

Přání ukončit svůj život může mít své kořeny v neutěšené psychosociální a duchovní situaci, které je pacient v lékařském zařízení často vystaven, stejně jako v nedostatečném tišení bolesti. Právě strach z bolesti a osamění je hlavní hnací silou pro hnutí a skupiny prosazující uzákonění eutanazie. Paliativní medicína je odpovědí na požadavek důstojného odchodu ze života, je pravým opakem eutanazie. Zastánci eutanazie své názory obhajují tím, že člověk v utrpení ztrácí svou důstojnost. Jak? Vždyť lidská důstojnost je hodnota, která neoddělitelně náleží každé lidské bytosti. Člověk má lidskou důstojnost právě proto, že je člověkem, a nepřichází o ni tím, že není zrovna schopen ovlivnit to, co se s ním děje. Je tomu právě naopak. „V každém trpícím lze nalézt mnohem více důstojnosti, než v těch, kteří jen mluví o důstojnosti jiných.“⁵⁸ Smíření se s vlastní smrtelností a klidně přijetí blížícího se konce života je podle mne projevem maximální důstojnosti.

Ve chvíli, kdy léčebná medicína již nemůže pomoci, neznamená to, že by byla v koncích celá medicína. Cílem lékařské vědy přeci není jen uzdravovat pacienty a

⁵⁷ VIRT Günter, *Žít až do konce – Etika umírání, smrti a eutanazie*, Vyšehrad 2000 ISBN 80-7021-330-2; str. 39-40

⁵⁸ MUNZAROVÁ M., *Proč NE eutanazii*, Ecce Homo o.s. 2008, ISBN 978-80-7195-258-9; str. 45

nahrazovat jejich nefunkční orgány implantáty, transplantacemi či přístroji. K dalším cílům patří také zmírňování utrpení a umění doprovázet umírající a vždy tomu tak bylo. Až do novověku, kdy došlo k velkému rozvoji vědy a také medicíny, neměli lékaři k dispozici účinnou léčbu u většiny nemocí, neměli moderní vědecké poznatky, léky ani techniku. Tehdy bylo hlavní náplní jejich povolání právě zmírňování utrpení, tišení bolestí a péče o umírající.

Tam kde končí medicína kurativní začíná medicína paliativní, která nepojímá člověka jen jako soubor tělesných orgánů, nýbrž jako celistvou osobu. Nezabývá se jen mírněním bolesti fyzické, ale snaží se pacientovi naslouchat, poskytnout mu psychologickou, sociální a duchovní pomoc. Spolupracuje tedy s dobrovolníky z řad laiků, psychologů, duchovních a s blízkými pacienta. Podstatná je důvěra mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Umírající člověk potřebuje komunikovat o všem, co má na srdci. Cílem paliativní péče je empatie a pomoc pacientovi, vyrovnat se s utrpením a smrtí jako součástí života.

Jejími významnými pilíři jsou:

1. *kontrola bolesti a příznaků*
2. *rehabilitace* – pomáhá pacientovi realizovat důležité sociální vztahy
3. *péče o mentální psychický stav pacienta* – úzkosti a deprese jsou nedílnou součástí procesu umírání, velmi často se objevuje i zmatenost⁵⁹

Paliativní péče je úzce spojena s hospicovým hnutím, které založila Dr. Cecilie Saundersová v 70. letech ve Velké Británii. V roce 1967 otevřela v Londýně první zařízení tohoto druhu – Hospic sv. Kryštofa. Hnutí se záhy rozšířilo i do dalších zemí. Dnes je hospicová péče známá i u nás. Paliativní péče se však neomezuje jen na hospice, ale je v omezené míře poskytována i v nemocnicích. Existuje také domácí paliativní péče, kdy dobrovolníci pečují o umírající v rodinách.

