

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Katolická teologická fakulta

Katedra teologické etiky a spirituální teologie

Teologická etika

Josef Staněk

AIDS

Nakažení a některé etické aspekty z toho plynoucí

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Prof. Dr. Albert-Peter Rethmann

PRAHA 2007

Děkuji panu Prof. Dr. Albert-Peter Rethmannovi, Dr. theol. za to, že se ujal vedení mé bakalářské práce a také za cenné rady a připomínky, které k mé práci měl.

Děkuji také doc. MUDr. Marii Staňkové CSc., které jsem vděčen za účinnou pomoc při zpracování klinické části mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „AIDS – Nakažení a některé etické aspekty z toho plynoucí“ vypracoval samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 19.dubna 2007

OBSAH

ÚVOD	5
1 <u>ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCI AIDS</u>	7
1.1 Co je to vlastně AIDS.....	7
1.2 Původ nemoci AIDS.....	8
1.3 Historie nemoci.....	10
1.4 Výskyt nemoci AIDS.....	11
1.5 Přenos HIV infekce.....	12
1.5.1 Sexuální přenos.....	12
1.5.2 Parenterální přenos.....	12
1.5.3 Vertikální přenos.....	13
1.6 Průběh HIV infekce.....	13
1.6.1 Klinické stádium „A“.....	14
1.6.2 Klinické stádium „B“ – časné symptomatické stádium.....	14
1.6.3 Klinické stádium „C“ – AIDS (pozdní symptomatické stádium).....	14
1.7 Diagnostika HIV infekce.....	15
1.8 Terapie.....	15
1.9 Péče o infikované osoby v České republice.....	16
1.10 Prevence šíření HIV infekce	17
2 <u>ETICKÉ KONFLIKTY KOLEM NAKAŽENÍ VIREM HIV</u>.....	19
2.1 Diagnóza a informovanost.....	21
2.1.1 Test na HIV bez vědomí nebo souhlasu pacienta.....	21
2.1.2 Informování ohrožené třetí osoby.....	23
2.1.2.1 Informování ohrožené třetí osoby nakaženým.....	23
2.1.2.2 Informování ohrožené třetí osoby druhou osobou.....	25

2.2	Léčba.....	26
2.2.1	Povinnost lékaře léčit nemocné AIDS.....	26
2.2.1.1	Odmítnutí HIV+ pacienta lékařem.....	26
2.2.1.2	Finanční náročnost léčby AIDS jako důvod k neléčení.....	27
2.2.2	Odmítnutí léčby HIV pozitivním pacientem.....	29
2.3	Partnerské a rodinné vztahy nakažených HIV.....	31
2.3.1	Právo HIV pozitivního člověka na uzavření manželství.....	32
2.3.2	Právo HIV pozitivního člověka na plození dětí.....	34
3	<u>NAKAŽENÍ A SMRT</u>	39
3.1	Přijetí nakažení smrtelnou nemocí.....	39
3.2	AIDS – umírání a smrt.....	42
3.2.1	Okruhy potřeb umírajícího.....	42
3.2.2	O umírání a důstojnosti.....	43
3.2.3	Několik poznámek k eutanázii.....	44
	ZÁVĚR.....	47
	PŘÍLOHY.....	50
	SHRNUTÍ.....	59
	SUMMARY.....	60
	PŘEHLED SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	61
	SEZNAM LITERATURY.....	62
	ABSTRAKT (v českém jazyce).....	66
	ABSTRACT (in English).....	67

Úvod

To, že jsem si jako téma své bakalářské práce vybral problematiku lidí postižených HIV/AIDS infekcí, není náhoda. O tuto problematiku se již delší dobu zajímám a protože bych chtěl naplnit slova pastorální konstituce o církvi v dnešním světě *Gaudium et spes*, „*Radost a naděje, smutek a úzkost lidí naší doby, zvláště chudých a všech, kteří nějak trpí, je i radostí a nadějí, smutkem a úzkostí Kristových učedníků, a není nic opravdu lidského, co by nenašlo v jejich srdci odezvu*“¹, rozhodl jsem se pokusit se zpracovat z hlediska katolické morálky některé aspekty s touto nemocí související a to od nakažení přes vyrovnávání se s touto nemocí až k praktickým věcem týkajících se života s nemocí HIV/AIDS, v naději, že tím pomohu jak nemocným, tak i těm, kteří jim chtějí pomoci. Onemocnění totiž neznamená jen velkou zátěž pro nemocného, ale také pro jeho nejbližší okolí, tedy v první řadě pro rodinu, ale nejen pro ni. První zjištění bývá často spojeno s odhalením homosexuality, drogové závislosti, nevěry apod. Další problémy přistupují ze strany lékařů a pomocného lékařského personálu, sexuálních partnerů nemocného aj.

Jsem si vědom obsažnosti tohoto tématu a také menšího rozsahu bakalářské práce. Proto ve své bakalářské práci chci popsat nemoc samotnou včetně uvedení některých statistických čísel a jasně vytyčit problematiku a upozornit na již známé postoje různých lékařů a katolických teologů a také naznačit řešení dané problematiky. Znamená to tedy, že cílem mé práce není ani nemůže být vyčerpávající řešení všech problémů s touto problematikou souvisejících, ale spíše seznámení se s tímto problémem a nabídnutí řešení a pomoc nemocným a pomáhajícím. Vzhledem k tomu, že bych chtěl pokračovat ve studiu na magisterském stupni, byl bych rád, kdybych tuto rozpracovanou problematiku mohl více rozvinout v budoucnu ve své diplomové práci.

Práci jsem rozdělil do tří kapitol. V první z nich popisují samotnou nemoc. Píší o původu nemoci, o její historii, výskytu, udávám některé statistické údaje. Dále zde píší o prevenci, způsobech nakažení, terapii a léčbě této nemoci.

Ve druhé kapitole pojednávám o některých problémech nemocných a pomáhajících lidí a také jsem nastínil několik ryze praktických problémů.

¹ *Gaudium et spes* in *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 183.

Ve třetí kapitole jsem se v krátkosti zastavil u přijetí diagnózy HIV positivity nemocnými a u nevyhnutelných následků této diagnózy, umírání a samotné smrti. V této kapitole se také věnuji problematice eutanazie.

V závěru práce jsem se pokusil o shrnutí celé problematiky a o závěrečnou rekapitulaci.

1 Základní údaje o nemoci AIDS

Přesto, že má práce není v první řadě o nemoci HIV/AIDS, ale spíše o nemocných, pomáhajících a o jejich problémech, považuji za nutné napsat alespoň několik málo vět i o nemoci samotné - o jejím původu, historii, jejím výskytu, přenosu, klinickém obrazu a několika dalších podstatných údajích, které se k dané problematice úzce váží. Vycházím totiž v dalších částech své práce z mnohých faktů uvedených v této kapitole. Těžko bych se mohl vracet k mnoha lékařským termínům, které ve své práci používám a celé řadě epidemiologických, diagnostických a terapeutických pojmů. Považuji za důležité se o nich zmínit, aby se zabránilo pozdějšímu nedorozumění.

Vzhledem k tomu, že tato práce není psaná pro lékaře a také ani já sám nejsem lékař, pokouším se tuto kapitolu podat způsobem pokud možno laické veřejnosti srozumitelným tak, aby dala přehlednou orientaci a vhled do problému.

1.1 Co je to vlastně AIDS

V roce 1981 popsal newyorský dermatolog A. E. Friedman-Kien u dvou mladých dosud zdravých mužů překvapivý výskyt vzácného kožního nádoru – Kaposiho sarkomu². Ve stejné době popisuje M. S. Gottlieb v Los Angeles první případy pneumocystové³ pneumonie⁴ u mladých homosexuálních mužů, u nichž byl současně zjištěn významný pokles CD4 T lymfocytů⁵, buněk zodpovědných za obranyschopnost organismu. V témže roce i v řadě jiných měst v USA pozorovali lékaři podobná onemocnění mezi mladými, dosud zdravými homosexuálními muži. Postupně se objevily v této skupině i neobvyklé případy vzácných, nevysvětlitelných infekcí, nádorů a dalších symptomů. U všech těchto mužů byl opět prokázán imunodeficit⁶ CD4 T buněk. Již v roce 1982 CDC (Centrum pro kontrolu nemocí) vytvořila první definici Syndromu získané imunodeficiency - Acquired Immunodeficiency Syndrome - AIDS. Nejprve se soudilo, že tento „Syndrom získané

² Obrazová příloha 1

³ Mykotické (plísňové) onemocnění

⁴ Zápal plic

⁵ Jedná se určité bílé krvinky, zodpovědné za obranyschopnost organismu. O této otázce bude obšírněji pojednáno později.

⁶ Významný pokles vedoucí k nedostatku.

imunodeficiencie - AIDS“ je v přímé souvislosti se specifickým chováním gayů. Později ale bylo onemocnění pozorováno i u hemofiliků⁷ a dalších příjemců krevních transfuzí, sexuálních partnerů infikovaných a jejich dětí. Z epidemiologických poznatků vyplynulo, že jde o nové infekční onemocnění, které je přenosné sexuálně cestou, krví a z infikované matky na dítě. V roce 1983-1984 podávají epidemiologové a virologové důkazy o tom, že příčinou AIDS je virus⁸, později (1986) nazvaný virus lidské imunodeficiencie – human immunodeficiency virus - HIV⁹ z čeledi *Retroviridae*. Ale to už se virus HIV začal diagnostikovat po celém světě.

Z několika možných definicí nemoci AIDS jsem použil tu, kterou uvádí ve své publikaci H. Rozsypal¹⁰: „*Syndrom získané imunodeficiencie (AIDS) je stav, který vzniká v důsledku destrukce imunitního systému při infekci virem lidské imunodeficiencie (HIV). AIDS je definován na základě přítomnosti některého z indikativních onemocnění, mezi něž patří „velké“ oportunní¹¹ infekce, určité nádory, kachexie¹² a encefalopatie¹³.*“

1.2 Původ nemoci AIDS

⁷ Hemofilie je dědičná krvácivost projevující se neztišitelným krvácením i z nepatrné rány.

⁸ Viry jsou nejmenší známé infekční částice, které se liší od všech rostlinných (bakterie) i živočišných (prvoci) infekčních jednobuněčných organismů, neboť na rozdíl od nich nerostou a samy o sobě se nemohou množit. Je otázkou, můžeme-li je vůbec považovat za živé organismy. Jsou naprosto závislé na jimi vybraných živých hostitelských buňkách ať už rostlinného nebo živočišného původu, které donutí, aby využily část nebo veškerou svoji energii ke stavbě nových virových částic. Hostitelská buňka, která vytvoří až tisíce nových virových částic při tom sama zahyne, nebo po dlouhou dobu přežívá, protože se částečně stará i sama o sebe, a nebo zůstává virus v hostitelské buňce v latentním (klidovém) stavu a pouze se s buňkou množí. Tyto tři vztahy se označují jako akutní, chronická a latentní virová infekce buňky. Tyto vztahy se mohou postupně měnit.

⁹ Existují dva typy virů lidské imunodeficiencie: HIV-1 a HIV-2, oba působí výhradně na člověka. HIV-1 pravděpodobně zmutoval z viru nacházejícího se u zelených opiček sooty mangabeys (obrazová příloha 2), HIV-2 asi z viru šimpanzího. K přenosu infekce pravděpodobně došlo při požití opičího masa (mozku) domorodci.

¹⁰ ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 10.

¹¹ Běžné, za normálních okolností neškodné infekce, se kterými si zdravý organismus snadno poradí.

¹² Chorobná celková tělesná sešlost projevující se velkým úbytkem hmotnosti, nedostatkem bílkovin apod.

¹³ Souborné označení psychických poruch, způsobených poškozením mozkové tkáně.

Přesto, že teorií vzniku nemoci AIDS je několik¹⁴, původ HIV infekce není ani v dnešní době úplně jasný. Dnes se při řešení otázky vzniku nemoci AIDS vychází ze dvou skutečností: kolébka AIDS se nalézá v Africe a virus lidské imunodeficiency (HIV) je příbuzný s virem opičí imunodeficiency (SIV)¹⁵. Předpokládá se, že někdy koncem 19. nebo začátkem 20. století se opičí virus SIV (nebo jemu podobný) dostal do krevního oběhu člověka¹⁶, infikoval jeho bílé krvinky a změnil se (zmutoval) na virus, který je schopen vyvolat imunodeficienci u člověka (stal se patogenní).¹⁷ Jaké okolnosti ale vedly k adaptaci opičího viru na člověka, i když jsou určité teorie, není známo. V každém případě je velmi pravděpodobné, že retrovirus¹⁸, který se stal někde v Africe pro člověka patogenní, byl minimálně po celá desetiletí jen ve zcela izolovaných lokalitách, kde pravděpodobně vyvolával jen malé, ohraničené epidemie. Avšak náhlé změny v sociálních podmínkách způsobily v sedmdesátých letech bouřlivé rozšíření nákazy do měst a obcí střední a východní Afriky. Velkou úlohu přitom sehrála intenzivní urbanizace a populační exploze tamního obyvatelstva, a celá řada lokálních válečných konfliktů. Ekonomické a politické příčiny pak umožnily další rozšíření nemoci. Z Afriky se HIV infekce rozšířila nejprve do Karibské oblasti a na Haiti (letovisek amerických homosexuálů) a odtud byl virus HIV zavlečen do Spojených států, dále do Evropy a postupně do ostatních zemí světa.

Velkou rychlost šíření viru HIV má na svědomí zejména masová turistika, sexuální promiskuita, homosexuální i heterosexuální prostitute a rozšíření intravenózní narkomanie¹⁹.

¹⁴ Jedna z teorií vzniku AIDS předpokládala, že je to trest Boží. Autoři další teorie se domnívali, že původce AIDS byl připraven náhodou nebo dokonce úmyslně genetickým inženýrstvím, lidskou rukou v laboratoři. Třetí hypotéza původu AIDS předpokládala, že HIV vznikl genetickou mutací nějakého lidského nebo snad i zvířecího retroviru, který přebýval v živočišném organismu v latentní formě. Existovala i celá řada dalších teorií, ale přes opakovaná pátrání se pro zde uvedené i neuvedené teorie nenašel žádný pádný důvod. Zato celá řada, byť nepřímých, důkazů biologických, lékařských, epidemiologických, společenských i ekologických mluví pro tzv. „africkou“ teorii. (Srov. DVOŘÁK, J. *Ve stínu AIDS*. Praha : Academia, 1992, s. 16.)

¹⁵ Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 10.

¹⁶ Cest, kterými by se opičí virus mohl dostat do krevního oběhu člověka je celkem dost. Belgická etnografka Zairského původu Anicet Kashamura například publikovala práci o etnografii svého rodného kmene, ve které mimo jiné popisuje i to, jak si její soukmenovci od nepaměti pokoušeli zvýšit pohlavní potenci: „*Ulovená opice byla vykrváčena a její ještě teplou krev si muži i ženy, toužící po intenzivnější lásce, vtírali do hluboce rozškrábané kůže.*“ (Srov. DVOŘÁK, J. *Ve stínu AIDS*. Praha : Academia, 1992, s. 11-17.) Jsou popsány i další domorodé „krvavé rituály“. Dále pak je nutno připomenout, že opice jsou v Africe lovnou zvěří, a při jejich zpracování je znečištění rukou krví běžné.

¹⁷ Ostatně nebylo by to poprvé, kdy se původci nových nakažlivých onemocnění vynořili z volné přírody a vyvolali u lidí nová, dříve neznámá nakažlivá onemocnění. Například horečky Lassa a Ebola, u kterých jsou zdrojem nákazy hlodavci, nebo neštovice tana a opičí neštovice, u nichž nákaza na člověka přechází z různých druhů opic. Aktuální v současné době je objevení viru „ptačí chřipky“ či viru vyvolávajícího onemocnění SARS (závažný syndrom respiračních onemocnění), který má vysokou úmrtnost.

¹⁸ Živočišné viry se dělí do mnoha čeledí. Jedna z těchto čeledí byla v roce 1979 nazvána Retroviridae.

¹⁹ Zavádění drogy přímo do žíly injekční stříkačkou.

Podstatnou úlohu sehrála i nedostatečná preventivní opatření, bída a především i odmítavé stanovisko představitelů některých zemí k této nové nemoci.

1.3 Historie nemoci

Jak jsem již dříve v krátkosti předeslal²⁰, v roce 1981 dva lékařské týmy, jeden v New Yorku a druhý v Los Angeles, popisují neobvyklé případy onemocnění mladých mužů, které do té doby nebyly v popisovaných souvislostech diagnostikovány a v dalších konstatovaných souvislostech se jeví jako nevysvětlitelné. Další neobvyklé případy vzácných oportunních infekcí, nádorů, nevysvětlitelných kachexií a encefalopatií, začali záhy zveřejňovat i lékaři z mnohých dalších pracovišť ve Spojených státech.

Již v roce 1982 byla v Center for Diseases Control and Prevention²¹ vytvořena první definice nové nemoci, která dostala jméno „Syndrom získané imunodeficiency – AIDS“.

V roce 1983 tři výzkumné týmy²² podávají, nezávisle na sobě, epidemiologické i virologické důkazy o tom, že virus, který byl později (v roce 1986) nazvaný Human immunodeficiency Virus - virus lidské imunodeficiency - HIV je příčinou nemoci AIDS²³.

V roce 1985 firma Burroughs Wellcome zahajuje zkoušení prvního retrovirostatika²⁴ – azidothymidinu, označovaného zkratkou AZT.

Roku 1986 identifikuje tým doktora Montagniera u jedinců ze západní Afriky virus HIV-2, který se spíše přenáší heterosexuální cestou a progresi nemoci do rozvinutého stádia AIDS je významně pomalejší. HIV-2 má vysokou příbuznost s opičím virem imunodeficiency (SIV), který u afrických kočkodanů zelených vyvolává velmi podobné onemocnění, jako HIV u lidí. Je tedy velmi pravděpodobné, že infekční agens syndromu získaného imunodeficiency existovalo již v minulosti a bylo na lidi přeneseno právě z těchto afrických opic.

²⁰ Viz kapitola 1.1 mé práce.

²¹ Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí v Atlantě v USA.

²² Jsou to výzkumné týmy doktora Montagniera v Paříži, Gallova v Bethesdě a Levyho v San Francisku.

²³ Obrazová příloha 3

²⁴ Lék, který zpomaluje rozmnožování virů HIV. Lék vlastně nemoc neléčí, ale pouze zpomaluje průběh nemoci a tedy prodlužuje dobu od nakažení k propuknutí nemoci, nebo se pokouší prodlužovat u již běžícího onemocnění stávající stav. Všechny, i dnes používané léky, nemohou průběh onemocnění zcela zastavit, mají řadu vedlejších nežádoucích účinků a po určité době léčby se stávají často neúčinnými.

