

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

DYSTANAZIE JAKO MANIPULACE S PŘIROZENOU SMRTÍ

Vedoucí práce: PhDr. Roman Míčka, Th.D., Ph.D.

Autor práce: Bc. Jana Kadlecová
Studijní obor: Etika v sociální práci
Forma studia: kombinovaná
Ročník: Druhý

2016

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci 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 (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) 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 touto elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum: 31.3. 2016

.....
Bc. Jana Kadlecová

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce, PhDr. Romanovi Míčkovi, Th.D., Ph.D., za sdílený čas, ochotu, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Také děkuji mé rodině a blízkým přátelům za podporu, trpělivost a průběžné povzbuzování při psaní této práce.

OBSAH

Úvod.....	9
1. Život, smrt a umírání	11
1.1 Život.....	11
1.2 Smrt.....	14
1.2.1 Definice smrti	14
1.2.2 Přirozená a nepřirozená (násilná) smrt	17
1.2.3 Smrt psychická a sociální	18
1.3 Umírání	19
1.3.1 K pojmu umírání.....	19
1.3.2 Umírání v minulosti.....	20
1.3.3 Umírání v současnosti	22
2. Problém dystanazie	29
2.1 Dystanazie	29
2.2 „Vítězná“ medicína	32
2.3 Marná léčba.....	36
2.3.1 Definice marné léčby.....	36
2.3.2 Kvantitativní, kvalitativní a fyziologická futilita	39
2.3.3 Některé etické aspekty marné léčby	41
2.3.4 Některé právní aspekty marné léčby	49
2.4 Řádné a mimořádné prostředky	51
3. Alternativa dystanazie.....	59
3.1 Řešení dystanazie	59
3.2 Paliativní péče	60
3.2.1 Pojem paliativní péče	60
3.2.2 Úrovně paliativní péče.....	63
3.2 Místo sociálního pracovníka při specializované paliativní péči	64
Závěr	69
Seznam literatury	71
Seznam zkratk	78
Seznam příloh a přílohy.....	79
ABSTRAKT	90

Úvod

Naše společnost prochází, zejména v období po druhé světové válce, významnými změnami. Jde o nové způsoby socializace jedinců a individualizaci společnosti, ve smyslu oslabování významu tradičních hodnot a posilování individuálních rozhodnutí týkajících se hodnot a norem chování, kde ústřední roli hraje individualismus jako hodnotaz nejvyšších. Důraz na neopakovatelnost a jedinečnost lidské osobnosti vede ke vzniku pružné společnosti založené na prosazení pluralitních pravidel a na zániku socializace založené na disciplíně. Autonomie člověka nabývá nového významu a přináší nové společenské cíle: kult osobního osvobození, právo být sám sebou, co nejvíce si užívat, svobodně se vyjadřovat aj. Mizí přísné pojmání a uplatňování mravních příkazů a je nahrazováno svobodným rozvíjením skryté osobnosti, ospravedlňováním slasti, přizpůsobováním institucí tužbám jedinců. Ideál podřízenosti individuálních zájmů racionálním pravidlům kolektivních zájmů mizí na úkor osobní realizace a respektování subjektivních zvláštností a jedinečné osobnosti jakožto základní hodnoty. Žít svobodně bez veškerého omezování, sám si zvolit vlastní způsob života, to je oč tu běží.

Individualistická zaměřenost na dravost, úspěch, mládí, krásu, konzum a prožitek, nepřeje lidskosti. Je chladná k utrpení druhých, méně dravých, neúspěšných, znevýhodněných a starých. Lidé ženoucí se za mocí, prestiží a luxusem však často zapomínají, že i oni se náhle mohou stát neúspěšnými, mohou být nějakým způsobem znevýhodněni, a zcela jistě, nestane-li se něco nepředvídatelného, zestárnou, a nakonec zemrou. Smrt je totiž jediná jistota, kterou mají jak úspěšní, tak neúspěšní, jak elity, tak ti, kteří jsou sociálně na nejnižších příčkách. Honba za ceněnými atributy dnešní doby, ale i jen zcela prosté dennodenní pachtění se za obživou, role rodiny, vliv společnosti a masových médií vedly k tomu, že na přemýšlení o smrti se nedostává času nyní, protože „je na ni dostatek času později“. Smrt byla postupně vytěsněna a předána institucím.

Medicína, která svým rozvojem od 19. století pozitivně ovlivnila průběh lidského života. Významně snížila kojeneckou úmrtnost, odstranila fatální dopady řady infekčních onemocnění a jiných patologií. Zásahy i preventivní činností prodloužila průměrnou dobu života. Při všech těch úspěších si navykla vítězit. Mnohokrát se pouští do křížku se samotnou smrtí, kterou však porazit nikdy nemůže. Přestože to ví, považuje často příchod smrti jako svou prohru. I proto se stále objevují snahy

manipulovat se smrtí ve smyslu odsouvat jí, odkládat jí, zadržovat jí. Dochází tak k prodlužování přirozeného procesu umírání specifickou léčbou, jejíž nevýhody převažují nad benefity; dochází tak ke stavu, který bývá označován jako dystanazie.

V České republice ročně umírá v průměru 107 tisíc osob.¹Většina úmrtí je zapříčiněna chorobami, které ovlivňují základní životní funkce (choroby oběhové a dýchací soustavy, novotvary) – v roce 2014 to bylo 78 % všech zemřelých. Ze všech zemřelých v r. 2013 zemřelo 73% osob ve zdravotnických zařízeních, nebo převozech do nich, a v zařízeních sociální péče, v seniorském věku to je 78% osob (viz příloha I).²To jsou údaje, domnívám se, jasně ukazující na aktuální potřebu odpovídající péče, včetně té sociální, o infaustně nemocné a umírající, a také o jejich blízké

Z uvedených důvodů se mi jeví problematika etiky umírání a smrti, péče o umírající a jejich blízké, včetně etických otázek manipulace se smrtí, v kontextu studijního oboru Etika v sociální práci, jako významná.

Pro vypracování práce jsem si stanovila tři cíle:

1. V souvislosti s pojetím života a smrti popsat umírání v současné době.
2. Objasnit pojem dystanazie z hlediska přirozené smrti, jako manipulaci s ní, a eticky reflektovat možnosti jejího předcházení.
3. Zhodnotit místo sociálního pracovníka ve specializované paliativní péči.

Těmto cílům je přizpůsobena struktura diplomové práce. V první části popíši pohledy na život člověka a umírání a smrt jako jeho neoddělitelnou, přirozenou součást. Na tomto základě uvedu dva modely umírání – v minulosti a dnes, s důrazem na vlivy působící na umírání v současnosti, které mne dovedou ke stěžejnímu pojmu dystanazie ve druhé části. V ní se zaměřím na objasnění pojmu dystanazie, odhalení jejích zdrojů a nastínění hodnocení, která by mohla dystanazii předcházet, zejména v konceptech marné léčby a řádných a mimořádných prostředků. Protože za jedinou přijatelnou alternativu dystanazie je dnes považována paliativní péče, zaměřím se ve třetí části na charakteristiku paliativní péče a jejích úrovní a na základě forem provádění specializované paliativní péče na místo sociálního pracovníka v paliativním týmu.

¹ průměr z údajů Českého statistického úřadu za roky 2000 až 2014

²Český statistický úřad [online], Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online], Příloha I

1. Život, smrt a umírání

1.1 Život

Chceme-li uvažovat o umírání a smrti, měli bychom začít, alespoň stručně, u života, protože jsou jeho neoddělitelnou součástí. Slovo „život“ je poměrně frekventované a lidé se tímto pojmem zabývají od nepaměti. Zmiňme např. Aristotela, který uvádí, že život je to co odlišuje neoduševnělou věc od oduševnělé bytosti. Uznává, že slovo „život“ má mnoho významů, a představuje rysy jednoho z nich: myšlení, smyslové vnímání, pohyb a klid z hlediska místa, pohyb ve smyslu vyživování, ubývání a růstu.³ V ontologickém smyslu je jedním z názorů, že život je bytím živého jsoučna.⁴ Tato stará a velmi obecná definice je citována např. Anzenbacherem.

Životem se zabývá řada speciálních věd, např. biologie. Rozsypal uvádí obecné vlastnosti živých soustav:

- a) přítomnost nukleonových kyselin a bílkovin jako hlavních molekulárních složek;
- b) vysoká organizovanost a stupňovité uspořádání (atomy do molekul, molekuly do makromolekul, makromolekuly do makromolekulárních komplexů, makromolekulární komplexy do buněčných organel, buněčné organely do buněk, buňky do tkání, tkáně do orgánů atd.), která podmiňuje zranitelnost a smrtelnost živých soustav;
- c) výměna látek, energií a informací s okolím. Látky jsou přijímány, přeměňovány a vylučovány. Energie je přijímána, přeměňována na využitelnou, a nadbytečná energie vydávána ve formě tepla, nebo chemických látek. Informace z vnitřního i vnějšího prostředí jsou přijímány, přenášeny a přeměňovány;
- d) schopnost samoregulace vnitřních pochodů v závislosti na vnějším prostředí;
- e) metabolismus, tj. přeměny přijatých látek a energií uvnitř živé soustavy, z nichž nejdůležitější je syntéza nukleonových kyselin a bílkovin;
- f) autoreprodukce a schopnost vývoje.

Základní kategorií živé soustavy je jednotlivý organismus – jedinec, schopný samostatného žití. Geneticky příbuzné organismy se sdružují v populace a soubor geneticky příbuzných populací tvoří druh.⁵

³ srov. ARISTOTELÉS. O duši. Kniha druhá, s. 53.

⁴ srov. ANZENBACHER, Arno. Úvod do filosofie. s. 91.

⁵ srov. ROSYPAL, Stanislav a kol. *Nový přehled biologie*. s. 6-7.

Zatím jsme na život nazírali velmi obecně. V dalších úvahách proto musíme pohled zúžit a zaměříme se na jeden druh, na člověka, na životlidský. Ten lze pozorovat z různých úhlů řady vědních oborů, ale také z hlediska víry.

Definici života, zaměřenou na člověka, najdeme např. ve Slovníku spisovného jazyka českého (spolu s dalšími významy):

*„a) život je lidské bytí v době mezi narozením a smrtí, je to doba, po kterou člověk žije
b) život je souhrnem vlastností příznačných pro živého člověka, např. činnost, aktivita, dynamika apod.“⁶*

Antropologie chápe lidský život jako celek žití člověka od narození do smrti. Narození i smrt jsou pro ni biologické danosti, kulturně měněné v průběhu dějin.⁷ To uznává i sociologie, která dodává, že i celý průběh života, jednotlivé fáze ontogeneze, jsou v průběhu dějin ovlivňovány sociálními faktory (kulturní rozdíly, materiální okolnosti lidských životů v daných druzích společnosti, společenská třída, pohlaví, etnicita apod.).⁸ Z těchto pohledů plyne, dvojí význam pojmu život, jednak život jedince, můj (tvůj) život, tedy něco soukromého, a za druhé život všech lidí – život druhu, v souvislostech minulosti, přítomnosti i budoucnosti.

Významný pohled na život má i křesťanská víra – život je dar od Boha. Víra tak ukazuje lidský život jako posvátný. V Bibli je slovo život často používané a objevuje se v řadě významů. Např. jako období, ve kterém je člověk živý, trvání pozemského života a jeho ohraničenost.⁹ Zřejmá je tělesná, organická podstata života, tzn. přítomnost tělesných orgánů (srdce, žaludek, oči apod.), přijímání potravy, schopnost rozmnožování, růstu atd. Tento biologický význam podtrhuje vyzdvižení důležitosti životodárné tekutiny, totiž krve, položením rovnítka mezi krev a život.¹⁰ Objevuje se i další rovina lidského života, a to je rovina duševní, vlastní jen člověku, obdařenému rozumem, svobodnou vůlí a schopností rozlišovat dobré a zlé¹¹. A nakonec je zde třetí dimenze, rovina duchovní, spirituální, to nadpřirozené v člověku, přesahující ho. Představuje nejen přítomnost Božího Ducha v každém člověku, jeho spojení s Bohem,

⁶ srov. HAVRÁNEK, Bohuslav, ed. a kol. Slovník spisovného jazyka českého. sv. VIII, s. 484-485.

⁷ srov. MALINA, Jaroslav a kol. Antropologický slovník. s. 271.

⁸ srov. GIDDENS, Anthony. Sociology. s. 295-296.

⁹ např. Gn 3,17; 35,18; Ex 23,26; Dt 4,9.40; 2S 6,23; Ž 90,10; Sk 17,26

¹⁰ např. Gn 1,28-30; 9,4; Lv 17,11.14; Nu 15,39; Dt 12,23; 1S 2,21; Ez 3,3

¹¹ např. Př. 16,22; srov. Sír 17,5-7; Papež JAN PAVEL II.. Evangelium vitae. čl. 34

ale také cestu k dobru, hledání smyslu a pod.¹²Rotter v teologické úvaze ukazuje lidský život jako „setkání s Bohem a zaujetí postoje k němu“.¹³Lidský život je pak jednotou těchto tří rovin života.¹⁴ V tom je jedinečný.Křesťanství nezapomíná ani na sociální rovinu života. Vztahovost považuje za dar, „který má sloužit osobnosti a naplnění smyslu její existence skrze sebedarování a přijetí druhého“.¹⁵V současnosti se pohled na multidimenzionalitu života ustálil na čtyřech rovinách: tělesné, psychologické, sociální a spirituální. Podle zaměření pozorovatele se však používají i další dimenze, např. kulturní.

Moderní doba má tendenci rozdělovat život na množství částí s vlastními normami a způsoby chování. Odděluje se volný čas od práce, soukromý život od veřejného, společenský život od osobního. Odděluje se také produktivní život od neproduktivního. Dětství a stáří je osamostatněno a člověk se učí myslet, jednat a cítit, ne z hlediska jednoty života, ale z hlediska odlišností jeho jednotlivých součástí.¹⁶Ve skutečnosti jde ještě dál a fragmentuje život na sled logicky a příčinně nepropojených epizod a ztrácí tak smyslovost, kterou mělo dřívější pojetí života jako cesty „odněkud někam“. To se může promítat do postojů ke konečnosti života.

Významné je i lidskoprávní hledisko, které sice život nedefinuje, ale deklaruje, či do právního systému země zařazuje právo na život, jako jedno ze základních lidských práv: „Každý má právo na život“, „Každá lidská bytost má právo na život“, či „Právo každého na život je chráněno zákonem“.¹⁷

Na pozadí práva na život se odehrávají zásadní diskuze o hodnotě života. Jedna strana diskutujících vychází z konceptu posvátnosti lidského života. Ten vychází z úcty k životu a lidské důstojnosti, kterou se vyjadřuje hodnota života. Tyto atributy jsou neoddělitelné. Kořeny vidíme v náboženské tradici života coby božího obrazu, ze které vyplývá jeho nedotknutelnost a právo na ochranu; nikdo nikdy nesmí úmyslně zabít

¹² např. Gn 6,3; Ex 31,3; Za 12,1; Ka 7,25; Jr 17,10

¹³ROTTER, Hans. Důstojnost lidského života. s. 87.

¹⁴ např. 1 Te 5,23; KATOLICKÁ CÍRKEV. CommissioTheologicaInternationalis. Společenství a služba: lidská osoba stvořená k Božímu obrazu. čl. 9; 26-31.

¹⁵JAN PAVEL II. Evangelium vitae. čl. 19.

¹⁶ srov. MACINTYRE, Alasdair C. Ztráta ctností: k morální krizi současnosti. s. 238.

¹⁷ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. Všeobecná deklarace lidských práv, čl. 3; ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, čl. 6; RADA EVROPY. Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, čl. 2; EVROPSKÁ UNIE. Listina základních práv Evropské unie, čl. 2; ČESKÁ REPUBLIKA. Listina základních práv a svobod, čl. 6.

nevinnou lidskou bytost. Koncept je dnes součástí většiny etických myšlenkových proudů.

Druhá část diskutujících, např. Singer, Rachels a Keown, má za to, že je koncept posvátnosti života již překonán. Život proto nenazírají tradičním postojem, ale postulují život na rozdílech užitečný × neužitečný, hodnotný × nehodnotný, kvalitní × nekvalitní. Proto se hovoří o zastáncích principu kvality života. Život, který nepřináší užitek, např. kvůli postižení, nemoci či věku, má nižší hodnotu, než ten, který je schopen užitek přinášet. Z toho vyvozují, že neužitečný život nemusí být zaštitěn takovou mírou ochrany, jako život užitečný.¹⁸ Podle „druhé větve“ těchto myšlenek je možné život rozdělit na dvě úrovně: biologickou a biografickou. Biologická úroveň udržuje organismus živý zajišťováním vitálních funkcí, přičemž podmínkou biologického života není vědomí a schopnost vyšších kognitivních funkcí. To zajišťuje až biografická úroveň života. Ta je tak vyšší úrovní života a zahrnuje myšlenky, ambice, tužby, naděje, vzpomínky, preference apod. Jen tato úroveň života je pro tyto diskutující eticky relevantní. Biologická úroveň života je nezbytnou podmínkou biografické úrovně, biografická úroveň života není podmínkou biologické úrovně. Z toho zastánci vyvozují, že právo na život a jeho ochranu se týká jen biografické úrovně života. Při ztrátě této úrovně, např. v nevratném kómatu, persistentním vegetativním stavu apod., ztrácí ochrana lidského života smysl.¹⁹ Důsledkem tohoto konceptu je liberální vztah k ukončování života (neužitečného, nekvalitního, nehodnotného). Tím je pomíjena celistvost člověka a není vnímána přirozená důstojnost člověka. Lze si položit otázku: můžeme tento koncept považovat za správný?

1.2 Smrt

1.2.1 Definice smrti

Také na význam slova smrt je nepočítaně pohledů. Od nahlížení různých vědních oborů (filosofové se o podstatu smrti přou celá staletí), po pohledy různých světových názorů a náboženství. Tyto názory se zpravidla vyvíjejí a mění v čase. Jisté je, že neumíme přímo popsat, co to je smrt, nikdo z nás vlastní smrt nezažil, a pokud ano, není již

¹⁸ srov. KEOWN, John, *The Legal Revolution: From "Sanctity of Life" to "Quality of Life" and "Autonomy"*. s. 260-262

¹⁹ srov. ČERNÝ, David. *Eutanazie: obrana tradičních distinkcí*. s. 22-23.

schopen vůbec ničeho, natož podat o ní svědectví. Proto se smrt popisuje a definuje na základě jejích příznaků. My se v práci zaměříme pouze na malý výsek nazírání na smrt.

Jedním z důvodů, proč jsme se věnovali významu slova život, je i to, že je velmi často používán k negativnímu definování smrti, tzn. smrt jako nedostatek, nepřítomnost života. K definování smrti jsou často využívány obecné vlastnosti živých soustav. Zánik těchto vlastností znamená zánik organismu. Zánik organismu, jako konec života, se v diskusích o smrti objevuje mnohokrát. Biologie sleduje úroveň pohledu – rozeznává tak zánik, smrt buňky, smrt orgánu až smrt organismu a zabývá se mechanismy tohoto zániku.

Samo slovo smrt lze odvozovat z praslovanského jazyka a je příbuzné s latinským *mors* – smrt, které je však mladší. Slovo smrt v praslovanském jazyce vycházelo z *mřeni* – umírání a znamenalo původně dobré úmrtí, rozumějme v přirozeném vysokém věku, nikoli násilně zabitím, při úraze či na následky nemoci.²⁰ Slovníkové heslodává slovu smrt význam „*konec, zánik života nějakého tvora, zvláště člověka*“.²¹

Tradiční medicínské definice smrti se zaměřovaly na snad nejzákladnější potřebu lidského organismu – potřebu kyslíku, jehož nedostatek se projevuje velmi rychle. Kyslík z okolního prostoru získávají plíce, tedy proces dýchání, a jeho transport po těle zajišťuje krevní oběh, tedy hlavně činnost srdce. Dýchání a tepot srdce jsou také dobře sledovatelné funkce. Jejich nepřítomnost je zřejmým příznakem smrti, byť dnes se již považují za nejisté známky smrti. Pokroky v medicíně přinesly resuscitační postupy, poměrně úspěšné nahrazování kardiopulmonárních funkcí mechanismy, např. umělou ventilací a mimotělním krevním oběhem, a další dovednosti, které vedly k debatě o přesnějším definování smrti. Např. v USA diskuse vedly v roce 1980 k vydání *Uniform Determination of Death Act (UDDA)*, jako vzoru pro znění zákonů v jednotlivých státech unie. UDDA byla v r. 1981 přijata Americkou lékařskou asociací a Americkou advokátní komorou a poté ji přijala většina států USA. UDDA zavedla definici: „*Jednotlivec, který utrpěl buď (1) nevratné zastavení oběhových a dýchacích funkcí nebo (2) nevratnou ztrátu všech funkcí celého mozku, včetně mozkového kmene, je mrtvý*“.²² V důsledku toho, a také v souvislosti s potřebami transplantační medicíny, se dnes smrt definuje jako definitivní zástava kardiopulmonárních funkcí s následným

²⁰ srov. MACHEK, Václav. Etymologický slovník jazyka českého. s 382 a 562.

²¹ HAVRÁNEK, Bohuslav, ed. a kol. Slovník spisovného jazyka českého. sv. V, s. 416.

²² srov. GREEN, Joel B, ed. a kol. Dictionary of scripture and ethics. s.206-207.

nevratným odumřením mozku.²³ Je to proto, že do několika minut od okamžiku zástavy zásobení mozku kyslíkem, dochází k odumírání mozkových buněk, k trvalému poškození mozku a následně smrti. Z medicínských definicí vychází i jediná česká právní definice, v níž se smrtí rozumí „*nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene, nebo nevratná zástava krevního oběhu*“,²⁴ která se zřetelně nechala UDDA inspirovat.

Ve smyslu ukončení života a proměny nahlíží na smrt také křesťanské náboženství. Smrt je zde uváděna jako nevyhnutelný fyzický konec pozemského života potvrzený lidskou zkušeností, přišla jako trest zahřích, je obávaná, je zlem a utrpením, je pod vládou Boha, ale i ďábla.²⁵ Rozlišuje se smrt fyzická, duchovní a věčná.²⁶ Rotter zmiňuje „*konec osobního životního příběhu*“.²⁷ A v této souvislosti rozvíjí myšlenky o smrti jako o zániku schopnosti vědomého a svobodného jednání, tím ovšem nechtěně podporuje Singrovu teorii biologického a biografického života.

Smrt lze, při určitém zjednodušení, rozdělit na dvě etapy. Se zástavou dýchání a srdeční činnosti dochází k tzv. klinické smrti. V jejím okamžiku ještě není nevratně poškozen mozek a probíhá, byť minimalizovaně, metabolismus. Pokud není organismus zasažen, ať chorobnými, nebo úrazovými ději, jejichž následky jsou neslučitelné se životem, je možné kardiopulmonální resuscitací zabránit nevratnému poškození mozku a člověka vrátit do života.

Po pěti, maximálně sedmi minutách (při podchlazení i déle) od zástavy dýchání a srdeční činnosti, odumírají mozkové buňky na nedostatek kyslíku (anoxie). Vždy dochází k nevratnému poškození mozku a jeho odumření, tedy stavu, který není slučitelný se životem. Klinická smrt tak přešla do druhé fáze smrti, tzv. biologické smrti.²⁸

²³ srov. MAČÁK, Jiří a MAČÁKOVÁ, Jana. Patologie. s. 47.

²⁴ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). § 2, písm. e).

²⁵ např. Gn 2,17; 3,19; 5; Dt 30,15.19; 32,39; 1S 2,6; 2S 6,23; Ž 2,15; 6,1-4; 55,5-6; 103,15; 118,18; Iz 25,8; Ř 5,12; 6,23; 7,24; Žd 2,14; Jk 1,15

²⁶ např. Ř 2,13; Ef 2,1-3; Zj 21,8; TENNEY, Merrill C. ed. The Zondervan Encyclopedia of the Bible. vol. 2, s. 134-138.

²⁷ ROTTER, Hans. Důstojnost lidského života. s. 87.

²⁸ srov. MAČÁK, Jiří a MAČÁKOVÁ, Jana. Patologie. s.47.

Slovo smrt můžeme rozvíjet mnoha přívlastky, tak se objevuje např. přirozená a nepřirozená smrt, smrt náhlá, neočekávaná a očekávaná, nahodilá, úmyslná, vytěsněná, institucionalizovaná, psychická, sociální smrt atd. Na smrt tak můžeme nahlížet z množiny různých hledisek, řada z nich bude jistě diskutabilní. Zaměříme se na některé z nich.