⁵⁹ Srov.: VIRT Günter, *Žít až do konce* – Etika umírání, smrti a eutanazie, Vyšehrad 2000, ISBN 80-7021-330-2; str.36-37

Elisabeth Kübler-Rossová přispěla významně k rozvoji paliativní medicíny svou studií stádií, kterými prochází člověk, který ví nebo tuší, že zemře. Popsala je ve zkratce takto:

1. šok
2. zlost a agrese
3. smlouvání
4. deprese
5. přijetí a smíření⁶⁰

Hlavní českou propagátorkou hospicové péče a paliativní medicíny je MUDr. Marie Svatošová, která u nás v roce 1995 založila první hospic – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, a pomáhá v budování dalších. Roku 1993 založila Sdružení Ecce homo pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. V této oblasti se významně rozvíjejí i další občanská sdružení a společnosti, které podporují a konají tento druh péče a to i v domácích podmínkách. Například pražský Domácí hospic – Cesta domů a brněnská Gabriela. Mudr. Svatošová vydala i řadu publikací zabývajících se problematikou paliativní péče. Nejznámější z nich se jmenuje HOSPICE A UMĚNÍ DOPROVÁZET. Sama na otázku, co to vlastně znamená umění doprovázet, odpověděla v rozhovoru s MUDr. Olgou Wildovou pro webový portál Medicína takto:

„Být nablízku, být k dispozici, s porozuměním naslouchat, chápat, respektovat svébytnost pacienta, cítit jeho jedinečnost, neovlivňovat ho naší přítomností, nevnučovat svůj názor, jednoduše jít s nemocným kus cesty jakoby 'v jeho botách'.

Část fyzického utrpení našich nemocných je možno odstranit nebo zmírnit – například bolest a další příznaky. To je úkolem paliativní medicíny. Vždy ale zůstane větší či menší porce utrpení nezměnitelného, neodstranitelného. A my se snažíme pomoci nemocnému překonat fázi šoku, hněvu, smlouvání, deprese, případně rezignace a pomoci mu dostat se do fáze smíření, akceptace právě té nezměnitelné situace. I tak je možno chápat pojem doprovázení. Není to žádná věda. Zním mnoho prostých lidí, kteří moji knížku v

⁶⁰ Srov.: KÜBLER – ROSS E., *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, EM Reflex, Praha 1995, ISBN 80-85878-12-7

životě v ruce neměli a přitom své blízké doprovázeli tak, že bychom se od nich měli učit. Prostě milovali svého blízkého. Nic víc na tom není.“⁶¹

Je třeba zdůraznit, že na paliativní péči má morálně právo každý člověk bez ohledu na jeho finanční a sociální situaci. V naší zemi bohužel není dostatek hospiců, aby tato péče mohla být poskytnuta všem, kteří ji potřebují. Z těchto důvodů jsou zakládány organizace jako Gabriela a Cesta domů, aby mohli tuto péči poskytovat i mimo prostory hospiců. Problémem však zůstává fakt, že tuto péči nehradí pojišťovna a je proto pro mnohé pacienty nedostupná, přestože umírání doma by bylo pro pojišťovny méně nákladné. Navíc možnost zůstat i v posledních chvílích mezi svými blízkými umenšuje utrpení pacientů. Nehrozí pak v takové míře, že se dříve než fyzická smrt dostaví smrt sociální nebo psychická. Někdy paradoxně člověk smířený s koncem svého života může být oporou svým nejbližším, kteří tuto realitu těžko přijímají.

MUDr. Svatošová coby prezidentka Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče aktivně bojuje za prosazení hrazené domácí paliativní péče a já pevně doufám, že jí to podaří. Vždyť toto téma by mělo zajímat všechny, neboť každý z nás bude jednou tuto péči potřebovat.

Navrácení umírání do rodiny a společnosti nám umožní zkombinovat odbornost a nemocniční péči s psychickým pohodlím umírajícího v kruhu jeho blízkých. Umírající, který není „uklizen“ za zdi nemocnice, nás sice nutí vyrovnat se s naší vlastní smrtelností, ale není to naopak dobře? Nebude pro nás pak jednodušší přijmout vlastní smrt jako součást života?