Je velice těžké, dopátrat se prvního propuknutí nemoci AIDS . V každém případě je jisté, že již v padesátých letech minulého století hlásili misionáři, že u domorodců v některých oblastech subsaharské Afriky se vyskytlo dosud neznámé onemocnění, jehož jedním z charakteristických příznaků bylo extrémní hubnutí a celkové zchátrání organismu. V roce 1959 byly od domorodců, žijících v okolí řeky Kongo v Zaire, odebírány krevní vzorky. Serologická vyšetření těchto vzorků, která byla provedena v současné době, potvrdila, že se v některých těchto vzorcích vyskytují protilátky proti viru HIV. Znamená to tedy, že velmi pravděpodobně někteří domorodci byli infikováni původcem AIDS již někdy před rokem 1959. Tento rok se dá tedy považovat za možný první prokázaný výskyt viru HIV.

1.4 Výskyt nemoci AIDS

Každoročně uváděné počty osob s nemocí AIDS (konečného stádia HIV infekce) hlášených Světovou zdravotnickou organizací nejsou vždy jednoznačně spolehlivé. Řada infikovaných osob zůstává z nejrůznějších důvodů nevyšetřena a tudíž i neregistrována. Některé státy se tváří, že u nich problematika AIDS neexistuje a nebo čísla hrubě zkreslují²⁵. Přesto bych ale několik statistických čísel chtěl uvést, neboť, i přes určité nepřesnosti, dobře dokumentují hrůzný nárůst této nevléčitelné nemoci po celém světě.

Od počátku epidemie bylo podle statistik²⁶ Světové zdravotnické organizace WHO²⁷ infikováno virem lidské imunodeficiency kolem 65 - 68 milionů lidí. Zemřelo téměř 25 milionů osob. Jen během roku 2006 se nově infikovalo 6,6 milionů osob a na AIDS zemřelo 3,5 milionů nemocných. Každý den se nakazí přibližně 14 000 lidí, z nichž více než 15% jsou děti do 15ti let.. Celosvětově přibývá HIV+ žen v produktivním věku, čímž se vysvětlují stále stoupající počty HIV infikovaných dětí. Velkým sociálním problémem jsou narůstající počty HIV negativních sirotků, dětí HIV+ rodičů, kteří již zemřeli a děti zanechali často bez jakéhokoli sociálního zajištění. Je velmi pravděpodobné, že pokud i nadále nebudou dodržována známá preventivní opatření, obdobné počty infikovaných osob lze očekávat i v následujících letech.

Nejvyšší výskyt HIV infikovaných je v subsaharské Africe (každý desátý dospělý člověk v Africe je nositelem viru HIV), v jižní a jihovýchodní Asii a významně narůstají počty infikovaných osob v zemích bývalého Sovětského svazu.

²⁵ Například z důvodů politických, ekonomických, kvůli příjmům z turistiky apod.

²⁶ K 1.12.2006

²⁷ Příloha 4

V České republice bylo k 31.prosinci 2006 hlášeno²⁸ 920 HIV pozitivních našich občanů a 252 u nás žijících cizinců.²⁹ V rozvinutém stádiu nemoci je 194 pacientů a ve stádiu AIDS dosud zemřelo 161 lidí.

Většina nemocných je ve věku 20-50 let, HIV pozitivních žen je 22% z celkového počtu infikovaných.

1.5 Přenos HIV infekce³⁰

HIV infekce se přenáší pouze z člověka na člověka a to třemi cestami. Jde o cestu sexuální, parenterální³¹ a vertikální³². Tyto způsoby přenosu jsou určeny přítomností viru HIV v krvi, spermatu, vaginálním sekretu infikovaných osob a v mateřském mléce. V nepatrném množství se virus vyskytuje i v dalších tělních tekutinách (například v slzách, slinách apod.), ale ty se v šíření nákazy neuplatňují.

1.5.1 Sexuální přenos

Jedná se o hlavní způsob přenosu HIV infekce. Vstupní branou infekce je sliznice pohlavního ústrojí nebo konečníku. Rizikovým faktorem jsou jakékoliv slizniční afekce či poranění, která mohou vzniknout při sexuálním aktu, ale k infekci může zřejmě dojít i při neporušené sliznici.

Riziko přenosu infekce z muže na ženu je vyšší než z ženy na muže. V každém případě nejrizikovější je styk anální. Infikovat se lze i jediným pohlavním stykem³³. S každým dalším sexuálním stykem pravděpodobnost nákazy roste. Líbání nebo vzájemná masturbace představuje riziko nákazy blížíící se nule.

1.5.2 Parenterální přenos

²⁸ Statistika Národní referenční laboratoře pro AIDS, Státní zdravotní ústav v Praze

²⁹ Příloha 5

³⁰ Příloha 6

³¹ Jedná se o situaci, kdy je nějaká látka vpravovaná do těla mimo trávicí systém, například pod kůži, do svalu a nebo - v tomto kontextu především - do krevního oběhu (do žíly).

³² Z infikované matky na dítě.

³³ Pravděpodobnost nakažení se pohybuje řádově v desetinách procenta.

K parenterálnímu přenosu by mohlo dojít při podání infikované krve či krevních derivátů, při nedodržení zásad hygienicko-epidemiologických režimů či při sdílení společných jehel, stříkaček nebo roztoků drogy u intravenózních narkomanů³⁴. K přenosu infekce by teoreticky mohlo dojít i při tetování nebo akupunktúře, pokud nebude zachována asepse³⁵.

Přenos HIV infekce dárcovstvím krve je ještě ve světě možný, ovšem ve většině zemí světa, a také u nás, jsou v současnosti dárce krve pravidelně kontrolováni a vyšetřováni, stejně jako krve a krevní deriváty³⁶, které se navíc zpracovávají novými technologickými postupy, které vedou k likvidaci viru. Nepatrné riziko je dáno tak zvaným „okénkem“, tedy intervalem asi 15-20 dní od nakažení, kdy není možné dosavadními metodami prokázat infekci. Pravděpodobnost výskytu takto infikované transfuzní jednotky je udávána přibližně 1:500 000³⁷.

Přenos infekce bodavým hmyzem dosud nikdy nebyl prokázán.

1.5.3 Vertikální přenos

K přenosu vertikálnímu dochází během gravidity, nejčastěji v průběhu porodu, výjimečně může dojít k přenosu kojením. V současnosti je pravděpodobnost transmise v Evropě kolem 20-30%, ale antiretrovirovou terapií během těhotenství, speciálním vedením porodu a podáním antiretrovirových léků novorozenci³⁸ je možné snížit přenos infekce na 5-8%. V rozvojových zemích je riziko přenosu asi kolem 40%. Čím pozdější je stádium HIV infekce matky, tím větší je riziko vertikálního přenosu na dítě.

1.6 Průběh HIV infekce

Od získání infekce do vzniku plně rozvinutého onemocnění AIDS uplyne obvykle řada let, a postupně se objevují pestré klinické projevy patřící k jednotlivým stádiím HIV infekce. Klasifikační systém Centra pro kontrolu nemocí (CDC)³⁹ z roku 1993 vychází z klinických

³⁴ Další rizikovou skupinou mohou být sportovci, kteří si aplikují anabolické steroidy a použijí společnou jehlu nebo stříkačku.

³⁵ Soubor opatření, bránících vniknutí choroboplodných mikroorganismů do organismu např. při ošetřování ran.

³⁶ V České republice od 1.června 1987.

³⁷ Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 12.

³⁸ O problematice bude pojednáno později.

³⁹ Z celé řady návrhů, jak přesně klasifikovat jednotlivá stádia infekčního procesu vyvolaného virem HIV, byl Světovou zdravotnickou organizací (WHO) přijat klasifikační systém vypracovaný v Centru pro kontrolu nemocí v USA. Tento systém byl upraven do současné podoby v roce 1993.

příznaků a ze změn počtu CD4⁴⁰ lymfocytů⁴¹. Podle tohoto systému jsou pacienti rozděleni do 3 klinických a 3 laboratorních kategorií. Zatím co laboratorními kategoriemi se ve své práci zabývat nebudu, klinické kategorie v krátkosti zmíním, neboť považuji pro další práci za důležité pochopit a poznat průběh klinických příznaků HIV/AIDS onemocnění.

1.6.1 Klinické stádium A

Inkubační doba viru HIV je šest dní až dvanáct týdnů, někdy i několik měsíců. Pak proběhne, často pod obrazem lehčího chřipkového onemocnění, tak zvaná primární HIV infekce. Za 1-3 týdny, i bez léčení, onemocnění odezní a infekce vstupuje do několikaletého asymptomatického (bezpříznakového) stádia. Toto stádium trvá asi od osmnácti měsíců až do patnácti roků⁴² a nemocný nepociťuje žádné příznaky nemoci. Nicméně je nosičem HIV infekce a při nedodržení všech preventivních opatření může tuto infekci šířit dále.

1.6.2 Klinické stádium B – časné symptomatické stádium

Toto stádium je charakterizováno výskytem některých nespecifických celkových příznaků, jako je horečka nad 38,5 st. C, noční pocení, nechutenství, únava, nevysvětlitelný průjem trvající více než jeden měsíc a úbytek na váze. Časté jsou také „malé“ oportunní infekce, především nejrůznější kožní infekce jako herpes, pásový opar, plísňová onemocnění, apod.

I toto stádium může trvat několik let, ale posléze v důsledku vyčerpání imunologické kompetence⁴³ je organismus již neschopen odolávat, a onemocnění přechází do konečného klinického stádia HIV infekce – nemoci AIDS.

1.6.3 Klinické stádium C – AIDS (pozdní symptomatické stádium)

⁴⁰ CD4 je bílkovinná substance na povrchu cílových buněk (viz poznámka 41), která má vysokou absorpční schopnost ke glykoproteidu gp 120, obalu viru HIV.

⁴¹ Po vstupu do krevního řečiště napadeného člověka je virus HIV adsorbován na povrch těch buněk, které mají na svém povrchu pro tento virus vhodné receptory. Říká se jim cílové buňky. V lidském organismu jsou to především čtyři druhy bílých krvinek – lymfocyty T4, makrofágy, monocyty a lymfocyty B. Lymfocyty T4 představují jakéhosi „dirigenta“ který řídí harmonickou souhru celého buněčného orchestru. Záludnost HIV je v tom, že napadá tyto důležité řídicí elementy a ničí je a tím rozvrátí přirozený imunitní systém člověka. Člověk s plně rozvinutým onemocněním AIDS se nakonec stává bezbranným proti běžným, jinak celkem neškodným (tak zvané oportunním) infekcím nebo jiným patologickým stavům (např. nádorovému bujení).

⁴² Možná může být i delší. Vysvětlení, proč je někdy delší a někdy kratší není zcela jasné.

⁴³ Viz poznámka 41

Je svázáno s významným poklesem imunitních funkcí. Objevují se onemocnění které definují nemoc AIDS⁴⁴. V této době může člověk kterékoliv z těchto nemocí podlehnout. Stadium trvá obvykle 1-4 roky. Progrese onemocnění nezadržitelně pokračuje a i přes současné moderní terapeutické zásahy dochází k postupnému celkovému vyčerpání organismu, kachektizaci⁴⁵ a nemocný umírá.

Časové údaje jsou jen velmi hrubě orientační. Vývoj infekce je totiž individuálně různě rychlý a závislý na řadě faktorů.

1.7 Diagnostika HIV infekce

HIV pozitivita může být odhalena ve kterékoliv fázi HIV/AIDS infekce. Při jejím odhalování se lékaři v první fázi zaměřují na anamnestické údaje⁴⁶, dále ale je nezbytné také pátrat po klinických a laboratorních ukazatelích, které mohou svědčit pro HIV/AIDS infekci. Každé podezření na HIV pozitivitu (včetně orientačních diagnostických testů⁴⁷) musí být vždy ověřeno klasickými krevními testy (ELISA) a potvrzeno konfirmačním testem „western blot“ (WB), který v České republice provádí pouze Národní referenční laboratoř pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Tato laboratoř je jediným pracovištěm v ČR, které definitivně potvrzuje HIV pozitivitu vyšetřované osoby.

1.8 Terapie

Přes velké úspěchy v oblasti vývoje nových léků, nabyta dosud nalezena žádná specificky působící látka, která by vedla k eliminaci viru HIV z organismu člověka. Přesto, pokud je antiretrovirová terapie dostupná, pak jasně mění smrtelnou HIV infekci v onemocnění chronické a léčitelné. Samozřejmě, terapie má své limity. Vedle velké finanční náročnosti⁴⁸, zůstává stále neschopnost ovlivnit virové rezervoáry, stoupá rezistence⁴⁹, zvyšují se nežádoucí příznaky terapie.

⁴⁴ Dle CDC (Centrum pro kontrolu nemocí). Například velké oportunní infekce (pneumocystová pneumonie, toxoplazmová encefalitida apod.), nádory (Kaposiho sarkom, lymfomy aj.), Wasting syndrom (syndrom chátrání) a HIV encefalopatie.

⁴⁵ Viz poznámka 12

⁴⁶ Promiskuita, homo- i heterosexuální nechráněný sex s osobou, kde by mohlo být podezření na HIV pozitivitu, narkomanie apod.

⁴⁷ Testy pro rychlou orientaci

⁴⁸ O tomto problému bude podrobněji pojednáno v další kapitole mé práce.

⁴⁹ Schopnost viru HIV odolávat lékům.

První antiretrovirový lék zidovudin byl uvolněn pro léčbu v roce 1987⁵⁰, postupně pak přibývaly léky další. Od roku 1996 je standardním postupem léčba kombinací několika antiretrovirových léků tzv. HAART – vysoce účinná antiretrovirová terapie, která vychází z individuální situace u konkrétního pacienta. Někdy se střídá období léčby s obdobím bez terapie. Někdy je léčba pacientem přijata dobře, někdy terapie, třeba i po čase, selže.

Do praxe jsou stále zaváděny nové léky, které mají již méně vedlejších nežádoucích účinků a jsou tedy i pacientem lépe tolerovány. Přesto po určité době nastává situace, že závažný klinický a laboratorní nález se postupně stále zhoršuje a navíc se u pacienta objevuje nesnášenlivost antiretrovirové terapie. Pak je nutno zvážit ukončení antiretrovirové terapie⁵¹ a déle podávat jen léky, které by měly zabránit výskytu oportunních infekcí.

Přes všechny nedostatky antiretrovirové terapie je třeba vidět, že mnoho infikovaných lidí, kteří by dříve těžce onemocněli a zemřeli, žijí dnes dále a často bez větších obtíží, pokud ovšem mají přístup ke kvalitní lékařské péči. V ČR je antiretrovirová terapie dostupná pro všechny HIV infikované osoby.

1.9 Péče o infikované osoby v ČR

Ministerstvo zdravotnictví ČSSR v roce 1987 zřídilo Národní komisi pro problematiku HIV/AIDS v České republice. Tato komise působí doposud. V čele této komise je devítičlenný Výkonný výbor. Předsedou Národní komise je hlavní hygienik ČR. Poradní sbor pro klinické a terapeutické otázky je složen z vedoucích lékařů AIDS center. Regionální AIDS centra, kterých je šest, jsou zřizována při infekčních klinikách nebo větších infekčních odděleních v Brně, Plzni, Ostravě, v Ústí nad Labem, v Hradci Králové a v Českých Budějovicích. Metodickým vedením regionálních AIDS center je pověřeno AIDS centrum FN Na Bulovce v Praze 8, kde je dispenzarizováno přibližně 75% všech HIV/AIDS pacientů v České republice.

Vzhledem k tomu, že problematika AIDS je velice specifická, byla u nás uzákoněna povinnost dispenzarizace v AIDS centrech pro HIV pozitivní pacienty. Ale protože, ze zcela zřejmě pochopitelných důvodů, nemusí nemocnému vyhovovat, aby docházel do AIDS centra ve své spádové oblasti, nemusí klient respektovat regionální příslušnost, ale může si vybrat kterékoliv ze sedmi AIDS center. V centrech je pacientům poskytována nejen

⁵⁰ Jeho klinické studie byly předčasně ukončeny na základě dobrých klinických výsledků a byl uvolněn pro léčbu aniž by musel projít celým obvyklým postupem.

⁵¹ O tomto problému bude pojednáno v další části mé práce.

specializovaná péče zaměřená na HIV/AIDS problematiku, prevenci a terapii, ale je zde suplována – pokud si to pacient přeje - i činnost praktických lékařů či pediatrů a samozřejmě i ostatních odborných lékařů, včetně stomatologů. Pacient si může vybrat i jiného (svého) praktického lékaře či jiného odborníka, ten ale musí být seznámen s HIV pozitivitou svého pacienta a sám musí souhlasit s další lékařskou péčí o klienta. Sám lékař musí spolupracovat s příslušným AIDS centrem.

V čele AIDS centra stojí infekcionista, který je specializovaný na HIV/AIDS problematiku a úzce spolupracuje s týmem odborníků z ostatních klinických a paraklinických oborů.

Léčebně preventivní péče je pacientům poskytována především v ambulantní složce centra, jejíž součástí je také denní stacionář. K lůžkovému oddělení AIDS centra jsou přiřazena i lůžka na jednotce intenzivní péče.

Základní podmínkou pro kvalitní práci v těchto specializovaných centrech je vysoce odborně a eticky vzdělaný a vyškolený personál a to nejen lékařský, ale i středně zdravotnický. Je nutné mít dobré laboratorní zázemí a i náležité ekonomické zabezpečení.

Léčebné postupy jsou plně ve shodě s celosvětově doporučovanými strategiemi. V současné době jsou na našich AIDS centrech k dispozici všechny dostupné léky. Většina je hrazena ze zdravotního pojištění, ostatní jsou hrazeny z dotace ministerstva zdravotnictví. Na rozdíl od ostatních zemí, u nás má každý HIV pozitivní občan zajištěnu plnohodnotnou terapii zdarma a bez jakýchkoliv doplatků. Je třeba si uvědomit, že 90% HIV pozitivních lidí ve světě tyto možnosti nemá.

1.10 Prevence šíření HIV infekce

Prevence zahrnuje aktivity nejen ve sféře zdravotnické. I když se ve společnosti nelze vždy odvolávat na křesťanské zásady v chování lidí, přesto je třeba v oblasti sexuální výchovy pěstovat pocit odpovědnosti za své zdraví, je třeba morálně odsuzovat promiskuitu, prohlubovat znalosti o nebezpečí přenosu HIV a musí být propagována věrnost partnerů, a nebo alespoň bezpečný sex⁵². Ve skupinách osob s rizikovým chováním by zdravotní výchova měla být zaměřena na odstranění návyků vedoucích k riziku přenosu HIV⁵³.