1.2.2 Přirozená a nepřirozená (násilná) smrt

Připomeňme si etymologický význam slova smrt podle Machka – úmrtí v přirozeném vysokém věku. Takové smrti se běžně říká přirozená, potom smrt násilná (zabitím, při úraze či na následky nemoci) by logicky měla být označena jako nepřirozená. To určitě platilo v době, kdy se používala praslovanština, tedy zhruba do 10. století, a zcela jistě i řadustoletí následujících. Za přirozenou tedy byla považována smrt ve vysokém věku, způsobená stárnutím a celkovou sešlostí organismu. Takto chápaná přirozená smrt byla v minulosti a je i v přítomnosti vzácná, zdravých lidí ve vysokém věku je velmi málo. Rozvojem lidského vědění, zejména medicíny, a zdravotnictví obecně se začal prodlužovat věk dožití, a to až do takové míry, že smrt způsobená stárnutím a celkovou sešlostí, tzn. přirozená, splynula se smrtí na následky nemoci. Přitom ale smrt mladého člověka na následky nemoci zůstává, pro většinu lidí, nepřirozenou, předčasnou a nespravedlivou.

To vedlo k potřebě redefinovat přirozenou smrt, za ni se dnes považuje smrt nenásilná, tj. z vnitřních chorobných příčin, bez vlivu vnějších příčin. Její protipól, nepřirozená smrt se označuje jako smrt násilná, která je podmíněna či spolupodmíněna vnějšími vlivy mechanickými (tupé, ostré nástroje, střelivo, škrtidla apod.), fyzikálními (nízká či vysoká teplota, elektrický proud, ionizační záření apod.), chemickými (otravy jedy) a jinými vlivy (např. smrt hladem či žízní). Násilná smrt se dále dělí na nahodilou nebo úmyslnou (sebevražda nebo usmrcení druhou osobou).²⁹

Přirozená smrt se zpravidla dělí na smrt náhlou, neočekávanou a očekávanou. Náhlá smrt nastává u člověka dosud bez, či s minimem subjektivních obtíží, považovaného za zdravého, který umírá po nástupu zdravotních obtíží za velmi krátkou dobu v řádu jednotek či desítek minut, maximálně šesti hodin. Příčinou bývají skryté nemoci či chorobné stavy. Neočekávaná smrt nastává u člověka, který je objektivně nemocen, je

²⁹ srov. VOREL, František, jr., ed. a kol. Soudní lékařství. s. 23-27, 79-80; HIRT, Miroslav a kol. Soudní lékařství. s. 4-5

v lékařské péči, zaléčen, úmrtí se v dohledné době neočekávalo. Příčinou je neočekávaná komplikace či akutní zvrát základního onemocnění, případně jiná nesouvisející choroba. Smrt očekávaná nastává u člověka, který je objektivně nemocen, je v lékařské či paliativní péči, a úmrtí je v důsledku nepříznivého onemocnění prognózováno.

Právě pojetí přirozené smrti je významné pro téma této práce. Přirozená smrt se totiž chápetaké z hlediska manipulace se smrtí. Pak o přirozené smrti můžeme hovořit jako o okamžiku, kdy člověk zemře, aniž by bylo s jehosmrtí manipulováno, tj. aniž by byla uměle urychlována nebo oddalována.³⁰ Takto chápaná přirozená smrt úzce souvisí s tématy eutanazie a dystanazie. Přeneseně by bylo možné považovat přirozenou smrt za aristotelskou střednost, kdy přirozená smrt je ve středu a na okrajích jsou v jednom případě urychlená smrt – eutanazie, a ve druhém případě zadržovaná smrt – dystanazie. Tato střednost je někdy nazývána orthothanazie, pojmem odvozeným z řečtiny, kde předpona ortho- vyjadřuje normálnost, správnost následujícího připojeného slova thanatos, které znamená smrt (Thanatos byl v řecké mytologii bůh smrti). Přeloženo správná smrt, v našem smyslu přirozená smrt. Terminologická neustálenost pojmu se projevuje také v užívání pojmu k popisu jiné situace, kdy je orthothanazií smrt pacienta, následující záměrné odpojení od přístrojů udržujících životní funkce.³¹

1.2.3 Smrt psychická a sociální

Jak je člověk jedinečným tvorem, tak je složitý a obtížně popsatelný. Často je popisován jako jednota svých různých dimenzí (stránek). V odborné literatuře se objevuje těchto dimenzí celá řada, už jsme o nich hovořili v souvislosti s životem člověka, např. biologická, psychologická, sociální, spirituální. Používána jsou různá synonyma – fyzická, tělesná stránka, psychická, duševní stránka, duchovní stránka apod. Objevují se různé pohledy, hloubka členění apod. Popsány jsou i průniky těchto dimenzí např. psychosomatická, či noická dimenze. Není sporu v tom, že člověk je považován za multidimenzionálního tvora. V odborné literatuře se paktaké objevuje smrt s přívlastkem odpovídajícím některým dimenzím člověka. Zejména smrt psychická a sociální.

³⁰ srov. MATĚJEK, Jaromír. Dystanazie jako opomíjený problém diskuse o eutanazii.

³¹ srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. S. 121.

Psychická smrt je stav, kdy člověk ještě žije, došlo k významnému poškození, částečnému až úplnému zániku vyšších mozkových funkcí – vědomí, paměti, kognitivních, komunikačních atd., zatímco zůstala zachována funkce nižších součástí mozku (např. mozkového kmene), tzn., že člověk sám dýchá a má funkční krevní oběh. Úplný zánik vyšších mozkových funkcí odpovídá zániku Singrova biografického života. Psychologové za psychickou smrt označují i stav, kdy člověk zcela psychicky rezignuje, propadne prožívání beznaděje a zoufalství.³² To bychom mohli nazvat psychickou smrtí v užším významu.

Sociální smrt je stav, kdy člověk ještě žije, má, nebo nemá zachovalé vědomí, ale je nevratně odtržen od všeho lidského, je vyvázan z důležitých sociálních vazeb a mezilidských vztahů.³³ Roberts posouvá sociální smrt do ztráty kvality života: „*je to především pocit nepotřebnosti pro okolní svět, nedostatečnost kvalitních volnočasových aktivit, nedostatek sociálních kontaktů, slabé zdraví a rezignace na současný život*“.³⁴ Tím sice částečně spojuje sociální s psychickou smrtí, ale závěr o významném úbytku kvality života je na místě. Sociální smrt se tak může týkat velkých skupin osob, např. drogově závislých, bezdomovců, osaměle žijících seniorů, ale také osamělých pacientů v ústavech, osob v permanentním vegetativním stavu apod.

1.3 Umírání

1.3.1 K pojmu umírání

Umírání je poslední fází lidského života a určitě to je fáze důležitá. Uznáváme-li, že umírání je etapou života, jeho neoddelitelnou součástí, a zároveň uznáváme multidimenzionalitu života, musí i umírání mít svoji tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi. Umírání je tak vysoce individuální do prožívání, průběhu i trvání a potřeb umírajících. To je velmi důležité zjištění pro pečující osoby.

Podobně jako smrt, můžeme i umírání rozdělit na dvě fáze. První fáze, nazývaná také „*prefinem*“, představuje období, kdy se lékař, pacient nebo jeho blízcí dozvědí, že pacientův zdravotní stav, jeho onemocnění, podstatně snižuje délku jeho života, že pravděpodobnost brzkého úmrtí je vysoká. Přirozená smrt člověka se stává očekávanou.

³²srov. RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. s. 194.

³³ srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. s. 373.

³⁴ ROBERTS, Jana. Jak staří lidé vnímají konec života? s. 140.

Skála rozděluje tuto etapu umírání na:

1) fázi kompenzovaného onemocnění, kdy je pacient v klinicky poměrně stabilizovaném stavu a cílem medicíny je co nejdelší udržení stavu kompenzace, udržení co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délky života; prognóza dožití je zpravidla v řádu měsíců a někdy i let,

2) fázi nevratně progredujícího onemocnění, kdy přestává být hlavním cílem medicíny prodloužení života, ale udržení co nejvyšší kvality života; prognóza dožití je nejčastěji v řádu týdnů až měsíců.³⁵

Druhá fáze umírání, „faktické“ umírání, je označovaná také „*in finem*“ nebo také „terminální stadium“, někdy „agónie“. Předchází všem druhům přirozené smrti, náhlé, neočekávané i očekávané. Představuje období, ve kterém zpočátku mohou být zachovány základní životní funkce, ale dochází k poruchám funkcí podpůrných tělesných systémů a orgánů, které mají přímý vliv na základní životní funkce.³⁶ Pod tímto vlivem, ale i přímo, dochází k postupnému a nevratnému selhávání základních vitálních funkcí. Selhání jedné základní vitální funkce vede k selhání dalších základních vitálních funkcí. Výsledkem „*je zánik individua, tedy smrt*“.³⁷ Prognóza dožití v této fázi umírání je většinou v řádu hodin až několika týdnů, u náhlých smrtí v řádu minut.

1.3.2 Umírání v minulosti

Ve středověku byly umírání a smrt události zcela přirozené, samozřejmé. Umíralo se doma, ale mrtvé bylo možné hojně vidět i na veřejných místech. Umíraly děti, mladí lidé i osoby ve středním věku, mnohdy ve špíně a bez pomoci. Člověk byl se smrtí stále v kontaktu.

Téměř nepřetržitě se někde na kontinentě válčilo. Hladomory a pandemické vlny si vybíraly vysokou daň na zesláblé populaci. Odhaduje se, že morové rány 14. století usmrtily třetinu populace evropského kontinentu. Smrt v té době byla doslova všudypřítomná. Jakkoli bylo toto období strašlivé, přineslo i svá pozitiva především v oblasti veřejné hygieny. Ulice měst byly doposud otevřenými stokami. To se začalo

³⁵ srov. SKÁLA, Bohumil a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. s. 6.

³⁶ Za základní životní (vitální) funkce se považuje vědomí, dýchání a krevní oběh; přímý vliv na ně mají další tělesné funkce termoregulace organismu a regulace rovnováhy vnitřního prostředí.

³⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. s. 372.

postupně měnit. Města např. budovala kanalizační systémy, dbala více na úklid veřejných prostor, intenzivněji se rozvíjí špitály apod.

Iv novověku byla období, kdy lze smrt považovat za všudypřítomnou, např. Třicetiletá válka, mezi lety 1618-1648, způsobila podle odhadů 30% úbytek populace. V novověku se ale také pomalu rozvíjel dnes tzv. domácí model umírání. Spočíval v tom, že člověk umíral zpravidla v domácím prostředí, obklopen blízkými a v jejich laické péči –lékaře a určitou míru komfortu si mohli dopřát jen bohatí a mocní. Domácí model, také nazývaný tradiční, či ritualizovaný, přinášel řadu pozitivních okolností. Předně umírající nebyl nikdy sám, domov byl vícegenerační a doma vždy někdo byl; smrt byla veřejná, byla takřka v centru rodinného života. Každý, zážitkem různých forem umírání a smrti jiného člena rodiny, poznával svoji smrt a připravoval se na ni. Každý věděl, co se hodí a co nehodí říkat, co má a nemá dělat, až bude někdo umírat, znal svoji roli. Umírající, který to mnohokrát zažil, věděl, co může očekávat. Věděl, co se bude dít i po jeho smrti s jeho mrtvým tělem.³⁸ To přispívalo k úspěšnějšímu přijímání vlastní smrti, zmírnění strachu z ní.

Jistě nezanedbatelnou okolností byl vysoký vliv náboženství, jeho institucí a rituálů. Víra vždy byla lidem oporou a nadějí, umírání ulehčovala. Křesťan se může opřít o Písmo svaté, které mu poskytne útěchu. Nikdy není sám, je ve stálém spojení s Pánem, a to i v době umírání. A má jasnou představu o tom, že tělesná smrt není absolutní konec a nicota, ale naopak přechod do nebeského domova.³⁹ V této souvislosti je však nutné připomenout, že zejména ve středověku, církev tematizováním očistce a pekla, obavy z umírání také prohlubovala.

Hlavním rysem umírání v minulosti tak bylo smíření s konečností života a zcela běžná zkušenost s reálnou smrtí. Hřbitovy byly místem, kde lidé normálně setkávali, komunikovali, žili. Ne nadarmo bylo nad vchody do hřbitova napsáno „Memento mori“, když sem vstupuješ a až budeš odcházet, vzpomeň, že tvůj život je konečný, pamatuj na

³⁸Zajímavý zvyk nakládání s mrtvým tělem je dokladován na Šumavě. Nebožtík se umyl a upravil, zavinul do rubáše a uložil na umrlčí prkno. To si častokrát sám během života připravil. Takto byl ponechán tři dny do pohřbu. Umrlčí prkno s nebožtíkem bylo zpravidla uloženo na dvou židlích ve světnici, v předsíni nebo v průjezdu. V domě se scházeli příbuzní, přátelé a sousedi a společně se za nebožtíka modlili. V zimě zůstával nebožtík na umrlčím prkně, na půdě, v komoře nebo ve stodole, až do rozmrznutí půdy, aby se mohl uskutečnit pohřeb. Zemřelý byl na umrlčím prkně odnesen do kostela a po mši na hřbitov. Při pohřbu se nebožtík nechával sklouznout z prkna do hrobu (nebo byl přeložen do rakve). Umrlčí prkno se pak často stavělo podél cest, na rozcestích, ke stromům a plnilo úlohu pomníku.

³⁹ srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a KACZMARCZYK, Stanislav. Poslední úsek cesty.s. 88.

smrt, jako jeden z odrazů Knihy Sírachovcovy: „*Budeš-li ve všech svých úvahách pamatovat na vlastní konec, navěky nezhrěšíš*“ nebo ještě známějšího připomenutí „*Prach jsi a v prach se obrátíš!*“⁴⁰ A připomeňme si i velmi oblíbený příběh s poučením, o setkání tří živých se třemi mrtvými, kdy mrtví jasně hovoří o konečnosti života říkajíc živým: „*Co jste vy, byli jsme i my, co jsme my, budete i vy*“. Tato věta bývala rovněž při vchodu na hřbitov, objevuje se v kostnicích, ale i v kostelích. Jako například na vzácné fresce ze začátku 14. století v kostele sv. Mořice u šumavského Annína.⁴¹

1.3.3 Umírání v současnosti

Hlavní rys umírání v minulosti se vytratil a převrátil ve vlastní opak: odmítání konečnosti života a téměř žádná zkušenost s reálnou smrtí, její vytěsnění. Ovlivnila to řada okolností. Protože pochopení současných postojů k umírání a smrti je zásadní pro reflexi dystanzie, budeme se jimi zabývat podrobněji. Je jisté, že musíme začít v minulosti, v době, kdy se rozvíjel domácí model umírání. Protože hovoříme o postojích, nutně musíme hovořit i o hodnotách a morálce. Do osvícenství byl na počátku morálky Bůh. Osvícenci tuto podřízenost morálky zavrhlí a etiku sekularizovali. Vzniká univerzalizmus a etika lidských práv. Absolutní hodnotou již není Bůh, ale lidský jedinec. Jedinec, jehož přirozeným právem je svoboda, důstojnost, rovnost a štěstí. Ideály osvícenství končí ve 20. století v jatkách u Verdunu, Ypres, Haliče, na Sommě, Marně, či Piavě a potom v Osvětimi, Treblince, před Moskvou, u Stalingradu, v Normandii, Ardenách, v Atlantiku, Hirošimě a Nagasaki. Jsou nahrazovány idejemi liberalismu. V popředí je svoboda a autonomie, ne rovnost. Nástrojem prosperity je egoismus a regulativem právo myslet jen na sebe; vlastní zájmy a záležitosti, mravní závazky se stávají individuálním právem, nikoli individuální povinností. Dobro je omezeno na slast a užitečnost.

V řeckých bájích se objevuje krásný mladík Narcis, který se zamiloval sám do sebe, do své vlastní krásy. Tak často a intenzivně zhlížel svoji milovanou krásnou tvář v hladině studánky, až do ní spadl a utopil se. Dnes se jako „narcismus“ označuje samolibost, ješitnost, sebeláska. Podle některých sociologů a filosofů (např. Lasch a Lipovetsky) je narcismus projevem dnešního totálního individualismu, protože nejlépe popisuje „*nově vzniklou formu psychologicky citlivé, destabilizované i tolerantní*

⁴⁰ Sir 7,36; Gn 3,19

⁴¹ Viz příloha IV

*individuality, soustředěné na emoční seberealizaci, lačníci po mládí, sportu a rytmu, pro niž je neustálé naplňování v soukromé sféře důležitější než úspěch v životě*⁴². Uvedené změny ve společnosti, tzn. svoboda bez veškerého omezování, možnost zvolit si vlastní způsob života jsou považovány za nejvýznamnější společenskou a kulturní událost naší doby. Do nástupu individualismu bylo zachování vlastního života významným morálním imperativem. V současném myšlení se však objevují tendence k jeho překonání. To se samozřejmě promítá i do vztahu ke smrti. A tak se třeba u sebevraždy již nehovoří o prohřešku proti morálnímu závazku. Sebevražda přešla do výlučně intersubjektivní morálky. To představuje zhroucení kultury individuálních povinností a zároveň triumf subjektivních práv. Jak konstatuje Lipovetskynyní „jedinec patří výhradně sobě samému a nad jeho právem zacházet s vlastním životem se již nevznáší žádný vyšší princip“.⁴³

Není divu, že tento stav nazývá MacIntyre „novým věkem temna“.⁴⁴ Rovněž není divu, že tento stav, Jan Pavel II., ve spolupráci s biskupy celého světa, nazval „kulturou smrti“ a zhodnotil jako morální úpadek.⁴⁵ Při hledání pramenů této krize uvádí pojetí svobody člověka jako absolutně individualistickou, jako určitou deformaci, která pomíjí druhé lidi a vede k odklonu od tradic. K hodnocení životních situací pak není využíván tradiční pohled na dobro a zlo, ale pohled subjektivní. Subjektivizace vede k tomu, že si cítění mravních hodnot každý jednotlivec vykládá po svém a přizpůsobuje si je svým osobním měřítkům, vlastnímu užitku a potěšení. Individualismus dnešního ražení je tak propojen s utilitarismem a hédonismem, a tyto typy morálek se stávají dominantními. Kvalita života je měřena materiálním nadbytkem, nezřízeným konzumováním věcí a potěšením těla; vyšší hodnoty vztahové, duchovní a náboženské jsou opomíjeny. Lidské hodnoty jako je vzájemná úcta, nezištnost aslužba, jsou nahrazeny výkonností, funkčností a prospěchem. V popředí je „chtít“, hodnotou je „mít“, zatímco hodnota

⁴²LIPOVETSKY, Gilles. Éra prázdnoty: úvahy o současném individualismu. s. 16. Takto chápaný narcismus vede k potřebě sdružovat se v kolektivech se specializovanými, miniaturizovanými zájmy, kolektivech podobných narcisů a k potřebě projevovat se. Lze to pozorovat v řadě internetových či rozhlasových diskuzí, na sociálních sítích a pod, kdy mluvčí nemá co sdělovat, nemá co říci, ale má touhu se vyjádřit. I bezobsažné sdělení, předávané a zesílené médii (internet, rozhlas), vede k uspokojení narcistické potřeby, protože, a to je důležité, příjemcem sdělení není někdo druhý, ale sám mluvčí. To je, podle Lipovetskeho ukázkou spojení narcismu s obecnou ztrátou podstaty, prázdnotou současné společnosti a lhostejností k druhým.

⁴³LIPOVETSKY, Gilles. Soumrak povinnosti s. 117

⁴⁴MACINTYRE, Alasdair C. Ztráta ctnosti: k morální krizi současnosti. s. 305.

⁴⁵ srov. Papež JAN PAVEL II.. Evangelium vitae: encyklika Jana Pavla II. O životě, který je nedotknutelné dobro. zejm. čl. 4-24, 58-70, 94

„být“ se vytrácí. Hodnota věci se dostává nad hodnotu osoby a nakonec se i život stává věcí (což má také své dopady v manipulaci se smrtí).

Je zřejmé, že takovýto stav vede k odklonu od sociálního soužití, od potřeby pomáhat druhým. Každý, kdo je nevykonný, omezeně funkční a neprospěšný, je chápán jako zátěž. Každý, kdo vyžaduje více ohleduplnosti, lásky a péče, omezuje životní úroveň těch, kteří se mají lépe, a proto je posuzován jako nepřítel. Vztahy mezi jednotlivcem a okolím jsou narušeny, a protoževlastní autonomie má hranice, platí,co je za ní,může být nepřátelské. Společnost tak ztrácí svůj vztahový charakter a stává se nahromaděním individualit. Společnost se odlidšťuje. Tím mizí vztah ke společným hodnotám a prohlubuje se odklon od tradic. Rozlišování toho, co je dobré a co je zlé, je tak stále obtížnější.

Egoisticky pojatý individualismus, který je doprovázen sekularismem, přináší postupnou ztrátu vztahu k Bohu i k člověku.⁴⁶ Určitou podobou sekularizace a ztráty vztahu k Bohu je i lhostejnost k obecným problémům bytí, jejich odsunutí a omezení na každodenní problémy žití, a to v rozsahu značně rozptýlených zájmů, zejména konzumních. Důsledkem je další odklon od tradic s projevy v osobním i společenském svědomí, kde dochází k směšování dobra a zla. Již není jen obtížné rozlišit, co je dobré a zlé, je to velmi obtížné, neboť to, co je dobré, je vydáváno za zlé, a to, co je zlé, je vydáváno za dobré. V takovém prostředí jsou neefektivní, zejména staří a nemocní lidé, jejichž počet narůstá, považováni za břemeno a jsou vylučováni ze společnosti. V takovém prostředí snadno vznikají koncepty odsuzující posvátnost života a nahrazující ji jeho užitečností či neužitečností s dopady do práv na ochranu života.

Jan Pavel II. hodnotil sekularizaci mnohokrát, a ukazoval, že s sebou nese ztrátu duchovní perspektivy. „*Sekularismus omezuje jakýkoliv plán, ať již společenský nebo individuální, na perspektivu pozemského blahobytu a prosazuje chápání svobody bez etických norem...Současná sekularizovaná společnost je systematicky ochuzována o duchovní hodnoty, a to zejména v mysli mladých lidí, kteří jsou při svém rozhodování vedeni k tomu, aby upouštěli od praktikování víry nebo na úkor ní upřednostňovali konzumismus.*“⁴⁷

Je nutné také vidět, že sekularismus má své zdroje i v rozmachu vědy a lidského poznání. Místo Boha spíše vidíme působení přírodních zákonů, a tak, jak člověk

⁴⁶jedním z dokladů sekularizace je pokles počtu věřících osob, který je pro ilustraci znázorněn v Příloze II.

⁴⁷Jan Pavel II. Nebojme se pravdy: nedostatky lidí a provinění církve. S. 56-57.

postupně po částech a omezeně ovládá přírodu, odsouvá Boha, jako Stvořitele, mimo náš svět. Díky rozvoji vědy a techniky ztrácí víra v boží působení na přesvědčivosti. Odrazy lze najít např. u některých filosofů a vědců: Nietzsche: „*Bůh je mrtev!*“; Marx: „*Náboženství je opium lidstva.*“; Freud: „*Náboženské představy jsou iluzí.*“ apod. Fromm k tomu dodává: „*Dostojevskij řekl: ‚Jestliže je bůh mrtev, pak je dovoleno vše.‘ Toto je skutečně názor většiny lidí; liší se jen v tom, že někteří dovozují, že je třeba, aby církev a bůh zůstaly, aby se zachoval pořádek, zatím co jiní holdují názoru, že je vše dovoleno, že morálně platné zásady neexistují a že účelovost je jediným regulujícím životním principem.*“⁴⁸

Příčiny ztráty vztahu k Bohu, či jeho odmítání uvádí i Katechismus, podle něj pramení: „*ze vzpoury proti přítomnosti zla ve světě, z náboženské neznalosti nebo lhostejnosti, ze starostí o svět a bohatství, ze špatného příkladu věřících, z myšlenkových proudů nepřátelských vůči náboženství a konečně ze sklonu člověka hříšníka skrývat se ze strachu před Bohem a utíkat před jeho voláním.*“⁴⁹

Umírání je ovlivňováno i obecným postojem ke smrti. Ten se podle Vágnerové skládá ze tří složek: emotivní, kognitivní a chování. Emotivní složku vyjadřuje hlavně strach a úzkost, vzácněji apatie, rezignace či touha. U starých a infaustně nemocných mohou vystupovat do popředí emocionální projevy typu: „Už to chci mít za sebou.“, „Bude to vysvobození.“ apod., které znají všichni ti, kteří se seniory někdy pracovali. Kognitivní složka zahrnuje vědomosti o umírání, popřípadě vlastní zkušenost se smrtí. Protože dnes nelze hodnotit úroveň vědomostí o smrti jako dobrou a o zkušenost se smrtí většinou lidé nestojí, bývá emoce v převaze nad racionem. Rozum může být emocí velmi snadno zaslepen. To se projevuje ve třetí složce postoje ke smrti v chování, které je tak ovlivněno především emotivně. Člověk se snaží konfrontaci se smrtí vyhnout.⁵⁰

Na soudobé postoje k umírání má jistý vliv i stav tzv. „vytěsnění“ smrti. Smrt je zpřítomňována velmi často a hodně, možná až přespříliš. Svědectvím mohou být zpravodajské pořady televizí, obsah denního tisku apod. Zpravodajství často působí spíše jako „černá kronika“ (kriminální činy, terorismus, živelné pohromy, války, smrtící

⁴⁸FROMM, Erich. Člověk a psychoanalýza. S. 194-195.