⁶¹ www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=4040

ZÁVĚR

Na základě výše uvedených etických argumentací musíme nutně dojít k závěru, že lidský život je hoden ochrany od okamžiku početí až do svého přirozeného konce – smrti. Již v zygote vzniklé spojením dvou pohlavních buněk, existuje potencialita lidského života. Od této chvíle se nesporně jedná o lidskou bytost se všemi jejími nezadatelnými právy, tedy i právem na život. Toto právo je nezcizitelné a náleží všem lidským bytostem stejnou měrou. Avšak moderní společnost, která se ohání lidskými právy, sama tento fakt plně nerespektuje a dovoluje zákonem toto právo porušovat. Protože zákon dovoluje interrupce do 3. měsíce gravidity, je většina žen přesvědčena, že je jejich právo, rozhodnout o životě nebo smrti svého nenarozeného potomka. Toto přesvědčení pramení mimo jiné z nedostatečné informovanosti o tom, co se při zákroku ve skutečnosti děje. Jsem si jistá, že kdyby byli lékaři povinni ženy podrobně seznámit s tím, jakým způsobem jsou interrupce vykonávány a jak jejich nenarozené dítě v danou chvíli vypadá, v jakém vývojovém stádiu je, a jak se embrya a plody při výkonu instinktivně brání, mnoho žen by si potrat rozmyslelo. Toto umělé informační vakuum nahrává těm, kteří ze zabíjení bezbranných lidských bytostí mají finanční prospěch.

Stejně tak umělé zásahy do aktu početí, zejména oplodnění FIVET, při kterém je uměle vytvořen nadbytečný počet lidských embryí, porušují toto právo na život. Nadbytečná embrya jsou skladována po dobu zákonem danou v kryobankách a pak jsou buď využita k vědeckým účelům, nebo zničena – zabita. Jestliže souhlasíme, že lidský život začíná početím, pak musíme respektovat důstojnost nenarozeného života od samého počátku (oplození). A podle toho s ním také zacházet. Řešení těchto otázek je vytlačeno z veřejného sektoru a média o nich mlčí, přestože jde o zásadní postoj k životu – lidskému životu. Vždyť jsme všichni prošli tímto vývojem od zygoty až po dospělého jedince. Ptám se tedy, jakým právem byla tato šance odepřena jiným lidským bytostem?

Myslím si, že nazývat naši kulturu kulturou smrti je zcela oprávněné, neboť smrt na nás útočí z televizní obrazovky bez ohledu na denní dobu. Na druhou stranu je její podstata potlačována do pozadí a zejména děti si neuvědomují, co to ve skutečnosti

znamená. Obrazy vražd a sebevražd jim díky médiím nejsou cizí. V počítačových hrách není smrt koncem života, ale jen koncem části hry. Je možné do nekonečna začínat znovu. Potlačujeme vnímání smrti jako reality. V těchto hrách jde o anonymní a fiktivní postavy bez osobního pozadí. Tento stav má za následek zvýšení počtu vražd a sebevražd. Pokroucený pohled na konečnost našich životů postihuje nejen děti, ale stejnou měrou i dospělé. Nedostatečná informovanost a zkreslené vnímání vede k tomu, že je eutanazie nahlížena jako dobrá smrt. Člověk má svou hodnotu jen do té doby, dokud je užitečný pro společnost. Ve chvíli, kdy je na konci svých sil, přestává být vnímána jeho důstojnost a stává se přítěží společnosti. Proč? Je to přeci tak krátkozraké! Popíráním vlastní smrtelnosti se dostáváme na šikmou plochu. Demokratická společnost hlásá spravedlnost všem, ale je tomu tak doopravdy?

Snažila jsem se ve své práci podat podrobnější reflexi zásadních otázek spojených s lidským životem v jeho počátku a konci. Věřím, že je z textu dostatečně jasné, že postoj naší společnosti k těmto otázkám je velmi nelogický a nebezpečný pro budoucí vývoj. Zdůrazňuji, že je třeba začít u sebe a svých dětí, které můžeme bezprostředně vést ke správným a zdravým postojům v těchto otázkách. Ovšem osvěta je na místě nejen u rostoucích generací. Jsem přesvědčena, že bychom o těchto věcech neměli mlčet ani šeptat, ale otevřeně a veřejně mluvit.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

BOETHIUS, Contra Eutychem et Nestorium 3. In BOETHIUS, Teologické traktáty, Praha OP 2004

BOK Sissela, Ethical Problems of Abortion; in Bioethics, T.A.Shanon, 3. vydání, Pulist Press, New Jersey 1987, ISBN 0-8091-2805-5

DONUM VITAE II, A, 2 z Kultúra života 2, Umelé oplodnenie; Papežská rada pro rodinu; Vatikán 1997

FIGO Committee for The Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Woman's Health, Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology, London: FIGO, 2006

