

UNIVERZITA KARLOVA
KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra systematické teologie a filozofie

Bc. Petra D'mello

**Aplikace principu autonomie v oblasti
smrti a umírání u seniorů v ČR**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Jan Fošum, Dr. theol.

Praha 2024

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 20.11.2023

Petra D'mello

Bibliografická citace

Aplikace principu autonomie v oblasti smrti a umírání u seniorů v ČR [rukopis]: diplomová práce / Petra D'ello; vedoucí práce: MUDr. Jan Fošum, Dr. Theol. -- Praha, 2023. -- 120 s.

Anotace

Diplomová práce „Aplikace principu autonomie v oblasti smrti a umírání u seniorů v České republice“ se primárně zabývá problematikou spojenou s právem na sebeurčení, důstojností člověka a přáními spojenými s koncem života. Je snahou zodpovědět otázku, do jaké míry lze respektovat autonomii jedince a podílet se na rozhodování o zdravotní péči na konci života pomocí právního konceptu „Dříve vysloveného přání“, a to i v případě, když je člověk v postavení, které mu neumožní svou vůli projevit. Ačkoliv má tento institut pevné ukotvení v právním řádu České republiky, povědomí tohoto právního konceptu je mezi veřejností nedostatečné a zřídka využívané, na rozdíl od Spolkové republiky Německo, kde je daný institut seniory běžně aplikován.

Cílem práce je reflektovat aktuální problematiku umírání a smrti z etického hlediska a poskytnout ucelené informace o současných možnostech uplatnění práva na sebeurčení, které mohou významně podpořit kvalitu péče člověka v terminální fázi života.

Klíčová slova

Etika, autonomie, lidská důstojnost, dříve vyslovené přání, mobilní hospic, domácí péče, etika domácí péče, umírat doma, etika umírajících, rodina

Abstract

Diploma thesis „Application of the principle of autonomy in the field of death and dying of seniors in the Czech Republic“ primarily deals with issues related to the right to self-determination, human dignity and desires associated with the end of life. It seeks to answer the question of the extent to which the autonomy of the individual can be respected and to participate in end-of-life healthcare decisions through the legal concept of living will, even if the person is in a position that does not allow to express the will. Although this institute is firmly rooted in the legal order of the Czech Republic, awareness of this legal concept is insufficient among the public and rarely used, unlike the Federal Republic of Germany, where the institute is usually applied by seniors.

The aim of the work is to reflect the current issues of dying and death from an ethical point of view and provide comprehensive information on the current possibilities of exercising the right to self-determination, which can significantly support the quality of human care in the terminal phase of life.

Keywords

Ethics, autonomie, human dignity, living will, mobile hospice, home care, home care ethics, dying at home, ethics of dying care, family

Počet znaků (včetně mezer): 249 736

Poděkování

Touto cestou bych velice ráda poděkovala panu MUDr. Janu Fošumovi, Dr. Theol., za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné rady, ochotu a čas, který mi poskytl během konzultačních hodin. Můj velký dík patří též rodině a přátelům za podporu a pochopení, po dobu mého studia.

Obsah

Úvod.....	8
1. Stárnutí populace v České republice	10
1.1. Demografické stárnutí.....	10
1.2. Senioři, stáří a stárnutí	12
1.3. Syndromy křehkých a nemocných seniorů	15
1.4. Potřeby seniorů	17
1.5. Etické aspekty stáří	19
1.6. Souhrn	21
2. Smrt a umírání.....	22
2.1. Terminologické vymezení základních thanatologických pojmů.....	23
2.1.1. Thanatologie.....	23
2.1.2. Umírání	26
2.1.3. Smrt.....	28
2.1.4. Truchlení	31
2.2. Umírání v číslech – statistiky	33
2.3. Modely umírání	34
2.4. Etická problematika spojená s péčí v závěru života.....	36
2.4.1. Koncept marné léčby.....	36
2.4.2. Nezahájení a ukončení život udržující léčby	40
2.4.3. Paliativní sedace.....	41
2.4.4. Hovořit s pacienty o tom, že umírají?	43
2.4.5. Výzkum s pacienty v závěru života	44
2.5. Souhrn	45
3. Princip autonomie	46
3.1. Vývoj principu autonomie a vztahu pacient – lékař v čase.....	46
3.2. Bioetický princip autonomie podle Beauchampa a Childresse	51
3.3. Teorie autenticity (split-level Theory)	55
3.4. Normativní autonomie.....	57
3.5. Autonomie sociálních vazeb	58
3.6. Autonomie a seniorský věk	59
3.6.1. Dobrovolná ztráta autonomie.....	61
3.6.2. Nedobrovolná ztráta autonomie	62
3.7. Souhrn	64
4. Informovaný souhlas	65
4.1. Formy a obsah informovaného souhlasu.....	65
4.2. Problematika spojená s informovaným souhlasem	66
4.3. Informovaný souhlas a křehký senior	68
4.4. Souhrn	70
5. Dříve vyslovené přání	71
5.1. Možnosti sepsání dříve vysloveného přání	71