⁴⁹Katechismus katolické církve [online]. § 29.

⁵⁰ srov. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. s. 430.

epidemie), než zpravování o událostech pestrého světa okolo nás.⁵¹ Pokud často hovoří o smrti, jde téměř vždy o smrt nám neznámé osoby. Takovou smrt nevnímáme jako reálnou, nemáme z ní konkrétní obavy, je mimo nás, cizí, vzdálená. Podobně je to v oblasti nejdostupnější kultury, ve filmu a televizi. Ve filmech a seriálech o násilí, umírání a smrti, je smrt ještě vzdálenější, protože je hraná. Behaviorismus odhaluje, že zvýšená frekvence kontaktu s jednou okolností, vede k otupení. Dochází k určité adaptaci a úbytku intenzity odezvy na podobný podnět. Neustálé setkávání se smrtí v médiích vede k tomu, že je smrt přijímána lhostejně, bez emotivní odezvy.⁵² I když není takto pojatá „neosobní“ smrt plně vnímána, zůstává v člověku, mimo jeho vědomí, informace – smrt je zlo.

Pokud se však smrt týká osob blízkých, milovaných, nebo nás samotných, je situace jiná, protože niternější. O smrti, té vlastní, či blízkých, se nemluví. Jakoby tím, že o věci nemluvíme, věc přestala existovat. Proč? Smrt je považována za odpuzující, hovořit o ní je morbidní. Ze smrti jde strach. Proto, zejména mladé věkové skupiny, o smrti nehovoří s vysvětlením „vždyť je ještě daleko“ (33% populace), na úvahy o smrti je ještě čas. A seniorům je nepříjemno o ní hovořit (17% procent populace), protože v pozadí již působí úzkost a strach.⁵³ V současnosti se nejvíce akcentuje strach ze ztráty důstojnosti a bolest při umírání (47 %, resp. 41 % populace).⁵⁴ Další obavy vzbuzuje odloučení od blízkých, finanční i psychická zátěž blízkých, strach z konečnosti, z toho, co bude po smrti. Tam, kde je nejvíce uznávané mládí, výkon, úspěch a zdraví, je smrt hrozbou, která ono uznávání ničí, bere majetek a požitky. Nejzákladnější strategií k zabránění vzniku úzkosti, nebo jejímu snížení, je vytěsnění, vytlačení z vědomí do nevědomí. A tak je smrt vytěsňována. Protože vývoj od osvícenství po liberalismus odstranil vše transcendentní, nemá jedinec žádnou oporu pro uznání své smrtelnosti. Proto hledá prostředky, jak upevnit svůj svět smyslu. Nalézá je buď opět v náboženství, nebo v mystice, což je zřejmé ze současné popularity ezoteriky, a to zejména v oblastech jasnovidectví, věštění a léčitelství.

⁵¹ v českém prostředí nalezneme snad jen jedinou celoplošnou televizi „dobrých zpráv“ – Noe, kterou provozuje Biskupství ostravsko-opavské.

⁵² srov. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. s. 429

⁵³ Umírání a péče o nevyлéčitelně nemocné II. Závěrečná zpráva [online].

⁵⁴ tamtéž.

Postoje k umírání a smrti významně ovlivňuje tzv. kult zdraví. Při posuzování fyzické stránky života se objevuje jednak příkaz funkčnosti, ale také hédonistické postoje. Tělo se stalo důležitým znakem identity. Jakožto součást identity úzce souvisí s lidskou důstojností, a proto vyžaduje respekt, tj. neustálou péči o zachování jeho správné funkcionality. Hédonistické vlivy lze spatřovat v požitcích tělesné estetičnosti, zachování šarmu a svůdnosti, v důsledku v péči o tělo pro zachování mládí, boj proti stárnutí. Stárnutí, involuční změny s ním související, jsou nepatřičné. To je charakteristické pro novodobý narcismus, který je silně ovlivněn strachem ze stárnutí a smrti. Pro narcise, který má potřebu být oceňován a obdivován pro svou krásu, půvab či proslulost, a který je lhostejný k budoucím generacím, je představa stárnutí a smrti nesnesitelná. Proto to zaujetí vlastním tělem, proto ona posedlost zdravím a hygienou, tzn. hlavně údržbou těla (sportovní, dietetickou a kosmeticko-chirurgickou), nadspotřebou lékařské péče, léčiv a potravinových doplňků.

Jistý vliv lze přisoudit i postojům dnešního člověka k bolesti. Boj člověka s bolestí trvá celou lidskou historií. V současnosti se bolest považuje za odpornou a skandální, zbytečnou a nesmyslnou. Tento vztah k bolesti, ve společnosti s převahou subjektivních práv a absentujícími individuálními povinnostmi, požaduje zavést individuální právo na „dobrou“ smrt bez utrpení. Oporou pro tyto požadavky není mravní úvaha, ale existenční děs vyvolávaný prodlužovaným a zbytečným utrpením, terapeutickou urputností, dystanazií.

Dalším významným vlivem na postoje k umírání je medicína. Když se od 19. století začala prudce rozvíjet, a to po všech stránkách, od vědomostí, přes instrumentarium, po množinu technických a farmaceutických prostředků, umožnilo to, zejména od století dvacátého, rozšiřující se dostupnost zdravotní péče. Profesionalizace zdravotního systému, poměrně hustá síť zdravotnických zařízení, ale také rozvoj ošetrovatelské péče v sociálních službách, vyvolaly domněnku, že péče o umírající je věcí profesionálů. Nezanedbatelný vliv na toto přesvědčení měly i změny v sociální roli rodiny. Významně ubylo vícegenerační bydlení, nutnost zajištění obživy zaměstnala dospělé členy rodiny a domovy značnou část dne zejí prázdnotou. Za takové situace bylo obtížné uplatnit domácí model umírání, byť samozřejmě přetrvává (v současnosti v domácím prostředí umírá cca 20 % populace), jen je otázkou do jaké míry ve své zidealizované podobě. Statistiky sice sledují počet úmrtí v domácím prostředí, ale již neříkají nic o průběhu

faktického umírání, zda byl umírající sám, či byl přítomen někdo blízký, zda trpěl, či k němu byla smrt milosrdná.

To, co se ve vzdálenější minulosti týkalo chudých a osamělých, když se začaly budovat špitály a chudobince, aby se jim poskytla alespoň nějaké péče v nemoci a při umírání, se najednou týká většiny populace. Infaustně nemocní a umírající se v hojně míře převážejí do nemocnic, léčeben, ústavů, domovů pro seniory (případně z těchto domovů do nemocnic) apod., zkrátka do institucí. V nich ukončí svou životní pout' téměř $\frac{3}{4}$ populace. A tak vedle výše popsaného domácího modelu umírání vzniká institucionální model umírání.

Institucionální model umírání přináší řadu pozitiv, jako je možnost permanentní odborné péče, rychlou a často efektivní pomoc při komplikacích. Má i negativní rysy, např. znamená změnu režimu života umírajícího, pocity izolace, vykořenění, osamocení a umožňuje dystanazii. Působí tak, oproti domácímu modelu, hůře na psychiku nemocného, potencuje psychickou zátěž, vyvolává psychickou bolest, stres a deprese. Vedle profesionality je tu sterilita, neosobnost, chlad. Jak říká Haškovcová „*ztenčila a ztratila se lidská dimenze*“.⁵⁵ Z institucionálního modelu umírání plyne ještě další důsledek; nyní prakticky vůbec nevidíme lidi reálně umírat. Se smrtí se setkáváme pouze ve výjimečných případech. Omezení zkušenosti smrti má i závažný psychologický dopad – nejsme schopni vytvořit si odpovídající obrannou strategii, jak tomu bylo při domácím modelu umírání. Smrt je tak ještě více z našich životů vytěšňována. Tak silné, z různých směrů podporované vytěsnění smrti z vědomí, má velmi závažný následek; stáváme se (my, blízcí, přátelé, ale i zdravotníci) stále více neschopnými doprovázet umírající a pomáhat jim dobře prožít poslední okamžiky života. I to ovlivňuje manipulace se smrtí.

⁵⁵HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. s. 362.

2. Problém dystanazie

2.1 Dystanazie

V jednom z pohledů na přirozenou smrt člověka jsme ji viděli, jako okamžik jeho úmrtí, bez toho, že by se smrtí bylo manipulováno, přičemž jednou z manipulací, totiž oddalováním, je dystanazie.

Abychom mohli dystanazii eticky reflektovat, musíme pochopit význam tohoto výrazu. Termín pochází z řečtiny. Předpona dys- vyjadřuje zhoršení, zeslabení, chybnost, neblahost, těžkost, špatnost, a thanatos znamená smrt. Přeloženo těžké umírání, špatná smrt.

V tom původním významu těžkého umírání se dystanazie držela celá staletí. Rozvoj medicíny od 18. století, kterému se budeme věnovat v další části práce, přispěl ke změně tohoto významu. Když v r. 1961 zveřejnil americký prof. Peter Safar (mimořádně s českými předky – Šafař) postupy pro efektivní kardiopulmonární resuscitaci, otevřel možnosti návratu do života pro miliony lidí. Následný vývoj medicíny však přispěl i k možnostem prodloužení umírání a význam dystanazie se posunul. Stala se zadržovanou smrtí, oddálenou smrtí, a také jedním z činitelů, přispívajících k stále se otevírajícím diskuzím o eutanazii. V kontextu se soudobými postoji k umírání, úpadkem morálky společnosti, odklonu od tradic a pronikání názorů na omezenou ochranu neúčinných (nehodnotných, nekvalitních) životů, významně ovlivňujících diskuzi o eutanazii, roste i význam odhalování a odstraňování dystanazie, jako jednoho ze zdrojů volání po legalizaci eutanazie.

Haškovcová definuje dystanazii jako „stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována“, lékaři se snaží léčbou zachránit lidský život za každou cenu. „Stále intervenují ve prospěch života, který nezadržitelně odchází, a tvrdošjně se snaží zvrátit neblahý stav věcí. Používají všech metod a technik, které mají k dispozici, a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít.“⁵⁶

Jinou definici dystanazie nabízí server hospice.cz: dystanazie „je umělé a násilné prodloužení přirozeného procesu umírání léčbou, jejíž nevýhody z pohledu pacienta nebo jeho blízkých převažují nad jejími výhodami“.⁵⁷

⁵⁶HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. s. 32-33.

⁵⁷Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí, o.s. [online].

Marková chápe dystanazii jako situaci, „*kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by za normálních podmínek v klidu z tohoto světa odešel*“.⁵⁸ Dvořáková klade rovnítko mezi dystanazií a nesmyslně oddalovanou neodvratitelnou smrtí. A konstatuje, že „*je běžnou praxí ve většině nemocničních zařízení*“.⁵⁹

Dystanazie svědčí o odmítání myšlenky na smrt, o popírání přirozeného koloběhu života. Je také faktorem, který ohrožuje základní práva nevyléčitelně nemocných nebo umírajících, jak konstatuje Rada Evropy v Chartě práv umírajících, je „*umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného*“ a vyzývá, aby členské státy zabránily m.j. „*prodlužování umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli*“.⁶⁰

Protože moderní zdravotnictví prodlužuje život obecně, je nutné rozlišovat, co ještě dystanazií není, a co již jí je. Např. operace prasklého slepého střeva, jinak zdravého člověka, jistě zachraňuje život a oddaluje smrt, ale není dystanazií. Proto si shrňme to, co jsme již uvedli, abychom mohli lépe rozlišovat. Co činí dystanazií onou zadržovanou smrtí? Nastiňme si základní modelovou situaci. Máme zde umírajícího člověka ve stadiu nevratně progredujícího onemocnění *in finem*. Smrt, obrazně řečeno, klepající na dveře, tj. blížící se, již nelze běžnou medicínou zastavit, je neodvratná. Máme zde také lékaře, zpravidla s týmem zdravotnických pracovníků – profesionály, vybavené sofistikovanými postupy, efektivními technickými prostředky a účinnými farmaky. Tito profesionálové nasadí své vybavení a zkušenosti do boje se smrtí, kterou tak mohou zadržet (nevpustit do oněch dveří na které klepe), a to často i na velmi dlouhou dobu. Toto intenzivní nasazení, nezřídka invazivní a působící bolest tak ústí v utrpení. Vzniká stav, kdy smrt je manipulována, je oddalována, umírání, a s ním i utrpení, je zbytečně prodlužováno. A to se odehrává bez dalších benefitů pro pacienta a jeho blízké. To je dystanazie. Pravdou je, že v praktické medicíně, u lůžka nemocného, je někdy velmi těžké rozlišit, kdy jde ještě o záchranu života, a kdy už jen o prodlužované umírání.⁶¹

⁵⁸ MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. s. 14.

⁵⁹ DVOŘÁKOVÁ, Tereza. Non lege artis?

⁶⁰ RADA EVROPY. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999.

⁶¹ Srov. KOŘENEK, Josef. Lékařská etika. s. 120.

Proč se to děje? Co k tomu vede? Zdrojem dystanazie je především vztah společnosti k umírání a ke smrti, odmítání přirozené konečnosti lidského života, zejména v situaci, kdy je tento konec již nezvratný. Mezi další zdroje dystanazie lze zařadit medicínu a pacienty. Ze strany zdravotníků je to orientace na zápas o život, přijetí smrti pacienta jako prohry a uplatňování postupů vítězné, případně defenzivní medicíny na nemocné, kteří se dostali za hranice možností medicíny. Ze strany nemocných je zdrojem dystanazie sám zdravotní stav, zejména neléčitelná onemocnění, která mohou být původcem dlouhodobého a trýznivého umírání a přehnaná očekávání nemocných a jejich blízkých od výsledků vítězné medicíny, spojená s vyvíjením tlaku na zdravotníky, aby poskytovali léčbu „za každou cenu“, a také potenciální hrozba, kterou představují možným podáním stížnosti či žaloby, není-li léčba, z jejich pohledu, úspěšná.

Doposud jsme o dystanazii jako manipulaci s přirozenou smrtí uvažovali v souvislosti s původním významem slova manipulace jako zacházení s něčím, posouvání, přesouvání něčeho; pro nás oddalování, zadržování. Manipulaci však můžeme chápat i jako ovládání a zde lze zahlédnout i jiný možný pohled na dystanazii a doufejme, že vyskytující se pouze minimálně, či vůbec. V souvislosti s Chartou práv umírajících, která akcentuje špatnost léčby, je-li bez souhlasu pacienta, prodlužování umírání proti vůli umírajícího, pak za manipulaci můžeme považovat ovládání nemocného bez jeho vědomí a souhlasu, skrytou formu donucení, obcházení pacientovy svobody. Z takového pohledu je manipulace zaměřena na dosažení cílů manipulátora-lékaře, využitím manipulovaného-pacienta (nelze vyloučit ani obrácení rolí). Je častá v asymetrických vztazích, což vztahy lékař-pacient obvykle bývají. Manipulace je mravně pochybná kvůli ukrývání motivů, využíváním druhých lidí jako prostředků k dosažení vlastních cílů, i svými technikami, zejména nepodáváním úplných nebo podáváním zkreslených informací, podněcováním obav, či naopak nadhodnocováním přínosů, někdy i lhaním, využíváním slabostí a zranitelnosti druhých. V kantovské etice je využívání druhých osob jako prostředků přestupkem proti lidské svobodě a autonomii. A je tak i porušením principů lékařské etiky.

Uváděli jsme si hlavní cíl medicíny – vyléčení. Vedle toho existují také jiné motivy, a ty vedou k dystanazii. Především jde o neschopnost přiznat si porážku a přirozené vítězství smrti, s co nejdelším bojem za udržení pacienta při životě. Také jde o obavy z chybných rozhodnutí, postupů, jejich důsledků a možných navazujících

soudních sporů, s co největším nasazením lékařských prostředků, aby nemohlo dojít k obvinění ze zanedbání povinnosti. Tyto motivy mohou být, více či méně, skrývány za skutečný cíl medicíny. Pod maskou léčení se tak může skrývat jiný motiv, boj s neschopností přiznat si prohru a boj za získání argumentů pro případnou obhajobu. Prostředkem k dosažení cíle je nic netušící pacient. Možnost existence takto pojaté dystanazie, jako manipulace s přirozenou smrtí, je zlem, které je nutné zviditelňovat. Například diskuzí s odhalováním zdrojů dystanazie a hledáním cest jak jí předcházet.

Slovo dystanazie se sice v diskuzích a literatuře objevuje, ale není výrazně frekventované (na rozdíl od svého protipólu eutanazie), o to více se však objevuje v klinické praxi a následně jako argument příznivců legalizace eutanazie. To je další důvod, proč se jí musíme zabývat a hledat možná řešení. Z cesty, kterou jsme se snažili pochopit obsah pojmu dystanazie, jsme mohli zahlédnout několik okolností, které je nutné si přiblížit. Viděli jsme urputný zdravotnický tým, viděli jsme neodvratitelnou smrt s pokusy léčit nevléčitelné a také jsme viděli nasazení řady prostředků, jejichž nasazení zadržovalo smrt, prodlužovalo umírání a také zvyšovalo utrpení nemocného, umírajícího. Tyto okolnosti úzce souvisí s pojmem „vítězná“ medicína, s koncepty marné léčby a řádných a mimořádných prostředků.

2.2. „Vítězná“ medicína

Pro pochopení přívlastku „vítězná“ si stručně načrtneme vývoj medicíny. Ukážeme si některé milníky na její cestě k vítězství. Výčet těchto milníků, co do rozsahu, nemůže být úplný, proto je zjednodušující. Totéž se týká jmenovaných významných osobností. Čtenáři této práce tak mohou postrádat některé, pro ně zajímavé, milníky či osobnosti, zde neuvedené.

Různé formy medicíny provází lidstvo od začátků jeho historie. První písemné medicínské záznamy pocházejí z 2. tisíciletí před naším letopočtem. Každé lidské společenství si vytvářelo svůj pohled na život a nemoci, jejich rozpoznávání a léčení, vytvářelo si svůj medicínský systém. Prvotně byly nemoci chápány jako způsobené nadpřirozenými silami, zlými duchy, kouzly, zásahem bohů. Řecká medicína začala odstraňovat toto působení nadpřirozených sil. Nejznámější lékař období antického Řecka – Hippokratés z Kósu – je považován za otce medicíny. (Jeho učitel Asklépios, léčitel, který přešel do řecké mytologie jako bůh léčitelství, byl symbolizován holí

obtočenou hadem. Tato asklépiova hůl je do dnešních dob znakem lékařů.) Je mu totiž připisováno položení základů medicíny jako vědy. Jeho pokračovatelem byl římský Claudius Galenus, který na Hippokrata navázal a rozvinul metodologii starověké medicíny. Dalším velikánem starověké medicíny byl Avicenna, jehož systematický souhrn medicínských znalostí a postupů starověku sloužil jako učebnice po celý středověk.

Takto postavené základy, s omezenou znalostí anatomie a fyziologie a neznalostí účinných terapeutických a chirurgických postupů, přetrvaly v podstatě až do renesance, ve které získala v medicíně ústřední pozici anatomie a fyziologie. Díky detailnímu zkoumání lidského těla mohly vznikat další součásti medicíny, obory jako chirurgie, patologie, mikroskopie, biochemie a další. Za mezník se považuje dílo Andree Vesalia, který vydal anatomický atlas (1542) a Williama Harveye, který objevil a publikoval funkci krevního oběhu (1628).

V 17. století byl vynalezen mikroskop. Znalosti medicíny o struktuře a funkcích lidského organismu se tak postupně prohlubovaly; zatím jen znalosti, zdravotní stav obyvatelstva se výrazně neměnil. V 18. století to přesně popsal skotský anatom Baillie *„Na základě svých anatomických poznatků vím pravděpodobně lépe než kdokoli jiný, jak objevit a poznat chorobu; nevím však o nic lépe než dříve, jak ji léčit.“* 18. století přineslo významný praktický objev, v souvislosti s epidemiemi neštovic, zavedení inokulace a později vakcinace (1721 Wortley-Montaguová, po r. 1750 otec a synové Suttonovi, 1798 Jenner).

19. století, století revolucí, se stalo revolucí i pro medicínu. Zaznamenalo pochopení podstaty infekčních onemocnění; Ignaz Semmelweis, Louis Pasteur a Robert Koch přispěli k vzniku mikrobiologie, která objevila roli patogenních mikroorganismů. Otevřela tak cestu k novým významným léčebným postupům. V polovině 19. století byla objevena anestezie (1846 William Morton, v Evropě 1847 Celestin Opitz) a antiseptika (1865 Joseph Lister), což umožnilo rychlý rozvoj chirurgie. Jsou vynalézány dnes základní a „tuctové“ nástroje medicíny. V roce 1816 vynalezl Laënnec stetoskop, který bude nejvýznamnějším nástrojem medicíny až do objevu a využití rentgenových paprsků na konci 19. století. V polovině 19. století von Bärensprung a Traube odhalili, že tělesná teplota je pro diagnostiku i terapii důležitým ukazatelem a ovlivnili tak vývoj lékařských teploměrů. Riva-Rocci v r. 1896 položil základy pro měření krevního tlaku. 19. století také zavedlo do výroby dělbu práce, která se prosadila i v jiných odvětvích.

Mezi nimi i v medicíně. V té to znamenalo specializaci a dělení na obory. Financování medicíny, dosud často závislé na darech, postupně přecházelo pod vliv států.

20. století bylo ještě revolučnější. V první polovině století byla objevena a zaváděna antibiotika. Vzhledem k tomu, že před antibiotiky umírali lidé i na drobná poranění, resp. na infekci, která jimi pronikla (např. škrábnutí o trn růže), patří tento objev k těm z nejvýznamnějších milníků vývoje medicíny. Od roku 1954, kdy byla poprvé úspěšně transplantována ledvina, se obrovsky rozvinula transplantační chirurgie. Od roku 1961 se datuje vznik moderní kardiopulmonární resuscitace. Objevuje se umělá plicní ventilace a mimotělní krevní oběh. V r. 1977 byly globálně vyhlazeny neštovice. Rozvoj technologií se projevil i v medicíně. Objevují se elektronové mikroskopy, endoskopie, ultrazvuková a laserová zařízení, počítačová tomografie, magnetická rezonance, genetická diagnostika a další a další prostředky pomáhající diagnostice i léčbě.

Medicína v druhé polovině 20. století zachránila více lidských životů, než v kterékoli předchozí etapě svého vývoje. To vše mělo i své negativní důsledky. Společnost se dostala do stadia nepřiměřených očekávání blízkého vítězství medicíny nad chorobami. Vždyť medicína již dosáhla úspěchu nad řadou nemocí, na které se dosud ve velkém umíralo. Medicína se stala vítěznou.

Aby lékařství mohlo využívat nové poznatky a dále vítězit, bylo nutné vybudovat složité zdravotní systémy a prohloubit specializaci lékařů. Nemocnice se stávají továrnami na zdraví. Důsledkem bylo odosobnění medicíny. Pacient již nepřicházel do styku se svým jedním lékařem, ale týmem odborníků, a zpravidla na něj nikdo neměl dostatek času. Čas byl nutný k sledování monitorů, hodnot, kabeláže a na vyplňování hlášení. Přes hradbutechnologií a formulářů pacient již ani není vidět, a tak se ztrácí. Odlidštění je jedním z velikých problémů vítězné medicíny, v důsledku totiž vede ke ztrátě respektu k druhému člověku, umírajícímu, mrtvému. Úcta je často jen proklamována.⁶² Pacient přestal být člověkem, stal se totální endoprotézou, infarktem, co právě přivezli, nebo tím alzheimerem na čtrnáctce.