⁵² Hlavně používání prezervativu.

⁵³ Jedná se například o nechráněný sexuální styk u prostitutek, používání stejných stříkaček, společných roztoků a jehel u narkomanů apod.

Důležitou součástí preventivních opatření jsou proto i výměnné programy jehel a stříkaček u nitrožilních narkomanů a samozřejmě i rozsáhlé preventivní programy týkající se návykových látek jako takových.

Pravidelně jsou vyšetřováni dárci krve a krevních derivátů, stejně tak jako dárci jakéhokoli orgánu (je dáno zákonem⁵⁴).

Povinné dle zákona je u nás také vyšetření protilátek proti HIV u těhotných žen v prvním trimestru gravidity. Těhotná žena, která se doví o své HIV pozitivitě, má možnost se rozhodnout, zda podstoupí umělé přerušování těhotenství, nebo zda bude zařazena do profylaktického programu, kterým se sníží riziko přenosu HIV infekce na 5-8%.

Při práci zdravotnického personálu může dojít k poranění kontaminovanou jehlou nebo jiným nástrojem. Riziko infekce se odhaduje na 0,3 – 0,5%. V případě takového poranění je třeba co nejdříve podat postexpoziční profylaxi kombinací antiretrovirových léků na dobu 1 měsíce a povinností jsou pravidelné odběry na HIV protilátky až po dobu 1 roku⁵⁵.

V ostatních případech je odběr krve na HIV protilátky v ČR možný jen na základě dobrovolnosti. ČR je také podporována možnost anonymního testování HIV protilátek, včasná diagnostika přispívá nejen ke zlepšení prognózy nemocného, ale zabrání také dalšímu nevědomému šíření infekce.

⁵⁴ Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví.

⁵⁵ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profylaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínek č. 28, s. 41n.

2 Etické konflikty kolem nakažení virem HIV

Nejen s nemocí AIDS, ale už jen s HIV pozitivitou, souvisí celá řada etických, sociálních i psychosociálních aspektů. V této části své práce bych rád poukázal na některé z nich. Týkají se nejen nakažených, ale také mnohých dalších lidí, kteří s nimi přijdou, ať už v jakékoliv spojitosti, do kontaktu, a nebo s nimi ani do osobního kontaktu nepřijdou, ale v systému našeho zdravotního pojištění se finančně spolupodílejí nejen na léčbě HIV pozitivních pacientů, která je velmi finančně náročná, ale i na nejrůznějších sociálních dávkách, invalidních důchodech, hrazení vysoké nemocnosti apod.

Už na samém počátku, kdy ještě ani nemusí být člověk nakažen a kdy se jen tak, pro jistotu, většinou po nějakém rizikovějším chování, jde nechat vyšetřit testem na prokázání HIV infekce, objevuje se u člověka vědomí nejistoty a strach z nejrůznějších skutečností. Mnohá i běžná onemocnění mohou vést k obavám, že se jedná o první příznaky nemoci AIDS. Kromě obvyklých obav z bezmoci, strádání a smrti se často také dostavuje strach z prozrazení případné HIV positivity, z prozrazení nevěry, homosexuality či bisexuality, z opuštění partnerem, z jeho (jejich) nakažení, z odmítavého a odsuzujícího postoje společnosti a z mnohých dalších věcí. Po prokázání nákazy se těmto věcem obvykle přidávají některé psychické reakce, které jsou podobné jako u jiných smrtelných chorob. Nakažený člověk obvykle prochází nejprve obdobím odmítání pravdy, kdy se odmítá smířit se skutečností, že je nakažen. Dále obdobím osamocení, hněvu a smlouvání, deprese a nakonec také fází přijetí a snad také smíření⁵⁶.

⁵⁶ O fázích, kterými prochází pacient po průkazu nákazy HIV pojednávám podrobněji v další kapitole své práce.

Jak je ale už z předcházejících řádků zřejmé, už i toto počáteční období se také týká řady jiných lidí - ať už nemocnému blízkých - jako je partner, rodina, spoluzaměstnanci apod., a nebo jen náhodně se s ním setkávajících - jako například ošetřující personál v nemocnici, úředníci a nebo jen náhodní chodci na ulici⁵⁷. Zvláště počáteční období mohou být pro okolí nebezpečná. Například snaha o popření HIV infekce může vést i k jejímu úmyslnému šíření. Toto onemocnění navíc často postihuje osoby s anomálními rysy chování⁵⁸ a lidi mladé, kteří ještě ani neuvažovali o své smrtelnosti⁵⁹.

Již v předešlých řádcích jsem zmiňoval, že onemocnění také představuje velikou zátěž pro rodinu⁶⁰ a to nejen v souvislosti s případným odhalením homosexuality, drogové závislosti popřípadě nevěry, ale také v souvislosti se skutečností, že rodina nyní bude muset nějakým způsobem koexistovat s nevyлéčitelně nemocným člověkem, který ale bude pravděpodobně dlouhou dobu vypadat naprosto zdravě. Také v této souvislosti se nabízí otázka: „Informovat či neinformovat o své nemoci?“⁶¹ Právě při informaci příbuzných o zdravotním stavu pacienta se klade na lékaře vážná odpovědnost neprozradit bez svolení pacienta skutečnou diagnózu. Tento požadavek přísné mlčenlivosti však v některých případech může kolidovat s nutností zajistit ochranu okolí před infekcí. Jak si s tímto problémem poradit? Vždyt tato ochrana se nejčastěji dotýká sexuálního partnera⁶² nemocného, ale nejen jeho⁶³.

Také již shora zmiňovaná nemalá finanční náročnost léčby se může stát, v určité situaci a v určitém okamžiku etickým problémem. Stejně tak přijetí nebo odmítnutí léčby samotným pacientem může být problematické.

Z předcházejících řádků je zřejmé, že obecných etických otázek, které souvisí s HIV pozitivitou a tedy i s nemocí AIDS je mnoho. V několika následujících odstavcích bych se chtěl některými z nich⁶⁴ zabývat podrobněji.

⁵⁷ Ve fázi hněvu, agrese a vzpoury může mít nakažený zlost na zdravotníky, že mu nemoc našli a nebo i na všechny zdravé lidi, protože oni jsou zdraví a on nemocný. Nespravedlivě jim vyčítá svou nemoc a může se také stát, že napadne nahodile nějakého člověka a pomstí se na něm za tu nespravedlnost. „Když já, tak všichni!“

⁵⁸ Sexuální deviace, promiskuita, toxikomanie apod.

⁵⁹ Srov.: ROZEHNALOVÁ, M. *Prevence rizikového sexuálního chování mládeže a jeho následků*. Praha : Cevap, 2005, s. 18.

⁶⁰ Ať už jsou to rodiče a nebo manžel(ka) a děti.

⁶¹ Častým důvodem o zamlčení informace o HIV pozitivitě bývá opatrná až negativní a odmítavá reakce lidí ve společnosti.

⁶² HIV infikovaná osoba je podle našich zákonů povinna sama, ze zákona, informovat svého sexuálního partnera, čímž ovšem musí také přiznat nevěru či narkomani apod, což opět přináší celou řadu dalších problémů.

⁶³ Nemocný například prokazatelně žije promiskuitně. Nebo třeba krvavý výkon u zubaře. Těchto příkladů by se dalo najít mnoho.

⁶⁴ Kritériem výběru etických otázek o kterých budu nadále pojednávat je pouze a jenom můj subjektivní úsudek. Některá problematika se mi zdála natolik obecná a natolik se všech zúčastněných týkající, že jsem o ní cítil

Ve většině dalších podkapitol své práce jsem vycházel ze stavu, který v současné době reálně existuje⁶⁵. Tento současný stav se snažím konfrontovat se světskými etickými kodexy (lékařů, pacientů) a hlavně s kritérii katolické etiky jako jsou důstojnost člověka, zlaté pravidlo nebo biblické přikázání lásky, když podporu hledám v učení církve a dílech psaných katolickými morálními teology.

2.1 Diagnóza a informovanost

V první konfliktní etické oblasti bych chtěl pojednat o etických otázkách diagnostiky a o informování osob, které jsou s nakaženým v kontaktu. Otázka diagnostiky otevírá široké spektrum pohledů a otázek, zda a nakolik může společnost zasahovat do soukromí jednotlivce. Problém informování osob, které jsou v kontaktu s nakaženým zase vyvolává řadu otázek které se týkají ještě dovoleného stupně indiskrétnosti v určitých sporných situacích souvisejících s nebezpečím šíření nakažlivé a k tomu i smrtelné nemoci, jakou bezesporu HIV/AIDS je.

2.1.1 Test na HIV bez vědomí nebo souhlasu pacienta

Etický kodex práva pacientů⁶⁶ jasně říká: „*Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí.*“⁶⁷ Také české zákony⁶⁸ se k této otázce staví podobně jednoznačně. Znamená to tedy, že pacient má nejen právo být lékařem informován o záměru testovat ho, ale má také právo tento test odmítnout. Toto pravidlo platí v České republice obecně. Předpokládá se totiž, že každý člověk o sobě může sám rozhodovat a neřeší se, zdali rozhoduje dobře nebo špatně⁶⁹. Každá osoba má zkrátka

potřebu pojednat. Některé etické konflikty se netýkají zdaleka všech zúčastněných (např. problematika uzavírání manželství, početí dítěte) ale zdály se mi natolik závažné, nejsem je do své práce zařadil také. V žádném případě si ale nekladu nárok (už vzhledem k omezenému rozsahu mé práce) na úplné vyčerpání veškerých etických konfliktů s problematikou HIV/AIDS souvisejících.

⁶⁵ Proto uvádím, i přesto že má práce je v první řadě z oblasti etiky, poměrně dost odkazů na zákony.

⁶⁶ Etický kodex práva pacientů ČR z 25.2.1992 čl.3. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 140.

⁶⁷ Tamtéž

⁶⁸ Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Dále pak Metodické opatření MZ Řešení problematiky infekce HIV/AIDS, Věstník MZ ČR, částka 8/2003.

⁶⁹ To vychází ze Všeobecné deklarace lidských práv.

právo na své sebeurčení a na svou důstojnost. Povinné testování na HIV protilátky je v Česku dané zákonem pouze u těhotných žen, dárců krve a dárců tělesných orgánů. Těhotná žena ale nerozhoduje jen sama za sebe, ale rozhoduje také za své nenarozené dítě. A tehdy společnost očekává, že se bude rozhodovat ve prospěch dítěte⁷⁰. V případě včasného zjištění HIV positivity u matky je možné provést určitá opatření, která vedou k ochraně počatého dítěte před infekcí. Proto každá těhotná žena v České republice musí tyto testy prokazující či vylučující HIV pozitivitu podstoupit.⁷¹

Další možností provést testy bez souhlasu pacienta, je takový tělesný či duševní stav pacienta, že není schopen z tohoto závažného důvodu sám souhlas dát⁷², či není dosažitelné svolení zákonných zástupců⁷³. U dětí lze vyšetřit serologii HIV i bez explicitního souhlasu rodičů, je-li odběr pro diferenciální diagnózu či terapii důležitý. Při stanovení HIV positivity je nutné rodiče informovat. Stejně tak u dospělých, odběr bez souhlasu je proveden jen v případě, kdy je jistota HIV positivity nutná k další život zachraňující léčbě či k určení specifických diagnostických metod, (nebo pokud došlo k poranění HIV negativního zdravotníka např. při operaci pacienta, kde je event. podezření na HIV pozitivitu. Zavedení postexpoziční profylaxe u poškozené osoby by mělo být v co nejkratší době, aby se zabránilo infekci)⁷⁴. Jinak by se s testy mělo čekat, až s nimi pacient nebo oprávněná osoba bude souhlasit.

Ani v metodice Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky se vůbec neuvažuje o povinném testování narkomanů, ale řeší se zde jen, jak motivovat tuto rizikovou skupinu k testování⁷⁵.

V této souvislosti vyvstává otázka, zda je lékař povinen ošetřit pacienta, který se odmítne nechat testovat. Podle našich platných zákonů⁷⁶ nesmí lékař ošetření odmítnout, ale musí s pacientem jednat tak, aby byla splněna všechna hygienicko-epidemiologická opatření, která platí pro ošetření pacientů s infekčním onemocněním nebo s nosičstvím infekčního agens.

V této souvislosti je myslím třeba citovat úvahu J. P. Ondoka, který ve své Bioetice míní, že: „V případě že pacient odmítne podrobit se v takovém případě⁷⁷ testu, může to být důvod

⁷⁰ Je ale také pravda, že může podstoupit umělé přerušování těhotenství, což právě v zájmu dítěte není.

⁷¹ Příloha 7

⁷² Například v bezvědomí.

⁷³ Manžel, rodiče apod.

⁷⁴ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profylaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínek č. 28, s. 41n.

⁷⁵ DOLANSKÁ, P. *Testování infekcí u uživatelů drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2004, s. 11.

⁷⁶ Viz poznámka 68 této práce.

⁷⁷ Například před různými operativními zásahy, kdy je riziko nákazy HIV pro nemocniční personál.

k oprávněnému odmítnutí lékařského zákroku.“⁷⁸ Autor ale dodává, že v tomto bodě neexistuje mezi katolickými morálními teology všeobecný konsenzus⁷⁹.

2.1.2 Informování ohrožené třetí osoby

Mělo by být z čistě lidského hlediska jasné, že člověk, který je nosičem nějakého mikroorganismu vyvolávajícího infekčního onemocnění či trpí nakažlivou chorobou, má učinit všechny kroky, aby zabránil nakažení někoho dalšího. Čím závažnější onemocnění, tím naléhavěji se jeví tento požadavek. Závažnost takového jednání je zřejmá i z toho, že jak světské⁸⁰ tak církevní⁸¹ zákony porušení tohoto principu postihují. Praxe však ukazuje, že tato přirozená povinnost bývá, a to i u pohlavních nemocí jako syfilis, kapavka, ale dokonce i u HIV infekce, zanedbávána.

Problém informování ohrožené třetí osoby lze posoudit ve dvou hlavních rovinách. První rovina spočívá v povinnosti informovat ohrožené samotným nemocným, tedy tím, kdo je sám nakažen. Druhou rovinu vidím v tom, že povinnost informovat třetí osobu má i ten, kdo vidí hrozící nebezpečí nákazy. Může se jednat o ledaskoho, v hlavním úhlu pohledu jsou ale lékaři.

2.1.2.1 Informování ohrožené třetí osoby nakaženým

Vzhledem k tomu, že přenos HIV infekce je nejčastější sexuální cestou, je zřejmé, že sex a hlavně pohlavní styk je největším nebezpečím pro partnery nemocných. Sexuální vztahy jsou obvykle lidmi uváděny do souvislosti s lidskou láskou. Pokud však přitom hraje nějakou

⁷⁸ ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999, s. 89.

⁷⁹ Opačné stanovisko zastává například morální teolog z řádu Bratří kazatelů Albert Beneš OP, když ve své Morální teologii uvádí: „*Ti občané, jejichž zvláštním úkolem je ochrana člověka, jsou povinni svůj život vystavit i vážnému nebezpečí, když je např. ohrožen život bližních.*“ Citováno z : BENEŠ, A. *Morální teologie*. Praha : Krystal, 1994, s. 124.

⁸⁰ Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Dále pak Metodické opatření MZ Řešení problematiky infekce HIV/AIDS, Věstník MZ ČR, částka 8/2003.

⁸¹ Například Katechismus katolické církve z roku 1994 v článku 2269 říká: „*Páté přikázání také zakazuje dělat něco se záměrem nepřímou vyvolat smrt nějaké osoby. Mravní zákon zapovídá jak vystavovat někoho smrtelnému nebezpečí bez závažného důvodu, tak odmítnout pomoc nějaké ohrožené osobě.*“ Citováno z : *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, s. 555.

hlubší roli pravá láska⁸², přikáže člověku, který je infikován nebezpečnou nemocí, aby nevystavoval svého partnera nebezpečí a zabránil tak jeho nakažení.

Může se ale stát a také často stává, že nemocný nesdílí tato katolická etická⁸³ kritéria⁸⁴ a nebo že je i sdílí, ale není schopen se například manželského styku ze spravedlivých důvodů vzdát, i když teorie (křesťanské) etiky mluví jinak⁸⁵.

Není-li nakažený schopen toho, aby sexuálně abstinovat, má morální, ale také (podle našich zákonů) občanskou povinnost, informovat svého potenciálního sexuálního partnera o své nemoci, ale nejen to, i pak je povinen chránit jej co nejlépe proti případnému nakažení⁸⁶. Je ale třeba upozornit partnera na to, že žádná ochrana, kromě sexuální abstinence, není zcela spolehlivá a je ovšem také třeba, aby infikovaný v případě nakažení partnera nesl patřičné důsledky tohoto možného stavu⁸⁷. Je také nutno zvážit riziko početí dítěte, které by mohlo být také HIV pozitivní⁸⁸.

Dalším, i když méně pravděpodobným přenosem nemoci AIDS může být přenos krví. Domnívám se, že všude tam, kde tato možnost, i když jen teoretická, existuje⁸⁹, je infikovaný o své nemoci povinen informovat. Toto stanovisko je také v souladu s právním řádem České republiky⁹⁰ a proto také nakažený podle příslušných zákonů podepisuje „poučení pro pacienta“, kde se zavazuje, že se bude určitými nařízeními řídit.

⁸² Tak jak o ní m.j. hovoří ve své encyklice *Deus caritas est* papež Benedikt XVI. : „... platí, že opojný a nedisciplinovaný eros není výstupem „extázi“ směrem k božství, nýbrž pádem a degradací člověka. Z toho vyplývá, že eros potřebuje kázeň a očištění, aby obdařoval člověka ne chvilkovým potěšením, ale určitou předchutí vrcholu existence a oné blaženosti, k níž tíhne celá naše bytost.“ Citováno z : Benedikt XVI. *Deus caritas est*, Příbram : Paulínky, 2006, s. 10.

⁸³ Mám nyní na mysli, že nemá stejný pohled na lásku atd. jako Benedikt XVI., viz poznámka 82.

⁸⁴ Nemusí být hned promiskuitní, jen věrnost posuzuje jinak. Zním mnoho svazků, kde občasně odskočení některého z partnerů do jiného než manželského lože není důvod k hádkám a výčitkám.

⁸⁵ „Povinnost zdržet se manželského styku je zvláště naléhavá, pokud ..., nebo v případě nebezpečných nakažlivých chorob jako kapavka, syfilis a AIDS.“ Citováno z : PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 451.