5.2. Platnost dříve vysloveného přání	73
5.3. Kdy nelze respektovat dříve vyslovené přání.....	73
5.4. Problematické aspekty dříve vysloveného přání	73
5.5. Dříve vyslovené přání ve Spolkové republice Německo	77
5.6. Souhrn	81
6. Eutanazie	82
6.1. Definice a formy eutanazie v současnosti	83
6.2. ČR a tematika eutanazie	84
6.3. Eutanazie v Nizozemí.....	86
6.4. Argumenty na podporu eutanazie.....	88
6.5. Kritika eutanazie.....	91
6.6. Souhrn	93
7. Význam rodiny v péči o seniora.....	94
7.1. Rodina a její funkce.....	95
7.2. Mezigenerační vztahy v rodině	95
7.3. Role rodiny v péči o nemocného a umírajícího seniora	96
7.4. Rodinná péče v dlouhodobé perspektivě.....	98
7.5. Komunikace mezi lékařem a rodinou umírajícího.....	99
7.6. Souhrn	100
8. Zdravotně sociální politika státu	101
8.1. Formy péče pro seniory	101
8.2. Paliativní a hospicové péče a její problematika	102
8.3. Možnosti hrazení domácí nebo paliativní péče	104
8.4. Nedostatek péče?.....	105
8.5. Souhrn	106
Závěr	107
Seznam použitých zkratk.....	112
Seznam literatury	113

Úvod

V souvislosti se stárnutím populace a nastupující dlouhověké společnosti je více než nutné zabývat se etickou problematikou pojící se s touto ontogenetickou fází lidského života a jejím ukončením. Problematika stáří a smrti jdou ruku v ruce, přirozeně spolu souvisí a vzájemně se prolínají. Člověk je neopakovatelný jedinec, který je vždy hoděn respektu a lidské důstojnosti bez ohledu na to, zdali je nemocný, postižený, s mentálním deficitem, v bezvědomí nebo právě na sklonku svého života a umírá.

Přirozeně si přejeme zdravý, spokojený a dlouhý život. Jsme si taktéž vědomi toho, že nebudeme žít věčně a každý z nás musí jednou zemřít, protože takový je jednoznačně lidský osud. Nepřetržitý vývoj nových diagnostických a terapeutických postupů, však leckdy ovlivňují přirozený průběh některých onemocnění a tím s sebou přináší jedno z nejdůležitějších medicínsko-etických témat současné medicíny, kterým je rozhodování v otázkách na konci života. Dalším významným faktorem je rostoucí vliv autonomie, kdy v centru všeho je pacient. Nicméně je nutné podotknout, že rozhodovací kapacita člověka se mění v souvislosti s vážností onemocnění, jeho fyzických a psychických schopností, což přináší opět nové problematiky.

Ačkoliv jsme neustále obklopeni smrtí prostřednictvím sociálních sítí, televizních seriálů či každodenním sledováním televizních zpráv, naše vlastní smrt je obvykle jakési tabu domácích rozhovorů. Důvodem může být pověřivost nebo strach. Faktem zůstává, že jde o emocionálně náročné téma, které se člověka bezprostředně dotýká. Ze současné literatury vyplývá, že většina lidí si přeje bezbolestný a rychlý odchod z tohoto světa. Možná právě toto přání čím dál častěji otevírá diskusi na téma spojené s koncem života v podobě asistované sebevraždy nebo eutanázie. Závažná problematika konce života se tak zjevně redukuje na otázku, co má větší hodnotu, zdali život člověka nebo jeho svoboda.

Cílem této práce je představit etické aspekty smrti a umírání týkající se specificky seniorské populace v České republice (dále jen ČR) v jejich souvislostech. Důraz práce je kladen především na poskytnutí informací o možnostech uplatnění práva autonomie jedince v konečné fázi jeho života, na základě zákonem povolených postupů.