Dalšími problémy vítězné medicíny jsou její ohraničenost a její vztah ke smrti. Protože člověk není nesmrtelný, zemřít prostě jednou musí, nemůže ani medicína tuto hranici překročit, má svoje limity. Řadu nemocných lze zachránit, ale již není ve schopnostech medicíny je uzdravit. Stále více se objevují chronické a degenerativní

⁶²srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. s. 369.

choroby. Vítězná medicína nám tak paradoxně umožnila dožít se ve velkém ischemické choroby srdeční, cukrovky nebo zhoubného nádoru. Další problém generuje vztah společnosti ke smrti, na kterém se medicína také podílí. Když jsme si popisovali současné postoje k umírání, viděli jsme, že smrt je popírána a vytěšňována. Zdravotníci nestojí mimo společnost, jsou její součástí, i v nich se postoje k umírání, v kontextu současné společnosti, utvářejí. A tak je popření a vytěsnění smrti hluboko zakódováno v základech moderní medicíny.⁶³

Pokud se pacient dostane za hranu možností moderní medicíny, dostává se buď na okraj zájmu, který je plně obsažen ve rčení „s tím už se nedá nic dělat“, nebo se stává prostředkem vybití frustrace zdravotníků, nebo jejich alibismu. Zdravotníci vítězné medicíny, kteří jsou školou připravováni na vítězství a jsou i v praxi zvyklí zápasit o zdraví a vítězit, neumí limity moderní medicíny přijmout. Ten kdo vítězí, často a dlouho, odvyká prohře. To platí i pro zdravotníky, ani oni někdy neumí přijmout blížící se smrt pacienta, protože ji berou za své selhání a prohru. Orientace na zápas o život a přijetí smrti pacienta jako prohry, vedou často k léčbě za každou cenu, i když je tato léčba marná a nemocnému více ubližuje, než přináší – vedou k dystanazii. Tato tendence prodlužovat život za každou cenu je, podle některých lékařů, jedním z velikých etických problémů dnešní medicíny.

Na obranu zdravotníků je nutné připomenout i druhou stranu problému. Na vítězství medicíny si zvykl i nemocný a jeho blízcí, kteřísi navíc navykli na konzumní přístup k medicíně. Člověk konzumující medicínu, Lipovetsky ho nazývá „*homo medikus*“, člověk lékařský, stále více spotřebovává konzultace lékařů, zdravotní analýzy, léky, televizní pořady o zdraví a nemocech, články v tisku, webové stránky, lékařské průvodce a encyklopedie. Tzv. kult zdraví požaduje nové a lepší informace, kontrolu kvality výrobků, identifikaci a omezení rizik, úpravu návyků, zbrzdění účinků stárnutí, pravidelné zdravotní prohlídky apod. a posiluje klíčové protiklady mládí × stáří, zdravý × nemocný, schopný × neschopný apod.⁶⁴ *Homo medikus* mnohokrát neumí přijmout smrt jako přirozenost a požaduje po medicíně pokračování v rozsáhlých a nákladných zázracích. Zdravotník je pak pod násobným tlakem. Tlakem svých vlastních popudů vítězit nad smrtí a obavami z ní. Tlakem, mnohdy značně agresivním, nemocných či jejich blízkých. Také tlakem vlastních obav z případných

⁶³ srov. SLÁMA, Ondřej. Paliativní medicína a dobrá smrt. s. 75

⁶⁴ LIPOVETSKY, Gilles. Paradoxní štěstí: esej o hyperkonzumní společnosti. S. 60.

právních tahanic. Pokud by nenasadil požadovanou léčbu, protože není nutná, nebo více škodí, než přináší, a došlo k úmrtí nemocného, vystavuje se riziku žaloby. V obavách ze soudních pří, kdy by mohla být jeho činnost posouzena jako neposkytnutí pomocipotřebné k odvrácení nebo snížení nebezpečí smrti pacienta, lékař raději pokračuje v léčbě, i když ví, že pacientův stav je za limity současné medicíny.⁶⁵ Tato situace není ojedinělá a již si našla i své pojmenování – defenzivní medicína. Její postupy jsou totožné s postupy vítězné medicíny a v obou případech jde o postupy non lege artis, tedy proti pravidlům a standardům medicíny, bez ohledu na konkrétní podmínky. Rozdíl je v principu. Vítězná medicína popírá smrt jako přirozenou součást života a bojuje se smrtí až do konce, smrt bere jako prohru, zatímco defenzivní medicína popírá sama sebe, protože bojuje s přiznanou smrtí, pouze z obav z rizika vadného postupu, ztráty prestiže a pro schopnost prokázat při možném soudním sporu, že pro záchranu života udělala vše, co mohla.

Řešení takovéto situace lze spatřovat, mimo jiné, i v přijetí konceptu marné léčby a řádných a mimořádných prostředků. Odhalení marnosti léčby by mohlo nalézt ten okamžik, kdy může začínat stav dystanzie a přemýšlení o (mimo)řádnosti použitých léčebných prostředků by mohlo pacientovi pomoci určit, co musí pro záchranu svého života udělat, a co za nutné a smysluplné považovat nemusí, čeho se může vzdát.

2.3 Marná léčba

2.3.1 Definice marné léčby

Objasnit pojem „marná léčba“ (futilita) není jednoduché. Nejenže neexistuje obecně uznávaná definice, ale vyskytují se i názory, že definovat vůbec nelze. Je zatížena mnoha hodnotovými soudy a pohledy na ni se různí podle subjektu – lékaře, pacienta, blízkého pacienta, manažera zdravotnického zařízení, zdravotní pojišťovny apod. Je nutné si připomenout i to, že výraz „marnost“ je často považován za příliš „tvrdý“, vyvolávající negativní konotace, a proto se objevují, pro stejnou podstatu věci, synonymní názvy a eufemismy (např. neadekvátní léčba, nepřínosná léčba, neúčelná terapie, klinicky nevhodná péče, lékařsky nedoporučitelná péče apod.), které však

⁶⁵ jde o trestný čin neposkytnutí pomoci ze strany osoby, jejíž je to profesní náplní; sazba až tři roky odnětí svobody nebo zákaz činnosti.

mohou být i významově posunuté.⁶⁶ Pro tuto práci zůstaneme u pojmu „marnost“. Význam úvah o marné léčbě je v tom, že potvrzují existenci limitů medicíny, za nimiž je již medicína bezmocná, potvrzují smrt jako přirozenou součást života člověka. Na základě těchto úvah může být rozhodováno o změně způsobů a cílů léčby, tedy o nezahájení nějaké specifické léčby nebo jejím nerozšiřování, čivysazení, je-li již prováděna a zahájení, nebo přechodu na jinou specifickou léčbu. Zaměříme se nyní na jádro problému.

O marné léčbě se hovořilo již ve starověku. Již v Corpus Hippocraticum se objevují myšlenky charakterizující medicínu jako „*odstraňování utrpení nemocných, zmírňování prudkosti jejich chorob a odmítání léčit ty, kteří jsou (již) přemoženi chorobou, při vědomí toho, že v těchto případech je medicína bezmocná*“⁶⁷. Případně „*Pokusit se o marnou léčbu je předvedením nevzdělanosti, která hraničí s šílenstvím*“.⁶⁸

V 80. letech 20. století vznikla v USA situace, kdy zdravotníci, zejména v intenzivní medicíně, měli pocit, že další kurativní léčba je zbytečná a pro pacienta neprospěšná, ale pacienti, nebo jejich blízcí, vyvíjeli tlak na další pokračování léčby. Tehdy se obnovila diskuse o marné léčbě, v podstatě jako reakce přemíry důrazu na autonomii pacienta (zajímavé je, že autonomie pacienta se rychle rozvíjela od 50. let 20. stol. jako reakce na lékařský paternalismus, a že koncept marné léčby je, v některých diskuzích chápán, jako pokus medicíny o návrat paternalismu). Hnací silou byla legalizace neposkytnutí či stažení léčby, i při nesouhlasu pacienta, pokud lékař v konkrétní klinické situaci pozná, že konkrétní léčba je marná. I když v této práci hovoříme zejména o nemocných s infaustní prognózou, je důležité pamatovat na to, že koncept marnosti léčby se nepoužívá výlučně pro tyto nemocné, ale může se vztahovat k jakékoli situaci, ve které léčba nenabízí šanci k dosažení žádoucího výsledku.

Sláma dosavadní průběh novodobé diskuse člení na tři etapy:

1. snaha o definování marné léčby,

⁶⁶Adekvátnost léčby se většinou nevztahuje k terapeutickému cíli, ale k nemoci, postižení, příznaku, a na to se soustředí. Léčba musí být přiměřená této okolnosti; na bakteriální infekci, k likvidaci příčiny – mikroorganismu, je adekvátní použití antibiotik; na virovou infekci je adekvátní použít antivirotika apod. Z tohoto pohledu je hodnocení adekvátnosti vyhrazeno lékařům, protože jako jediným ve vztahu lékař-pacient má odpovídající vzdělání.

⁶⁷MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* s. 90.

⁶⁸KERRIDGE, Ian a MITCHELL, Kenneth a McPHEE, John. *Defining Medical Futility in Ethics, Law and Clinical Practice: An Exercise in Futility?*

2. pokusy o vyvinutí procedur pro stanovení marnosti léčby,
3. důraz na komunikační strategie s pacientem a jeho blízkými.

Jak tedy na definici. Podívejme se nejprve na význam slova marnost, které je synonymem zbytečnosti, bezvýslednosti a bezúspěšnosti. Marná je činnost, která nemá naději na úspěch.⁶⁹

Úspěšnost či neúspěšnost nějaké činnosti se odvíjí od cílů této činnosti, respektive od jejich dosažení či nedosažení. V našem případě hovoříme o medicíně, a ta má hlavních cílů několik. Odráží se i v základních legislativních a etických dokumentech, např. v Hippokratově přísaze, i když jde spíše o hippokratovskou tradici, než o vlastní zastaralý text. Překladů Hippokratovy přísahy je mnoho. Uvedeme si příslušnou část jednoho z nich: „*Aby nemocní opět nabyli zdraví, nařídím opatření podle svého nejlepšího vědění a posouzení a budu od nich vzdalovati všecko zlé a škodlivé.*“⁷⁰ Také v Ženevské deklaraci: „*Zdraví mého pacienta bude mým prvořadým zájmem.*“⁷¹ Popřípadě též v Etickém kodexu ČLK: „*Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení...*“⁷²

Z tohoto hlediska zajímavá je i definice obsahu zdravotní péče ze zákona o zdravotních službách, která z cílů medicíny vychází a ukazuje na ně: „*Zdravotní péči se rozumí*

a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem

1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále jen „nemoc“),

2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,

3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení...“⁷³

Medicína tak v zásadě směřuje k cíli – účinku léčby–podpoře a ochraně zdraví, je-li narušeno jeho navrácení a tlumení utrpení. Jenže na jedné straně léčby je její poskytovatel – lékař, a na druhé straně není jen zlomená noha, nadměrná aktivace dopaminových receptorů, či karcinom tlustého střeva, ale pacient – člověk. Proto je druhým cílem medicíny prospěch pacienta. Ten, jako klinický cíl, znamená terapii

⁶⁹ srov. HAVRÁNEK, Bohuslav, ed. a kol. Slovník spisovného jazyka českého. sv. III. s. 29.

⁷⁰ Hippokratova přísaha a dnešek.

⁷¹ KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. s. 103

⁷² ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory Etický kodex České lékařské komory. § 1.

⁷³ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. § 2.

celého člověka s dopadem na pacientovy osobní cíle, jeho osobní dlouhodobý prospěch, jeho životní plán, tedy vše to, co se považuje za významnou součást kvality svého života.

U nemocných s infaustní prognózou se mohou uvedené cíle – účinek a prospěch – míjet. Účinek kurativní léčby nemusí přinášet, a většinou ani nepřináší, takovému pacientovi prospěch. Honba za léčebným účinkem tak může být, z hlediska prospěchu pacienta bezvýsledná, neúspěšná, tzn. marná. Z uvedeného jsou vyvozovány různé definice marné léčby. Nejjednodušeji a také nejobecněji: „Marná je taková léčba, která nedosáhne svého cíle“.⁷⁴ Velmi podobně je to léčba, která: „nevede k zamýšleným cílům nebo očekávané změně“.⁷⁵ Nebo souhrnněji podle ČLK je to: „léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.“⁷⁶ Nebo ještě jinak je to „léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují“.⁷⁷ Některé prameny, a to je pro náš pohled velmi významné, kladou dokonce rovnítko mezi marnou léčbu a dystanazii.⁷⁸

To zatím nebylo významně složitě. Komplikace nastávají až při hlubším pohledu, kdy vyhodnocování marné léčby probíhá několika směry, např. kvantitativním, kvalitativním, z hlediska fyziologických cílů apod.

2.3.2 Kvantitativní, kvalitativní a fyziologická futilita

Kvantitativní (někdy též pravděpodobnostní) futilita vyjadřuje míru pravděpodobnosti, s jakou lze očekávat příznivou změnu stavu nemocného, vlivem příslušné léčby, jejího účinku. V určení oné míry panuje značný nesoulad. Za marnou léčbu se považuje léčba s nízkou pravděpodobností úspěchu, většinou méně než 10 %. Z toho vychází tzv. klasická kvantitativní Schneidermanova definice. Za marnou léčbu lze považovat: „pokud lékař dojde k závěru, že v posledních 100 případech byla tato léčba

⁷⁴ SLÁMA, Ondřej. Lze objektivně vymežit, která léčba je u nevyлéčitelně nemocného pacienta „marná“? s. 216.

⁷⁵ HOLČÍK, Jan a KOUPILOVÁ, Ilona. Plýtvání v systému péče o zdraví.

⁷⁶ ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010. čl. 3.

⁷⁷ WILKINSON, Dominic a Julian SAVULESCU. Jak poznat, kdy přestat: marnost intenzivní léčby. s70.

⁷⁸ srov. PESSINI, Leo a HOSSNE, William S. The reality of medical futility (dysthanasia) in Brazil.

neúčinná“,⁷⁹ což odpovídá pravděpodobnosti úspěchu poblíž 0 %. Přičemž lékař vychází z osobní zkušenosti, sdílené zkušenosti s jinými lékaři, popř. z publikovaných dat. Známé jsou i pokusy vytvořit modelovací programy, skórující průběhy nemocí a omezeně využitelné k prognózování futility.

Pravděpodobnost dosažení úspěchu v léčbě lze určit. Jsou k tomu vypracovány, léty ověřené, matematické postupy. Pravděpodobnost v našem případě lze, s určitou mírou zjednodušení, odvodit pomocí vzorce

$$P(U) = \lim_{n \rightarrow \infty} \frac{n_U}{n}$$

kde n = počet všech pacientů se stejným onemocněním, se stejnou léčbou, n_U = počet pacientů, u nichž nebylo dosaženo zamýšleného léčebného cíle a $P(U)$ = pravděpodobnost marnosti – neúspěšnosti léčby, nebo pozitivně,

n = počet všech pacientů se stejným onemocněním, se stejnou léčbou, n_U = počet pacientů, u nichž bylo dosaženo zamýšleného léčebného cíle a $P(U)$ = pravděpodobnost úspěšnosti léčby.

V obou pohledech, pozitivním i negativním, platí, čím větší počet pacientů n , tím přesnější odhad skutečné pravděpodobnosti. Jde tedy o tzv. objektivní pravděpodobnost, ze které vychází i Schneidermanova definice. Námitky na malou schopnost lékaře odhadnout pravděpodobnost, jak o nich hovoří např. Sláma, vyplývají jednak ze záměny objektivní pravděpodobnosti se subjektivní pravděpodobností, při které lékař pouze subjektivně odhaduje objektivní pravděpodobnost úspěšné léčby.⁸⁰ V tomto případě mohou působit subjektivní vlivy, především zkreslení výsledku přehnaně optimistickým nebo pesimistickým pohledem posuzujícího lékaře. Tato schopnost lékařů je předmětem diskuse. A za druhé je, k použití pravděpodobnosti, nutné připomenout skutečnost, která je obecnou vlastností pravděpodobnosti a je pro etické úvahy důležitá. Poměrně vysoká schopnost odhadnout pravděpodobnost úspěchu/neúspěchu léčby je platná spíše pro podobné skupiny nemocných, než pro jednotlivce.

⁷⁹ SLÁMA, Ondřej. Lze objektivně vymežit, která léčba je u nevléčitelně nemocného pacienta „marná“? s. 217.

⁸⁰ srov. SLÁMA, Ondřej. Lze objektivně vymežit, která léčba je u nevléčitelně nemocného pacienta „marná“? s. 217.

Kvalitativní futilita se objevuje už u Platóna, který zdůrazňoval nevhodnost léčby nevyлéčitelně nemocných, jejichž kvalita života je mizivá.⁸¹Dnes se za kvalitativně marnou léčbu považuje léčba, která nedosahuje svých cílů, popřípadě je s nimi neslučitelná a neumožňuje zlepšovat kvalitu života nemocného.Výsledky takové marné léčby jsou pro pacienta nepříznivé a nežádoucí.

Definici kvalitativní marné léčby můžeme najít také u ČLK: „*Jakýkoli léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není ‚ku prospěchu a v nejlepší zájmu pacienta‘ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu*“.⁸²Probíhaly pokusy stanovit situace, kvalitativní futility, např. kvalitativně marná léčba může být léčba, která jenom udržuje permanentní bezvědomí, nebo vede k celkové závislosti na intenzivní léčebné péči.⁸³

Někde mezi kvantitativní a kvalitativní futilitou leží fyziologická marná léčba. O té, na rozdíl od předcházejících, může rozhodovat výhradně lékař, protože je školenk rozpoznání, zda navržené léčba může naplnit fyziologické cíle, např. úpravu krevního tlaku na úroveň normotenze, zmírnění arytmií, dosažení dostatečné saturace kyslíku v krvi, snížení horečky apod., nebo nemůže.Jako fyziologická futilita je pak definována situace pacienta „*ve které jsou jeho fyziologické systémy v takovém stavu, že není známá žádná medicínská intervence, která by tento trend mohla zvrátit*“.⁸⁴

2.3.3 Některé etické aspekty marné léčby

Vyústěním uznání kurativního léčebného postupu za marný, je jeho nezahájení, nerozšiřování, či vysazení a přechod na léčbu s novým cílem a postupy. V souvislosti s dystanazií, jde o situacinevratně progredujícího onemocnění nebo terminálního stavu pacienta, a tím o ponechání pacienta přirozenému postupu nemoci, jehož důsledkem je, dříve nebo později, smrt pacienta. Protože „jde o život“, klade takové rozhodování zásadní etické otázky.Těch za takovéto situace může vyvstat veliké množství, některých jsme se již dotknuly v předcházející části. Vzhledem k omezenému rozsahu práce se

⁸¹ srov. PLATÓN. Ústava. Kniha třetí. s. 96-97.

⁸² ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010. čl. 4.

⁸³ srov. HELFT, Paul R. a SIEGLER, Mark a LANTOS, John. The Rise and Fallof the Futility Movement.

⁸⁴ MATĚJEK, Jaromír. Dystanazie jako opomíjený problém diskuse o eutanazii.

budeme, z těch dalších, zabývat jen vybranými z nich, které můžeme považovat za velmi důležité. Pokud dále budeme hovořit o lékaři, budeme tím mít na mysli nejen ošetřujícího lékaře, ale i ostatní členy zdravotnického týmu, přizvané konziliáře apod., protože rozhodování o tak významné skutečnosti nemůže a nesmí být záležitostí jednoho člověka, a ani v praxi není.

Určitým problémem je, že v individualistické společnosti, je morálka vykládána mnohými způsoby a diskuze odvíjené od tohoto tématu jsou nekonečné. Podle úhlů pohledu se vytvářejí sociální skupiny, většinové, menšinové, neutrální. V důsledku tak vzniká pojmový i hodnotový chaos a diskuze nemohou dospět k žádnému cíli.⁸⁵ To se nevyhnulo ani diskuzím o marnosti léčby.

Jednou z otázek je, zda má medicína povinnost poskytovat marnou léčbu. Častý příklad pro uvození této otázky bývá pacient s jedním onemocněním s infaustní prognózou, u které propuknou závažné komplikace, nebo jiné onemocnění s vysokou úmrtností. Např. u onkologicky nemocného pacienta, s četnými metastázemi a velmi krátkou prognózou dožití, propukne akutní kardiorenální syndrom. K léčení je nutná poměrně agresivní farmakoterapie. Otázka je, zda léčení selhávajících ledvin a srdeční nedostatečnosti nelze považovat za marné, když pacient umírá na metastazující karcinom? Nebo velmi častá komplikace v invazivní medicíně, infekce a septické šoky. Např. pacient s cirhózou jater v pokročilém stadiu, v podstatě umírající na jaterní selhání, léčený na intenzivní péči pro kardiopulmonární selhání, u kterého propukne zánět plic s plicní embolií a následným septickým šokem. Léčba je invazivní, spočívající v odstranění krevní sraženiny. Otázka je zda následný invazivní zákrok nelze považovat za marný, když pacient umírá na selhání jater?

Má medicína povinnost tyto léčby poskytnout? Zopakujme si, že marná léčba je léčba, která nevede k dosažení svého cíle. Vycházíme-li z cílů medicíny, nevede k vyléčení, byť dosahuje účinku, nepřináší pacientovi prospěch. Často takto nasazená, prodlužovaná, popřípadě zesilovaná léčba zvyšuje pacientův dyskomfort, přináší strádání a bolest. Lze říci, že ubližuje a škodí. Taková léčba je proti oběma tradičním etickým principům medicíny: nonmaleficenci a beneficenci. A co víc, většinou vyžaduje nasazení nákladné lékařské technologie, zaměstnává odborný personál, obsazuje nemocniční lůžka – zkrátka spotřebovává vzácné zdroje, které by mohly být využity na léčbu, která nebude marná. To se dotýká i dalšího etického principu medicíny –

⁸⁵ jak odhaluje MACINTYRE, Alasdair C. Ztráta ctnosti: k morální krizi současnosti. s. 16.

spravedlnosti. Marná léčba v naší situaci je přehlížením přirozeného řádu – smrtelnosti člověka, a je manipulací se smrtí, jejím neetickým oddalováním, je dystanazií. Nikdo rozumný nemůže takovou léčbu poskytovat, i když by byla vyžadována. Z etického hlediska není medicína povinna marnou léčbu poskytovat. Co povinna je, je pacienta neopouštět, neponechat ho napospas, rozhodovat podle pacientových zájmů a přání, která dříve vyjádřil, nebo je lze předpokládat.

K tomu existuje celkem jednoduchý myšlenkový experiment. Představme si, že by se určitá zásada jednání stala obecným zákonem (viz Kant a jeho kategorický imperativ). Například, co by se stalo, kdyby se poskytování marné léčby terminálně nemocným stalo obecným zákonem. V relativně krátkém čase by se veškerý zdravotnický personál zabýval léčbou, která nevede k vyléčení pacienta, všechny nemocnice by se musely přestavět na jednotky intenzivní péče, všechny prostředky zdravotního systému by bylo nutné směřovat do léčby, která nevede k plnění klinických cílů. Všude by leželi léčení nevyлéčitelně nemocní. Aby byli udrženi živí, bylo by nezbytné neustále rozšiřovat přístrojové vybavení nemocnic a investovat stále více prostředků do vývoje vybavení oddalujícího smrt. Zdravotní systém by zkolaboval. Na léčení pacientů, které by bylo možno vyléčit, by nebylo místo, čas ani prostředky. Vzniklá situace: všichni by byli léčení, ale vyléčen by nebyl nikdo – popírá sama sebe, to znamená, že nemůže být správná.

Z čeho vycházet při hodnocení marnosti léčby? Zde nezáleží jen na mravních postojích hodnotitelů, ale i na právních otázkách. Základem by měl být vztah k životu; k životu jako nejvyšší hodnotě, životu jako základnímu lidskému právu. Zásadní je uznání přirozené konečnosti života. Významná jsou i další lidská práva, zejména právo na seburčení pacienta a uchování jeho lidské důstojnosti. A to zahrnuje i názor pacienta, k němuž je nutné přihlížet. Jde především o informovaný souhlas a o institut dříve vyslovených přání, pokud pacient v době hodnocení není ve stavu, kdy může vyjádřit informovaný souhlas. Dalším východiskem musí být odbornost, která vychází z práva pacienta na náležitou a odbornou úroveň zdravotní péče a z toho plynoucí odborné a kvalifikované posouzení zdravotního stavu pacienta a aktuální klinické situace.

Další možnou otázkou je, kdo rozhodne, že léčba je marná. V tomto rozhodování existují dvě strany, partneři, ve výjimečných případech tři strany. Zdravotník, lékař, jako poskytovatel léčby, respektive porada týmu lékařů – konzilium a pacient, nebo

jeho zástupce, jako příjemce léčby, klient. Jeden z nich, popřípadě oba ve shodě, musí rozhodnout. Třetí strana nastupuje při řešení rozporů mezi lékařem a pacientem a většinou jí bývá nějaký prostředník nebo nakonec obecný soud.