⁸⁶ Za nejspolehlivější ochranu proti nakažení se, kromě sexuální abstinence, považuje kondom. Kondomy mají dnes poměrně vysokou, i když jistě ne 100%, spolehlivost a nevyvolávají vedlejší účinky. Z katolického hlediska je také plusem, že se jedná o bariérovou metodu ochrany a nejsou zde tedy abortivní účinky. Někteří katoličtí morální teologové se na základě bodu 15 encykliky *Humanae vitae* dokonce domnívají, že používání kondomů v této krajní situaci neodporuje autoritativním prohlášením církve, protože podle principu dvojího účinku není prvotním cílem zabránění početí, ale zabránění nákazy. (Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999, s. 89. A dále Pavel VI. *Humanae vitae*. Praha : Skriptum, 1992, čl.15, s. 17.)

⁸⁷ Ať už v rovině morální, trestně právní a nebo hmotné.

⁸⁸ O dětech HIV pozitivních rodičů (rodiče) bude pojednáno později.

⁸⁹ Například při ošetření u zubaře nebo i jiném lékařském ošetření nebo operativním zákroku, v tetovacím salónu, při akupunktúře apod.

⁹⁰ Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Dále pak Metodické opatření MZ Řešení problematiky infekce HIV/AIDS, Věstník MZ ČR, částka 8/2003.

Závěrem je možno shrnout. V každé situaci, kdy lze reálně předpokládat riziko nakažení druhé osoby, nemá nemocný právo, nechávat si informaci o své HIV pozitivitě pro sebe a je povinen ohroženého informovat.

2.1.2.2 Informování ohrožené třetí osoby druhou osobou

V této kategorii se nejčastěji nachází lékař infikovaného. Často přes upozornění nemocného na jeho povinnosti ošetřujícím lékařem, nemocný těchto poučení nedbá. Lékař pak stojí před nutností zajistit ochranu druhých lidí před infekcí, vědom si ovšem povinnosti mlčenlivosti a případné ztráty důvěry pacienta. Říci jednoznačně, jak řešit tuto situaci, je věc nesnadná.

Základním předpokladem pro vztah důvěry mezi pacientem a lékařem je diskrétnost. Ptejme se: „Existuje situace, která by ospravedlnila indiskrétnost lékaře vůči pacientovi?“ Pesche ve své „Křesťanské etice“ (která je pravděpodobně přísnější než většina morálních principů v naší společnosti) píše, že taková situace existuje. Říká že taková situace by u lékaře nastala, „*kdyby nebylo možné od někoho získat dobrovolný souhlas k tomu, aby byla informována třetí osoba, ale informace by byla nutná pro její ochranu, například u nakažlivých a sexuálně přenosných chorob, jako třeba AIDS*“⁹¹. Můžeme tedy z této úvahy vyvodit, že je povinností lékaře v takovém případě třetí osobu informovat? Chtělo by se říci že ano. Přece jen ale ponechme malinké okénko⁹² svědomí lékaře, který může riskovat ztrátu důvěry nemocného a tím možnost ovlivnit jeho další léčbu a chování⁹³. V každém případě však lékaři není co závidět.

V případě druhé osoby, která není ošetřujícím lékařem, můžeme být, domnívám se přísnější. Taková osoba má povinnost informovat ohroženou třetí osobu zjistí-li, že tato je nakažením opravdu ohrožena a není infikovaným informována. Je tak ale třeba učinit s

⁹¹ PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 236.

⁹² Na základě principu dvojího účinku, kdy záchrana jednoho člověka může znamenat ohrožení pro mnoho jiných lidí.

⁹³ Mám na mysli situaci, kdy se lékař oprávněně bojí toho, že pacient se další léčbě bude vyhýbat a pro jeho promiskuitní nebo jinak rizikové chování je reálně nebezpečí, že pacient infikuje mnoho dalších osob – i proto, aby lékaře potrestal.

rozvahou a bez zášti. Ale i zde je myslím nutno připustit výjimku, ospravedlněnou zdravým svědomím⁹⁴.

V každém případě, pokud HIV infikovaný člověk šíří nemoc záměrně, je povinností ho zastavit⁹⁵.

2.2 Léčba

Druhá skupina etických konfliktů řeší některé otázky související s léčbou nakažených virem HIV. Ze širokého spektra otázek jsem vybral dvě, které se mi zdají být stěžejními a které jsou do jisté míry protilehlé. Jedná se mi o právo lékaře, potažmo společnosti, nemocné léčit nebo neléčit a také o právo nemocného nabídku léčby přijmout a nebo odmítnout. Tyto otázky, zvláště ale otázka odmítnutí poskytnout léčbu, ať už z jakéhokoliv důvodu, vyvolávají opakovaně širokou diskusi, v níž se jen obtížně obhajují argumenty a hledá širší konsens.

2.2.1 Povinnost lékaře léčit nemocné AIDS

Dnes již není doba, kdy se i někteří lékaři báli na HIV pozitivní pacienty i jen podívat přes okno bez gumových rukavic a roušek. Přesto si myslím, že je třeba položit minimálně dvě základní otázky. Má lékař právo odmítnout léčit HIV pozitivního pacienta kvůli svému případnému ohrožení? A druhá, je lékař povinen léčit HIV pozitivního pacienta i když náklady na léčbu jsou finančně náročné? V této otázce jde také o to, že léčbu u nás hradí společnost. Má nakažený právo být léčen, i když si nemoc zavínil sám, například svým rizikovým chováním? Otázek by jistě bylo více. Vzhledem k rozsahu práce se pokusím poněkud rozebrat první dvě.

2.2.1.1 Odmítnutí HIV+ pacienta lékařem

Zdraví a život kteréhokoli člověka jsou velická dobra. Tedy ani lékař nemůže vystavovat své zdraví a svůj život zbytečně nebezpečí. Dělá-li to přesto, a nedělá to jen lékař⁹⁶, musí mít

⁹⁴ Zde mám na mysli neinformovat sice ohroženou třetí osobu, ale zamezit jejímu ohrožení nějakým jiným způsobem.

⁹⁵ Za vědomé šíření nakažlivé nemoci je podle Trestního řádu České republiky sazba od tří let nepodmíněně.

nějakou normu, která mu řekne, kdy a nakolik tak může činit. Přípustnost rizik posuzuje křesťanská etika podle pravidla dostačujícího důvodu. Čím větší je nebezpečí, tím závažnější musí být důvody, které ho ospravedlňují. Při práci zdravotnického personálu může nejčastěji dojít ke zranění kontaminovanou injekční jehlou nebo jiným nástrojem⁹⁷. Riziko infekce se v takovém případě odhaduje na 0,3-0,5%⁹⁸. Je to dostatečné riziko k odmítnutí pacienta?

Při ošetřování HIV infikovaného pacienta se dnes dodržují základní bezpečnostní pravidla, která ale v podstatě platí pro ošetřování každého pacienta. Vzhledem k praktické nemožnosti nakažení ošetřující personál nepoužívá při běžném kontaktu s HIV pozitivním žádné ochranné pomůcky. Odběr biologického materiálu včetně odběru krve se provádí zásadně v rukavicích a jednorázovými bezpečnostními jehlami, stříkačkami, příp. jiným materiálem. Při invazivním zákroku se použije rouška se štítkem k ochraně očí, eventuelně gumová zástěra. I zde se používají převážně jednorázové pomůcky. Předměty určené pro pacienta, jako teploměr, mísa, močová láhev, a rovněž pomůcky osobní hygieny, musí mít každý pacient vlastní. Zdá se tedy, že při běžných podmínkách a dodržení všech bezpečnostních předpisů nemá lékař důvod se bát nákazy a tudíž ani důvod pacienta odmítnout. Nesmíme také zapomenout, že každý lékař je vázán přísahou, kterou složil při své promoci a ve které slibuje nemocným pomáhat⁹⁹. V každém případě ale má lékař právo vědět o pacientově HIV pozitivitě. Ale i když mu tuto informaci nemocný nedá (a v tom případě pacient porušuje zákon), nemá podle našich zákonů (viz výše) lékař právo takového pacienta odmítnout.

Zamlčení HIV pozitivivity ve zdravotnickém či sociálním zařízení je podle zákona trestné. Pokud má lékař podezření z klinických či sociálních důvodů na HIV + pacienta a ten ji popírá (nebo o ní ani dosud neví), musí být tento pacient plnohodnotně ošetřen, stejně tak jako každý pacient HIV+, lékař nemá právo odmítnout ošetření¹⁰⁰.

Podobně se na problém dívá i křesťanská etika když říká, že lékaři nesmějí odmítnout léčení osobě nemocné AIDS, a to jak léčení této nemoci samotné, tak také i jiných nemocí, které HIV pozitivní mají, např. bolesti zubů a podobně¹⁰¹.

⁹⁶ Týká se to například i práce v hutích, v dolech, při testování letadel apod.

⁹⁷ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profilaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínec č. 28, s. 44.

⁹⁸ Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 47.

⁹⁹ Zmiňuje to například i Etický kodex České lékařské komory v §3 odst.1, když říká: „*Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.*“ Citováno z : Etický kodex České lékařské komory ze dne 1.1.1996. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 137.

¹⁰⁰ Srov.: GLADKIJ, I. Vztah mezi zákonem a etikou. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 137.

¹⁰¹ Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 269.

2.2.1.2 Finanční náročnost léčby AIDS jako důvod k neléčení

Jak již bylo zmiňováno výše, nadřazeným cílem lékařské péče musí být přání pomoci těm, jejichž zdraví je narušeno. Tento obecný princip se musí vztahovat i na občany ze sociálně slabších vrstev, osoby nepojištěné, utečence apod., což obecně znamená, že lékař má vždy bezplatně nabídnout své služby tam, kde je někdo v nouzi, i když ví, že nebude moci zaplatit¹⁰². Ovšem, a to je případ i českého systému sociálního zabezpečení, lékař také musí brát ohledy na omezenou dostupnost ekonomických zdrojů. Český systém sociálního zabezpečení je financován převážně z veřejných příjmů, kam každý z občanů přiměřeně přispívá. Oprávněně se tedy domnívá, že v případě potřeby bude přiměřeně ošetřen a léčen. A to je právě kámen úrazu. Co znamená být přiměřeně ošetřen a léčen?

S rozvojem možností stále dokonalejší zdravotní péče, se stále lepšími, výkonnějšími a ovšem také dražšími léky, s rozvojem transplantací, s rozvojem nových a v nedávné době ještě netušených možností snad ve všech oborech zdravotnictví, domnívají se mnozí často, že žádná omezení pro financování ve zdravotnictví neexistují. V úzkém zahledění na jedno místo svého problému, neuvažují o celku. Nezadržitelně rostoucí náklady na zdravotní péči vyvolávají otázku: Kolik procent ze státního rozpočtu lze vynaložit na zdravotní péči? Přesto, že za efektivní činnost lze považovat takovou, která přináší žádoucí efekt s přiměřenými náklady¹⁰³, lze konstatovat, že ekonomická kritéria jsou vždy konečným limitem této činnosti¹⁰⁴.

Je tedy zřejmé, že právo občana na hrazení velmi drahé léčby z veřejných zdrojů, musí mít své meze. Katolická etika pokládá velmi drahé zákroky za mimořádné prostředky a tedy za nepovinné¹⁰⁵. U léčby je však vždy třeba vyhodnotit všechna kritéria, nejen ekonomičnost, ale i stupeň obtížnosti, riskantnost, očekávané výsledky, zátěž pacienta a mnohá jiná.

Mám-li tedy tuto kapitolu uzavřít musím konstatovat, že na mnou vznesenou otázku neumím najít jednoznačnou odpověď. „*Ošetřuje-li lékař pacienta, etické ohledy nedovolují, aby ho ošetřoval jako by jinak na světě nikdo neexistoval nebo jako by potřeby jiných lidí byly nedůležité.*“¹⁰⁶ Ekonomické hledisko je jistě jedním z důvodů, které mohou léčení

¹⁰² Srov. Etický kodex České lékařské komory ze dne 1.1.1996, §2 odst. 2. In : IVANOVA, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 136.

¹⁰³ Cílem totiž nemusí být vždy a jedině finanční prospěch, tedy finanční zisk.

¹⁰⁴ Srov.: IVANOVA, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 117.

¹⁰⁵ Srov. např.: *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 2278, s. 558.

¹⁰⁶ O'ROURKE, B. *Medical Ethics*. In : PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 235.

omezit nebo i zastavit všude tam, kde by léčba jedince byla nemravná vůči celku. Kde ta hranice nastává, neumím posoudit.

V článku *Křesťané a základní otázky bioetiky*¹⁰⁷ si klade Dagmar Pohunková otázku: „*Smíme v klinické medicíně dělat všechno, co dělat umíme?*“ A dále se táže: „*Je vůbec možné stanovit pro oblast lékařské etiky co je správné a co nesprávné, co je dobré a co nikoliv? A kdo to stanoví.*“ Jako odpověď nabízí tradici katolické morální teologie a výroků učitelského úřadu církve. Ty jsou dodnes považovány za závazné pro katolické lékaře. Jsou to tyto principy¹⁰⁸: „*Lidské důstojnosti, práva na život, náboženské svobody, informovaného souhlasu, integrity a totality, dvojího účinku, obecného dobra, důvěrnosti, materiální kooperace.*“¹⁰⁹

Snad by se i některá tato kritéria dala obecně použít pro posuzování toho, kdy ještě léčit, protože jsou pro to dobré důvody a kdy už je léčba pro společnost nejen příliš drahá, ale i pro pacienta příliš náročná, zatěžující a neperspektivní.

2.2.2 Odmítnutí léčby HIV pozitivním pacientem

Podle informací AIDS centra na Bulovce v Praze se v České republice v souladu s celosvětovými doporučeními zahajuje terapie v šesti případech¹¹⁰:

1. Akutní HIV infekce
2. Zhoršení imunologického profilu¹¹¹
3. Vzestup VL HIV RNA¹¹²
4. Změna klinického nálezu
5. Gravidita HIV+ ženy, léčba novorozence
6. Postexpoziční profylaxe – HIV negat. je ohrožen HIV+ biologickým materiálem¹¹³

Podle českých zákonů může pacient odmítnout léčbu v bodech 1-4 a v bodě 6. V prvních čtyřech případech je v některých případech dočasné odmítnutí léčby pacientem pochopitelné.

¹⁰⁷ POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky bioetiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118-119.

¹⁰⁸ GRIESE, O. N. Catholic Identity in Health Care, Principles and Practice. In : POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky bioetiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118.

¹⁰⁹ POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky bioetiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118.

¹¹⁰ Viz kapitola 1.6 Průběh HIV infekce.

¹¹¹ Pokles CD4 leukocytů.

¹¹² Vzestup virové nálože, tedy prudký nárůst virů HIV v organismu.

¹¹³ Zabránění nákaze při rizikovém kontaktu podáním antiretrovirových léků. O tomto bodu ještě podrobněji pojednáno.

Vezměme jako příklad situaci, kdy pacient bez výrazných obtíží přijde na pravidelnou kontrolu a je u něho opakovaně zjištěno zhoršení imunologického profilu¹¹⁴. Je mu nabídnuto zahájení léčby. Pacient se však cítí dobře a ví, že při zahájení léčby mu pravděpodobně hrozí riziko nežádoucích účinků této léčby, jako je postižení jater, bolesti, pankreatitida¹¹⁵, postižení ledvin, metabolické změny, apod. I když si tedy uvědomuje rizika plynoucí z nezahájení včasné léčby, rozhodne se léčbu zatím odmítnout a počkat, jak se situace dál vyvine¹¹⁶. Bojí se totiž, že jeho život by se podstatně zhoršil. Z etického hlediska existuje odpovědnost člověka za své vlastní zdraví. Z toho plyne konkrétní povinnost o své zdraví pečovat¹¹⁷. K péči o své zdraví ostatně vede člověka už pud sebezáchovy¹¹⁸. Zdraví ale není jen biologické, i když lékařské umění se zabývá především jím, ale pojem zdraví obsahuje také blaho duchovní a sociální. Chápeme-li tedy pojem zdraví nejen ve smyslu blaha tělesného, chápeme tedy potom, že kritériem tělesného zdraví nemůže být jen tělesná vitalita, ale spíše je jím pak co největší schopnost člověka být člověkem. Tomu ovšem může v některých případech medicínská léčba i ublížit. Obdobně je možné uvažovat i v dalších bodech, při kterých se zahajuje léčba¹¹⁹. Neopominutelným důvodem pro zahájení antiretrovirové terapie je i její epidemiologický dopad. Všeobecným cílem terapeutických postupů je významné snížení virové nálože v krvi, semenné tekutině a vaginálním sekretu. Tím se nejen podstatně zpomaluje progresse onemocnění, ale velmi pravděpodobně snižuje i nebezpečí dalšího šíření HIV infekce.

Předchozí úvaha nemůže ovšem bez výjimky platit pro těhotnou ženu. Právní úprava České republiky říká, že v rámci běžných těhotenských vyšetření je každá gravidní žena povinna nechat se vyšetřit také na HIV pozitivitu¹²⁰. Je-li tedy pozitivní, pak má, podle našich zákonů, dvě možnosti. Potrat, nebo profylaktický program¹²¹. Z pohledu křesťanské

¹¹⁴ Tedy např. náhlý úbytek CD4 leukocytů.

¹¹⁵ Zánětlivé onemocnění slinivky břišní.

¹¹⁶ Tato možnost je sice krajně nepravděpodobná a pacient někdy také svého rozhodnutí lituje, ale to je nyní vedlejší.

¹¹⁷ Srov. *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 2288, s. 560. „Život a tělesné zdraví jsou cenné dary od Boha. Máme o ně rozumně pečovat a brát přitom v úvahu potřeby druhých a obecné blaho.“

¹¹⁸ Například sv. Pavel pokládá tento pud v listu Efezanům za samozřejmý: „Nikdo přece nemá v nenávisti své tělo, ale živí je a stará se o ně.“ (Ef 5,29). Citováno z: *Bible – Ekumenický překlad*. Praha : Česká katolická charita, 1987, s. 186.

¹¹⁹ I v dnešní době se vědci přou, zda je lepší zahájit léčbu ihned po zjištění nemoci a riskovat tak dříve nebo později výskyt nežádoucích vedlejších příznaků léčby a nebo zda je lépe počkat na okamžik, kdy je období velkého množení viru HIV a až tehdy léčbu nasadit. Ve zmiňovaných šesti bodech je však u všech vědců, kteří se zabývají tímto problémem konsens, a to léčbu zahájit.