Získané informace jsem čerpala především z literatury v oblasti lékařské etiky, dále potom v oblasti sociologie a práva, včetně závazně právních předpisů. Diplomová práce je rozdělena do osmi kapitol. První kapitola uvádí čtenáře do problematiky stáří. Jsou zde představeny nejenom etické aspekty stárnutí, ale také specifika a potřeby seniorů zejména

v takzvaném „čtvrtém věku“, tedy těch nejzranitelnějších seniorů. Kapitola se věnuje také problematice demografického vývoje, přičemž zahrnuje novodobé statistiky a fakta. Druhá kapitola se zabývá etickými aspekty v otázkách smrti a umírání, vymezuje základní thanatologické pojmy jako je smrt, umírání nebo truchlení. Zamýšlí se nad konceptem dobré a důstojné smrti. Na základě statistik představuje nejčastější příčiny smrti a místa úmrtí v ČR. Stěžejními kapitolami v tomto textu jsou kapitola třetí, čtvrtá a pátá. Kapitola třetí je věnována principu autonomie, která je předně základním právem každého jedince. V kontextu smrti a umírání se projevuje jako právo rozhodovat o tom, jaké lékařské postupy a ošetření by měli být poskytnuty, přičemž v několika státech světa je právo na sebeurčení dále rozšířeno na možnost asistované sebevraždy nebo eutanazie. Ve třetí kapitole jsou rovněž popisovány odlišné teorie autonomie včetně v současnosti vévodící teorie principlismu bioetiků Beauchampa a Childresse a jejich formulace čtyř principů. Následně se zde věnují historickému vývoji autonomie ve vztahu pacient – lékař a objasňují další problematiky spojené s otázkou ztráty autonomie nebo otázkou hodnoty autonomie v roli seniora. Čtvrtá kapitola představuje institut informovaného souhlasu jako legitimní autonomní nástroj. Zabývá se problematikou s ním spojenou v českém prostředí, jejíž příčina spočívá zejména v nekonzistentnosti a nejednotnosti právní úpravy a následně vzbuzující značné obavy mezi lékaři. Pátá kapitola prezentuje institut předem vysloveného přání jako další autonomní nástroj pacienta. Je zde vyznačen prostor eticko-právní problematice. Velkým problémem je nedostatečná informovanost českých pacientů, a tudíž malé využití v praxi a strach lékařů z trestněprávního postihu plynoucího z nejasné legislativy. Pátá kapitola popisuje a srovnává rovněž institut předem vysloveného přání, tzv. „Patientenverfügung“ ve Spolkové republice Německo a jeho využití. Šestá kapitola seznamuje s problematikou autonomie ve vztahu legalizované asistované smrti. Formuluje pro a proti argumenty, popisuje stručně průběh a zkušenosti z Nizozemí, kde tento institut působí již dvacet let. Sedmá kapitola se zabývá problematikou dnešní rodiny, která představuje nejen pro seniory, ale každého jedince, jistotu a zázemí. V kapitole popisují výzvy rodinné péče v dlouhodobé perspektivě a také nezbytně nutnou komunikaci mezi lékařem a rodinou, od které se mnohdy odvíjí průběh posledních dní v životě jedince. V poslední osmé části rozpracují a nastíním zdravotně-sociální politiku státu ve smyslu forem péče pro seniory a možnosti jejich hrazení. Tento bod je neméně důležitý a dokresluje nám možný vývoj v autonomním rozhodování na základě politicko-společenských změn souvisejících úzce s demografickým vývojem naší společnosti.

1. Stárnutí populace v České republice

Stárnutí společnosti je jednou z diskutovaných problematik 21. století na celosvětové úrovni, přičemž za nejrychleji stárnoucí kontinent je považována Evropa.¹ V první kapitole mé diplomové práce popíši současnou demografickou situaci v České republice (dále jen ČR) a předpokládaný trend budoucího vývoje. Bude zde objasněna terminologie spojovaná s problematikou seniorů v oborech geriatricie a gerontologie. Pro porozumění problematice autonomie v poslední etapě lidského života je nutnost znalosti a uvědomění si nejen potřeb, ale i záležitosti ovlivňující kvalitu života a zdraví seniorů.

1.1. Demografické stárnutí

Demografie je vědní disciplína, která zkoumá vývoj lidské populace, její okolnosti a obvyklosti, které tento vývoj zásadně ovlivňují. Mezi základní demografické procesy se řadí porodnost a úmrtnost.

Demografie stáří je velmi důležitým prvkem sociální gerontologie. Významné jsou především získané údaje a prognózy týkající se absolutních počtů všech seniorů, velmi starých seniorů nebo příjemců věkově podmíněných důchodů, sociálních dávek, výdajů na zdravotní a sociální péči. Z údajů úmrtnosti populace, které zaznamenávají úmrtnostní tabulky, lze následně predikovat pravděpodobnou naději na dožití neboli počet let, kterých se člověk určitého pohlaví, věku a místa bydliště průměrně dožije.² Neméně významnou informací jsou taktéž získaná data vypovídající o relativním počtu seniorů v populaci včetně indexů závislosti při fixní a plovoucí hranici stáří.