Asi absolutní shoda je tam, kde existuje nulová pravděpodobnost úspěchu jakékoli léčby. V případech, kdy je nemocný (postižený) evidentně mrtvý, zde rozhoduje lékař a zřejmě marnou léčbu nezahajuje. To jsou případy devastujících poranění, např. stěti hlavy, rozdrčení těla a pod. Jsou to i případy nálezu osob s jasnými posmrtnými změnami (např. zasychání, posmrtné skvrny, rozklad atd.). Zde by ale k dystanazii dojít nemohlo, protože se smrt již ujala vlády a manipulovat s ní je nemožné. Jistá shoda existuje u zákroků, které odporují klinické situaci a medicínským standardům. Sem lze zařadit již zmiňovaný a významově posunutý termín (ne)adekvátní léčba. Jako příklad lze uvést léčbu virového onemocnění antibiotiky, odstranění nevelkého a ohraničeného abscesu na noze amputací končetiny apod. Významná shoda panuje u fyziologické marnosti. Uznává se, že dosažení či nedosažení fyziologických cílů konkrétním léčebným postupem, může vyhodnotit pouze lékař. Má k tomu příslušné biomedicínské vzdělání a dostupnost příslušných informačních zdrojů. To naprostá většina pacientů nemá a ani poučený pacient nemůže vidět vše v souvislostech, které může vidět jen lékař, či lépe, lékařské konzilium. Má se za to, že *„dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu“*.⁸⁶

V kvantitativní futilitě může lékař odhadnout pravděpodobnost úspěchu/neúspěchu léčby. I když jsou diskutující, kteří tvrdí, že tato lékařova schopnost je nízká, existují studie, které naopak prokazují schopnost vysoké přesnosti předpovědi špatných léčebných výsledků.⁸⁷ Jde o pravděpodobnost, a to znamená, že určitá míra prognostické nejistoty zde bude přítomná trvale. Můžeme říci, že určitá pravděpodobnost úspěchu léčby, např. 0,01 %, je opravdu velmi nízká, úspěch je naprosto nepravděpodobný, protože však jde o pravděpodobnost, znamená to také, že úspěch léčby není zcela nemožný. Nejistotu může podtrhovat to, že lékařský odhad, bude spíše odhadem pravděpodobnosti úspěchu/neúspěchu léčby homogenní skupiny

⁸⁶srov. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010. čl. 4.

⁸⁷např. Finley, Caulfield, Lansberg a další ve studii Outcomeprediction in mechanicallyventilatedneurologicpatients by junior neurointensivists z r. 2010. In WILKINSON, Dominic a Julian SAVULESCU. Jak poznat, kdy přestat: marnost intenzivní léčby.

nemocných, této léčbě podrobených, než pravděpodobnosti úspěchu/neúspěchu léčby jednoho řešeného pacienta. Rozhodnout o tom, jaká míra pravděpodobnosti úspěchu/neúspěchu léčby je pro pacienta ještě smysluplná, či již smysl postrádá, nemůže lékař. Snažil-li by se o to, působil by proti dalšímu principu lékařské etiky – autonomii pacienta. Zde totiž musí hodnotit a rozhodovat pacient. U hodnotících soudů je zřejmá jejich subjektivní povaha. Hodnotitel zaujímá k určité situaci, faktům a okolnostem svůj subjektivní postoj, a tak na základě vlastních – subjektivních – kritérií vyhodnocuje správnost a přijatelnost. Fakta musí dodat lékař. Proto je lékařovou etickou, a nakonec i zákonnou povinností, pacienta informovat. Informovaný pacient, determinován svým předcházejícím životem, aktuálním zdravotním stavem, dosavadním průběhem nemoci a životními cíli, je tak jediným oprávněným v situaci vyhodnotit – jde o jeho život.

V kvalitativní futilitě jde o obdobnou situaci. Lékař je schopen odhadnout dopady léčby na kvalitu života pacienta, na jeho osobní cíle. Lékař však není schopen odhadnout, jaká míra naplnění osobních pacientových cílů má pro něj ještě smysl, a jaká ne. Takové rozhodování by bylo příliš zatíženo subjektivními hodnotovými soudy lékaře o kvalitě života pacienta. To může jen dotčený pacient. Pro informovanost pacienta je významný rozhovor lékař-pacient. Aby lékař mohl uvažovat o kvalitě života pacienta, měl by o něm něco vědět. Měl by si zjistit, alespoň rámcově, pacientovy postoje, názory, jeho hodnotový systém a osobní cíle. V podmínkách odosobněné medicíny to však může vytvářet problémy a je otázka, kolik lékařů takovými informacemi vládne, kolik jich má čas takové informace získávat a kolik z nich má o ně vůbec zájem. Na základě těchto informací by měl poskytovat pacientovi informace o možných dopadech léčby na kvalitu života. Bez nich nemůže pacient vyslovit informovaný souhlas a je snadno manipulovatelný.

Pokud jde o hodnotící soudy pacientů, budou vždy významně individuální. Pro některé pacienty znamená pravděpodobnost úspěchu léčby 0,5 % šanci na další dlouhodobé přežití, může to pro ně být alternativou ke smrti a léčbu budou požadovat. Pro některé pacienty bude pravděpodobnost úspěchu léčby 30 % příliš malá, aby léčbu přijali. Obdobně, pro některého pacienta bude výhled na přežití 3-6 měsíců s bolestí, utrpením a dalšími nároky navrhované léčby málo. A pro jiné bude stejné očekávané přežití, i s uváděnými negativy, stát za to léčbu podstoupit.

Zásadní bude dosažení konsenzu mezi lékařem a pacientem. V případě, že bude dosažen, je možné klinickou situaci vyřešit morálně i emočně „ke spokojenosti“ všech zúčastněných. V opačném případě vzniká spor. Buď lékaři odmítají ukončit konkrétní způsob léčby, který považují pro pacienta za přínosný, i když pacient jej vyhodnotil jako marný a požaduje jeho ukončení, nebo naopak, lékaři jsou si jisti marností konkrétního způsobu léčby, ale pacient na jejím zahájení (nestažení) důsledně trvá.

Řešení takových konfliktů je, vzhledem k tomu, že se týká umírání pacienta, nesnadné a je zdrojem psychické zátěže pro všechny účastníky, ale především pro, již tak oslabeného nemocného. Obtížnost spočívá v řadě faktorů. Může vyplývat z individuálního nastavení lékaře a pacienta; nastavení zdravotního systému, který nemusí lékaři vždy dopřávat dostatek času na práci s pacientem, může lékaře demotivovat apod.; zdravotního stavu pacienta a toho, jakou fází prožívání svého umírání právě prochází; a určitě i z úrovně komunikace. Komunikaci mezi lékařem a umírajícím pacientem lze považovat za, svého druhu umění, a je nezbytná. Bez ní není pokrok ve sporu možný. Je nutné objasnit a pochopit představu lékaře i pacienta o cílech léčby. Následně vysvětlit proč je léčba považována za marnou, nebo účinnou, a jaké jsou alternativní možnosti. K hledání pochopení mohou sloužit příklady z praxe, konzultace s jiným lékařem, a ano, třeba i s knězem (ta je samozřejmě možná kdykoli při hledání shody v názorech na řešení), případně se sociálním pracovníkem. V této souvislosti bychom si měli připomenout Apoštolskou konstituci Fidei depositum, kterou byl rozšířen Katechismus katolické církve, m.j. o paragraf č. 2278, kde se konstatuje: *„Přerušeni nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům může být oprávněné. V takovém případě je to odmítnutí léčby „za každou cenu“. Nechce se tím přivodit smrt: uzná se, že jí nelze zabránit. Rozhodnutí musí udělat pacient, jestliže je k tomu ještě způsobilý a schopný, nebo ti, kteří na to mají podle zákona právo, respektující vždy rozumnou vůli a oprávněné zájmy pacienta“.*⁸⁸

Pokud nedojde ke konsenzu, je možno pokusit se o využití třetí, na sporu nezávislé strany, jakéhosi mediátora. Tím může být místní etická komise příslušného zdravotnického zařízení, je-li zřízena. Etické komise jsou v ČR určeny primárně k posuzování výzkumných projektů, ale nabízejí i posouzení a vyjádření k problémům týkajícím se obecně zdravotnické etiky, i když ne vždy a všude. Pokud ani nadále

⁸⁸Katechismus katolické církve [online]. § 2278

nedojde ke konsenzu, je možné pacientovi nabídnout postupně jiného lékaře či jiného poskytovatele zdravotních služeb. A pokud spor dále trvá, je možné domáhat se rozhodnutí obecného soudu.

Spor tak lze v důsledku vyřešit:

— nalezením shody, což je ideální řešení, které podporuje integritu lékaře i pacienta,

— změnou poskytovatele léčby, jehož postoje jsou v souladu s postoji pacienta,

— kapitulací lékaře, tj. pokračováním v léčbě, kterou považuje za marnou. To je řešení eticky nesprávné, protože jde proti povinnosti lékaře, většinou proti zásadě „primum non nocere“, je významným zásahem do integrity lékaře a často působí proti distributivní spravedlnosti. ...a v řadě případů povede k dystanazii;

— kapitulací pacienta, tj. jeho rezignací. Ani toto řešení není eticky vhodné, protože těžce zasahuje integritu pacienta, může působit proti distributivní spravedlnosti. Může být považováno za psychickou smrt...a v řadě případů povede k dystanazii;

— jednostranným nezahájením (nerozšířením, vysazením) konkrétního způsobu léčby lékařem, který je důvodně přesvědčen o marnosti této léčby i přes nesouhlas pacienta. To je časté, ale nikoli ideální řešení. Pacient má v tomto případě právo na vysvětlení důvodů, které k rozhodnutí vedly, informace o dalším postupu a možnost přezkumu rozhodnutí. V zemích, kde je autonomie pacienta více uznávána než u nás, se četnost tohoto způsobu řešení dlouhodobě snižuje.

— usnesením (popř. rozsudkem) obecného soudu.

Je jasné, že se objevovali a objevovat nadále budou pacienti, kteří vyžadují tzv. „udělat vše“, tedy trvají i na marné léčbě. Dožadují se toho z hlediska svých autonomních práv. Jde ale o omyl. Ano mají právo léčbu odmítnout, zdá-li se jim marná. Ano mají právo požadovat léčbu, i když ji požaduje za marnou lékař. Právo vyžadovat po druhých činnosti, které zasahují do autonomie těch druhých však nemají. Nemohou nutit druhého, aby vykonal něco, co by ohrozilo jeho autonomii a integritu, co by ohrozilo jeho názory a profesní standardy. Nemohou z druhého člověka udělat prostředek svých přání. To je eticky nepřípustné. A platí to i pro medicínu. Nemohou tedy nutit lékaře, aby jim poskytoval léčbu, kterou důvodně považuje za marnou. Medicína má své hodnoty a své standardy, má je i lékař. Nutit ho k jejich porušování jde proti jeho autonomii a narušuje to jeho integritu. Použijme příklad, a vraťme se k onemocnění, které jsme již uvedli – cirhóze jater. Pacient, notorický alkoholik, po

několika neúspěšných odvykacích léčbách, ve stavu selhávání jaterních funkcí, požaduje transplantaci jater. Bez tohoto zákroku má naději na život v délce asi jednoho roku. V případě transplantace bude, s vysokou mírou pravděpodobnosti, nebo i podle vlastního vyjádření, pokračovat v pití alkoholu. Lékař považuje léčbu – transplantaci – za marnou. Nutit ho, aby ji provedl, by mohlo mít negativní dopady na jeho integritu. Situace se musí řešit jako spor.

Zatím jsme vždy uvažovali o pacientovi schopném vynášet hodnotící soudy. Intenzivní medicína však velmi často pečuje o pacienty nezpůsobilé autonomního rozhodování. Ať je to v důsledku trvalé nepřítomnosti vědomí, nebo je vědomí zastřeno jako doprovodný jev léčby. Vliv na rozhodování může mít i psychický stav nemocného, který při vědomí je – jde zejména o těžké depresivní stavy, tedy podle psychologů, ve stavu psychické smrti v užším významu. V takovém případě může za pacienta rozhodovat osoba, kterou dříve určil, jeho zástupce, popřípadě další osoby, u kterých to umožňují zákonná pravidla.

Při hodnocení klinické situace a marnosti léčby pacientem (jeho zástupcem či jeho blízkými) musí zdravotníci brát v úvahu jejich emoční zapojení. Významnou roli hraje i čas. V intenzivní medicíně je ho zpravidla nedostatek. Tento nedostatek času se velmi často podepisuje na nemožnosti vstřebat, zpracovat, pochopit a přijmout od lékaře špatnou zprávu. Nedostatek času tak může bránit dosažení objektivního pohledu na charakter léčby.⁸⁹

Shrneme-li podstatné, pacient má z titulu práva na sebeurčení právo, formou informovaného souhlasu, přijmout nebo odmítnout lékařem navrhovanou léčbu podle svého postoje k ní, tj. podle vyhodnocení její marnosti (chceme-li, můžeme použít i přiměřenosti či neadekvátnosti léčby), lékař je povinen v co největší možné míře tuto pacientovu vůli respektovat. Lékař má formální (a většinou i neformální) autoritu poskytnout pacientovi radu, která by se týkala medicínského zvládnutí pacientova zdravotního stavu. Konečné slovo by mělo náležet pacientovi. Pacient tak může odmítnout léčbu, i když by lékař věřil v její úspěch, a naopak požadovat léčbu, o které je lékař přesvědčen, že přinese jen malou šanci na vyléčení pacienta. V tomto případě má však i lékař své práva, a nemůže být nucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí. I když se na rozhodování podílejí, či

⁸⁹viz např. uznávaná studie Kübler-Rossovové o stadiích přijímání zprávy o terminálnosti onemocnění pacienty (popírání, zlost, smlouvání, deprese, akceptace)

by alespoň měli, všichni na léčbě a péči zúčastnění, zdravotnický tým, pacient (jeho zástupce) a jeho blízcí a je respektována svrchovaná vůle pacienta, případnou právní odpovědnost nese vždy lékař (vedoucí lékař pracoviště, popř. ošetřující lékař). Vždy proto musí vycházet z výše uvedených skutečností a samozřejmě v souladu s právním řádem.

2.3.4 Některé právní aspekty marné léčby

Obecně lze konstatovat, že právo uznává, že lékařský zákrok provedený bez souhlasu pacienta je zásahem do autonomie člověka, a to i v případech, kdy jinak zákrok směřuje ku prospěchu pacienta. Hovoříme-li o marném lékařském zákroku, marné léčbě, ocitáme se v termínové nouzi. Český právní řád „marnou léčbu“ nezná, zaměříme se proto na takové skutečnosti, které jsou v právním řádu uvedené a které jsou obsahově totožné či blízké předcházejícímu výkladu.

Nejdříve se věnujme instrumentům mezinárodního práva, jak právně závazným, tak nezávazným. Z právně závazných jsou zásadní Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, tzv. Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

Podle Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod má každý občan EU přiznána určitá práva a svobody, pro nás významné jsou právo na život a právo na respektování soukromého života. Právě do spojení těchto dvou práv je zahrnuto právo na osobní autonomii jednotlivce a ochranu jeho fyzické integrity. Přičemž za zásah do fyzické integrity dospělého a svéprávného pacienta se považuje jakýkoli lékařský úkon provedený bez řádného souhlasu pacienta, a to i tehdy, pokud by neposkytnutí takové péče mohlo nevyhnutelně vést k jeho úmrtí.⁹⁰

Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanovuje, že jakoukoli léčbu je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy a je možné ji provést pouze za podmínky, že k ní dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. V případě, že není schopna informovaný souhlas poskytnout, zajišťuje jí úmluva ochranu a určuje, kdo tak může učinit, případně bere na zřetel dříve vyslovená přání. Určitou výjimku může činit pouze stav nouze, kdy je nutné jednat neodkladně.

⁹⁰srov. např. EVROPSKÝ SOUD PRO LIDSKÁ PRÁVA. Rozsudek ve věci Pretty proti Spojenému království, Rozsudek ve věci Lambert a další proti Francii.

Za podpůrný, nezávazný instrument mezinárodního práva můžeme považovat např. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, tzv. Chartu práv umírajících či Průvodce rozhodovacím procesem v situacích na konci života Výboru Rady Evropy o bioetice z r. 2014.

V českém právním řádu je, ze sledovaného hlediska, významný zákon o zdravotních službách. Zákon stanovuje práva a povinnosti pacienta. V souvislosti s marnou léčbou konstatuje, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Pacientovi dává právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb a při léčbě si vyžádat konzultaci jiného poskytovatele či lékaře. Určuje podmínky pro poskytnutí informovaného souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb pacientem a dává mu možnost určit osoby, které mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nebude-li toho s ohledem na svůj zdravotní stav schopen. Pokud tyto osoby nejsou dostupné, stanovuje kdo a v jakém pořadí tak může učinit. Určuje, jakou péči lze poskytnout pacientovi bez jeho souhlasu. Zákon rozvádí institut dříve vyslovených přání a pravidla pro jeho použití.

Zákon ukládá poskytovateli poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, zajistit podmínky k uplatňování práv a povinností pacientů, zdravotnických pracovníků a dalších osob; stanovuje poskytovateli zdravotní služby povinnost podat pacientovi informace o jeho zdravotním stavu a stanovuje její obsah.

Za velmi významné musíme považovat definování zdravotnického postupu lege artis: *„Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“*.⁹¹ Je to proto, že umožňuje zahrnout do lege artis postupů významná uznávaná doporučení. Především „Neodkladná resuscitace“ a „Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním“ České lékařské společnosti J.E. Purkyně. A, sice právně nezávazné, ale podpůrně významné „Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010: k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli“, které je ovšem téměř totožné s Konsenzuálním stanoviskem...

⁹¹Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). § 4.

Zákon však také zavedl určité nejasnosti, které by bylo možno řešit judikaturou, ale ta zatím chybí. Nejasnosti např. panují okolo možnosti odvolání informovaného souhlasu. Je stanoveno, že „*odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta*“.⁹² To není zcela v souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, kde je smluveno pravidlo „*dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat*“.⁹³

Problém vzniká také při aplikaci „*dříve vysloveného přání*“. Např. nelze respektovat dříve vyslovené přání, „*pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti*“.⁹⁴ Přičemž v důvodové zprávě předkladatele návrhu zákona stojí „*aktivním ukončením života se rozumí např. odpojení od přístrojů*“. To ovšem znamená, že pacient může mít dříve projevené přání, aby nebyl připojován na přístrojovou podporu vitálních funkcí, a bude respektováno. Na druhé straně nemůže mít dříve projevené přání, aby byl odpojen z přístrojové podpory vitálních funkcí v případě, že na ni bude napojen, protože pokud by ho měl, stejně nemůže být respektováno. Tento výklad „*aktivního*“ ukončení života je spíše v souladu s argumentací zastánců eutanazie. Odpůrci eutanazie, v probíhajících diskuzích o eutanazii, odpojení od přístrojů za aktivní ukončení života nepovažují.

2.4 Řádné a mimořádné prostředky

To, co jsme konstatovali u marné léčby, platí obdobně i pro řádné a mimořádné prostředky. Význam úvah o nich je v tom, že na jejich základě může být rozhodováno o nepřijetí nějakého prostředku nebo odmítnutí pokračování používání nějakého prostředku. V oblasti zachování zdraví a života můžeme pod pojmem prostředek rozumět specifickou léčbu, medikaci, terapeutický či diagnostický postup, druh péče, apod. Pro lékařsky navrhované, či pacientem vyžadované prostředky (či opačně – odmítané), lze vždy nalézt určitá kritéria, podle kterých jsou prostředky zařaditelné jako řádné či mimořádné a usnadnit tak úvahy o tom, kdy je určitá léčba morálně závazná, a kdy již není.

⁹² tamtéž § 34 odstavec 4)

⁹³ RADA EVROPY. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. čl. 5

⁹⁴ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). § 36, odst. 5) písmeno b),

Uvažování o tom, co je člověk povinen vykonat pro zachování života, a co již není, má skutečně hluboké historické kořeny. Založeny byly na snahách objasnit tzv. přirozený zákon, kterým se zabývali řečtí filosofové, církevní otcové, Tomáš Akvinský a stovky dalších filozofů a teologů. Jedním ze směrů těchto úvah byl koncept pozitivních a negativních závazků.

Negativní závazky příkazují člověku, čeho se má zdržet, a jsou závazné, povinné, platí za každých okolností, vždy a provždy, protože zakazují to, co je považováno již v jádru za špatné, zlé. Žádná situace neopravňuje člověka k aktivnímu konání zla.⁹⁵ Z pohledu zachování života je negativním závazkem ono, z Desatera známé „Nezabiješ“ tzn., nikdo nebude úmyslně připraven o život, ani sám sebe o život nepřipraví.

Pozitivní závazky nabádají člověka k tomu, co je správné učinit, jsou závazné, ale ne za každých okolností, ne vždy a provždy. Záleží na situaci a individualitě člověka, není-li člověk schopen pozitivní závazky naplnit, z fyzických nebo morálních důvodů, nemá povinnost jim dostát. Nesplnění pozitivního závazku je, za takových okolností, ospravedlnitelné. Posouzení situace a volba toho, co by člověk měl učinit, či neměl, co člověk učiní, či neučiní, musí být ponechána individuálnímu svědomí.

Zájem o antickou kulturu a rozvoj lékařství v době renesance ovlivnily myšlenky některých vykladačů Tomáše Akvinského, kteří začali hledat limity pozitivních závazků k zachování zdraví a života.⁹⁶ K tomu se rozvinula diskuse o řádných a mimořádných prostředcích. Toto učení, původně religiózní, se po staletí přejímalo bez významných zásahů. V současné literatuře se používá také synonymních označení přiměřené, patřičné prostředky a nepřiměřené, nepatřičné prostředky. V této práci zůstaneme u pojmů řádný a mimořádný prostředek.

Základem pro vyhodnocení prostředku za řádný, a to znamená mravně povinný, byl prospěch a nepřítomnost vážných obtíží (fyzické a mravní nemožnosti) při použití tohoto prostředku. Obě podmínky musejí být zachovány současně. Pokud alespoň jedna z podmínek není naplněna, hovoří se o mimořádném prostředku, který je mravně volitelný, může, ale nemusí být použit, záleží na dalších okolnostech. Velmi často jsou řádné prostředky vymezovány negativně, tj. nepřítomností charakteristických rysů mimořádných prostředků.

⁹⁵např. většina příkazů Desatera jsou negativní závazky

⁹⁶šlo především o španělské filozofy a teology např. Francisco de Vitoria (asi 1483-1546), Domingo de Soto (1494-1560), DomingoBáñez (1528-1604), Juan de Lugo (1583-1660)

Než budeme pokračovat, určíme si význam pojmů fyzická a mravní nemožnost. Fyzická nemožnost se týká tělesné stránky člověka a představuje vlastní tělesnou neschopnost použití prostředku. Například omezeně průchodná nosní dutina nemusí umožnit zavedení nasogastrické sondy. Mravní nemožnost představuje neschopnost použití prostředku z morálních důvodů a týká se duševní, sociální a spirituální stránky života umírajícího a může vznikat i při zachování jeho tělesné schopnosti. Člověk pro sebe nepovažuje použití prostředku za dobré, například pro nepřekonatelný strach, odpor, enormní bolest, vysoké nebezpečí apod. při použití prostředku. Důležité je to, že fyzická i mravní nemožnost jsou významně individuální. To co je pro jednoho člověka mravně nemožné, může být pro druhého bezproblémové, možné. A z toho logicky plyne stejný závěr i pro řádné a mimořádné prostředky; to co pro jednoho člověka představuje mimořádný prostředek, a tedy možnost volby v jeho použití, může pro jiného člověka, jinou individualitu, prezentovat prostředek řádný, jehož použití je mravně závazné.

Z uvedeného hodnocení a proběhlé diskuse byly pojmenovány základní rysy řádných prostředků. Jsou to: 1) prospěch, 2) běžnost, 3) soulad se sociální pozicí příjemce a 4) přiměřené zatížení.⁹⁷ Každý ze základních rysů zvlášť, je nutnou podmínkou pro řádnost prostředku, ale nikoli postačující. Aby mohly být řádné prostředky považovány za povinné, je nutná současná přítomnost těchto rysů.