¹²⁰ Příloha 8

¹²¹ Tento profylaktický program představuje dispenzarizaci v AIDS centru FN Bulovka, HIV anamnézu, kontrolu průběhu těhotenství, speciální přípravu k porodu prováděného z důvodu větší bezpečnosti císařským řezem a péči o novorozence v AIDS centru až do 18ti měsíců. Matka také nesmí kojít.

etiky je možnost potratu třeba vyloučit a pro matku tedy zbývá pouze profylaktický program. Ten podle světského ani církevního zákona nesmí odmítnout. Jedná se sice o určité její omezení, ale nejedná se o ohrožení života matky¹²². Naopak neléčení by mělo za následek citelné zvýšení rizika nakažení jejího dítěte¹²³. Z etického hlediska plyne povinnost nepoškozovat zdraví jiných lidí. Odmítnutí, nebo svévolné vysazení léčby je tedy zásahem do práv dítěte, na které nemá matka (a samozřejmě ani otec) nárok¹²⁴.

Církevní učení sdílí toto stanovisko a dovolává se při ochraně života autority nejvyšší. V roce 1961 Jan XXIII. v encyklice *Mater et Magistra* píše: „*Lidský život musí být pro každého něčím posvátným, neboť již jeho původ předpokládá zásah Boží stvořitelské moci.*“¹²⁵

Podle bodu 6¹²⁶ se zahajuje léčba i v případě, že se zdravý člověk, například při ošetřování HIV pozitivní osoby, zraní třeba injekční stříkačkou, kterou byla nemocnému odebírána krev nebo při jakémkoli operačním výkonu či invazivním vyšetření. Riziko přenosu je v takovém případě 0,1-0,8%, podle druhu zranění.¹²⁷ Zde je podle mého názoru (ale i oficiálního názoru českého zákonodárství) na svobodném rozhodnutí zraněného, aby přijal nebo odmítl (respektive nepožádal o) léčbu, podle svého nejlepšího vědomí a svědomí¹²⁸. Poraněný musí podepsat protokol, kde ztvdí své rozhodnutí podpisem před svědky a zaváže se, že bude chodit na kontrolní odběry.

Tento problém se jistě netýká jen tohoto mnou uvedeného příkladu, ale např. i náhodného sexuálního styku, chtěného zapůjčení injekční jehly (například při aplikaci drogy), pomoci při nehodě, kde někdo krvácí a až později se zjistí že mám oděrku a je mnoho jiných příkladů, kdy je zdravý člověk ohrožen¹²⁹.

2.3 Partnerské a rodinné vztahy nakažených HIV

¹²² Ba co více, je tomu právě naopak.

¹²³ Pravděpodobnost přenosu z matky na dítě je (v Evropě) asi 30%, vhodným profylaktickým programem lze toto riziko snížit až na cca 8%. Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 13.

¹²⁴ Srov.: Všeobecná deklarace práv dítěte.

¹²⁵ *Mater et Magistra* In : *Sociální encykliky*. Praha : Zvon, 1996, s. 160.

¹²⁶ Postexpoziční profylaxe – HIV negat. je ohrožen HIV+ biologickým materiálem, srov. Poznámka 113.

¹²⁷ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profylaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínek č. 28, s. 4š.

¹²⁸ Může být rozumný důvod domnívat se, že jehla nebyla infekční apod.

¹²⁹ K tomuto je třeba ještě podotknout, že pokud o preventivní léčbu žádá člověk, který se riziku vystavil vlastním zaviněním (nechráněný sexuální styk, společná aplikace drogy apod.), náklady na tuto léčbu si hradí. V současné době se jedná o částku převyšující 30.000,-Kč.

Již bylo konstatováno, že v současné době není známá terapie, která by vedla k úplnému vyléčení pacientů postižených tímto onemocněním. HIV infekce tedy stále představuje jednu z největších hrozeb pro zdraví současné lidské populace. Je ale na druhou stranu také pravda, že současnými léčebnými metodami je, zvláště při včasném diagnostikování onemocnění, možné udržet HIV pozitivní osobu velmi dlouhou dobu v klidovém stádiu nemoci a také další stadia onemocnění se daří velice úspěšně prodlužovat. Život nemocných tedy už není tak rychle spějící ke smrti jako ještě před několika lety. (Příloha č. X) Tento právě popsáný optimistický průběh onemocnění předpokládá sice řádně vedenou a zodpovědně přijatou léčbu, která je pro většinu lidí světa nedostupná¹³⁰, avšak u nás stát tuto léčbu poskytuje (zatím?) každému nemocnému. Je tedy třeba, abych se ve své práci zaměřil také na problémy jednotlivých nemocných, kteří zatím bez příznaků nemoci a nebo jen s minimem průvodních příznaků choroby žijí jakoby život zdravých lidí, ale na rozdíl od nich ví, že tento jejich život je plný omezení.

V této kapitole bych rád pojednal o některých problémech, které musí mnozí HIV pozitivní lidé běžně ve svém životě řešit. Vybral jsem dvě oblasti, které by jistě zasloužily širší rozpracování, než jim mohu ve své práci, omezené rozsahem, poskytnout. Mají právo HIV pozitivní lidé uzavírat manželství, mít děti, mají vůbec pohlavně žít? Takové a jistě i mnoho dalších otázek si nemocní kladou. Že každá taková otázka v sobě zároveň ukrývá etické otazníky, je nasnadě. Některé z nich se pokusím popsat.

2.3.1 Právo HIV pozitivního člověka na uzavření manželství

Předem je třeba podotknout, že tato otázka není ve světském právu diskutována, protože není žádný důvod, který by manželství uzavřít nedovoloval. Jistě je nutné, aby snoubenci znali svůj zdravotní stav, ale povinností nemocného je oznámit partnerovi svou HIV pozitivitu, i když s partnerem sňatek uzavírat nehodlá. Pokud chci tuto otázku tedy otevírat, pak jen v rovině etické, kdy se nakažení ptají: „Mám právo (morální) uzavřít se zdravým partnerem sňatek?“ Zvažují jistě nakažení svého partnera a početí dětí, které mohou být infikovány. Jako východisko k této diskusi přijímám postoj katolické církve k této otázce, který i když (zatím) nebyl zcela konkrétně deklarován právě pro tento případ, dá se, podle mého názoru odvodit z obecných principů.

¹³⁰ Až 90% nemocných nemá možnost příslušné léčby.

Katechismus katolické církve uvádí, že dvojím cílem manželství je „*blaho samých manželů a předávání života*“¹³¹. Dále říká, že tyto dva cíle manželství nelze oddělovat a že z těchto cílů vyplývají také dva požadavky, totiž věrnosti a plodnosti¹³². Kodex kanonického práva toto potvrzuje v Kánonu 1055 v §1¹³³ a v Kánonu 1058 dodává: „*Manželství mohou uzavřít všichni, kterým to právo nezakazuje.*“¹³⁴ Zneplatňující překážky pak kodex uvádí v Kánonech 1073 až 1094. Překážka z důvodu nakažlivé choroby, byť smrtelné, se zde nevyskytuje.

Chceme-li tedy diskutovat právo uzavření manželství nakaženým virem HIV, není pochybnost v prvním cíli manželství (blaho samých manželů), ale jistá pochybnost by se mohla vyskytnout v cíli druhém (tedy předávání života). Vzhledem k tomu, že však jen impotence¹³⁵ která je buď ve vztahu ke konkrétnímu partnerovi nebo absolutní, organická nebo funkční, existující v době uzavření manželství a je trvalá (tedy ne přechodná) a nevyléčitelná¹³⁶ je nedispensovatelnou překážkou uzavření manželství a ne případná neplodnost, která manželství ani nezakazuje ani zneplatňuje¹³⁷, zbývá k úvaze pouze Kánon 1098 Kodexu kanonického práva který říká: „*Neplatně uzavírá manželství, kdo byl oklamán podvodem za účelem dosažení souhlasu, když se podvod týká nějaké vlastnosti druhé strany, a tato vlastnost může ze své povahy vážně narušit společenství manželského života.*“¹³⁸ Uvážíme-li však včasné a důkladné informování ze strany HIV pozitivního partnera o své nemoci, jejím průběhu a rizicích z této nemoci plynoucích¹³⁹, padá i důvod podvodu.

Z uvedené úvahy tedy lze vyvodit závěr, že HIV pozitivnímu člověku nebrání zákonná překážka uzavřít kanonicky platné manželství, jestliže jeho manžel či manželka zná jeho/její zdravotní stav, prognózu jeho/její nemoci do budoucna a rizika plynoucí z tohoto svazku. Je však otázkou, může-li nakažený ve svém svědomí obhájit právě ona rizika, kterým vystavuje svého budoucího manžela (manželku) a případně i své budoucí děti. Pokud totiž manžela

¹³¹ *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 2363, s. 575.

¹³² Tamtéž

¹³³ „*Manželský svazek, kterým muž a žena mezi sebou vytvářejí nejnvtitnější společenství celého života, zaměřené svou přirozenou povahou na prospěch manželů a na plození a výchovu dětí, ...*“ Citováno z: *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 471.

¹³⁴ *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 471.

¹³⁵ Impotentia coeundi, tj. neschopnost k souloži, at' na straně muže či ženy.

¹³⁶ Srov.: Hrdina, A. *Kanonické právo*. Příbram : Eurolex Bohemia s.r.o., 2002, s. 300.

¹³⁷ Srov.: Kánon 1084 In: *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 481.

¹³⁸ : *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 487.

¹³⁹ Nyní mám na mysli hlavně informovanost o riziku ohledně nakažení (partnera a následně) případného dítěte. (Podle toho, jde-li o nakaženou ženu nebo o nakaženého muže.)

(ku) hodlá chránit před nakažením „chráněným sexem“¹⁴⁰, pak není od samého počátku¹⁴¹ splněna druhá základní podmínka manželství, totiž podmínka předávání života a manželství je neplatné¹⁴². Pokud tuto podmínku chce zachovat, pak manželství je sice platné, ale nakažený nerespektuje svou morální povinnost, zdržet se manželského styku v případě nebezpečných nakažlivých chorob¹⁴³, kterou HIV infekce nepochybně je a vystavuje se tak nebezpečí překročení pátého přikázání desatera¹⁴⁴, které ovšem i tak překračuje, když druhého vystavuje nebezpečí nákazy.

Poněkud volný závěr tedy může znít, že neexistuje právní důvod, proč manželství neuzavřít, existují však morální důvody, které uzavření manželství minimálně zpochybňují. Rozhodnutí tedy leží, jako tak často, na svědomí každého člověka.

Je jistě ještě jedna cesta, cesta přátelství, tedy soužití v čistotě. HIV pozitivní člověk může jít cestou čistoty, jak o tom píše sv. Matouš: „*Jsou totiž lidé k manželství neschopní už od narození, a jsou k manželství neschopní, které takovými udělali lidé, a jsou konečně takoví, kteří se manželství sami zřekli pro nebeské království. Kdo může pochopit, ať pochopí!*“¹⁴⁵

Těžko ovšem vnucovat nevěřícímu náboženskou motivaci.

2.3.2 Právo HIV pozitivního člověka na plození dětí

Toto právo opět světské zákony nikterak nezpochybňují. Ostatně při včasné preventivní léčbě plodu a novorozence je riziko přenosu HIV infekce z matky na dítě asi 8%¹⁴⁶, což je mnohem méně, než u například některých degenerativních onemocněních. Pojďme se tedy

¹⁴⁰ Například použitím prezervativu.

¹⁴¹ Tedy při uzavření manželství. Je dopředu plánováno trvalé znemožnění sexuální součinnosti manželů, které je zaměřené k potomstvu.

¹⁴² Srov.: Kánon 1096 §1 a 1101 §2 In: *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 485 a 487.

¹⁴³ Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 451.

¹⁴⁴ Poněkud jiná je situace, kdy se jeden z manželů nakazí v době trvání manželství. Pak viz odstavec 2.2.1 mé práce „*Církev však naprosto nepokládá za nedovolené užívání terapeutických prostředků opravdu nutných k léčbě organismu, i kdyby z toho plynula třeba i předvídaná zábrana plození života, není-li ovšem tato zábrana z jakéhokoliv důvodu přímo chtěná.*“ (Pavel VI. *Humanae vitae*. Praha : Skriptum, 1992, čl.15, s. 17.). Není sice konsens katolických morálních teologů, zdali se dá tento odstavec encykliky aplikovat i na případ nakažení jednoho z manželů nakažlivou chorobou a následný „chráněný sex“ kdy chtěné je zabránění nebezpečně nákazy a nechtěným důsledkem je zabránění početí, domnívám se však, že v případě těchto pochybností lze rozhodnout ve prospěch manželů a klidného trvání tohoto posvátného svazku, pokud nelze bez větších problémů praktikovat sexuální abstinenci. To ale může platit jen pro řádně odůvodněný jednotlivý případ, nelze připustit snahu manželů řešit své problémy cestou změny normy církve, a vyhnou se tak i sebemenší námaze o dodržení církevního učení (srov.: SKOBLÍK, J. *Poznámky ke křesťanské etice*. Praha : KTF UK, 1994, s. 160.).

¹⁴⁵ Mt 19,12. Citováno z : *Bible – Ekumenický překlad*. Praha : Česká katolická charita, 1987.

¹⁴⁶ Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 13.

nejprve podívat, jak na problém nahlíží a jaké možnosti připouštějí české zákony a světová klinická praxe.

Dle celosvětově platných doporučení¹⁴⁷: HIV pozitivní žena má právo porodit.¹⁴⁸

Vznikne několik situací:

1. **HIV pozitivní je žena – její manžel je HIV negativní** – rozhodli se, že chtějí dítě. K oplodnění může dojít buď a) ve zdravotnickém zařízení – odběr semene muže a aplikace ženě, nebo b) doma – sperma manžela si žena aplikuje injekční stříkačkou sama do vagíny
2. **HIV pozitivní je manžel – žena je HIV negativní.** Oplodnění je provedeno ve zdravotnickém zařízení. Musí být sepsán protokol, že si manželé uvědomují, že nelze 100% vyloučit možnost infekce partnerky. Sperma manžela se promyje, aby se zbavilo seminální tekutiny a pak se aplikuje ženě. Pravděpodobnost otěhotnění je nižší, řádným promytím spermatu se snižuje i pohyblivost spermií. Občas se stane, že po několika marných pokusech se manželé uchýlí k přirozené cestě, i když riskují nákazu.
3. **Oba manželé jsou HIV+** a dohodli se, že chtějí dítě. Otěhotnění proběhne přirozenou cestou.

Pokud je žena v klinickém stádiu A (symptomatické stádium) či B (stádium malých oportunních infekcí) lze obecně říci, že těhotenství nevede k progresi HIV infekce. Matka musí být pečlivě sledována (v ČR na AIDS centru FN Na Bulovce) lékařem AIDS centra a gynekologem, od II. trimestru gravidity léčena zidovudinem, porod je uskutečněn císařským řezem pod infuzí zidovudinu a novorozenec dostává za 6-8 hod. po porodu zidovudin v sirupu po dobu 6 týdnů (kompletní profylaktický postup, který je platný celosvětově v zemích s rozvinutým zdravotnictvím, v zemích rozvojových jsou zkrácené profylaktické postupy). Ovlivnění vertikálního přenosu zidovudinem patří k největším úspěchům protiretrovirové léčby vůbec, takže pravděpodobnost přenosu HIV infekce se při zachování celého postupu snížila na 5-8%, což je významně méně než u některých metabolických vad, kde je u děděných mutací až 50% riziko, nebo vrozená infekční onemocnění jako je např. cytomegalovirová infekce s rizikem až 20%. Dítě po narození nesmí být kojeno, protože v mateřském mléce může být přítomen virus.

V současné době¹⁴⁹, i když je dítě HIV infikované, tak vhodnými terapeutickými postupy v zemích s rozvinutým zdravotnictvím dovedeme zabránit rozvoji onemocnění, a většina dětí

¹⁴⁷ Tato doporučení jsou daná Centrem pro kontrolu nemocí v Atlantě (CDC). Čerpáno z viz následující poznámka.

¹⁴⁸ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Problematika HIV/AIDS – ohlednutí a perspektivy. In *KMIL*. 2/2004, s.58.

¹⁴⁹ Praxe AIDS centra na Bulovce, která je závazná i pro další AIDS centra.

HIV + se vyvíjí dobře po všech stránkách fyzických i psychických. Je nutné ale řešit celou řadu problémů, které se mohou vyskytnout v souvislosti se školní docházkou, výlety, tábory, sportem apod. Krvavé zranění dítěte může být zdrojem infekce pro jeho okolí. Podle zdravotního stavu dítěte pak posuzujeme schopnost školní docházky, zájmových aktivit, cestování apod¹⁵⁰. Někdy je těžké vysvětlit dítěti proč musí stále užívat léky, chodit na vyšetření, omezit různé vyčerpávající aktivity. V pozdějším věku je nutné vyřešit zodpovědný postoj dospívajícího dítěte vůči svému okolí. Informace o diagnóze HIV infekce je často mladým člověkem přijata velmi negativně a odrazí se i v postoji k rodičům i celé společnosti. Problematika je nová, je otázka, jaká bude budoucnost těchto dětí za 30 -40 let. Pokud je dítě HIV negativní (to s definitivní platností zjistíme v 18 měsících věku dítěte), je z dispenzární péče AIDS centra propuštěno a předáno do péče pediatrů.

Vzhledem k onemocnění rodičů, či v lepším případě jednoho z rodičů, kdy je pravděpodobné, že postupem doby budou stále hůře zvládat rodičovské povinnosti a jejich stav bude vyžadovat stále častější pobyty v nemocnici a zvýšenou péči, je vhodné, aby dětem byla zajištěna péče v širším rodinném zázemí. Proto preferujeme, aby alespoň někdo z rodiny či blízkého okolí – babička, sestra, teta, přítelkyně – byl o situaci informován a v případě potřeby se podílel na výchově dítěte.

Závažný problém 5ti miliónů tzv. HIV negativních sirotek ve světě je jedním z důležitých úkolů, který WHO musí v co nejkratší době řešit..

Problémů, které se nabízejí je jistě mnoho. Pro účel této práce se přidržím tématu kapitoly a podrobněji budu řešit pouze ten nejzákladnější. Diskuse se tedy, stejně jako v předchozí kapitole, bude týkat onoho: Mám morální právo vystavit své dítě riziku oněch 8% nakažení vertikálním přenosem?