Demografickým stárnutím se označuje nárůst podílu seniorů ve společnosti, přičemž za hranici stáří se v současnosti považuje fixní chronologický věk 65 let. Plovoucí hranici stáří se míní posunutí věkové hranice stáří do vyšší věkové skupiny, např. 70-75+, vzhledem k pokračujícímu vývoji a zlepšování jak zdravotního, tak funkčního stavu seniorů.

¹ Srov. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Zdravotně sociální fakulta Ostravské Univerzity. Ostrava: 2004, s. 190.

² Naděje dožití (angl. Life expectancy) je důležitým ukazatelem civilizačního rozvoje, který je ovlivněn zejména kvalitou zdravotnictví a životní úrovní obyvatel. V druhé polovině tohoto století se předpokládá naděje na dožití při narození v ČR na 84 let u mužů a 89 let u žen. Více srov. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. *Úvod do gerontologie*. Univerzita Karlova: Nakladatelství Karolinum: 2019, s. 34-35.

Zde je nutné si však položit otázku, dle jakých indikátorů posuzovat hranici věku za plovoucí a zároveň zvážit všechny důsledky, jako je např. posunutí hranice odchodu do důchodu.³

V posledním desetiletí dochází ke zvyšování podílu starších lidí ve společnosti a mluví se o populačním stárnutí. Ve statistikách a srovnání se většinou uvádějí data o věku ekonomicky předproduktivním od 0 do 14 let, věku ekonomicky produktivním od 15-59 až 64 let a o věku ekonomicky postproduktivním, kdy vzniká nárok na starobní důchod od 60-65 let. Počet starších obyvatelů 60+, poprvé v roce 1997, v ČR převýšil počet dětí do 14 let, a to zejména z důvodů snížení porodnosti.

Stárnutí populace je způsobeno několika faktory. Na straně jedné jde o úbytek současné dětské populace způsobené důsledkem snížení porodnosti a na straně druhé snížením úmrtnosti lidí ve středním věku a vlastním stárání. To znamená, že více lidí se dožívá stáří a následně i delšího života ve stáří. K tomuto faktoru se přidává i fakt, že dochází ke stárnutí mimořádně silné generace narozených dětí po skončení druhé světové války. Autoři Čeledová, Kalvach a Čevela uvádějí, že tzv. demografická turbulence by v ČR měla vrcholit kolem roku 2050, přičemž se predikuje přírůstek seniorů ve skupině 65+ na 3,5 mil. Uvádějí, pokud v roce 2012 připadalo 71 seniorů na každých 100 osob do 20 let, potom v roce 2050 se to může rovnat číslu 150-190.⁴

Přestože v roce 2020 byl meziroční nárůst celkového počtu seniorů nejnižším od roku 2005, díky důsledkům epidemie nového onemocnění Covid-19, trend stárnutí české populace nadále pokračuje.⁵

Dle údajů ČSÚ, k 31. prosinci 2021, bylo v ČR 10 516 707 obyvatel, z čehož věková skupina 65-100+ sčítala 2 169 109 obyvatel (20,63 %), viz. Tabulka 1.⁶ Nejpočetnějšími skupinami jsou tradičně senioři ve věkové skupině 65-69 let, následováni skupinou 70-74 let. S přibývajícím věkem se počet osob v jednotlivých skupinách přirozeně snižuje.

³ Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Grada Publishing, a.s., Praha 2012, s. 71-80.

⁴ Srov. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. *Úvod do gerontologie. Úvod do problematiky*, s. 30-38.

⁵ Srov. ČSÚ, 2022. *Senioři v datech – 2021. Demografické charakteristiky seniorů*, s. 1 [online]. 14.01.2022 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2021>

⁶ Zpracování tabulek 1,2,3 autorem na základě veřejně dostupných statistik ČZÚ, 2022. *Věkové složení obyvatel k 31. 12. 2021* [online]. 29.04.2022 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2021>

Nejméně početná je tedy skupina stoletých seniorů, přičemž k září 2022 byla nejstarší žijící seniorka, 109letá žena, narozena v roce 1913. Naopak nejstarší žijící senior byl muž narozen v roce 1918, se 104 lety.⁷