Ad 1) V původním smyslu představoval tento rys naději na vykoupení. V dnešních podmínkách a v intencích našeho tématu, jde o naději na rozumný, přiměřený prospěch, kterým je chápán kvalitativní a dlouhodobý posun ve zdravotním stavu pacienta, tj. zotavení, vyléčení, případně předcházení (ne nevyhnutelné!) smrti a při symptomatické léčbě je prospěchem nemocného citelná úleva od utrpení. Nutná není jen kvalitativní změna k lepšímu, ale i její trvalost. Prospěch je také nutné hodnotit z pacientova hlediska, jeho aktuálního zdravotního stavu, jak odpovídá jeho plánům, cílům, nadějím do budoucnosti a touhám. Matějek konstatuje, že používání prostředku bez naplnění tohoto základního rysu, lze považovat za dystanazii.⁹⁸

Ad 2) Za běžný je chápán prostředek, kterým je běžně používaná, obvyklá léčba či její prvek, nejlépe standardizovaná. Rys běžnosti rozhodně nenaplňují léčebné experimenty.

⁹⁷ např. WILDES, Kevin. Ordinary and Extraordinary Means and the Quality of Life a TABOADA, Paulina. Ordinary and Extraordinary Means of the Preservation of Life: The Teaching of Moral Tradition

⁹⁸ MATĚJEK, Jaromír. Dystanazie jako opomíjený problém diskuse o eutanazii

Ad 3) Do sociální pozice příjemce, v našem případě příjemce specifické léčby, je nutné zahrnovat sociální statut pacienta, styl jeho života a zvažovat také cenu léčby. Cena použití řádného prostředku není jen monetární, jde i o cenu – hodnotu prostředku v hodnotové stupnici pacienta, s ní by mělo být použití prostředku v souladu. Platí, že sociálně a ekonomicky nelze požadovat více, než je běžné.

Ad 4) V hodnocení přiměřeného zatížení je bránou do úvahy obtížnost pro pacienta z hlediska morální (ne)možnosti tzn., zda použití prostředku neprodukuje příliš bolesti, strachu, nebezpečí pro život, nákladů apod. Pokud ano, jde o morální nemožnost a prostředek není řádný (viz dále).

Pro mimořádné prostředky byly vydiskutovány tyto základní rysy: 1) nemožnost použití, 2) nadměrná obtížnost, 3) značná bolest a nepohodlí, 4) přílišné výdaje, 5) enormní strach a odpor.⁹⁹ Každý ze základních rysů zvláště, je nutnou a postačující podmínkou pro mimořádnost prostředku.

Ad 1) Prostředek nelze získat, protože je nedostupný, a je-li dostupný, nelze ho užívat. Je nutné kalkulovat s tím, že některý specifický prostředek, který je nyní nedostupný, a tím mimořádný, se může, vývojem a zdokonalováním medicínských technologií, stát běžně dostupným, a tím i řádným.

Ad 2) Použití prostředku by mohlo být příliš obtížné, vyžadovalo by to nadměrné úsilí, hrozilo by příliš velké nebezpečí, či by vedlo k tíživé rekonvalescenci. Používán je příklad dlouhých, obtížných cest do jiných zemí, kde jsou lepší podmínky pro zdravý život, velmi těžká a nebezpečná operace apod.

Ad 3) Veliká bolest, kterou působí použití prostředku, je znakem jeho mimořádnosti. Stejný vliv má i nepohodlí, které provází mnoho terapeutických postupů. V minulosti sem bývaly, jako příklad, řazeny amputace končetin, které, v době bez anestezie musely způsobovat opravdu strašlivou bolest. Dnes sem můžeme zařadit účinky chemoterapie. Nesmíme zapomínat na to, že bolest nemusí být pouze fyzického rázu. Psychická bolest (např. úzkost a deprese) také existuje a zasahuje člověka často hlouběji a trvaleji, a léky proti fyzické bolesti na ni nepůsobí. Stresová odpověď na psychickou bolest může být dokonce větší než u bolesti fyzické. A samozřejmě lze nalézat ještě další typy bolestí – sociální, spirituální, existenciální. Všichni pacienti s nevratně progredujícím onemocněním nebo v terminálním stadiu nějakým stupněm

⁹⁹ např. WILDES, Kevin. Ordinary and Extraordinary Means and the Quality of Life a TABOADA, Paulina. Ordinary and Extraordinary Means of the Preservation of Life: The Teaching of Moral Tradition

uvedených bolestí trpí. Hodnocení všech rysů mimořádných prostředků je subjektivní, ale u tohoto rysu platí ryzí subjektivnost.

Ad 4) Jde o hodnocení výdajů za použití prostředku. Záleží na ekonomickém postavení pacienta, jeho finanční situaci a liší se také stát od státu, a také podle organizace zdravotního systému. Některé výdaje jsou zkrátka nad možnosti pacienta či pojistného systému. Také se může stát, že počáteční přiměřené výdaje v průběhu času narostou tak, že se stanou zdrojem strádání pacienta, a tím se prostředek může stát mimořádným. A naopak, podobně jako u nedostupnosti prostředku, může vývoj a zdokonalování medicínských technologií, výdaje na prostředek snížit tak, že se stane řádným.

Ad 5) Mimořádnost prostředku může způsobit i veliký strach z jeho použití, a to i kdyby ten strach byl iracionální a neopodstatněný. Stejně může působit odpor k použití prostředku, ale i ke stavu, který použití prostředků způsobí. Odporů k využití prostředku může být mnoho. Uváděny jsou příklady ošetření lékařem opačného pohlaví. Odpor ze stavu po použití prostředku může způsobovat např. ablace prsu, amputace končetiny, kolostomie apod.

Výsledky diskuse se pokusil shrnout Kelly do definic, dnes již považovaných za klasické. *„Řádné prostředky jsou všechny léčby, zásahy a farmaka, které nabízí rozumnou naději na prospěch, a které mohou být získány a používány bez nadměrných výdajů, bolesti, nebo dalších obtíží. Mimořádné prostředky jsou všechny léčby, zásahy a farmaka, které nemohou být získány a používány bez nadměrných výdajů, bolesti, nebo dalších obtíží, nebo které, jsou-li použity, nenabízejí rozumnou naději na prospěch.“*¹⁰⁰Kelly uznává určité potíže definicí s obraty „nadměrný“, „rozumná naděje“ a „přiměřený prospěch“, ale zároveň konstatuje, že je to problém související jakýmkoli lidským hodnocením, a že zřejmě není možné najít formulace, které by tento problém odstranily.

V současných diskuzích se někdy objevují zúžené pohledy. Za řádnost prostředku je vydávána přítomnost jen části základních rysů. Např. Taobada uvádí, že je to časté mezi zdravotnickými profesionály, kteří si pod řádnými prostředky představují pouze běžnou, obvyklou či nevýjimečnou terapii. Podobně Rachels uvádí přístup, který hodnotí jako řádné prostředky ty, které jsou běžné a levné a za mimořádné prostředky

¹⁰⁰KELLY, Gerald. The Duty to preserveLife. s. 550.

ty, které jsou vzácné, obtížné, nebo drahé.¹⁰¹ V tomto, i dalších zúžených pohledech, je důraz kladen především na prostředky a zapomíná se na osobu, která by prostředky měla využívat. Objevují se snahy vytvořit výčet prostředků apod., přičemž se zapomíná, že je vytvořit nelze, protože charakter prostředku, jeho řádnost či mimořádnost je dána až podle specifických okolností pacienta.¹⁰² Jiné zúžené pohledy se zaměřují výhradně na účinek.¹⁰³ I v tomto případě se nepřihlíží k některým rysům subjektivního hodnocení morální (ne)možnosti, jako např. hodnotový žebříček pacienta, nedostupnost prostředku pro nemocného, jeho nákladnost apod.

Důsledkem rozdílných přístupů může být odlišné zatřídění prostředku a tím i morální povinnost/volnost jeho použití. Jako příklad bývá uváděn pacient v terminálním stavu způsobeném rakovinou, u kterého propukne cukrovka. Insulin je zcela běžné léčivo a není ani nákladné. Z hlediska zjednodušeného pohledu patří mezi řádné a je morálně závazné ho použít. Tradiční, tj. širší pohled, vidí i absenci prospěchu pro pacienta (připomeňme, že je v nevratném terminálním stadiu, tzn. prognóza dožití je v řádu hodin až týdnů), a proto inzulin řadí, v tomto konkrétním případě, mezi mimořádné prostředky. Obdobných příkladů k nadměrnosti ceny, bolesti apod., lze nalézt v literatuře mnoho. Co můžeme považovat za důležité je to, že téměř vždy demonstrují nutnost posuzovat případ od případu.

Řádným a mimořádným prostředkům se věnovala také Kongregace pro nauku víry v Deklaraci o eutanazii Bona et iura. V souvislosti s právem člověka zemřít zcela pokojně a s důstojností, povinností každého pečovat o vlastní zdraví, povinností osob pečujících o zdraví, použít prostředky, které se jeví jako nutné nebo užitečné, se táže, zda je nutné použít všechny prostředky za všech okolností.

V řešení otázky konstatuje, že princip individuální volby při použití/nepoužití mimořádných prostředků stále platí. K vyhodnocení vhodnosti prostředku doporučuje porovnat způsob léčby, nežádoucí účinky, stupně rizika, nutné náklady a očekávané výsledky se stavem nemocného a jeho tělesnými a duševními silami. Pokud výsledek používání prostředku neodpovídá očekávání (prostředek se stává mimořádným – přináší více nepohody než užitku, nepřiměřené náklady apod.), lze jeho používání přerušit. Je

¹⁰¹RACHELS, James. The end of Life. Euthanasia and Morality.s.96-100.

¹⁰² srov. TABOADA, Paulina. Ordinary and Extraordinary Means of the Preservation of Life: The Teaching of Moral Tradition.

¹⁰³ z toho potom plyne snaha o používání termínů přiměřené/nepřiměřené prostředky.

při tom nutné vzít do úvahy jak přání pacienta a jeho blízkých, tak mínění lékařů. Některé přístupy přibližuje podrobněji. Např. při nedostupnosti účinných léčebných postupů, je povoleno použít experimentální léčbu, i když není prosta rizika. Deklarace to hodnotí jako možnost velkodušné služby lidstvu. Otázku uzavírá tím, že nikoho nelze nutit používat nebezpečné a příliš zatěžující léčebné postupy. Člověk je může odmítnout a toto odmítnutí nelze srovnávat se sebevraždou, ale spíše s prostým přijetím situace.¹⁰⁴

Kdo by měl úvahy o řádnosti či mimořádnosti prostředků využívat? Všichni účastníci. A podstatný je dialog, zejména mezi lékařem a pacientem při získávání informovaného souhlasu. Mělo by platit, že lékař, pokud je naděje na prospěch pacienta, použije každý prostředek, který je dostupný (tedy řádný), pokud s tím souhlasí pacient, či jeho blízcí, není-li souhlasu schopen (tedy pokud ho považují pro sebe za mimořádný). Pacient má právo odmítnout jakoukoli léčbu, kterou lze označit za mimořádnou.

¹⁰⁴ srov. KATOLICKÁ CÍRKEV. Kongregace pro nauku víry. Deklarace o eutanazii Bona et iura.

3. Alternativadystanazie

3.1 Řešení dystanazie

Ukázali jsme si manipulaci se smrtí ve smyslu jejího zadržování nasazením účinných medicínských prostředků. Tvrdošíjný boj za zachování života oddalováním neodvratné smrti, v době kdy utrpení pacienta a jeho blízkých převažuje nad přínosy tohoto terapeutického zápasu, je popisem stavu, dnes nazývaného dystanazie.

Řešení dystanazie je poměrně jednoduché – přestat manipulovat. Ale tak, jak jednoduše to jde vyslovit, tak složité je to někdy provést. Je k tomu potřeba mnoho. Od změn v medicínském systému, ne snad v absolutním návratu paternalismu, či umožnění prosté nadváhy autonomie pacienta, ale takových, které ji zpět humanizují. Po změny v myšlení, v chápání smrti, jako normální součásti života, tj. vrátit ji zpět do života z míst, kam byla vytěsněna.

V předcházející části práce jsme si ukázali možnost jak se k dystanazii vůbec nedostat, nebo ji ukončit, pokud již nastala. Hovořili jsme o marné léčbě, jejíž poznání, v souhlasu lékaře a pacienta, může dystanazii zabránit. Rovněž jsme si ukázali možné mravní hodnocení řádných a mimořádných prostředků, které člověka může dovést k poznání, co pro zachování života musí, či již nemusí přijmout, podstoupit, použít.

S využitím uvedených poznatků můžeme načrtnout scénáře, které mohou, před dosažením, případně při dosažení dystanazie nastat:

— pacient zemře přirozenou cestou;

— v naší zemi nelegální manipulace se smrtí ve smyslu jejího aktivního urychlení – eutanazie či asistovaná sebevražda. K dystanazii nedojde. Jde o porušení základního lidského práva na život, významného negativního závazku přirozeného zákona – nikdo nebude úmyslně připraven o život, ani sám sebe o život nepřipraví. Je nutné však vidět i opačný názor osob ve společnosti triumfujících subjektivních práv, u nichž převažuje, jako hlavní idea, důraz na svobodu a autonomii, a které ji mohou považovat za mravně relevantní. Tato problematika, ale není předmětem této práce;

— manipulace se smrtí ve smyslu jejího oddalování – vznik dystanazie, tj. z různých důvodů pokračuje intenzivní léčení, tzn. i nadále je smrt oddalována, za cenu utrpení pacienta a jeho blízkých. Veškeré uvažování se vrací na začátek a probíhá znovu, možná je i snaha o soudní řešení situace. Zkušenosti ukazují, že takovou situaci velmi často ukončí příroda sama. Zdravotní stav pacienta se dostane i za limity

intenzivní medicíny a umírá dříve, než zúčastněné strany, v jeho věci, dojdou ke shodě či k rozhodnutí u soudu;

— kurativní léčba není zahájena, či je ukončena a pacient je opuštěn, což je řešení zcela mimo profesní povinnost lékaře, je zlé, mravně i právně špatné. V současné době nejsou k dispozici data, která by rozlišovala tento druh úmrtí. Zde se není co divit, vzhledem k mravnímu i právnímu zlu v situaci obsažené. Lze se pouze domnívat, že tato řešení také existují;¹⁰⁵

— kurativní léčba je ukončena se současnou změnou terapeutického cíle, ale bez kvalitní péče (nemocní umírají navíc u těžkých onemocnění, osaměle, bez uklidňující přítomnosti blízkých lidí, s nevhodnou léčbou bolesti a dalších symptomů umírání). Tato situace je zřejmě dosti častá a spolu s distancí je zdrojem požadavků na legalizaci eutanazie. Stav se postupně zlepšuje;¹⁰⁶

— kurativní léčba je ukončena se současnou (nebo ještě lépe předcházející) změnou terapeutického cíle a přechodem na symptomatickou léčbu, s hlavním zaměřením na zmírnění utrpení, zachování důstojnosti a komfortu života pacienta ve všech jeho dimenzích. Této situaci, kterou lze označit za paliativní péči, se budeme dále věnovat.

3.2 Paliativní péče

3.2.1 Pojem paliativní péče

Prvky paliativní péče, zaměření na symptomy umírání a zmírňování utrpení, lze objevit již v hluboké historii. Např. již první ekumenický koncil v r. 325 (níkajský) doporučoval biskupům založit ve své diecézi „*xenodochion*“ – útulek pro zdravé i nemocné poutníky. Ty byly sice primárně určeny k odpočinku a ošetření poutníků, ale péče o nemocné i umírající zde byla zahrnuta také; vždyť umírající byl v tehdejší době chápán nakonec také poutníkem – do věčnosti. Xenodochiony se od 8. století přebudovávaly a přejmenovávaly na hospitálie, špitály.¹⁰⁷ Například na českém území zakládá sv. Anežka Přemyslovna v r. 1233 laické špitálské bratrstvo (později Rytířský řád Křižovníků s

¹⁰⁵ jako příklad může sloužit kauza Fakultní nemocnice v Olomouci z r. 2007, kdy lékařka na urgentním příjmu nezačala kurativní léčbu (opustila) pacienta v mdlobách a kolapsu (nutno připomenout, že opakovaně přivezeného ZZS), který nebyl schopen samostatně se postavit, nebyl schopen chůze a jevil známky dehydratace a zmatenosti. Pacienta nechala vyvést z areálu nemocnice, kde poblíž vstupní brány do nemocnice záhy zemřel.

¹⁰⁶ KALVACH, Zdeněk a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. S. 9.

¹⁰⁷ KONTRADYOVÁ, Katarína. Paliativní péče o umírající pacienty a postoje k smrti. S. 55-57.

červenou hvězdou), které během svého působení v Čechách založilo desítky špitálů.¹⁰⁸ Vůbec za mnoha špitály stojí církevní řády. Za další zmínku stojí např. Hospitálský řád sv. Jana z Boha, známý jako Milosrdní bratři. A připomeňme si z kapitoly o milnících vývoje medicíny Celestina Opitze, člena tohoto řádu, který provedl první operaci v anestezii v Evropě (a světové prvenství mu uniklo o pouhé čtyři měsíce).

Medicína byla po většinu své historie dostupná pouze bohatým a mocným osobám. V té době a následně, když již byla lépe dostupná, neměla dostatek znalostí a prostředků pro účinnou léčbu nemocí. Proto, jak to bylo v silách pečujících osob, se zaměřovala na zmírňování symptomů nemocí a umírání, z dnešního pohledu na některé z postupů paliativní péče. Moderní pohled na paliativní péči se ale objevuje až s medicínskou revolucí v polovině 20. století. Významnou měrou se na tom podílela propagátorka útěšné péče o umírající, zakladatelka moderního hospicového hnutí, Cicely Saundersová. Její pohled nás opět přivádí k multidimenzionalitě lidského života, která se odráží i v umírání. Saundersová zavedla termín „totální bolest“, kterým označovala utrpení nevléčitelně nemocných v tělesné, psychologické, sociální a spirituální dimenzi lidského prožívání. To stojí v základech přístupu k těmto nemocným a později se to promítne i do definicí paliativní péče. Po založení hospice svatého Kryštofa v Londýně v r. 1967, se zde věnovala také osvětě a vzdělávání v hospicové péči. Jedním z účastníků vzdělávání byl kanadský lékař Balfour Mount. Když pak v r. 1975 budoval nemocniční oddělení hospicového typu v Montrealu, zavedl symbolický pojem „paliativní péče“.¹⁰⁹

Paliativní péči definovala např. Světová zdravotnická organizace v r. 1990 jako *„aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cíle paliativní péče jedosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin“*.¹¹⁰ A v r. 2002 ji redefinovala: *„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí*

¹⁰⁸Rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou [online].

¹⁰⁹ srov. RADBRUCH, Lukas a PAYNE, Sheila a kol. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. s. 7.

¹¹⁰RADA EVROPY. Doporučení Rec (2003)24 – důvodová zpráva s. 21

včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží“.¹¹¹

V českém prostředí definují paliativní péči např. její standardy: „Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“¹¹² Jednu z definic nabízí také významné odborné dokumenty: „Paliativní léčba je léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání a dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta. Její základní priority jsou zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti.“¹¹³ Paliativní péče se ocitla také v našem právním řádu jako druh zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí: „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“, která ovšem není vnímána jako odpovídající a bez podpory důvodové zprávy k zákonu o zdravotních službách jako použitelná.¹¹⁴ Důvodová zpráva upřesňuje, že „paliativní péče je poskytována pacientovi v konečném stadiu nemoci a jejím obsahem je vytváření podmínek pro klidné a důstojné umírání. Jde o komplexní víceoborovou péči. Nejdůležitější je léčba bolesti a řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných.“¹¹⁵ Paliativní péče je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Proto vyzvala Rada Evropy členské státy k respektování a ochraně důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, tím, že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči.¹¹⁶

¹¹¹RADA EVROPY. Doporučení Rec (2003)24 – důvodová zpráva s. 22

¹¹²ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. Standardy paliativní péče 2013. s. 5

¹¹³ srov. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ. Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním a ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010

¹¹⁴Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). § 5

¹¹⁵Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) - důvodová zpráva k § 5

¹¹⁶ srov. RADA EVROPY. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999

3.2.2 Úrovně paliativní péče

Paliativní péče se poskytuje jako dvouúrovňová, případně tříúrovňová. Rozlišuje se úroveň paliativního přístupu a úroveň obecné paliativní péče, a při rozšíření na tři úrovně ještě úroveň specializované paliativní péče. Paliativní přístup by měl být součástí rutinní péče všech pečujících, praktických lékařů, personálu nemocnic a zařízení domácí péče atd. V souladu s principy paliativní péče by měl řešit komplexní tlumení příznaků nemoci a komunikaci s dalšími zdravotníky, pacientem a jeho blízkými. Paliativní přístup se považuje za bázi péče, a proto se někdy nepovažuje za samostatnou úroveň paliativní péče. Obecnou paliativní péči, v souladu s jejími principy, poskytují zdravotníci, kteří léčí pacienty s onemocněním, které ohrožuje život, ale paliativní péče není jejich hlavní profesí (onkologové, geriatři apod.). Někteří odborníci slučují paliativní přístup a obecnou paliativní péči do jedné úrovně.¹¹⁷ Specializovanou paliativní péči poskytují vyškolení profesionálové specializovaných pracovišť. Řeší komplexní problémy, které nejsou v dostatečné míře řešitelné obecnou paliativní péčí.

Říká se, že vztah ke smrti a umírání vypovídá o kultuře společnosti. Paliativní péče je dnes považována za to nejlepší, co můžeme umírajícímu člověku nabídnout a je alternativou k manipulaci se smrtí, nebo k opuštění umírajícího. Podívejme se, jak je na tom Česká republika, když odborníci tvrdí, že s paliativní péčí na tom zatím nejsme nejlépe. Odhady potřeby paliativní péče byly uskutečněny při zpracování její koncepce. Z nich plyne, že paliativní péči v posledním roce svého života potřebuje přibližně 70 tis. osob a soustavou specializovanou paliativní péči 7 až 14 tis. nemocných ročně.¹¹⁸ K 31.12.2013 patřila paliativní medicína mezi uznané lékařské obory. Do přehledu počtu lékařů (více jak 38 tisíc) se lékaři s hlavním oborem paliativní medicína ani nedostali a byli zahrnuti mezi „ostatní“ hlavní obory. Mimo hlavní obor, po absolvování specializačního vzdělávání, tj. s dosaženou specializovanou způsobilostí paliativní medicína (vč. zrušeného oboru paliativní medicína a léčba bolesti) jsme měli 86 lékařů (2 ‰). Koncem roku 2013 existovalo v ČR 188 nemocnic s 56 807 lůžky, z toho 19 (!) lůžek pro paliativní péči. Existovalo 159 odborných léčebných ústavů s 21 197 lůžky, z toho 438 lůžek bylo vyčleněno oboru paliativní péče (2 ‰, vše

¹¹⁷ např. SKÁLA, Bohumil a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci.s. 4.

¹¹⁸ srov. SLÁMA, Ondřej a ŠPINKA, Štěpán. Koncepce paliativní péče v ČR. s. 26.

v hospicích).¹¹⁹ V paliativních pracovištích nemocnic bylo v r. 2013 hospitalizováno 121 pacientů, v odborných léčebných ústavech 3 804 pacientů. Paliativní péči poskytovanou v domácí péči statistiky nesledují, podle Uhlíře to v r. 2014 bylo 1 654 pacientů.¹²⁰ Tato čísla svědčí o stávající nedostatečnosti kapacit paliativní péče.

3.2 Místo sociálního pracovníka při specializované paliativní péči

Při specializované paliativní péči, holisticky zaměřené, vyžaduje optimalizace kvality života osob s onemocněním, které ohrožuje jejich život, či s vysilující chronickou nemocí, interdisciplinární přístup odborných týmů. Jejich členy jsou odborníci zaměřeni na jednotlivé dimenze člověka, jednak zdravotníci (lékaři, zdravotní sestry), ale také psychologové, sociální pracovníci, ošetřovatelé, osobní asistenti, duchovní, koordinátoři dobrovolníků a dobrovolníci apod.¹²¹

Jde-li v paliativní léčbě o léčbu bolesti a dalších tělesných projevů infaustní nemoci a umírání, řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných a jejich blízkých, a podílí-li se na ní odborné týmy, budou mít jednotliví členové týmů rozděleny odpovědnosti podle svých kompetencí. Léčbu bolesti, úzkostí a dalších stavů ovlivnitelných medicínou, zajišťují lékaři a další zdravotnický personál. Další oblasti pokrývají ostatní členové paliativního týmu. My se chceme věnovat především sociálnímu pracovníkovi, coby členu paliativního týmu. Abychom pochopili jeho místo v týmu, musíme se nejdříve zaměřit na formy, jakými se paliativní péče poskytuje. Možný přehled forem je zapracován do tabulky v Příloze III. Z tohoto přehledu je zřejmé, že sociální pracovník může působit v nemocnicích (oddělení/stanice paliativní péče/medicíny), léčebnách dlouhodobě nemocných, hospicích (stabilních i mobilních) a zařízeních sociální péče, poskytujících paliativní péči. To nevylučuje podporu obecné paliativní péče tam, kde to poskytovatel zdravotních a sociálních služeb umožňuje. Sociálním pracovníkem může být zdravotně-sociální pracovník nebo sociální

¹¹⁹ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online].