GÜNTER Virt, Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie, VYŠEHRAD 2000, ISBN 80-7021-330-2 Hnutí PRO ŽIVOT ČR, Co je to postabortivní syndrom (PAS); www.prolife.cz/?a34=&id=69

HNUTÍ PRO ŽIVOT ČR o. s., Proč pláčeš, Miriam?, 2. vyd., PRAHA 2007; přeložila K. Ucháčová, ISBN 80-7266-074-8

HOLDEGGER A., IL SUICIDIO, Assisi: Citadella 1979; str. 436 E. Kübler-Ross, Odpovědi na otázky o smrti a umírání, EM Reflex, Praha 1995, ISBN 80-85878-12-7

KASS L. R., M.D.; „Making Babies“ Revisited, in BIOETHICS, T. A. Shannon, Paulist Press, New Jersey, 1987, ISBN 0-8091-2805-5

KKC 2269, Zvon 1995, ISBN 80-7113-132-6

KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY, instr. Donum vitae, intr. 5: AAS 80 (1988), 70-102

KOSTIČOVÁ, Zuzana Marie. *Kultura smrti* [online]. Glosy.info, 20.únor 2005. [cit. 9.dubna 2011]. Dostupné na WWW: <<http://glosy.info/texty/kultura-smrti/>>. ISSN 1214-8857

KÜNG Hans: Věčný život; <http://ao-institut.cz/texty/posmrtny-zivot>

LENNART Nilsson; Lars Hamberger; Těhotenství týden po týdnu, Svojtka 2007; ISBN 80-7352-887-8

LOCKE J., Essay Concerning Human Understanding, ch. 27, §9. In LOCKE J. 27. kapitola: O identitě a různosti (přel. M. Dokuli). Filosofický časopis, roč. 53 (2005), č. 1, dle: T. Machula – Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky

MACHULA Tomáš. – Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky

- MCGREAL, Ian. Velké postavy západního myšlení. Slovník myslitelů, 1999
- MRÁZEK Milan MUDr., Umělé oplodnění 1; TRITON, s. r. o., 2003, ISBN 80-7254-413-6
- MURÍN G., Tak ako bohovia; Vydavateľstvo Slovart, Bratislava 2001, ISBN 80-7145-612-8
- MUNZAROVÁ Marta, Vybrané kapitoly z lékařské etiky 1, Smrt a umírání, Brno 2002, ISBN 80-210-1610-8
- MUNZAROVÁ Marta, Vybrané kapitoly z lékařské etiky II-aktuální etická problematika některých lékařských oborů; Masarykova Univerzita v Brně 2000, ISBN 80-210-2416-X
- MUNZAROVÁ Marta; Zdravotnická etika od A do Z, Grada Publishing, a.s., AVICENUM 2005, ISBN 80-247-1024-2
- MUNZAROVÁ Marta a kol., Proč NE eutanazii, Ecce homo, o.s. 2008, 978-80-7195-258-9; str.19
- ONDOK J.P., Bioetika, biotechnologie a biomedicína, TRITON 2005 Praha, ISBN 80-7254-486-1
- PAPÉŽSKÁ RADA PRE RODINU, Kultúra života 2. Umelé oplodnenie, sborník prednášok Papežskej rady pre rodinu; Vatikán 1997, vyd. SERAFÍN, 1997, ISBN 80-88944-12-0
- PESCHKE K. H. – Křesťanská etika, Vyšehrad 2004, ISBN 80-7021-331-0
- PLATÓN, Obrana Sokratova, OIKOYMENH 2003, ISBN 80-7298-140-4
- PLATÓN, Faidón, OIKOYMENH 2005, ISBN 80-7298-158-7
- POZAIČ Valentin, Status lidského zárodku a plodu, in Aktuální bioetické texty – K. Šipr, M. Mičo, E. Krumpolec (eds.); Univerzita Palackého v Olomouci CTF, Olomouc 2005, ISBN 80-244-1278-0
- PRUDIL Lukáš, Status lidského embrya v českém právu, zdroj: Univerzitní centrum pro bioetiku – <http://www.med.muni.cz/UCB/prudil/txt001.htm>
- RAMSEY Paul, The Patient as a Person; 1973 New Haven, Connecticut, ISBN 9780300093964
- SCHANDENBERG Alex, Chairman, Euthanasia Prevention Coalition, <http://alexschandenbergl.blogspot.com>