Všeobecně v jednotlivých věkových skupinách seniorů převažují ženy nad muži, přičemž s postupně rostoucím věkem zastoupení žen převažuje, obzvláště potom ve skupině stoletých obyvatel, a to více než 4:1. Tato situace se následně promítá i v rozdílném složení rodinného stavu mezi seniory. Zatímco většina mužů i žen ve věkových skupinách 65-69 a 70-74 žijí v manželství, v dalších následujících skupinách převažují především ovdovělé ženy. Všeobecně rozvodovost a sňatkovost je v seniorském věku 65+ u mužů i žen v porovnání s ostatními věkovými skupinami obyvatel nízká, s převahou obou událostí u mužů. V roce 2020 v této věkové kategorii také přivítalo narození potomka 47 mužů.⁸

Tabulka 1 Věkové složení obyvatel podle věkových skupin 65-100+ k 31.12.2021. Zdroj: ČZÚ

Věková skupina	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+
Počet všech obyvatel	659 696	615 177	443 093	252 668	134 175	53 591	9 953	756
Počet mužů	308 329	271 465	180 316	93 227	42 867	14 504	1 969	104
Počet žen	351 367	343 712	262 777	159 441	91 308	39 087	7 984	652

1.2. Senioři, stáří a stárnutí

Existuje několik definic pro pojem stáří a stárnutí, které se shodují na tom, že stárnutí je biologický, přesto však individuální vývoj jedince, který je společný všem živým organismům. Jde o zcela přirozenou zákonitost, během níž dochází k nevratným biofyzilogickým změnám vedoucí k zániku neboli smrti organismu. Stáří je potom výsledným procesem stárnutí. Přestože je stáří spojováno se zvýšeným výskytem zdravotních potíží a nejrůznějších onemocnění, stáří samotné není označováno jako nemoc.⁹

Vlastní ohraničení stáří není jednoduché vymezit. Obvykle rozeznáváme stáří kalendářní, biologické nebo sociální. Pro biologické stáří je typický pokles výkonnosti, snížená míra funkčního zdraví a změna tzv. fenotypu v důsledku involučních změn,

⁷ Srov. ČSSZ, 2022. Důchodová statistika. *Století a starší důchodci 2022* [online] [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: https://www.cssz.cz/web/cz/duchodova-statistika#section_3

⁸ ČSÚ, 2022. *Senioři v datech – 2021. Demografické charakteristiky seniorů*, s. 4-5 [online].

⁹ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, s. 15.

například změna kůže, barvy vlasů, chrupu nebo postavy. Sociální stáří většinou začíná odchodem jedince do důchodu nebo vznikem nároku na čerpání starobního důchodu, přiřazením nové role seniora ve společnosti a následně provázeno životními událostmi typickými pro tento věk, jako je například ztráta partnera. Kalendářní stáří je naopak snadno ohraničitelné a stanovuje se dosažením určitého věku.¹⁰

Je nutné si uvědomit, že stárnutí populace není homogenní. Někteří z mladších seniorů jsou velmi činní, a začínají dokonce s další pracovní kariérou. Obvykle se angažují v rodině, obci, vědě nebo v politice. S mnohými z nich se setkáváme v prostoru veřejných médiích nebo na sociálních sítích, přičemž si jejich seniorský věk ani často neuvědomujeme. Tato skupina je označována také jako skupina elitních seniorů. Jiní senioři zase přijmou svoji roli důchodce, odejdou ze zaměstnání a stáhnou se ze společenského dění. Tito senioři žijí svými aktivitami, jsou soběstační a nepotřebují pomoc. V obou těchto případech hovoříme o autonomních seniirech.¹¹

Dle Světové zdravotnické organizace, která vychází z patnáctiletých věkových cyklů, se za rané stáří považuje věk 60-74 let, věk sénia neboli vlastního stáří 75-89 let a za období dlouhověkosti se považuje 90 a více let. V současnosti je však výstižnější členění stáří dle Mühlpachra: na mladé seniory 65-74 let, staré seniory 75-84 let a velmi staré seniory 85 let a více.¹² Někteří autoři dělí stáří na třetí a čtvrtý věk. Zatímco senioři třetího věku jsou většinou aktivní, soběstační a tzv. fit jedinci, období čtvrtého věku se spojuje s těmi nejstaršími mezi námi, často s nějakým zdravotním omezením.