¹²⁰ UHLÍŘ, Marek. Pilotní program mobilní paliativní péče - tisková zpráva [online]

¹²¹ činnosti multidisciplinárního týmu se věnovala např. odborná konference pořádaná Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity v r. 2006. Viz sborník Multidisciplinární tým: Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí.

pracovník. Jeho základní povinnosti stanovují příslušné právní normy a poskytovatel zdravotních a sociálních služeb.¹²²

Vzhledem k individuálnímu charakteru umírání, je bezpodmínečné individuální řešení potřeb a obtíží pacienta a toho nelze úspěšně dosáhnout bez znalosti a pochopení pacienta. Sociální pracovník by měl umět především naslouchat, citlivě se ptát, komunikovat. Cílem je identifikovat sociální, ale i emocionální potřeby nemocného a jeho blízkých. Samozřejmě mnohokrát při tom zjistí i potřeby jiné, např. tělesné či duchovní, a naopak jiní členové týmu mohou získat informace o psychosociálních potížích pacienta nebo jeho blízkých. To ukazuje na význam spolupráce členů paliativního týmu. Každému členu týmu musí být dostupné informace o přáních, požadavcích a pocitech pacienta, co kdo pacientovi sdělil, a jak na to nemocný reagoval. V tomto ohledu může nedostatečná informovanost vést ke ztrátě důvěry pacienta.

Těžiště činnosti sociálního pracovníka bychom mohli spatřovat v respektu k pacientovi, pomoci při udržování sociálních kontaktů, emocionální podpoře, pomoci při udržování nezávislosti a týmové spolupráci. Respekt k pacientovi je pilíř, na kterém stojí všechny pracovníkovy úkony. Je tak zásadní, že patří mezi základní etické zásady jeho činnosti.¹²³ Respekt zde není jen uctivý postoj, ale i uctivé jednání. Respekt zde není jen úcta k nemocnému jako k jedinečné hodnotě, ale i ohled k potřebám jeho osobně, i jeho blízkých. A to i s vědomím, že se mohou, jak je to u umírajících běžné, rychle měnit. Sociální pracovník by měl podporovat pocity sebedůvěry a respektování sebe sama u umírajících a jejich blízkých a podporovat způsoby vyrovnání se situací pomocí přirozených zdrojů nemocného a jeho blízkých. Vždy však musí počítat i s tím, že u některých nemocných a jejich blízkých zůstane primární obrannou strategií popření a vytěsnění nepříznivých skutečností. Součástí respektu k nemocnému je i chápání takových okolností a z nich vyplývající citlivý přístup. Ve všech stěžejních oblastech sociální práce je důležitá schopnost pracovníka poskytovat relevantní informace, nabízet a rozplánovat možné sociální služby.¹²⁴ K těm, které přesahují mezi uváděnými

¹²² zákon č. 108/2006 Sb. § 109, resp. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 9

¹²³ Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR.

¹²⁴ např. Multidisciplinární tým: Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí, KALVACH, Zdeněk a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty, ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. Standardy paliativní péče 2013

stěžejními činnostmi, může patřit pomoc pacientovi a jeho blízkým s adaptací na novou a měnící se situaci, pomoc umírajícímu „dokončit“ neuzavřené záležitosti. To může být dořešení majetkových poměrů v rodině (např. převody vlastnictví), sepis poslední vůle, dořešení rodinných křivd apod. Nicméně se sociální pracovník může setkat i s odmítáním sociálních služeb. Je nutné to respektovat, považuje se však za dobré, udržovat připravenost k intervenci, změni-li postoj.

Udržování kontaktů s blízkými je pro umírajícího velmi významné, protože komunikace v rodinách může váznout s vyústěním až do pocitů izolace. Sociální pracovník při provádění specializované paliativní péče pracuje většinou s fungující rodinou strukturou. Působí zde jako prostředník mezi umírajícím a jeho blízkými a mezi blízkými umírajícího a paliativním týmem. Není-li to pacientem odmítáno, je možná aktivizace širšího rodinného okruhu a přátel. Je-li to potřebné a přijímáno, může vstupovat do vztahů blízkých umírajícího a jejich zaměstnavatelů při řešení pracovně právních otázek.

Řada lidí neumí vyjadřovat své pocity. V prožívání blížící se smrti je tato neschopnost jakoby potencována. Přitom zpracování intenzivních pocitů z prožívání této situace je velmi důležité k uvolnění a osobní pohodě nemocného. Zpracovat je nelze bez jejich vyjádření. K tomu mohou přispívat všichni členové týmu. I sociální pracovník. Intenzivní bývá pocit strachu ze smrti (ztráta důstojnosti, bolest, odloučení, závislost, zabřemenění blízkých atd.), který zvyšuje utrpení umírajícího. Pomoc při překonávání strachu, hledání nových a účinných způsobů k jeho snižování, nejen farmaky, jsou významnými, i když přetěžkými úkoly.

Pocit závislosti a „bytí na obtíž“ jsou u infaustní nemocných přirozené a také velmi časté. Vedou k frustracím, zejména ze ztráty důstojnosti a vyvolávají depresivní reakce. Řešení tělesné stránky problému je především na zdravotnících a ošetřovatelích. Sociální pracovník je zde často ten, získá-li důvěru pacienta, kterému se nemocní i blízcí svěřují s těmito problémy. Může jim nabídnout pomoc při hledání smyslu i v této situaci a v hledání vnitřních zdrojů síly. Posílením nezávislosti je i udržení sebedůvěry nemocného, kterou lze podporovat kvalitou času, kdy je pacient bdělý.¹²⁵ Do podpory nezávislosti lze zařadit i pomoc v zabezpečení – kontakt s úřady, příspěvky na péči a další možné dávky, kompenzační pomůcky apod.

¹²⁵ zde je veliký prostor pro dobrovolné pracovníky

Podle Radbrucha je nutné, po celou dobu péče o pacienta a jeho blízké průběžně, hodnotit riziko komplikovaného truchlení.¹²⁶ Práce sociálního pracovníka, pak nemusí končit úmrtím nemocného. Může zůstat potřeba identifikovat, hodnotit a pomáhat řešit obtíže pozůstalých ještě nějakou dobu po skonu nemocného. Součástí práce sociálního pracovníka pak může být doprovázení pozůstalých v jejich smutku a pomoc při řešení situací souvisejících s úmrtím člena rodiny, např. mohou pomáhat s přípravou pohřbu, v kontaktech s úřady, u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím apod.¹²⁷

¹²⁶ srov. RADBRUCH, Lukas a PAYNE, Sheila a kol. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. s. 25

¹²⁷ např. SKÁLA, Bohumil a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. s. 9-12

Závěr

V současné době dochází k většině úmrtí v institucích zdravotní, popř. sociální péče. Ročně umírá přibližně 107 tisíc osob, většinou seniorů (65+, cca 75 - 80 %), z toho naprostá většina na onemocnění, která mohou být chronická, v pozdějších stádiích neléčitelná, která mohou být zdrojem dlouhodobého a trýznivého umírání (choroby oběhové a dýchací soustavy, novotvary). Za této situace je možné, a stává se to, že umírání terminálně nemocných nebo umírajících osob bude uměle a násilně prodlužováno léčbou, jejíž nevýhody z pohledu jejich nebo jejich blízkých převažují nad jejími výhodami, nebo proti jejich vůli. Může dojít k manipulaci se smrtí, k dystanazii. Její alternativou, obecně uznávanou, ale doposud obecně nerozšířenou, je paliativní péče, jejíž specializovaná úroveň je prováděna odbornými týmy, jejichž členy jsou i sociální pracovníci.

V práci jsem ukázala, že v současnosti probíhají diskuze o tak zásadních věcech, jako je hodnota a smysl života, kdy jedna strana vychází z posvátnosti života a z úcty k němu, zatímco druhá strana vychází z kvality života, kdy nekvalitní a neúčinný život, který není schopen přinášet užitek, kde chybí vůle žít, nemusí být zaštitěn takovou mírou ochrany jako život užitečný. Odklon od posvátnosti života je důsledek absolutizujícího pojetí svobody člověka a celkového úpadku morálky společnosti, jejímu odlidštění. Ztrácí se vztah k druhému člověku, ztrácí se vztah k Bohu, duchovní perspektiva a dochází k odklonu od tradic se směřováním dobra a zla. Opouštění tradic spolu s vytěsňováním a tabuizováním smrti způsobuje, že dnes prakticky nejsme schopni doprovázet umírající.

Dystanazii chápu, jako manipulaci se smrtí. Objevuje se řada definic, velmi podobných, jejichž podstatou je to, že dystanazie je stav, kdy umírání člověka je tvrdošijně, nepřiměřeným a namáhavým používáním všech dostupných medicínských postupů, nasazením techniky a medikace uměle a násilně prodlužováno a smrt oddalována. Nevýhody takové léčby, z pohledu pacienta nebo jeho blízkých, převažují nad jejími přínosy. Protože dystanazie prodlužuje utrpení umírajících, stává se jedním z důvodů obnovování diskuzí o eutanazii a požadavků na její legalizaci, a to hlavně ze strany těch, kteří považují posvátnost života za překonaný koncept.

Možnosti předcházejí dystanazie jsem hledala ve zdrojích dystanazie. V obecné rovině je vidím v diskuzích vedených s cílem najít cestu ke zpětné humanizaci medicíny, změnám ve zdravotním systému, v chápání smrti, jako normální součásti

života, tj. její detabuizaci. A v konkrétní rovině vřešení jednotlivých klinických případů, rozhodováním o terapeutických cílech a změnách těchto cílů podle klinické situace, s vyústěním do nezahájení, nerozšiřování, nebo ukončování specifické léčby. Při tom jde zejména o přijetí konceptu marné léčby a jejího odhalování, a konceptu podpory rozhodování o tom, co musí pro záchranu svého života udělat, a co za nutné a smysluplné považovat nemusí, čeho se může vzdát posuzováním řádnosti či mimořádnosti prostředků.

Na reflexi možných scénářů umírání pacienta z hlediska přirozené smrti, manipulací s ní a různých změn terapeutických cílů, se mi jeví jako nejhumánněji změna kurativní na paliativní léčbu. V ČR se ukazuje potřeba dostupnosti paliativní péče pro asi 70 000 osob a specializované paliativní péče pro 7–14 tisíc osob ročně. Tato potřeba zatím není naplňována.

K pochopení místa sociálního pracovníka ve specializované paliativní péči, jsem vyhledala aktuální formy jejího provádění v naší zemi. Sociální pracovník může působit v odborných týmech v nemocnicích (oddělení/stanice paliativní péče/medicíny), léčebnách dlouhodobě nemocných, hospicích (stabilních i mobilních) a zařízeních sociální péče, poskytujících paliativní péči, ale i tam, kde to poskytovatel zdravotních a sociálních služeb umožňuje pro podporu obecné paliativní péče. Následně jsem shrnula hlavní zaměření činnosti sociálního pracovníka. Při důsledném respektu k umírajícímu a jeho blízkým, sociální pracovník především komunikuje a identifikuje potřeby pacienta a jeho blízkých. Na základě podávaných informací a nabídek, a po souhlasu nemocného, rozplánovává možné sociální služby, včetně pomoci s administrativními záležitostmi – styku s úřady, „dokončení“ neuzavřených záležitostí apod. Nabízí umírajícímu psychosociální podporu, udržování sociálních kontaktů, pomoc s vyjadřováním pocitů a překonávání strachů a úzkostí, pomoc s hledáním smyslu. Důležité je posilování nezávislosti a udržení sebedůvěry nemocného. Sociální pracovník může pokračovat v podpoře pozůstalých po úmrtí pacienta, např. pomocí s řešením záležitostí spojených s úmrtím na úřadech.

Z uvedeného stručného přehledu je nutné ještě jednou podtrhnout respekt, podporu a pomoc v pestré škále sociálních a psychosociálních potřeb a přání umírajícího. K naplnění těchto úkolů považuji za nezbytné, aby sociální pracovník byl orientován v problematice dystanzie a jejího předcházení či ukončování, když již nastala.

Seznam literatury

ARISTOTELÉS. *O duši*. 3., rozš. vyd. Praha: P. Rezek, 1996. ISBN 80-901796-9-X.

ANZENBACHER, Arno. *Úvod do filosofie*. Vyd. 2., přeprac., v Portále 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-804-X.

Bible: překlad 21. století. Praha: Biblion, 2009. ISBN 978-80-87282-00-7.

ČERNÝ, David. Eutanazie: obrana tradičních distinkcí. In ČERNÝ, David a DOLEŽAL, Adam (eds.). *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. ISBN 978-80-87439-15-9. s 20-42.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. In *Věstník ČLK 2013*. Praha: ČLK, 2013. s. 185-188.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory Etický kodex České lékařské komory. In *Věstník ČLK 2013*. Praha: ČLK, 2013. s. 63-65

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J.E. PURKYNĚ. Neodkladná resuscitace (NR), doporučený postup.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J.E. PURKYNĚ. Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. *Vnitřní lékařství*, 2009, roč. 55, č. 9, s. 846-849.

ČESKÁ REPUBLIKA. *Listina základních práv a svobod* [online]. [cit. 24.11.2015]. Dostupné na WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>>

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Standardy paliativní péče 2013*. Brno: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2013. Bez ISBN.

Český statistický úřad [online]. Praha: ČSÚ, aktualizováno dne: 2.10.2015 [cit. 2.12.2015]. Dostupné na WWW: <<https://www.czso.cz>>; <https://www.czso.cz/csu/czso/casova_rada_demografie>

DVOŘÁKOVÁ, Tereza. Non lege artis? *Tempus medicorum*, 2007, roč. 16, č. 5, s. 11. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR*. Praha: Společnost sociálních pracovníků ČR, znění účinné od 20. 5. 2006

EVROPSKÁ UNIE. Listina základních práv Evropské unie. In *Úřední věstník Evropské unie C326*, 2012, sv. 55 [online]. [cit. 24.11.2015]. ISSN 1977-0863. Dostupné na WWW: <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2012:326:FULL&from=CS>>

EVROPSKÝ SOUD PRO LIDSKÁ PRÁVA. Rozsudek ve věci Pretty proti Spojenému království (z 29.4.2002). *Přehled rozsudků Evropského soudu pro lidská práva*. ročník 2002, číslo 3.

EVROPSKÝ SOUD PRO LIDSKÁ PRÁVA. Rozsudek ve věci Lambert a další proti Francii (z 5.6.2015). *Přehled rozsudků Evropského soudu pro lidská práva*. ročník 2015, číslo 4.

FROMM, Erich. *Člověk a psychoanalýza*. Praha: Svoboda, 1967. BEZ ISBN

GIDDENS, Anthony. *Sociology*. 6th edition. Cambridge: Polity Press, 2009. ISBN: 978-0-7456-4357-1

GREEN, Joel B, ed. a kol. *Dictionary of scripture and ethics*. Ada: Baker Publishing Group, 2011. ISBN 978-0-8010-3406-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. Pyramida. ISBN 80-7038-158-2.

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

HAVRÁNEK, Bohuslav, ed. a kol. *Slovník spisovného jazyka českého*. 2., nezměn. vyd. Praha: Academia, 1989. Bez ISBN.

HELFT, Paul R. a SIEGLER, Mark a LANTOS, John. The Rise and Fallof the Futility Movement. *The New England Journal of Medicine*. 2000, č. 4. s. 293-296.

Hippokratova přísaha a dnešek. *Facultas Nostras – Zpravodaj LF UK v Plzni* [online]. 2011, č. 112-113 [cit. 13.12.2015]. Dostupné na WWW: <https://www.lfp.cuni.cz/FacultasNostra/2011/FacultasNostra_112_3.pdf>

HOLČÍK, Jan a KOUPILOVÁ, Ilona. Plýtvání v systému péče o zdraví. *Postgraduální medicína* [online]. 2001, č. 5 [cit. 16.12.2015]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/plytvani-v-systemu-pece-o-zdravi-137216>>

HORPENIAK, Vladimír. *Šumava očima Vladimíra Horpeniaka I*. Plzeň: Starý most, 2014. ISBN 978-80-87338-41-4.

HAVRÁNEK, Bohuslav, ed. a kol. *Slovník spisovného jazyka českého*. 2., nezměn. vyd. Praha: Academia, 1989. 8 sv.

HIRT, Miroslav a kol. *Soudní lékařství*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4583-5.

IVANOVÁ, Kateřina a KLOS, Robert. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0892-9.

- JAN PAVEL II. *Evangelium vitae: encyklika Jana Pavla II. O životě, který je nedotknutelné dobro z 25. března 1995*. Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-139-3.
- JANPAVEL II. *Nebojme se pravdy: nedostatky lidí a provinění církve*. Praha: Zvon, 1997. ISBN 80-7113-196-2.
- KADLECOVÁ, Jana. *Aktivizace seniorů v Domově pokojného stáří Naší Paní Oblastní charity v Klatovech*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Jana Šimečková.
- KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- Katechismus katolické církve* [online]. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství [cit. 5.1.2016]. Dostupné na WWW: <<http://www.katechismus.cz/>>
- KATOLICKÁ CÍRKEV. *CommissioTheologicaInternationalis. Společenství a služba: lidská osoba stvořená k Božímu obrazu*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. ISBN 80-7192-971-9.
- KATOLICKÁ CÍRKEV. *Kongregace pro nauku víry. Deklarace o eutanazii Bona et iura*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-334-0.
- KELLY, Gerald. *The Duty to preserveLife. TheologicalStudies*. 1951, roč. 12, č. 4, s. 550-556.
- KEOWN, John, *TheLegalRevolution: From "SanctityofLife" to "QualityofLife" and "Autonomy"*. *JournalofContemporaryHealthLaw&Policy*. 1998, roč. 14, č. 2, s. 253-285.
- KERRIDGE, Ian a MITCHELL, Kenneth a McPHEE, John. *DefiningMedicalFutility in Ethics, Law and ClinicalPractice: AnExercise in Futility?* *JournalofLaw and Medicine*. 1997, č. 4, s. 235-242. ISSN: 1320-159X.
- Kniha Sírachovcova* [online]. Praha: Česká biblická společnost, © 2009 [cit. 6.11.2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.biblenet.cz/b/Sir/17>>, popř. <<http://www.biblenet.cz/b/Sir/7>>
- KONTRADYOVÁ, Katarína. *Paliatívna starostlivosť a postoje k smrti*. Kežmarok: VIVIT, 2009. ISBN 978-80-89264-43-8.
- KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8
- KREJČÍ, Oskar. *Lidská práva*. Praha: Professional Publishing, 2011. ISBN 978-80-7431-056-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a KACZMARCZYK, Stanislav. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.

- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Vyd. 1. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LIPOVETSKY, Gilles. *Éra prázdnoty: úvahy o současném individualismu*. Vyd. 3. Praha: Prostor, 2003. ISBN 80-7260-085-0.
- LIPOVETSKY, Gilles. *Paradoxní štěstí: esej o hyperkonzumní společnosti*. Praha: Prostor, 2007. ISBN 978-80-7260-184-4.
- LIPOVETSKY, Gilles. *Soumrak povinnosti: bezbolestná etika nových demokratických časů*. Vyd. 2. Praha: Prostor, 2011. ISBN 978-80-7260-237-7.
- MACINTYRE, Alasdair C. *Ztráta ctnosti: k morální krizi současnosti*. Praha: OIKOYMENH, 2004. ISBN 80-7298-082-3.
- MAČÁK, Jiří a MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0785-3.
- MACHEK, Václav. *Etymologický slovník jazyka českého*. 2., opr. a dopl. vyd. Praha: Academia, 1968.
- MALINA, Jaroslav a kol. *Antropologický slovník, aneb, Co by mohl o člověku vědět každý člověk: (s přihlédnutím k dějinám literatury a umění)*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2009. ISBN 978-80-7204-560-0.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MATĚJEK, Jaromír. Dystanazie jako opomíjený problém diskuse o eutanazii. *Postgraduální medicína* [online]. 2013, č. 4 [cit 23.11.2015]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/dystanazie-jako-opomijeny-problem-diskuse-o-eutanazii-470186>>
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- Multidisciplinární tým: Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí.* MACKOVÁ, Marie (ed.), Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-437-2
- NEŠPOR, Zdeněk. Ústřední vývojové trendy současné české religiozity, in: NEŠPOR, Zdeněk (ed.). *Jaká víra? Současná česká religiozita / spiritualita v pohledu kvalitativní*

sociologie náboženství, Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2004, str. 21-37.

ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. Všeobecná deklarace lidských práv [online]. [cit. 24.11.2015] Dostupné na WWW: <<http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>>

ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech [online]. [cit. 24.11.2015]. Dostupné na WWW: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/mezinar.pakt-obc.a.polit_.prava_.pdf>

PESSINI, Leo a HOSSNE, William S. The reality of medical futility (dysthanasia) in Brazil. In BAGHERI Alireza (ed.), *Medical futility: across-national study*. Londýn: Imperial College Press, 2013. ISBN 978-1-84816-990-6. s. 35-57.

PLATÓN. *Ústava*. 3., opr. vyd. Praha: OIKOYMENH, 2001. ISBN 80-7298-024-6.

PORTER, Roy. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. Praha: Prostor, 2013. ISBN 978-80-7260-287-2.

Přátelé Mouřence [online]. Annín: Přátelé Mouřence, posl. úpravy 11.2.2016 [cit. 24.2.2016]. Dostupné na WWW: <<http://www.pratelemourence.cz>>

RADA EVROPY. *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod* [online]. [cit. 24.11.2015]. Dostupné na WWW: <http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf>

RADA EVROPY. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, „Charta práv umírajících“. In *Sociální práce*, roč. 2010, č. 2, s. 57-59.

RADA EVROPY. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Sbíрка mezinárodních smluv*. Roč. 2001, částka 44, č. 96. s. 1897-1919.

RADA EVROPY. Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. In *O organizaci paliativní péče Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů, 2004. Bez ISBN.

RADBRUCH, Lukas a PAYNE, Sheila a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cestadomů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010. Bez ISBN.

RACHELS, James. *The end of Life. Euthanasia and Morality*. Oxford: Oxford University Press, 1986. ISBN 0-19-286070-4.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

ROBERTS, Jana. Jak staří lidé vnímají konec života? *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 2, s. 138-1430. ISSN 1213-6204.

ROSYPAL, Stanislav a kol. *Nový přehled biologie*. Praha: Scientia, 2003. ISBN 80-7183-268-5.

ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lékařské etiky]*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.

Rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou [online]. Praha: Rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou, Posl. úpravy 22.1.2016 [cit. 3.2.2016]. Dostupné na WWW: <<http://www.krizovnici.eu/>>

Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí, o.s. [online]. Praha: ECCE HOMO, o.s., © 2005-2011 [cit. 7.12.2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/>>

SLÁMA, Ondřej a ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8

SLÁMA, Ondřej. Paliativní medicína a dobrá smrt. *Vnitřní lékařství*, 2014, roč. 60, doplňkové č. 2, s. 75-79.

SLÁMA, Ondřej. Lze objektivně vymežit, která léčba je u nevléčitelně nemocného pacienta „marná“? Několik poznámek z perspektivy onkologické paliativní léčby. In ČERNÝ, David, a DOLEŽAL, Adam, eds. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. ISBN 978-80-87439-15-9. s. 216-223

SKÁLA, Bohumil a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [novelizace 2011]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0

SKOPALOVÁ, Jitka. O smrti a umírání. *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 2, s. 64-70. ISSN 1213-6204.

ŠEVČÍK, Pavel. Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny. *Postgraduální medicína* [online]. 2012, č. 5 [cit. 7.2.2016]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/eticke-problemy-rozhodovani-o-ozpusobu-lecby-v-vprostredi-intenzivni-mediciny-464724>>

ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-9884-4.

TABOADA, Paulina. Ordinary and Extraordinary Means of the Preservation of Life: The Teaching of Moral Tradition. In *Catholic Culture* [online]. Manassas: Trinity Communications, © 2016, [cit. 14.1.2016]. Dostupné na WWW: <<https://www.catholicculture.org/culture/library/view.cfm?recnum=8772>>

TENNEY, Merrill C. ed. *The Zondervan Encyclopedia of the Bible* [elektronická kniha/epub], Revised, Full-Color Edition. Grand Rapids: The Zondervan Corporation, 2010. ISBN: 978-0-310-87697-7.