SLIPKO S.J., Hranice života, ISBN 80-7113-132-6

UZEL R., Mudr., Csc. - Komplikace interrupce, Gynekologie a porodnictví, ZDN;
<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komplikace-interruptce-295951>

WILKE. J. Dr. – ČLOVĚKEM OD POČETÍ, Katolické nakl. COR JESU, Český Těšín
1993, ISBN neuvedeno

WWW.MEDICINA.CZ, odborne/clanek.dss?s_id=4040

SEZNAM ZKRATEK:

ART – **A**rtificial **R**eproduction **T**echniques = asistovaná reprodukce

IUI – **I**ntra **U**terine **I**nsemination = nitroděložní umělé oplodnění

AIH – **A**rtificial **I**nsemination by **H**usband = umělé oplodnění spermiemi manžela

AID – **A**rtificial **I**nsemination by **D**onor = umělé oplodnění spermiemi dárce

FIVET – **F**ertilisation **I**n **V**itro and **E**mbryo **T**ransfer = oplodnění ve zkumavce a přenos embrya do dělohy

GIFT - **G**ametes **I**ntra **F**alopian **T**ransfer = přenos zralých pohlavních buněk do vejcovodů

FSH – **F**olikuly **S**timulující **H**ormon

hCG – **h**uman **C**horionic **G**onadotropin = hormon, podle jehož přítomnosti v moči se určuje gravidita

LH – **L**uteinizing **H**ormon = hormon žlutého tělíska

FIGO - the **I**nternational **F**ederation of **G**ynecology and **O**bstetrics

PAS – **P**ost **A**abortivní **S**yndrom

PIS – **P**ost **I**nterruptční **S**yndrom

LDN – **L**éčba **D**louhodobě **N**emocných

KKC – **K**atechismus **K**atolické **C**írkve

EEG – **E**lektro **E**ncefalograf

CIC – **C**odex **I**uris **C**anmomici = kodex církevního práva

WMA – **W**orld **M**edical **A**ssociation = světová lékařská asociace

WHO – **W**orld **H**ealth **O**rganization = světová zdravotnická organizace

ABSTRAKT

ČADOVÁ M., *Otázky začátku a konce lidského života*. České Budějovice 2011.

Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta.

Katedra filosofie a religionistiky. Vedoucí práce Doc. Tomáš Machula, Ph.D., Th.D..

Klíčová slova: Asistovaná reprodukce, náhradní mateřství, potraty, kryobanky, etika, početí, umělé oplodnění, sebevražda, vražda, zabití, eutanazie, paliativní péče, současná společnost

Tato práce se zabývá etickou problematikou početí, těhotenství a potratů v první části a v části druhé pak etickou problematikou smrti a umírání. Jedná se o mezní situace, které jsou součástí lidského života. První část mapuje počátek lidského a snaží se nalézt odpovědi na otázky, které souvisejí s početím, umělým oplodněním, náhradním mateřstvím a potraty. Popisuje etické paradoxy, ke kterým dochází. A hodnotí je z pohledu medicíny, etiky, psychologie a práva. Druhá část popisuje konec lidského života v různých podobách. Rozebírá zabití, sebevraždu a eutanazii z hlediska psychologie, lékařství práva a etiky. V závěru popisuje paliativní péči, která je vhodnou alternativou k eutanazii.

ABSTRACT:

Questions of the beginning and the end of human life.

Keywords: Artificial reproduction, surrogative maternity, abortion, cryobank, ethics, conception, artificial insemination, suicide, killing, euthanasia, palliative care, today's society

This work deals with the problems of conception, gravidity and abortion in the first part and in the second part than deals with problems of death and dying. It concerns two cut-off points, which are component parts of human life. The first part surveys the beginning of human life and tries to find answers for questions, which have a connection with the conception, artificial insemination, surrogative maternity and abortion. It describes paradoxes, which comes from such situations. It appreciates this paradoxes in the view of medicine, ethics, psychology and law. The second part describes the end of the human life in several forms. It broods killing, suicide and euthanasia in aspects of the psychology, medicine, law and ethics. In the end it describes the palliative care as an alternative to euthanasia.