Čtvrtý věk je téma často tabuizované, jelikož se pojí se strachem před ztrátou vlastní soběstačnosti a je blízkou připomínkou naší lidské smrtelnosti. Je často spojován s křehkostí, bezmocností, ztrátou nezávislosti a rozhodování. Ohraničení vstupu do čtvrtého věku není přesně dané, je opět zcela individuální. Zatímco někdo do čtvrtého věku nemusí vstoupit vůbec, druhý v něm prožije mnoho let. Toto životní období bývá často spojováno s disabilitami ve stáří, demencí nebo sociální smrtí, přičemž problematika osamělosti v pokročilém stáří není pouze trápením nesoběstačných seniorů. V kolektivním povědomí čtvrtý věk vyvolává strach, který vyplývá z obav, že jedinec zůstane bez možnosti aktérství, sebevyjádření, lidské intimity nebo z obav, že zůstane

¹⁰ Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*, s. 25-26.

¹¹ Srov. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L., a kolektiv. *Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014, s. 78.

¹² Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 14. Také srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team: 2010, s. 20-21.

upoutaný na lůžko v plné závislosti na svém blízkém okolí. Beznaděj, neúplné zdraví a již zmiňované strachy bývají často definičním znakem čtvrtého věku z pohledu seniorů samotných. Již bylo řečeno, že stárnutí neprobíhá u všech stejně, a proto tedy není výjimkou, že rovněž v nejstarší populaci, včetně stoletých, nalezneme plně soběstačné jedince.¹³

V aktivní politice stárnutí, která je silně ovlivněna ekonomickou nákladností na poskytování péče a různých závislostí, je nicméně kladen silný důraz na produktivitu a užitečnost seniorů. Zhoršené zdraví, nemohoucnost a závislost přirozeně snižují účast ve veřejném životě a redukuje sociální vazby. Člověk se stává jakousi jinou, tou druhou skupinou lidí, vedoucí téměř k nezviditelnění ve společnosti.¹⁴ Podle Bernarda Weichta dokonce současné konceptualizace závislosti a diskurzy péče, nastavují i to, „kdo je vlastně chápán jako člověk“. Poukazuje dále na to, že je nutné pojetí závislosti zcela přehodnotit, a to zejména z důvodů rizika možné konfrontace stárnoucí populace s tím, že již nejsou „dále lidskými bytostmi.“¹⁵

Naukou o stáří a starém člověku se zabývá gerontologie, odvozená z řeckého slova „geron, gerontos“ neboli starý člověk. Jedná se o interdisciplinární nauku, která se věnuje zkoumání zákonitostí, příčin a projevů stárnutí, problematice života seniorů a života ve stáří. První gerontologické společnosti ve světě vznikaly již ve 40. letech 20. století, u nás zhruba o dvě desítky let později. Klinická gerontologie neboli geriatrie se zabývá nejen zdravím seniorů a jeho udržením, specifickými potřebami vycházející z geriatrických syndromů a multimorbidity, ale také mimo jiné reflektuje problematiku geriatrické křehkosti. Geriatrie je specializační obor, který vychází z vnitřního lékařství a zároveň přesahuje do mnoha dalších oborů jako jsou například neurologie, psychiatrie nebo rehabilitace. Její součástí je rovněž dlouhodobá péče a komplexní zdravotně sociální podpora nemocných seniorů se závažnou zdravotní disabilitou, způsobující částečnou nebo celkovou ztrátu soběstačnosti.¹⁶

Cílem tohoto oboru je především zachování zdraví seniorů, a to co nejdéle, aby mohli žít dostatečně kvalitní a nezávislý život, a tím do určité míry změnit současnou demografickou situaci, kdy se obyvatelstvo sice dožívá dlouhověkosti, ale často poslední

¹³ Srov. PETROVÁ KAFKOVÁ, M. *Neviditelní senioři a jejich každodennost. Čtvrtý věk jako stárnutí s disabilitou*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2017, s. 5-22.

¹⁴ Srov. tamtéž, s. 116.

¹⁵ Tamtéž, s. 117.

¹⁶ Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*, s. 63-65. Více srov. MACHÁČKOVÁ, K., HOLMEROVÁ, I. et al. *Aktivní gerontologie aneb jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta a.s., 2019, s. 42.

léta svého života stráví v nemoci a v závislosti na druhých.¹⁷ Geriatrie uznává skutečnost, že život člověka a jeho stárnutí představuje kontinuum a končí zánikem života – smrtí. Ctižádostí tohoto oboru není starost o všechny seniory přesahující určitý věk, nýbrž další možností pomoci pro geriatrické seniory, kteří by měli z geriatrické medicíny pouze profitovat.

1.3. Syndromy křehkých a nemocných seniorů

Každodenní život a aktivity seniorů se odvíjejí především od jejich specifických potřeb a závislostí, se kterými se následně pojí podoba péče. Jak již bylo v úvodu zmíněno, v budoucnu nás čeká nárůst obyvatel v nejvyšších deceniích, zejména po 80. roce věku. S tímto nárůstem se dá očekávat, že bude přibývat geriatrických seniorů, kteří budou spíše méně soběstační a závislí na pomoci související s chodem domácnosti nebo péčí o sebe.