UHLÍŘ, Marek. *Pilotní program mobilní paliativní péče - tisková zpráva* [online]. Praha: Cesta domů, 2.4.2015 [cit. 17.2.2016]. Dostupné na WWW: <<http://www.cestadomu.cz/detail-clanek/pilotni-program-mobilni-paliativni-pece-tiskova-zprava.html>>

Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II. Závěrečná zpráva [online]. Praha: Stemmark, 2013. Cit. [7.2.2016]. Dostupné na WWW: <<http://www.data.umirani.cz/download/file/fid/20>>

Universum: všeobecná encyklopedie. Praha: Odeon, 2000-2001. 10 sv. ISBN 80-207-1060-4.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha: ÚZIS ČR, © ÚZIS ČR 2010-2015 [cit. 27.5.2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz>>; <<http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/zdravotnicka-statistika>>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

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

VOREL, František, jr., ed. a kol. *Soudní lékařství*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-728-1.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění platném od 18.1.2016.

WALTER, James J. Medical Futility – an Ethical Issue for Clinicians and Patients. *Practical Bioethics*. 2005, roč. 1, č. 3. s. 1 a 6-8.

WILDES, Kevin. Ordinary and Extraordinary Means and the Quality of Life. *Theological Studies*. 1996, roč. 57, č. 3, s. 500-512.

WILKINSON, Dominic a Julian SAVULESCU. Jak poznat, kdy přestat: marnost intenzivní léčby. *Current Opinion in Anesthesiology*, české vydání. 2011, roč. 2, č. 3. s. 67-72. ISSN: 1804-204X.

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění platném od 1.4.2013.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění platném od 1.1.2015.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění platném od 1.10.2015.

Seznam zkratk

ČLK	Česká lékařská komora
ISBN	International Standard BookNumbering
UDDA	UniformDeterminationofDeathAct
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WWW	WorldWide Web

Seznam příloh

Příloha IVybrané statistické ukazatele o zemřelých v České republice

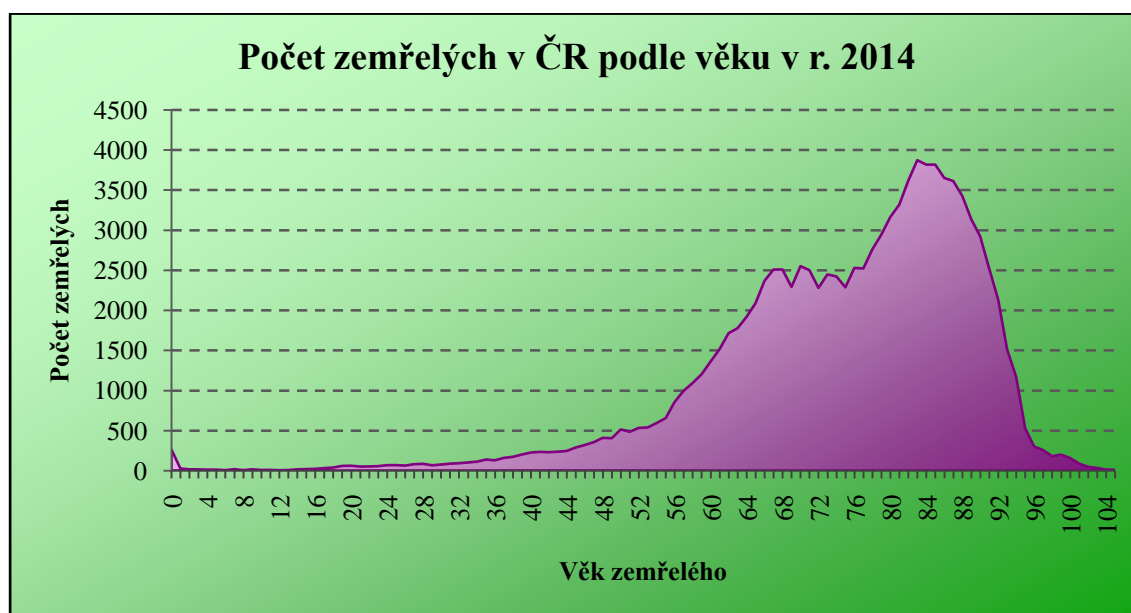
Příloha II Vývoj počtu věřících osob v České republice

Příloha III Formy paliativní péče

Příloha IVFreska kostela svatého Mořice u Annína

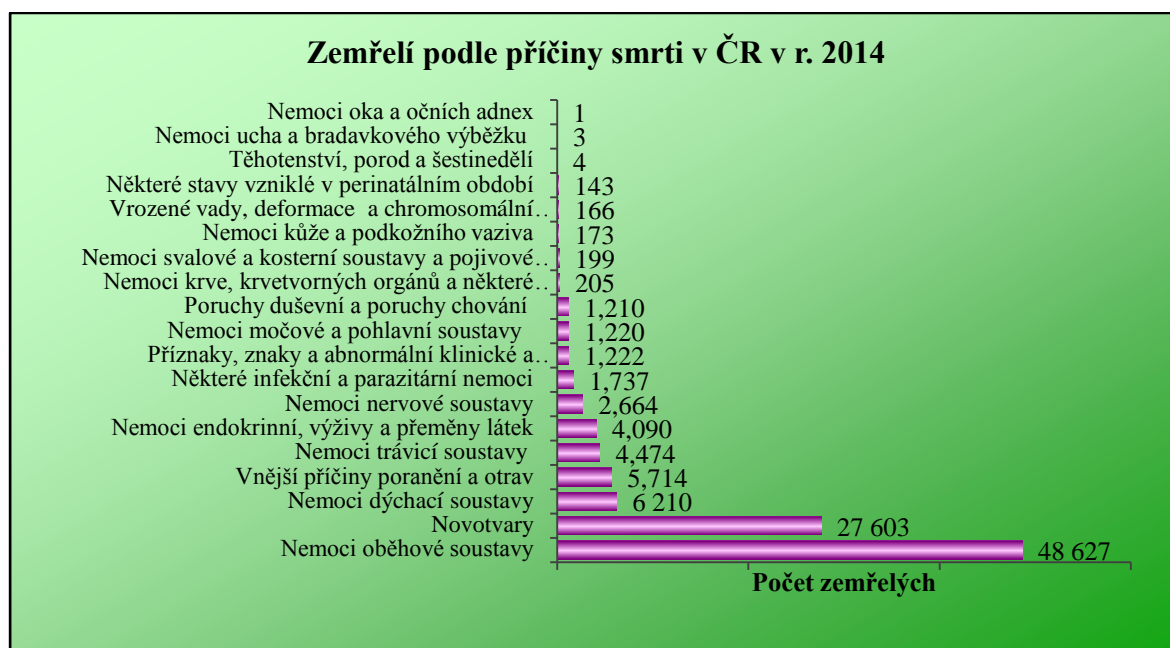
Vybrané statistické ukazatele o zemřelých v České republice

V České republice umírá ročně v průměru 107 tisíc osob. Průměr je vypočítán z období od r. 2000 do r. 2014. V Grafu 1 je znázorněna množina osob zemřelých v roce 2013, členěná podle věku. V předcházejících letech byla situace obdobná, maxima se mírně posouvají k vyššímu věku, což vyplývá z faktu stárnutí populace.



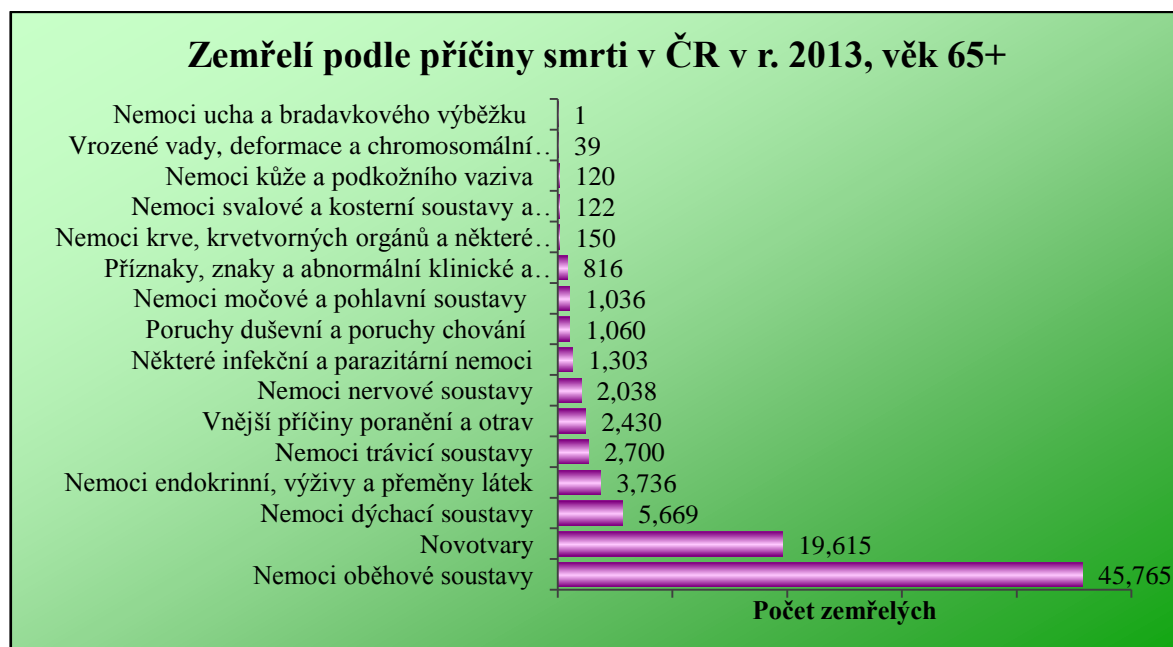
Graf 1 Počet zemřelých v České republice v r. 2014 podle věku

Mezi nejčastější příčiny úmrtí patří nemoci systémů a orgánů základních vitálních funkcí a nemoci systémů a orgánů přímo podporujících základní vitální funkce.



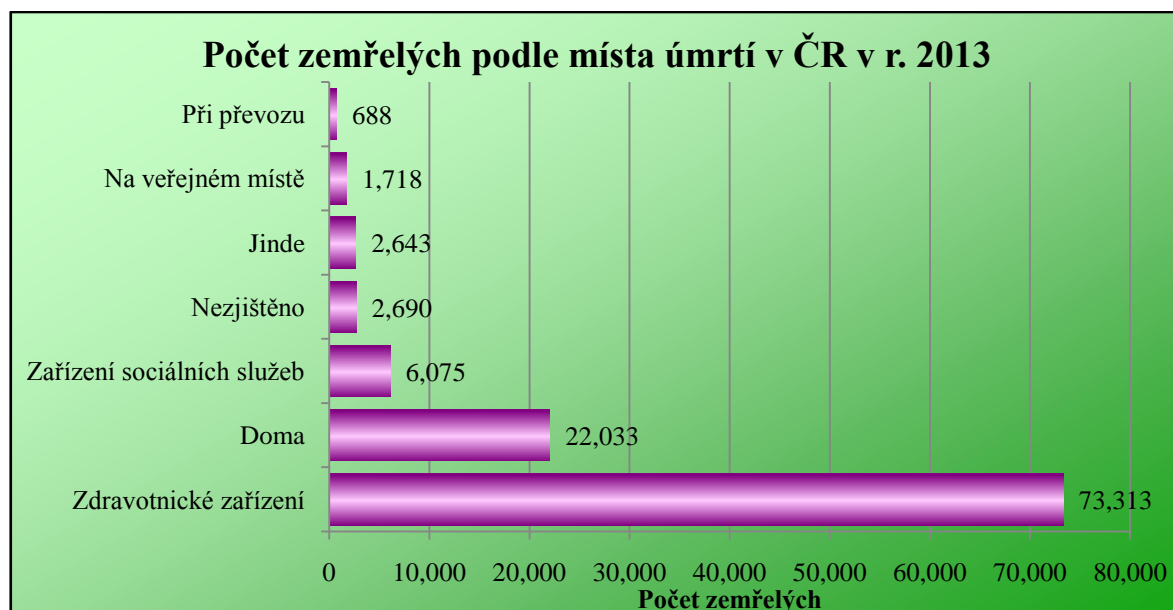
Graf 2 Počet zemřelých v České republice v r. 2014 podle příčiny smrti

Z Grafu 2 je zřejmé, že v r. 2014 to byly nemoci oběhové a dýchací soustavy, novotvary a vnější příčiny. V grafu 3 tento pohled zúžíme na osoby seniorského věku. Protože v době tvorby této práce nebyla zveřejněna data pro rok 2014, používáme data z roku předcházejícího, který je pravděpodobně velmi podobný. U seniorů ustupují ze čtvrtého místa příčin úmrtí vnější příčiny a nahrazují je nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek.



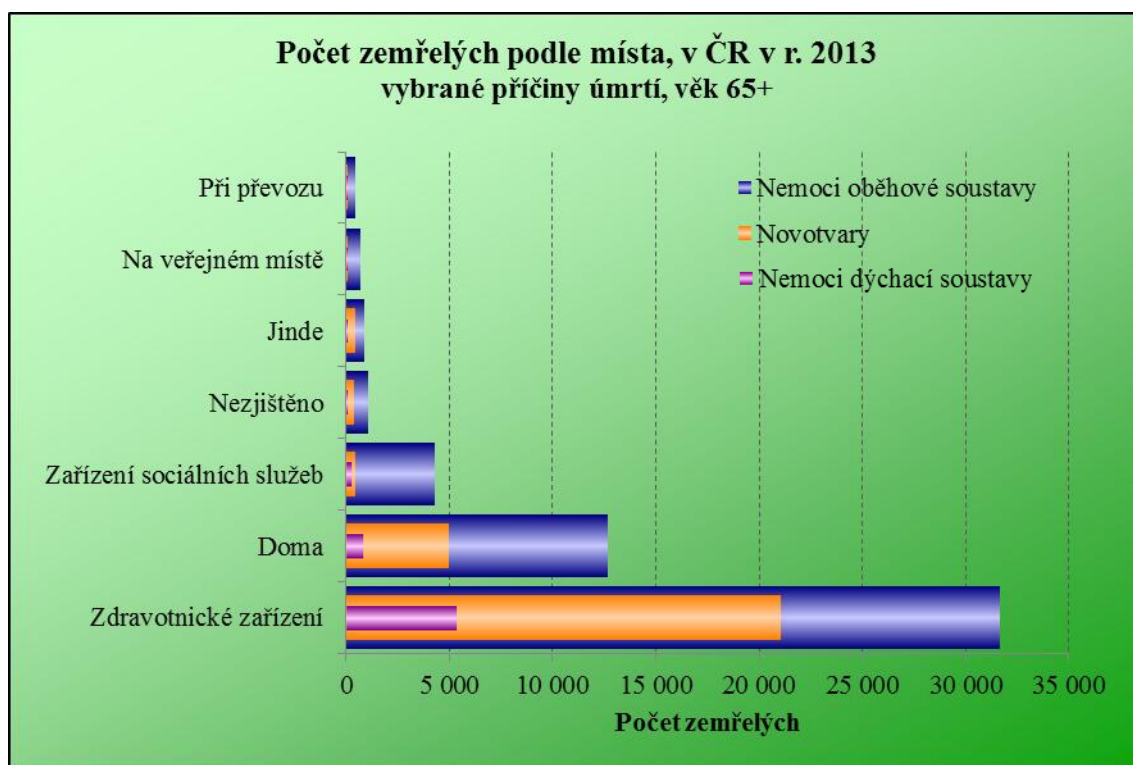
Graf 3 Počet zemřelých v České republice v r. 2013, věková kohorta 65+, podle příčiny smrti

Současná doba je charakteristická především institucionalizovaným umíráním. Je to zřejmé i z Grafu 4. Většina umírajících v ČR nachází smrt v instituci(zdravotnickém zařízení a zařízení sociální péče), pouze $\frac{1}{5}$ v domácím prostředí.



Graf 4 Počet zemřelých v České republice v r. 2013 podle místa úmrtí

V Grafu 5 spojíme předcházející údaje, na datech z r. 2013 si ukážeme, v jakých místech umírali senioři, na nejčastější příčiny smrti.



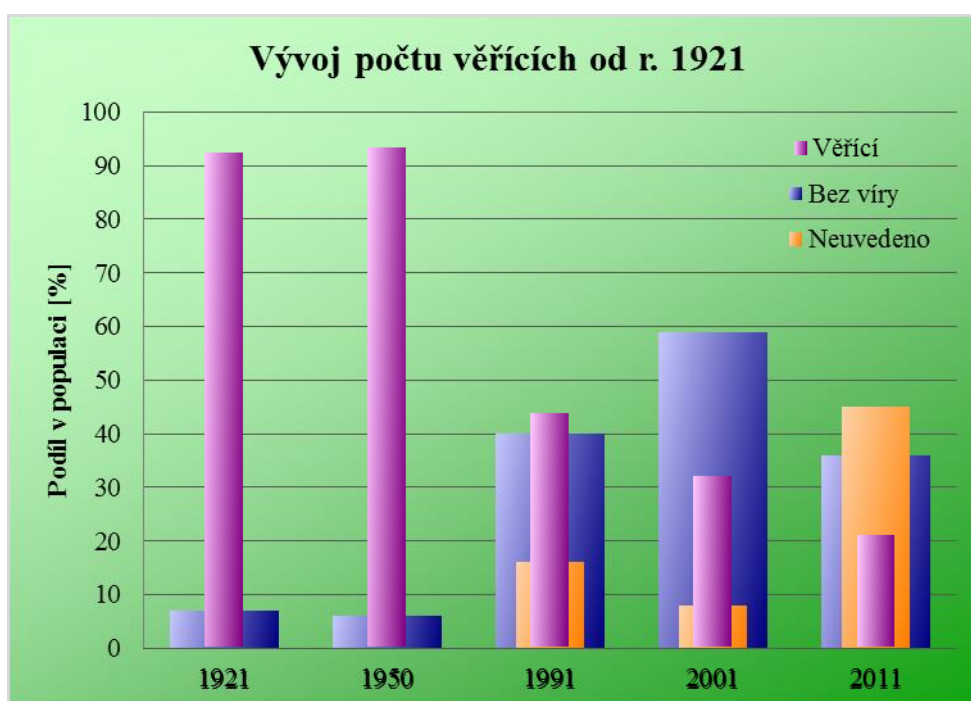
Graf 5 Počet zemřelých v České republice v r. 2013
věková kohorta 65+, podle místa úmrtí a nejčastějších příčin smrti

Zdroj
Český statistický úřad, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Vývoj počtu věřících osob v České republice

Od 20. století lze sledovat určitý odklon od religiozity, což lze chápat jako jeden z příznaků sekularizace. Má to, i z hlediska naší práce, dalekosáhlý důsledek, a to je ztráta identifikace s náboženskými hodnotovými představami. Uvedenou skutečností lze dokládat, mimo jiné, také na počtu věřících.

V Grafu 6 je zřejmý trend poklesu počtu věřících od roku 1921. Rovněž je patrný nárůst osob bez víry. Významný je i počet osob, které vztah k víře neuvedly. Tento fakt bývá vykládán velmi odlišně. Např. že jde o osoby, které se nepodílejí na aktivitách jakéhokoli tradičního náboženství, ale zároveň nejsou úplnými ateisty, jde o osoby hledající, anonymní věřící, osoby odklánějící se od náboženství (Boha), ale přiklánějící se ke spiritualismu (k životu) apod.



Graf 6 Vývoj počtu věřících od r. 1921

Zdroj

Český statistický úřad

NESPOR, Zdeněk. Ústřední vývojové trendy současné české religiozity

Formy paliativní péče

Paliativní péče se poskytuje ve dvou až třech úrovních – paliativní přístup, obecná paliativní a specializovaná paliativní péče (viz část práce věnovaná paliativní péči). Je jedním z druhů zdravotní péče podle účelu. Může být poskytována různými formami, jejichž možný přehled je uveden v tabulce 1.

Formy péče													
Ambulanti péče		Lůžková péče					Domácí péče			Péče v zařízení sociálních služeb			
primární ambulanti péče	specializovaná ambulanti péče	akutní	následná lůžková péče	dlouhodobá lůžková péče*	zvláštní ústavní péče								
Úrovně paliativní péče													
Paliativní přístup													
OPP		OPP	SPP	OPP	SPP	SPP			OPP	SPP	OPP	SPP	
ambulance praktických a odborných lékařů (vč. návštěvní služby praktickým lékařem)		ambulance paliativní péče	nemocniční oddělení	oddělení (stanice) paliativní péče nemocnic	oddělení paliativní medicíny nemocnic	nemocnice následné péče	oddělení následné péče nemocnic	léčebny dlouhodobě nemocných	hospice	rodina	agentury domácí péče	mobilní hospice	domovy pro seniory

Tabulka 1 Možné formy paliativní péče

OPP – obecná paliativní péče

SPP – specializovaná paliativní péče

* v praxi jsou hranice mezi obsahem činnosti zařízení následné lůžkové péče a dlouhodobé lůžkové péče značně neostře, často dochází k terminologické záměně, či prolínání činností.

Tabulka byla vytvořena na základě dostupných údajů o existujících zařízeních. Paliativní péče v ČR dosud není na potřebné úrovni. Některá zařízení jsou teprve ve vývoji (např. denní a týdenní hospicové stacionáře), některá zařízení deklarují specializovanou paliativní péči, ale stěží zvládají obecnou paliativní péči, nebo mají problémy v některých segmentech specializované paliativní péče (např. zvládání bolesti, řešení spirituálních problémů apod.).

Zdroj:

KALVACH, Zdeněk a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Freska kostela svatého Mořice u Annína

Asi 8 km jižně od Sušice se nachází malá víska Annín a na kopci nad ní stojí kostel svatého Mořice z první třetiny 13. stol. V 90. letech minulého století prošel téměř zničený kostelík rekonstrukcí, financovanou Němci vysídlenými po 2. světové válce a jejich potomky. Při rekonstrukci byly objeveny unikátní fresky ze začátku 14. stol. (kol. 1310). Fresky představují různá poučení a biblické odkazy, které středověkému věřícímu, a byly první, co po vstoupení do kostela viděl, nahrazovaly literu Písma. Jednou částí nástěnné malby je i zpodobnění setkání tří živých a tří mrtvých, které návštěvníkovi kostela připomíná jeho smrtelnost, připomíná, že smrt je součástí života a dostihne každého. Mrtví říkají živým „*Co jste vy, byli jsme i my, co jsme my, budete i vy*“.



Obrázek 1 Quod fuimus, estis. Quo sumuseritis.

V Čechách se tento námět objevuje také na nástěnné malbě v podzemních prostorách fary kostela sv. Petra a Pavla v Broumově (kol. 1320, tedy o cca 10 let mladší než sv. Mořic) a na nástěnné malbě v kostele Obětování Panny Marie v Českých Budějovicích (kol. 1400, tzn. také mladší než sv. Mořic).

Zdroj:

Fotografie Jana Kadlecová, 21.8.2015

Přátelé Mouřence [online]. Annín: Přátelé Mouřence, posl. úpravy 11.2.2016 [cit. 24.2.2016]. Dostupné na WWW: <http://www.pratelemourence.cz>

ABSTRAKT

KADLECOVÁ, Jana. *Dystanazie jako manipulace s přirozenou smrtí*. České Budějovice 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Roman Míčka.

Klíčová slova: autonomie, etika, futilita, dystanazie, manipulace, marná léčba, medicína, mimořádné prostředky, pacient, paliativní péče, paternalismus, řádné prostředky, smrt, sociální pracovník, umírání, život

Diplomová práce se zabývá etickou problematikou soudobého umírání a vztahů společnosti ke smrti. Věnuje se problému dystanazie, který pojímá jako manipulaci se smrtí. Hledá zdroje dystanazie a nalézá je v soudobých postojích medicíny i pacientů ke smrti, odlidštění medicíny a odklonu od tradic. Také hledá cesty k předcházení dystanazie. Vidí je v opětovné humanizaci medicíny, v přijetí konceptu marné léčby a schopnosti rozlišovat řádné a mimořádné prostředky. Práce nabízí alternativu dystanazii – paliativní péči a hledá místo sociálního pracovníka v ní.

ABSTRACT

Dysthanasia as manipulation with natural death.

Keywords: autonomy, death, dying, ethics, extraordinary means, futile treatment, futility, dysthanasia, life, manipulation, medicine, ordinary means, paternalism, patient, palliative care, social worker

This diploma thesis deals with the ethical problems of contemporary dying and relationships of society to death. One is devoted to the issue of dysthanasia, that is approached as manipulation with death. Work looks for sources of dysthanasia and one finds it in contemporary attitudes of medicine and patients to death, dehumanization of medicine and diversion from traditions. That also looks for a pathway to the prevention of dysthanasia. One sees it in repeated humanization of medicine, in accepting the concept of futile treatment and the capabilities to distinguish ordinary and extraordinary means. This work offers the alternative of dysthanasia – palliative care and seeks for a position of social worker in it.