Vycházím-li z katolického pohledu na věc, pak je třeba zmínit zásadu, že rodiče jsou povinni darovat svým dětem život odpovědným způsobem. Tuto myšlenku zmiňuje ve svých učitelských dokumentech již papež Pavel VI.¹⁵¹ a rozpracovává ji pastorální konstituce o církvi v dnešním světě Druhého vatikánského koncilu *Gaudium et spes* když říká, že rodiče jsou při plnění úkolu dávat život a vychovávat své děti spolupracovníky lásky Boží (jakoby jejími tlumočníky) a proto tento úkol mají plnit s lidskou i občanskou odpovědností. Přitom

¹⁵⁰ Srov.: MONTAGNIER, L. *AIDS – fakta a naděje*. Praha : Nadace pro život, 1993, s. 33.

¹⁵¹ Například v encyklice *Populorum Progressio* (O rozvoji národů) z roku 1967 v článku 37, kde říká: „*O počtu dětí rozhodují po svědomitém uvážení rodiče; před Bohem, před sebou samými, před dětmi, které už mají, a před společenstvím, k němuž náležejí; a jsou přitom poslušni hlasu svého svědomí, poučení autenticky vykládaným Božím zákonem a posilovaného důvěrou v Boha.*“ Citováno z : *Populorum Progressio* In : *Sociální encykliky*. Praha : Zvon, 1996, s. 242.

mají přihlédnout nejen k dobru vlastnímu, ale také k dobru svých dětí. Uvážit mají nejen podmínky doby, ale mají také vzít zřetel na dobro rodinného společenství, světské společnosti a církve. Úsudek o tomto si musí manželé udělat před Bohem sami, ale mají si být vědomi toho, že způsob svého jednání nemohou určovat podle své libovůle, ale že se vždycky musí řídit svědomím, které se má přizpůsobovat Božímu zákonu, který je autenticky vykládán magisterem církve¹⁵².

Je ale také třeba připomenout, že manželství nebylo ustanoveno jen kvůli plození, ale že i když chybí potomstvo, „*manželství jako pospolitost a společenství celého života trvá a zachovává si svou hodnotu a nerozlučnost*“¹⁵³. Bezdětnost, stejně jako nezbytnost odpovědného rodičovství a oprávněnost racionální kontroly porodnosti, toto vše katolická církev obecně uznává. Zde není žádný důvod kontroverzí. Dokument *Gaudium et spes* také v článku 51 říká, že koncil si uvědomuje, že některé životní podmínky brání manželům v harmonickém životě a že se také vyskytují překážky, které brání manželům mít děti¹⁵⁴ a v článku 87 dodává, že: „*Podle nezczitelného práva člověka na manželství a na plození potomstva závisí rozhodnutí o počtu dětí, které se mají narodit, na správném úsudku rodičů.*“¹⁵⁵ Úsudek rodičů pak předpokládá správně vychované svědomí. V žádném případě se ale tento úsudek nemůže přenechat veřejné moci.¹⁵⁶

S přihlédnutím ke zdraví rodičů, duchovnímu a hmotnému blahu rodiny a zájmům společnosti by omezení počtu dětí ospravedlňovali, podle morálního teologa K-H. Peschkeho, následující důvody:¹⁵⁷

1. Ohrožení zdraví a života matky.
2. Eugenické ohledy v případě dědičných onemocnění nebo neschopnosti matky přivést živá na svět dítě.
3. Hospodářské obtíže¹⁵⁸.
4. Pedagogické obtíže¹⁵⁹.
5. Potřeby státu, podmíněné omezeností jeho zdrojů¹⁶⁰.

¹⁵² Srov.: *Gaudium et spes* čl. 50. In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 225-226.

¹⁵³ *Gaudium et spes* In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 226.

¹⁵⁴ Srov.: *Gaudium et spes* In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 226.

¹⁵⁵ *Gaudium et spes* In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 261.

¹⁵⁶ Tamtéž

¹⁵⁷ Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 442.

¹⁵⁸ Například příliš nízké rodinné příjmy, nebezpečí dlouhodobé nezaměstnanosti, nedostatek bytů, delší závislost dětí na rodičích vzhledem k delší době jejich vzdělávání a podobně.

¹⁵⁹ Například vyplývající z vyšších pedagogických nároků průmyslové společnosti.

¹⁶⁰ Některé země mohou být přelidněny, jiné, zejména méně rozvinuté, nejsou schopny se o svou příliš rychle rostoucí populaci postarat.

Z těchto možností se jeví pro případ HIV pozitivního rodiče zajímavý bod 2. V našem problému nejde sice o eugenické ohledy, ale jistě také o možnou velkou zdravotní závažnost pro dítě. V komentáři k tomuto bodu uvádí Peschke jako orientační, návrh vycházející ze studie Pope John Center v St. Louis v USA. Tato studie pokládá prevenci zplození potomstva za závaznou¹⁶¹, pokud hrozí riziko alespoň 25%¹⁶², že se narodí dítě s těžkými genetickými anomáliemi.¹⁶³ Zdá se, že se zde můžeme odvážit velice opatrně navrhnout analogii a jako možný orientační bod navrhnout, že pokud hrozí riziko větší než 25%, že nákaza virem HIV se přenese z rodičů (resp. matky) na dítě, bylo by přivedení takového potomka na svět nezodpovědné.

Tato analogie je ovšem nutně značně nepřesná. Přesto vyvozený závěr který by z této úvahy vyplynul, že totiž rodiče HIV pozitivní se mají právo ve svém svědomí rozhodnout přivést na svět potomka, může být přijat. Logičnost tohoto závěru potvrzují i další (nepřímé) argumenty. Je celá řada nemocí, kdy přenesení těžkých (smrtelných) následků z rodičů na dítě je daleko větší než u HIV positivity. Život člověka není jen o zdraví, ale záleží především na jeho kvalitě před Bohem. Je třeba respektovat právo a svobodu zdravého svědomí rodičů, kteří jako jediní mají právo rozhodnout o počtu svých dětí.

¹⁶¹ Pro rodiče, kteří by nebyli schopni se sami s touto situací vypořádat bez finanční a další pomoci.

¹⁶² I když já sám se domnívám, že tato procenta jsou nepřiměřeně vysoká.

¹⁶³ Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 442.

3. Nakažení a smrt

V poslední kapitole své práce bych chtěl, i když jen velice krátce, pojednat, jak již sám název napovídá, o dvou problémech, které se dotknou každého HIV infekcí nakaženého člověka. Jedná se o zjištění faktu HIV positivity a o nutně následující, i když v poslední době stále více léčbou pozdržované umírání a smrt nemocného a její přijetí. O prevenci, průběhu a nutném konci onemocnění jsem se již v předcházejících řádcích stručně zmínil¹⁶⁴. V této kapitole bych chtěl věnovat několik řádků přijetí těchto dvou skutečností člověkem. Každý nakažený člověk se totiž dříve nebo později dozví o své nemoci a ne každý se s tímto zjištěním dokáže vyrovnat. A každý nakažený také jednou na tuto nemoc zemře a také tato skutečnost je těžce přijímána. A nejedná se jen o přijetí smrti samotné, ale také o poměrně dlouhé, bolestné a komplikované umírání. Jedná se o pochopení života v těch hlubších souvislostech, protože řada důležitých věcí se náhle jeví jako banální a řada nutných životních cílů se náhle jeví jako naprosto nedůležitá. Zkrátka přijetí smrtelné nemoci a přijetí nutného a těžkého umírání zcela změní život člověka. Někdy k lepšímu. Někdy, nutno přiznat, k horšímu.

3.1 Přijetí nakažení smrtelnou nemocí

Již u osob, které čekají na výsledek testu na protilátky anti-HIV, se objevuje vědomí nejistoty a strach z nejrůznějších skutečností. Mnohdy nevinná onemocnění vedou k obavám, že se jedná o první příznaky AIDS. Kromě obav z bezmoci, strádání a smrti se často dostavuje strach z prozrazení homosexuality či bisexuality, z případného opuštění partnerem, z možného nakažení někoho blízkého a nebo třeba z odmítavého přístupu přátel a vůbec celé společnosti. Tyto skutečnosti sebou také samozřejmě přinášejí určité emoční stavy a změny

¹⁶⁴ Viz první kapitola této práce.

chování jako jsou podrážděnost, zadumanost, deprese, plačtivost, snahy o rekapitulaci života, náhlý hněv apod.

Pokud už pouhé podezření na tuto nemoc vyvolává tak silné obavy a emoce, je nasnadě, že sekundy, minuty, dny a týdny po potvrzení nákazy musí být, nejprve hlavně pro nakaženého, ale za nějaký čas také i pro jeho rodinu, přátele a známé, dobou ještě o mnoho horší.

Jistě si každý dokáže vzpomenout na nějakou situaci, která znamenala pro jeho život velkou zátěž a také na to, jak na tuto situaci reagoval. Asi se dostavila jakási psychická reakce, obrana člověka, která měla za cíl, zachovat duševní rovnováhu postiženého. Přesto, že individuálně jsou tyto reakce velmi rozdílné a závisí na mnoha okolnostech¹⁶⁵, může tato naše vzpomínka dokázat, že se více nebo méně přiblížíme a lépe dokážeme pochopit člověka, který se právě dozvěděl, že je nakažen virem HIV. I když reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace¹⁶⁶, jak už bylo řečeno, závisí na mnoha okolnostech, přece se určité zákonitosti popsat dají. Tyto zákonitosti¹⁶⁷ přehledně jako „fáze“ popsala Dr. Elizabeth Kübler-Rossová¹⁶⁸.

1. Negace, šok, popírání – „Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné. To je určitě omyl. Zaměnili výsledky.“
2. Agrese, hněv, vzpoura – „Proč zrovna já? Čí je to vina? Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost apod.
3. Smlouvání, vyjednávání – Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochota zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.
4. Deprese, smutek – Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.
5. Smíření, souhlas – Vyrovnání, pokora. Nejde o rezignaci (házení flinty do žita), ale o přijetí neodvratitelné skutečnosti¹⁶⁹.

¹⁶⁵ Závisí především na typu osobnosti a temperamentu, věku, psychické zralosti, momentální kondici a zdravotním stavu, na životních zkušenostech, na rodinném či nějakém jiném zázemí, v neposlední řadě také na vztahu k Bohu ale i na řadě dalších věcí. Zafixování variant obrany se utváří v průběhu celého života, a to na základě pozitivní zpětné vazby (co se mi v životě osvědčilo, to používám i nadále). Z toho je vidět, že reakce na potvrzení nakažení virem HIV nutně musí být velice individuální.

¹⁶⁶ Což prokázání viru HIV v organismu bezesporu je.

¹⁶⁷ Sice v rovině obecné, tedy ne konkrétně pro případ prokázání nákazy HIV, ale tento mnou diskutovaný případ bezesporu do této kategorie patří.

¹⁶⁸ Následující přehled fází a jejich projevy jsou převzaty z knihy: SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 1999, s. 29.

¹⁶⁹ Lidé, kteří svůj osud přijali, jsou ve stavu vyrovnanosti a míru. Mají svou vnitřní důstojnost. Ti, kteří jen na svůj osud rezignovali tuto vnitřní důstojnost postrádají. Jsou zahořklí a jejich duševní trýzeň vychází z pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru.

Tyto popsané fáze jsou sice popsány v pořadí, jak obvykle přicházejí, ale toto pořadí není vždy jediné možné. Fáze se často nenadále a opakovaně vracejí, střídají a mohou se dvě nebo i tři prolínat, často i v jediném dni. Fáze také nejsou stejně dlouhé a stává se také, že některá z nich může zcela chybět.

Je také si třeba uvědomit, že tyto fáze neprožívá jen nakažený, ale také jeho blízcí, kteří je však mohou prožívat, a často také prožívají, v určitém časovém posunu. To někdy může nemocnému škodit¹⁷⁰.

Zdá se tedy, že hlavním problémem této etapy nemoci HIV-AIDS je dosáhnout fáze smíření, tedy nalezení pozitivních hodnot a tento problém se dotýká nejen HIV pozitivních osob, ale též i jejich blízkých. V očích některých lidí, kteří jsou zvyklí obdivovat a jako kladné hodnoty posuzovat pouze mládí, zdraví, úspěch, výkon, užitečnost a podobně může vzniknout představa, že dlouhodobá a nevléčitelná choroba jako je AIDS je v příkrém rozporu s obdivovanými hodnotami a postrádá tudíž jakýkoliv smysl. V tomto pohledu však vidím ohrožení člověka v samé jeho podstatě, v jeho „lidskosti“. Tento pohled vede totiž k závěru, že v případě nevléčitelné nemoci jako je AIDS¹⁷¹ může člověk začít posuzovat druhého člověka, ale i sám sebe, jako něco, co nemá vůbec žádnou hodnotu, cenu a tedy ani smysl. Toto uvažování popírá hodnotu člověka jako člověka¹⁷² a je jedním z důležitých argumentů pro euthanasii¹⁷³ a nebo pro sebevraždu.

Pravděpodobnost smrti je u HIV pozitivního člověka tím větší, čím je nemoc pokročilejší. Zvrat v průběhu nemoci je statisticky blízký nule¹⁷⁴. Přijetí tohoto stavu se může nemocnému nakonec podařit, není to ale žádná samozřejmost. Jen málokdo si je schopen vystačit jen se svými silami. I když ale jsou lidé, kteří by chtěli nemocnému pomoci, mohou to dokázat jen tehdy, když jsou schopni a ochotni vidět realitu jeho stavu a přijmout ji.

Delší nemoc může mít svou velice významnou pozitivní stránku. Může být velikou příležitostí a to nejen pro nemocného, ale i pro celé jeho okolí. Může vést člověka k přehodnocení a lepšímu pochopení žebříčku hodnot. Uchopí-li se tato příležitost správně a

¹⁷⁰ Nemocný je například již ve fázi smíření, jeho okolí ale ve fázi smlouvání a vyjednávání. To může nemocného srážet zpátky.

¹⁷¹ Ale nejen této nemoci, ale i jiných nevléčitelných nemocí jako je rakovina, nemoci které mají špatnou prognózu, ale také například nevratné poškození po úrazu apod. a nebo také v případě dlouho trvajících umírání.

¹⁷² V křesťanském pojetí také jako vrchol díla stvoření jak o tom mluví Písmo a také množství dokumentů např.: *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 343, s. 99. i jinde.

¹⁷³ O problému euthanasie bude ještě krátce pojednáno, proto toto téma dále nerozvíjím.

¹⁷⁴ Na celém světě se dodnes objevilo jen několik málo nakažených (prokazatelně asi 5), u nichž byla s jistotou diagnostikována HIV pozitivita a po nějaké době došlo spontánně k uzdravení. Neví se proč. Uzdravení těchto lidí je v současné době naprosto nevysvětlitelné.

zúročí-li se, může být nemoc dokonce tím nejnplodnějším a nejvzácnějším úsekem života¹⁷⁵. Ne každému HIV pozitivnímu člověku se tento ideál podaří. Je ale mravní povinností ostatních lidí mu k této metě podle svých možností dopomoci.

A to považují také za závěr této úvahy.

3.2 AIDS – umírání a smrt

Není snad lepší úvod který by byl možný napsat jako uvedení do problematiky umírání a smrti, než následující věty: „*Smrt je ukončením pozemského života. Naše životy jsou odměřeny časem, během něhož se měníme, stárneme a jako u všech živých bytostí na zemi smrt se jeví jako normální ukončení života. Toto hledisko smrti dodává našim životům naléhavost: pomyšlení na to, že jsme smrtelní, nám pomáhá uvědomit si, že máme jen omezený čas k uskutečnění své existence.*“¹⁷⁶ Fakt omezení času k uskutečnění své existence a k dodělání všeho, co je ještě třeba stihnout, si nejlépe uvědomuje člověk, který ví, že umírá. Smrt je zkušenost, které se nevyhneme. Jen člověk si mylně vytvořil představu, že je třeba na světě být co možná nejdéle¹⁷⁷. Jen člověk si vytvořil představu předčasné smrti. Ale Bůh si volá člověka k sobě vždy v pravý čas. Jen člověk to vždy nedokáže pochopit a přijmout. Křesťané nadto věří, že smrt je bránou do života, a tudíž bránou naděje.¹⁷⁸ Nemohu a nechci zde rozebírat smrt ze všech pohledů a úhlů, to ostatně ani není náplní mé práce.¹⁷⁹ Chtěl bych se v tomto oddíle jen dotknout dvou témat, které považuji za důležité a podle mého názoru příliš v naší dosti otrlé společnosti neřešené a závěrem se krátce dotknout eutanazie.

3.2.1 Okruhy potřeb umírajícího

Prvním problémem který zmíním je péče o těžce nemocné a umírající¹⁸⁰. Mnozí lidé a to i mezi lékaři a profesionálními ošetřovateli si myslí, že nemocný člověk potřebuje především

¹⁷⁵ Srov.: SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 1999, s. 38.

¹⁷⁶ *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 1007, s. 262.

¹⁷⁷ Jako kdyby snad smrt byla pouze definitivní prohra člověka. Srov.: HAY, L. *Limitní situace*. Olomouc : Votobia, 1994, s. 227.

¹⁷⁸ Srov.: 1Sol 4,13-14.

¹⁷⁹ Toto téma by snad naplnilo celé samostatné pojednání.

¹⁸⁰ Tato problematika se jistě opět nedotýká pouze nemocných AIDS, ale dotýká se i jich. Považuji tedy za nutné, se o této problematice byť v krátkosti, byť obecně, zmínit.

prvotřídní ošetření, léky a klid. To je jistě také pravda, ale není to určitě všechno¹⁸¹. Dokud to člověk sám nezažije, asi si nedokáže uvědomit, co všechno nemocný postupně ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity a mnohé další věci. K těmto ztrátám naopak přibývá bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření, a mnoho dalšího, převážně ne právě příjemného¹⁸². Je třeba si uvědomit i to, že celá řada těžce nemocných lidí, kteří by ještě před nedávnem rychle zemřeli, žijí dnes déle, pokud ovšem mají přístup ke kvalitní lékařské péči.

Z výše citovaného se dají odvodit čtyři okruhy potřeb těžce nemocného člověka: biologické¹⁸³, psychologické¹⁸⁴, sociální¹⁸⁵ a spirituální¹⁸⁶. Myslím si, že je velice užitečné, uvědomit si, co pro umírajícího, těžce nemocného člověka, můžeme udělat my, co pro něho může udělat lékař a konečně, co pro sebe může udělat, třeba s dopomocí, sám pacient. Priorita potřeb se v průběhu nemoci jistě mění, a v závěrečné fázi často nabývá na důležitosti potřeba spirituální, zatím co zpočátku jsou to častěji potřeby biologické.¹⁸⁷

3.2.2 O umírání a důstojnosti

I když ne vždy je za důležitou považována, přesto si myslím, že důstojnost umírajících s mým tématem souvisí a že si zaslouží, třeba kratičkou, samostatnou zmínku v mé práci.