V této části práce se pokusím nastínit problematiku a úskalí těch nejstarších a zároveň nejzranitelnějších mezi námi. Často jsou označováni pojmem křehký senior, poněvadž jejich fyzický stav je většinou spojen se syndromem křehkosti tzv. frailty, který je jeden z nejvýznamnějších geriatrických syndromů. Tato skupina lidí je ohrožena celkovou ztrátou soběstačnosti, která může nastat vlivem jakékoli i zdánlivě pro nás vypadající banální psychické nebo fyzické zátěže. Časnou rehabilitací a intervencí akutní či následné geriatrické péče je možno nesoběstačnost oddálit. Velký důraz se v současnosti klade na prevenci, kterou se také zabývá strategie podpory zdravého stárnutí.

Nesoběstační senioři, jsou částí seniorů, kteří jsou zcela závislí na podpoře svého okolí. K zachování nebo zlepšení kvality života je využíván celý soubor služeb dlouhodobé péče, která zahrnuje například zdravotní péči lékařů a sester, rehabilitaci, zajištění potřebných opatření a pomůcek v domácí péči nebo sociální služby zaměřené na pomoc a asistenci. Nesoběstačností se rozumí omezení instrumentálních aktivit běžného denního života, jako například úklid domácnosti, vaření, nakupování, cestování, používání peněz atd. Mezi základní aktivity řadíme například schopnost se samostatně najíst, obléknout, umýt se nebo použít WC.¹⁸

¹⁷ Srov. MACHÁČKOVÁ, K., HOLMEROVÁ, I. et al. *Aktivní gerontologie aneb jak stárnout dobře*, s. 43.

¹⁸ Srov. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L., a kolektiv. *Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*, s. 79-80.

Souhrn příznaků typických pro křehkého seniora lze popsat geriatrickými syndromy, které mají zásadní vliv na kvalitu života člověka, aniž by byl nezbytně vždy ohrožen na životě. Těchto syndromů se rozeznává několik:

- *Syndrom hypomobility* – projevující se sníženou schopností pohybu, jehož příčinou bývá například pohybový dyskomfort, ztráta motivace, deprese, únava nebo bolest.
- *Syndrom imobility* – představuje vážný zdravotní stav, kdy je senior z různých příčin upoutaný dlouhodobě na lůžko.
- *Syndrom instability s pády* – charakteristická je nejistá chůze, nestabilita či svalová slabost spojená s rizikem pádů, často vedoucí ke ztrátě soběstačnosti.
- *Syndrom dekondice* – vyznačuje se poklesem vytrvalostní zdatnosti.
- *Syndrom svalové slabosti (sarkopenie)* – dochází k úbytku svalové hmoty a síly, obvykle v oblasti dolních končetin.
- *Syndrom anorexie a malnutrice* – projevuje se nechutenstvím a odmítáním potravy.
- *Syndrom inkontinence* – charakteristický únikem moči nebo stolice, obvykle spojován s psychickými nebo tělesnými potížemi.
- *Syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří* – jde o poruchu termoregulace, kdy dochází snadněji k podchlazení nebo přehřátí organismu.
- *Syndrom duálního sensorického deficitu* – poruchy zraku a sluchu.
- *Syndrom maladaptace* – vyznačuje se zhoršující se schopností přizpůsobování se novým životním změnám a preferencí již zažitých stereotypů.¹⁹
- *Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti* – mírná porucha paměti není ještě klasifikována jako nemoc, spíše jde o zkušenosti obtěžující jak postiženého, tak i jeho okolí. Mírnou kognitivní poruchou trpí asi 10 % seniorů.²⁰ Syndrom demence je naopak považován za závažnou kognitivní poruchu, která zahrnuje především ztrátu rozumu, úsudku, paměti, emocí nebo chování. Nejznámější demencí je Alzheimerova choroba a mnohými vědci je považována

¹⁹ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada., 2011, s. 24.

²⁰ Srov. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., MÜLLEROVÁ, D., VIDOVIČOVÁ, L., HABRCETLOVÁ, L., MATOULEK, M., SUCHÁ, J., ŠIMŮNKOVÁ, M. *Přívodce vyšším věkem. Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014, s. 68. Více srov. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. *Úvod do gerontologie*, s. 58-60. Více srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 260-263.

za epidemii 21. století. Syndrom demence se považuje za typicky rodinné onemocnění, protože dlouhodobě ovlivňuje rodinný život a rodinné vztahy.