Pro péči o umírající platí dvě důležité zásady: 1. Každý umírající by měl mít v terminálním stadiu svého průvodce a dostatečnou péči. 2. Člověk by měl odcházet s vyrovnanými účty.¹⁸⁸ Dovolím si přidat ještě zásadu třetí. Každému umírajícímu by měla být ponechána jeho

¹⁸¹ OPATRŇ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha : Pastorační středisko, 2003, str. 16.

¹⁸² Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : ECCE HOMO, 1995, str. 21.

¹⁸³ Patří sem všechno, co potřebuje nemocné tělo jako například potrava, spánek, tišení bolesti, tělesné cvičení a aktivita apod.

¹⁸⁴ Patří sem hlavně potřeba respektování lidské důstojnosti, komunikace s okolím, pocit bezpečí a tak dále.

¹⁸⁵ Člověk jako tvor společenský nežije izolovaně od společnosti. Proto ani stonat a umírat by neměl v izolaci. Má mít právo na návštěvy, které si může sám usměrňovat.

¹⁸⁶ Mnoho lidí se domnívá, že jde jen o uspokojování potřeb věřících. Ale není tomu tak. Každý umírající potřebuje odpustit a vědět, že i jemu bylo odpuštěno. Potřebuje vědět, že jeho život má až do poslední chvíle smysl. Nenaplněnost těchto potřeb vede až ke stavu duchovní nouze. Umírající člověk tím velice trpí, a to tak, že si až zoufá.

¹⁸⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : ECCE HOMO, 1995, str. 21.

¹⁸⁸ OPATRŇ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha : Pastorační středisko, 2001, str. 15.

lidská důstojnost¹⁸⁹. Ona důstojnost, vycházející ze stvoření člověka jako požehnaného Božího obrazu.¹⁹⁰

Důstojnost člověka je těžké nějak definovat. Obvykle bývá spojována s pojmy jako úcta, autonomie a ovládnutí. Než říci, co je to důstojnost, je asi snazší popsat nedůstojnost. Chceme-li ale poskytovat péči a služby, které zachovávají a poskytují důstojnost umírajícího člověka, je třeba pochopit, co to důstojnost vlastně je. V rámci studie „Důstojnost a starší Evropané“ se rozlišují čtyři typy důstojnosti¹⁹¹. Důstojnost zásluh; souvisí s rolí člověka ve společnosti, s postavením, nebo s tím, čeho dosáhl. Často závisí na ekonomickém a sociálním postavení. (Člověk který je z tohoto postavení vyřazen např. odchodem do důchodu, může prožívat ztrátu důstojnosti.) Druhým typem je důstojnost mravní síly; tento typ klade důraz na mravní autonomii či integritu toho kterého člověka. (Lidé schopní žít v souladu se svými mravními zásadami pociťují důstojnost. Ten, kdo se chová zbaběle, může svou důstojnost ztratit.) Třetím typem je důstojnost osobní identity; souvisí se sebeúctou a odráží osobitou identitu jednotlivce. (Tuto důstojnost mohou poškodit fyzické zásahy, ale také citové či psychologické újmy, jako je třeba ponižování.) Poslední typ důstojnosti je označován německým pojmem Menschenwürde; ten odkazuje k nezczitelné hodnotě lidských bytostí jako lidských bytostí. Tento aspekt důstojnosti dává opodstatnění mravnímu požadavku úcty vůči všem lidským bytostem, bez ohledu na jejich sociální, duševní či tělesný stav. Domnívám se, že právě tato důstojnost člověka je u umírajících nejvíce v ohrožení. Může být ohrožena neschopností jedince zvládnout a pochopit ztrátu fyzické autonomie, nebo neschopností druhých, vycítit a minimalizovat původní pocit zahanbení. Dále může být ohrožena schopností jedince budovat a tvarovat svojí identitu, a rozumět sám sobě. A asi nejvíce je ohrožena odebráním určitého respektu ostatních a s tím spojenou ztrátou sebeúcty.

Na závěr této kratičké úvahy bych chtěl ještě podotknout, že se může stát, že určitá osoba strádá nedůstojností, ale není si toho vědoma. To ale v žádném případě neospravedlňuje nedůstojné nakládání a jednání s tímto člověkem.

3.2.3 Několik poznámek k eutanázii

¹⁸⁹ Domnívám se totiž, že splnění bodů 1. a 2. ještě nutně neznamená, že s umírajícím bude jednáno lidsky důstojně.

¹⁹⁰ Srov. Gn 1,26-28

¹⁹¹ Srov. KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti*. Praha : Cesta domů, 2004, str. 12.

Téma eutanazie¹⁹² vyvolává stále nové debaty, publikace, výzkumy veřejného mínění, jítí myslí lidí a vyvolává bouřlivé emoce. Přitom se často stává, že každý z diskutujících mluví o něčem jiném, neboť pojmosloví není obecně známé. K diskusi se zpravidla předkládají tři formy eutanazie¹⁹³. Eutanazie přímá, nebo také aktivní, což znamená záměrné usmrcení bolestivě a nevléčitelně nemocného pomocí smrtících látek nebo jiných prostředků. Eutanazie nepřímá pak označuje ulehčení smrti pacienta pomocí sedativ a narkotik, které mají za vedlejší účinek zkrácení jeho života. Pasivní eutanazií se rozumí ulehčení smrti opomenutím nebo přerušením kroků prodlužujících život umírajícího. Pokud se mluví obecně o eutanazii, má se zpravidla na mysli její přímá a aktivní forma¹⁹⁴, ale jak již shora bylo řečeno, není tomu tak bezpodmínečně.

Z katolického hlediska je pro mravní posouzení eutanazie zásadně důležité rozlišení mezi aktivním usmrcením a pasivním upuštěním od opatření prodlužujících život. Aktivní eutanazie je z katolického pohledu vždy mravně nepřijatelná. Při pasivní eutanazii je důvodem úmrtí pacienta jeho nemoc, ne aktivní přístup lékaře. Lékař je povinen zdržet přirozený běh nemoci jen tehdy, když dostal příkaz, aby pomohl. Příkaz závisí na vůli pacienta.¹⁹⁵ V případě, že rozhodnutí pacienta lékař nezná, je jeho rozhodnutí závislé na velikosti užitečnosti léčby pacienta, neboť lékař nemá příkaz dělat nesmyslné kroky.¹⁹⁶ Také „*přerušeni nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům může být oprávněné.*“¹⁹⁷ Naproti tomu „*opomenutí, které samo od sebe nebo záměrně přivodí smrt aby se ukončila bolest, je zabitím...*“¹⁹⁸ a tedy nedovolené.

Eutanazie nepřímá představuje pozitivní postoj k pátému přikázání, kde nemocný přijímá neurychlený čas své smrti i s jejími obtížemi, které ovšem mohou být zmírňovány i analgetiky velké intenzity, které nepopíratelně zkracují život. Podle principu dvojího účinku

¹⁹² V překladu „dobrá smrt“.

¹⁹³ Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 281.

¹⁹⁴ Asi od roku 1995 již prakticky výhradně jen přímá a aktivní forma. Ve své práci však vycházím z literatury, která pracuje i s pojmy jako pasivní eutanazie, a proto se této terminologie také držím.

¹⁹⁵ Případně jeho zástupců.

¹⁹⁶ Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 282.

¹⁹⁷ *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 2278, s. 558.

¹⁹⁸ Tamtéž

je ten chtěný účinek mírnění bolesti a ten nechtěný, možné zkrácení života.¹⁹⁹ S ohledem na krajní utrpení tuto myšlenku jasně potvrdil i papež Pius XII.²⁰⁰

Z uvedeného je tedy zřejmé, že z katolického hlediska je aktivní eutanazie, ať už jsou důvody nebo prostředky jakékoliv, vždy mravně nepřijatelná, pasivní někdy mravně nepřijatelná, někdy přijatelná a eutanazie nepřímá je vždy mravně přijatelná. Potíž je jen v tom, že nevěřící člověk tyto mravní principy nemusí přijmout a také často nepřijímá. Námitky, které se obecně používají v diskusi o eutanazii s těmito lidmi vyjmenovává (vedle Božího výlučného práva na život) morální teolog J.Skoblík.²⁰¹ Uvádí tyto:

- Je velmi pravděpodobné, že pacient není v přiměřeném stavu, aby se mohl v tak důležité věci rozhodnout. Normální funkce mozku může být snížena.
- Pacienti s dobrou péčí (vzdor obtížím smrtelné choroby) o eutanazii nežadají. Žádost neplyne z touhy po smrti, ale z touhy po větším zájmu o osobu pacienta.
- Neexistuje jasná hranice mezi dobrovolnou a nedobrovolnou eutanazií.
- V případě přijetí eutanazie se zhorší vztahy mezi pacientem a lékařem.
- Každou lidskou činnost provázejí chyby, zde nenapravitelné.
- Možnost rozhodovat o životě druhých ohrožuje humanitu společnosti.

Zabití těžce odporuje důstojnosti člověka a úctě k živému Bohu. Je povinností křesťanů pevně vycházet ze svých morálních zásad a jasně je deklarovat. Je ale také naší povinností předkládat je veřejnosti tak, aby jim bylo porozuměno. Aby nebyly jen výkřikem několika jedinců, kteří jsou (zdánlivě) odtrženi od reality. Je třeba hledat styčné body porozumění a poté jasně a zřetelně argumentovat. To může být cestou dialogu s nevěřícími nejen o eutanazii.

¹⁹⁹ Srov.: SKOBLÍK, J. *Poznámky ke křesťanské etice*. Praha : KTF UK, 1994, s. 151.

²⁰⁰ Nejprve v projevu „Trois questions religieuses et morales concernant l' analgésie“ z 24.2. 1957 a pak znovu na Mezinárodním kongresu o neuropsychofarmakologii 9.9. 1958. Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 282.

²⁰¹ SKOBLÍK, J. *Poznámky ke křesťanské etice*. Praha : KTF UK, 1994, s. 152.

Závěr

Je zřejmé, že problematika HIV/AIDS sebou nese velké množství komplikací, a to jak z hlediska zdravotního, tak i z hlediska psychologického či sociálního a společenského. Nebezpečí HIV/AIDS je zákeřné svou plíživostí, skrytostí a hrozí svým lavinovitým způsobem šíření. Během několika málo let začalo toto onemocnění v celosvětovém měřítku ovlivňovat životy lidí od sféry nejintimnější až po sféru ekonomickou a politickou. Informuje nás o tom, že svět se rozvojem ekonomických a kulturních styků i pohybem osob v mezinárodním měřítku „zmenšil“, ale tento těsně propojený svět se stal také velmi zranitelným. Z druhé strany naznačuje, že se v tomto „zmenšeném“ světě zvětšuje vzdálenost mezi lidmi, a to nejen mezi lidmi sobě nejbližšími, ale i mezi jednotlivcem a společenskými institucemi, mezi jednotlivými skupinami lidí uvnitř společnosti a nakonec i mezi národy. Stejně jako ostatní globální problémy, tak i problematika HIV/AIDS s velkou naléhavostí nastoluje pro svět otázku přijetí nového sociálního řádu založeného na pravé lásce k člověku. K tomu má ovšem jistě co říci i katolická církev a potažmo i křesťanská morálka. Jde jen o to, jak tyto hodnoty dané člověku Bohem a časem prověřené, nabídnout dnešnímu světu, aby byly alespoň vážně přijaty do diskuse.

Ve své práci jsem se pokusil v krátkosti problém HIV/AIDS popsat, některé jednotlivosti posoudit a navrhnout řešení v duchu katolické etiky. Jistě jsem se nedotkl všech problémů

související s HIV/AIDS. Nabízí se například rozpracování problematiky začlenění HIV pozitivních (případně již nemocných AIDS) do pracovního procesu, rozpracování problematiky ohrožení zdravé populace HIV pozitivními lidmi, nebo problému sociálního zabezpečení HIV pozitivních jedinců. Ale rozpracovat by také zasloužila rozsáhlá problematika HIV pozitivních dětí²⁰² a celá řada dalších oblastí i konkrétních problémů. I přesto, že se má práce zabývat jen malým střípkem v mozaice problémů HIV/AIDS, snad má svůj smysl v tom, že se pokouší přinést některé alternativní pohledy, které současná společnost ne vždy zná a pokud ano, ne vždy je správně chápe. Chtěl jsem svou prací přispět k jejich lepšímu pochopení.

Postavení HIV pozitivních lidí ve společnosti není jednoduché a jedná-li se navíc o praktikující katolíky, je jejich situace ještě složitější. Stejně můžeme hodnotit postavení lidí blízkých nemocným a také početnou skupinu lidí pomáhajících. Jak jsem ve své práci již několikrát zdůraznil, nejsou katolické etické hodnoty u nekatolíků často přijímány. Otázkou zůstává proč. Odpovědi se nabízí několik a v neposlední řadě je to také nedobrá kultura argumentace nás katolíků při předkládání etických hodnot světu²⁰³. Nejdeme ke kořenu problému, často začínáme uprostřed a jsme poté nesrozumitelní. Často ani sami neznáme směr církevního myšlení a podstatu problému. Narazíme-li na neporozumění nebo odpor, nehledáme často problém ve vlastním postoji a kvalitě argumentace, ale vidíme hned viníka v nedostatku dobré vůle toho druhého. Při diskusi problémů je třeba vycházet z bodu, který se svým protějškem můžeme sdílet společně a pak teprve logicky, věcně správně a hlavně srozumitelně předkládat své stanovisko, ale také vyslechnout a snažit se pochopit stanovisko druhé strany. Nelze se také jistě uchýlovat k „opíjení rohlíkem“ a k demagogii a chtít přesvědčit druhou stranu za každou cenu. V současné době jde hlavně o to, přivést druhé k dialogu a ke správnému pochopení toho, co říkáme, k porozumění tomu, jak my (církev) to vlastně myslíme. *„Při argumentování ve prospěch nauky církve o etických otázkách je dobře si připomínat, že tyto otázky nejsou cílem církevního snažení, nýbrž doprovodným*

²⁰² Tato oblast je velice rozsáhlá a nabízí k rozpracování a posouzení řadu otázek. Je například správné, že vyšetření na HIV protilátky není u nás pro děti nijak legislativně omezeno a vyšetřit serologii HIV tedy lze i bez explicitního souhlasu rodičů? Informaci rodičům je nutno podat ihned po definitivním stanovení diagnózy, mají se ale informovat další blízké osoby HIV pozitivních dětí? Zda a v jakém rozsahu informovat učitele, vychovatele apod.? Jak pojistit případ nenadálého, zejména krvavého zranění dítěte? Kdy říci dítěti o jeho HIV pozitivitě? A jak pak jednat s dítětem dál? Jak přistoupit ke způsobilosti dítěte ke školní docházce, k úlevám např. v tělesné výchově, k zájmové činnosti, cestování, rekreaci apod.? Při HIV pozitivitě jednoho a nebo obou rodičů je nutné počítat s narušením sociální funkce rodiny, co s tím? Jak hledět na ústavní péči o dítě, na náhradní rodinnou péči? Takových a podobných závažných otázek je celá řada.

²⁰³ Srov.: SKOBLÍK, J. *Morálka v křesťanské praxi*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2002, s. 6.

prostředkem.“²⁰⁴ Při etické argumentaci ve prospěch etiky zastávané církví nesmí jít v žádném případě o vášnivě prosazování sebe, ale vždy je třeba mít na zřeteli jediný skutečný cíl, totiž spásu člověka. Tam, ve chvíli kdy chceme být „Bohu nápomocní“, je třeba se spolehnout na Boží prozřetelnost.²⁰⁵ Avšak srozumitelnost a pochopení našich argumentů znamená, že můžeme být přátelsky druhou stranou přijímání jako ti, v jejichž srdci našla odezvu radost a naděje, smutek a úzkost lidí naší doby.²⁰⁶

Pokoušel jsem se ve své práci o to, aby problematika HIV/AIDS byla o něco málo srozumitelnější. Chtěl jsem dát co nejvíc informací umožňujících problém poznat z co nejširšího úhlu pohledu a také z pozice katolické etiky. Chtěl jsem, aby nemocným přinesla pomoc a také aby bylo víc lidí, kteří jsou schopni doprovázet na cestě. Možná totiž, že někdy není ani tak důležité umět situaci vyřešit, jako to, aby mě postižený člověk vůbec zajímal, abych ho neignoroval, ale viděl. Abych chápal problematiku lidí nakažených virem HIV a jejich blízkých a abych jim chtěl, ale také uměl, pomoci. Abych dobře chápal slova básníkovy:

Tvár plná bolesti,
plná obáv, potu, starosti.
Krvou skropená láska.
Nad nami bdie Boh – Láska.²⁰⁷

²⁰⁴ SKOBLÍK, J. *Morálka v křesťanské praxi*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2002, s. 7.

²⁰⁵ Srov.: POWELL, J. *Proč žít, proč umírat*. Praha : Zvon, 1995, s. 176.

²⁰⁶ Srov.: *Gaudium et spes in Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 183.

²⁰⁷ Z básně „Výčitka“ In : BUCHTA, S. *Rubín rosy*. Žilina : Knižné centrum, 2003, s. 39.

Seznam příloh:

1. Kaposiho sarkom
2. Zelená opička Sooty Mangabey
3. Objevitelé viru HIV
4. Světová epidemie AIDS
5. Počty HIV/AIDS v České republice
6. Přenos HIV infekce v ČR
7. Testování těhotných žen v ČR
8. Těhotenství u HIV+ žen

Příloha 1

Kaposiho sarkom



Příloha 2

Zelená opička Sooty Mangabey

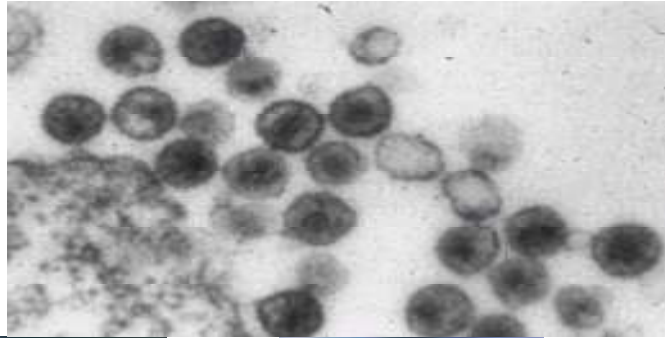
Sooty Mangabey



Příloha 3

Objevitelé viru HIV

Objevitelé HIV:



Prof. Luc Montagnier
Pasteurův ústav v Paříži,
Francie - LAV



Prof. Robert Gallo
Ústav pro výzkum rakoviny v Bethesdě
USA- HTLV III.

Příloha 4

Světová epidemie AIDS

Globální HIV/AIDS epidemie prosinec 2006

- Počet infikovaných do r. 2006 65 mil.
- Počet žijících 40 mil.
 - dospělých 37 mil.
 - žen 17,5 mil.
 - dětí 3 mil.
- Nově infikovaní v r.2006 5 mil.
 - dětí 750 000
- Úmrtí na AIDS 2006 3 mil.
 - dětí 600 000
- Sirotci 15 mil.

Příloha 5

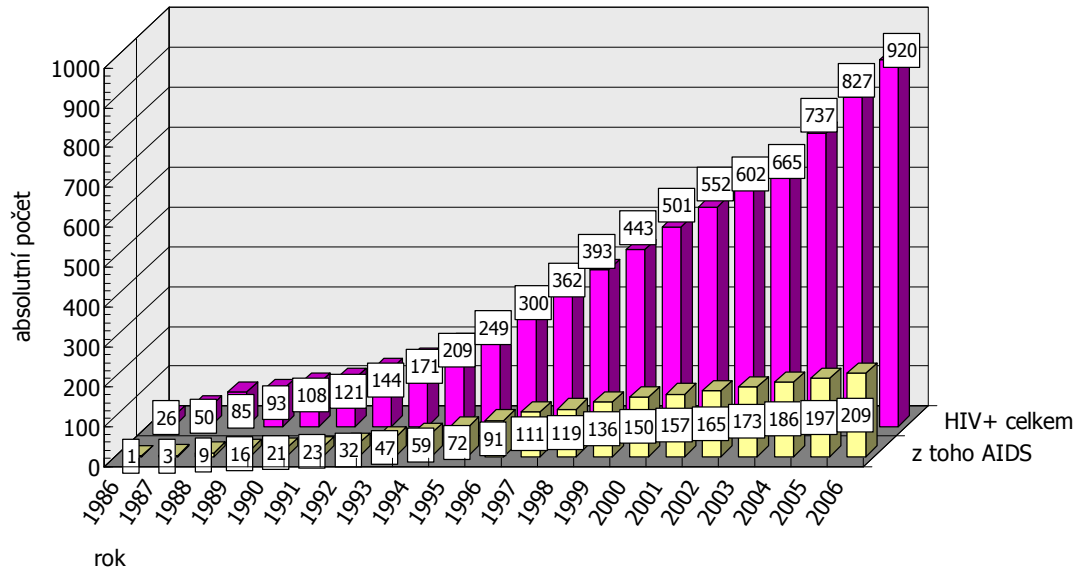
Počty HIV/AIDS v České republice

HIV / AIDS V ČESKÉ REPUBLICE

(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)

Kumulativní údaje ke dni

31.12.2006

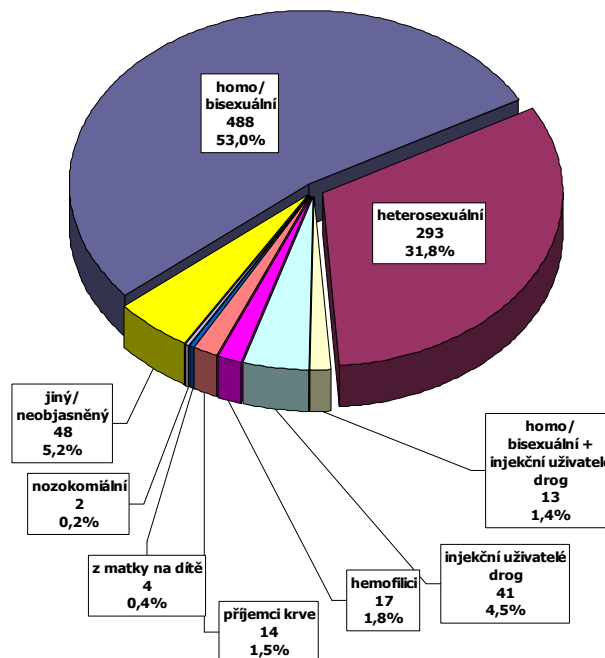


SZÚ Praha, Národní referenční laboratoř pro AIDS

Příloha 6

Přenos HIV infekce v ČR

**ROZDĚLENÍ HIV POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ V ČR
 PODLE ZPŮSOBU PŘENOSU**
(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)
 Kumulativní údaje ke dni
31.12.2006



SZÚ Praha, Národní referenční laboratoř pro AIDS

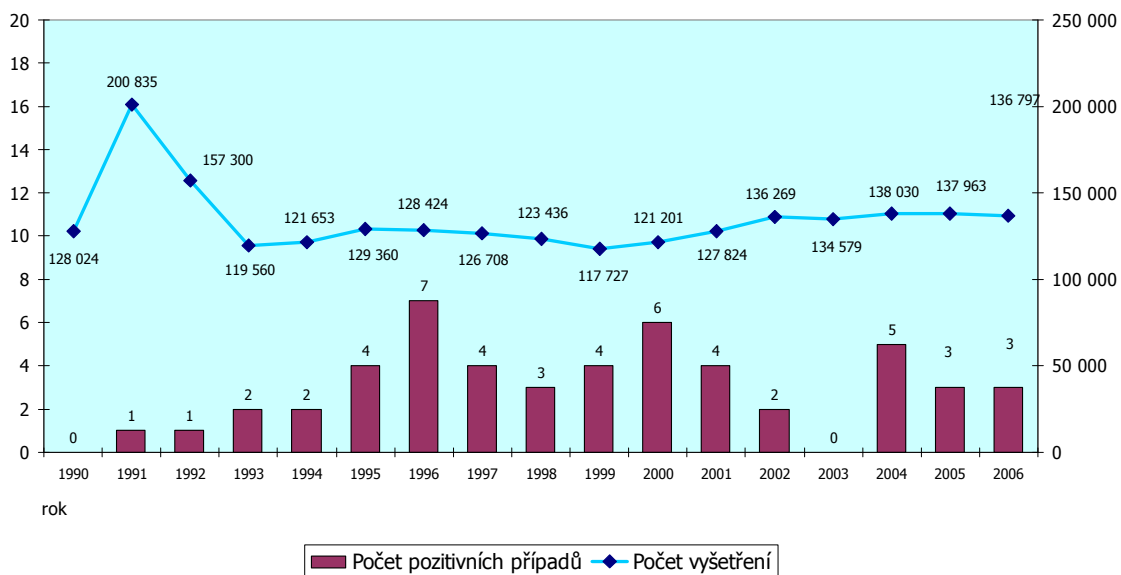
Příloha 7

Testování těhotných žen v ČR

RUTINNÍ TESTOVÁNÍ HIV U GRAVIDNÍCH ŽEN V JEDNOTLIVÝCH LETECH

(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)

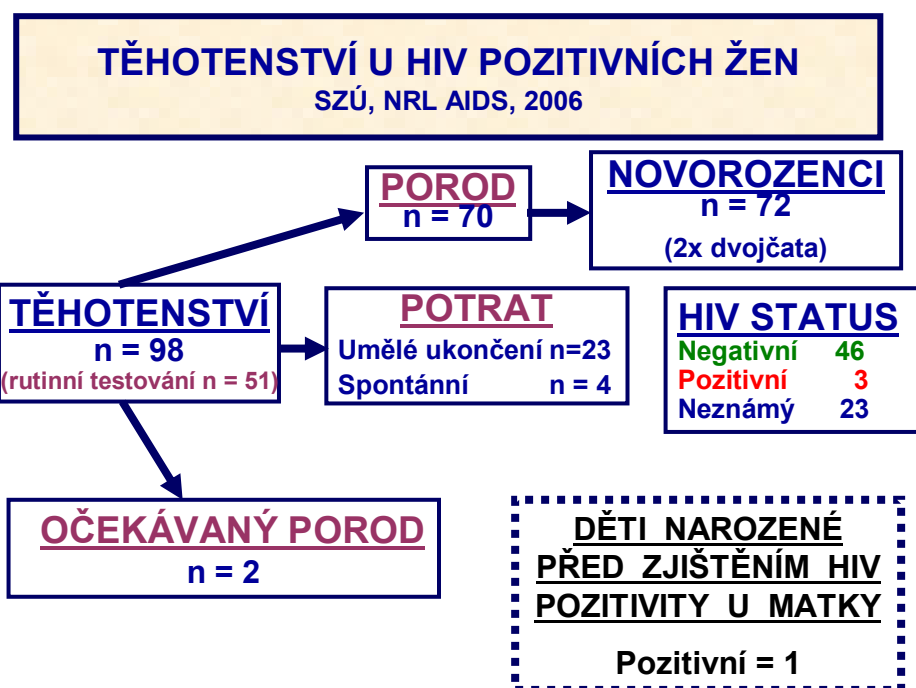
Absolutní údaje ke dni
31.12.2006



SZÚ Praha, Národní referenční laboratoř pro AIDS

Příloha 8

Těhotenství u HIV+ žen



Shrnutí

Cílem práce je seznámení se s problematikou HIV/AIDS a nabídnutí řešení některých sporných situací s touto nemocí souvisejících, z hlediska katolické etiky. Práce popisuje nemoc samotnou včetně uvedení některých statistických čísel a jasně vytyčuje problematiku HIV/AIDS a to jak z hlediska nemocných, tak také z pohledu lidí pomáhajících a nebo jen opodál stojících. Upozorňuje na již známé postoje různých lékařů a katolických teologů a také popisuje a naznačuje různá řešení dané problematiky. Cílem práce tedy není

vyčerpávající řešení všech problémů s touto problematikou souvisejících, ale spíše seznámení se s problematikou HIV/AIDS a nabídnutí řešení a pomoci těm kteří to potřebují, hlavně ale nemocným a pomáhajícím.

Práce je rozdělena do tří kapitol. V první z nich je popsána samotná nemoc, mluví se o původu této nemoci, o její historii, jejím výskytu, o počtu pacientů v Česku i ve světě, o způsobech přenosu infekce, o diagnostice, terapii a léčbě této choroby. V první kapitole se také v krátkosti popisuje péče o infikované osoby v České republice. Je zde také pojednáno o prevenci šíření HIV infekce.

Druhá kapitola se zabývá některými etickými konflikty okolo nakažení virem HIV a nemocí AIDS. Rozebírá se problematika testování na protilátky HIV, problémy okolo informování o této nemoci a samotné léčby této choroby, včetně finančních aspektů léčby. Dále se v této kapitole uvažuje o právu HIV pozitivního člověka uzavřít manželství a o právu nemocných zplodit dítě.

Třetí kapitola rozebírá přijetí nakažení touto smrtelnou chorobou nemocným, umírání, smrt, a dodává několik poznámek k problému eutanázie.

Práce končí rekapitulací, a několika vlastními postřehy.

Summary

The goal of the study is the acquaintance with the HIV/AIDS problematic and the offering of the solutions some questionable situations which are connected to this disease from point of view – catholic ethics. The study summarizes the current knowledge about HIV/AIDS infection and describes some statistics dates. All factors influencing the problematic of HIV/AIDS are analyzed in detail – from point of view – patient, doktor, nurse and other

people. The study notices to the well known pose various physicians and catholic theologians and also describes and indicates various solutions this major problematic. The aime of this study isn't comprehensive solution of all problems connecting to HIV/AIDS infection, but the autor would like to introducing this serious problematic and to offer some solution and help mainly patiens and their helpful persons.

The study is divided into tree parts.

The first chapter describes the illness, its origin, history, statistic dates in the word and in our country, the way of transmission, diagnostic and therapy of this disease. In this chapter the writer also describes the organisation of medical care of HIV/AIDS patients in Czech Republic and revers to method of the prevention transmission of HIV infection.

The second chapter considers with some ethical conflicts around HIV infection and AIDS disease. The problems of serological examination of HIV are analysed and also some problems around informations about this disease, therapy and very important financial aspect of HIV therapy. In this chapter the right of the HIV person to get married and give birth to child is discussed.

The third chapter analyzes the admission of fatal HIV infection by oneself patient, the process of dying and the death. Also some remarks on the problem of the euthanasia is discussed.

The study is closed by recapitulation and some perceptions which the author regards as to mention of it.

Přehled symbolů a zkratek

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome (Syndrom získané imunodeficiencie), poslední klinické stádium HIV infekce.

AZT - Lék, který zpomaluje rozmnožování virů HIV.

CDC – Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí v Atlantě v USA.

CD4 T - Určité bílé krvinky, zodpovědné za obranyschopnost organismu.

ČR – Česká republika.

ELISA - Klasické krevní testy prokazující virus HIV. Nestačí však k definitivnímu potvrzení HIV pozitivitu vyšetřované osoby.

HAART - Od roku 1996 standardní postup léčby kombinací několika atiretrovirových léků. Je to vysoce účinná antiretrovirová terapie, která vychází z individuální situace u konkrétního pacienta.

HIV - Human immunodeficiency virus (virus lidské imunodeficiency) z čeledi *Retroviridae*, který způsobuje nemoc AIDS.

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

SARS - Závažný syndrom respiračních onemocnění; virová nemoc.

SIV - Virus opičí imunodeficiency, podle některých teorií z něho zmutoval virus HIV.

WB - Western blot, konfirmační test, který v České republice provádí pouze Národní referenční laboratoř pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Tato laboratoř je jediným pracovištěm v ČR, které definitivně potvrzuje HIV pozitivitu vyšetřované osoby.

Seznam literatury

Benedikt XVI. *Deus caritas est*, Příbram : Paulínky, 2006. ISBN 80-86949-03-6.

BENEŠ, A. *Morální teologie*. Praha : Kazatelské středisko Čs provincie Řádu bratří kazatelů, 1991.

BENEŠ, A. *Morální teologie*. Praha : Krystal, 1994. ISBN 80-901528-3-X.

Bible. Praha : Česká katolická charita, 1987.

BUCHTA, S. *Rubín rosy*. Žilina : Knižné centrum, 2003. ISBN 80-8064-176-5.

DOLANSKÁ, P. *Testování infekcí u uživatelů drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2004. ISBN 80-86734-16-1.

DVOŘÁK, J. *Ve stínu AIDS*. Praha : Academia, 1992. ISBN 80-200-0236-7.

Etický kodex České lékařské komory ze dne 1.1.1996, §2 odst. 2. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-200-0236-7.

Etický kodex práva pacientů ČR z 25.2.1992. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0892-9.

Gaudium et spes in Dokumenty II. vatikánského koncilu. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-089-3.

GLADKIJ, I. Vztah mezi zákonem a etikou. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-200-0236-7.

GRIESE, O. N. Catholic Identity in Health Care, Principles and Praktice.

In : POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky biotiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4.

HAY, L. *Limitní situace*. Olomouc : Votobia, 1994. ISBN 80-85885-11-5.

Hrdina, A. *Kanonické právo*. Příbram : Eurolex Bohemia s.r.o., 2002. ISBN 80-86432-26-2.

IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0892-9.

KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti*. Praha : Cesta domů, 2004.
ISBN 80-239-4334-0.

Katechismus katolické církve. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-132-6.

Kodex kanonického práva. Praha : Zvon, 1994. ISBN 80-7113-082-6.

Mater et Magistra In : *Sociální encykliky*. Praha : Zvon, 1996. ISBN 80-7113-154-7.

Metodické opatření MZ Řešení problematiky infekce HIV/AIDS, Věstník MZ ČR, částka 8/2003.

MONTAGNIER, L. *AIDS – fakta a naděje*. Praha : Nadace pro život, 1993.

ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3.

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

OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha : Pastorační středisko, 2003.

OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha : Pastorační středisko, 2001.

O'ROURKE, B. *Medical Ethics*. In : PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.

Pavel VI. *Humanae vitae*. Praha : Skriptum, 1992. ISBN 80-900335-5-5.

PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.

POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky biotiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118-119.

Populorum Progressio In : *Sociální encykliky*. Praha : Zvon, 1996. ISBN 80-7113-154-7.

POWELL, J. *Proč žít, proč umírat*. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-137-7.

ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998. ISBN 80-85800-92-6.

ROZEHNALOVÁ, M. *Prevence rizikového sexuálního chování mládeže a jeho následků*. Praha : Cevap, 2005. ISBN 80-902898-8-6.

SKOBLÍK, J. *Morálka v křesťanské praxi*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2002.

SKOBLÍK, J. *Poznámky ke křesťanské etice*. Praha : KTF UK, 1994.

STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profylaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínek č. 28, s. 41n.

STAŇKOVÁ, M. Problematika HIV/AIDS – ohlédnutí a perspektivy. In *KMIL*. 2/2004, s.58n.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 1999. ISBN 978-80-902049-2-9.

zákon ČR č.20/66 Sb. *O péči o zdraví lidu*.

Zákon 258/2000 Sb. *O ochraně veřejného zdraví*.

Abstrakt

STANĚK, J. *AIDS – Nakažení a některé etické aspekty z toho plynoucí*. Praha 2007. Bakalářská práce. Karlova universita v Praze. Katolická teologická fakulta. Katedra teologické etiky a spirituální teologie. Vedoucí práce Prof. Dr. Albert-Peter Rethmann.

Klíčové pojmy: HIV/AIDS, nemoc, prevence, léčba, morální teologie, křesťanské hodnoty

Tato práce se pokouší dodat informace o etických problémech spojených s nemocí HIV/AIDS. V první části se zabývá popisem nemoci jako takové, její historií, výskytem, počtem nakažených, léčbou a prevencí. Dále pak mapuje a popisuje některé jednotlivé etické problémy s touto nemocí související. Zabývá se problematikou související s testováním na protilátky viru HIV, s informováním dalších osob, a s některými etickými aspekty léčby. Dále zpracovává problematiku uzavření manželství nemocnými HIV/AIDS a plození dětí. Nakonec se také zmiňuje o problematice nakažení, umírání a smrti.

Abstrakt

Staněk, J. **HIV/AIDS infection and some ethics aspects connecting with this disease.**
Prague 2007

Bachelor's study. Charles University, Prague. Catholic Theological Faculty. Department of Theological Ethics and Spiritualist Theology.

Head of study: Prof. Dr. Albert-Peter Rethmann

Keywords: HIV/AIDS, infection disease, prevention, therapy, moral theology, Christian Values

The goal of the study is to give some informations on ethics problems connecting with HIV/AIDS infection.

The first chapter describes illness, its origin and history, statistic dates in the world and in our country, the way of the transmission, diagnostic and therapy of this disease and prevention.

In the following part the problem of serological examination is analysed and also some problems around information about of this disease and ethics aspect of HIV therapy.

The right of the positive persons to get married and give birth to child is discussed.

Finally, problematics of disease's acquirement, the process of dying and death is also discussed.