- *Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka* – za nejohroženější věkovou skupinu týráním se považují senioři 80+, žijící osaměle nebo v pobytových zařízeních, častěji ženy. Hovoříme zde nejen o tělesném nebo psychickém týrání seniora, ale také o jeho ekonomickém zneužívání pod vlivem citové nebo jiné formy nátlaku. Velmi citlivou oblastí je používání omezovacích prostředků v pobytových sociálních zařízeních, vedoucích k omezení pohybu jedince. Používání omezujících opatření musí být vždy v souladu s doporučeným postupem MPSV ČR. Do této kategorie můžeme zařadit i zanedbání péče ze strany samotného seniora, například z důvodu náhle vzniklé životní situace a následné neschopnosti postarat se sám o sebe.²¹
- *Syndrom deliria* – jedná se o klinický syndrom, kdy dochází k významné patofyziologické, psychologické, emoční nebo sociální změně ve stavu jedince, který vyžaduje neodkladnou zdravotní pomoc. Projevuje se dezorientací v místě, čase, osobě, nervozitou, neklidem nebo poruchou vědomí v podobě iluze či halucinace.²²
- *Syndrom terminální geriatrické deteriorace*²³ – charakteristický pro poslední stupeň geriatrické křehkosti. Většinou se jedná o péči v závěru života. V tomto stavu již nepomohou žádné intervence komplexní nebo multidisciplinární péče. Obvykle se přechází k volbě specializované paliativní péče, režimu DNR nebo DNI, zadržené nebo odebrané terapii.²⁴

1.4. Potřeby seniorů

Potřeby člověka se během jednotlivých fází lidského života přirozeně obměňují. S přibývajícím věkem lidí se mění tzv. žebříček hodnot, v jehož popředí se zejména objevují potřeby zdraví, spokojenosti, bezpečí nebo klidu.

²¹ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 277-280.

²² Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Praha: Mladá fronta, 2018, s. 169.

²³ HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., MÜLLEROVÁ, D., VIDOVIČOVÁ, L., HABRCETLOVÁ, L., MATOULEK, M., SUCHÁ, J., ŠIMŮNKOVÁ, M. *Průvodce vyšším věkem. Manuál pro seniory a jejich pečovatele*, s. 46.

²⁴ Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, s. 74-78.

Americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908-1970) se podrobně zabýval lidskými potřebami, které dle získaných poznatků sestavil do pyramidy o pěti úrovních, viz. seskupení níže, přičemž potřeba seberealizace je na samotném vrcholu a je tudíž považována za potřebu nejvyšší. Mezi vyšší potřeby můžeme dále zařadit potřeby sounáležitosti a potřeby uznání. Podle Maslowa teprve, když je uspokojena potřeba nižší, může dominovat potřeba vyšší. „Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.“²⁵

U skupiny křehkých seniorů, se může zdát, že se vrací z vrcholu potřeb Maslowovy pyramidy zpět k potřebám nižším, tj. fyziologické potřeby a potřeby bezpečí, které se v určitém zdravotním stavu stávají opět velmi dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání seniorů. Mezi tyto potřeby patří:

- *Potřeba seberealizace* – znamená realizaci vlastního potenciálu, schopností a záměrů. Člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být, například dobrým lékařem. Potřeba seberealizace je velmi spjata s lidskou spiritualitou a hledáním smyslu života.²⁶
- *Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty* – jde o spojení dvou potřeb. Na straně jedné jsou to potřeby sebeúcty a sebekoncepcce, nezávislosti na mínění druhých a na straně druhé je to potřeba uznání souhlasu a autonomie. Jde o touhu po respektu ostatních lidí a určitého statutu nebo uznání uvnitř určité sociální skupiny. Vstupuje do popředí zejména v situacích ztráty respektu, kompetence nebo důvěry.
- *Potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti* – jde o potřebu kladných emočních sociálních kontaktů, která vystupuje do popředí v případech ztráty, osamocení nebo opuštění. Jde o potřebu milovat a být milován.
- *Potřeba bezpečí a jistoty* – objevuje se v případech ztráty pocitu životní jistoty, často ve stavu nemoci a nesoběstačnosti.

²⁵ TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, s. 13.

²⁶ V závěrečné části života senioři často bilancují a hodnotí svůj život. Často mají duchovní potřebu ve smyslu svěřit se někomu, kdo aktivně naslouchá. Obvykle tomu napomáhá hospicová péče, kde je možné se vyzpovídat duchovnímu nebo navštívit kapli a senior tak může dosáhnout vnitřní svobody a smíření. Více srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, s. 50.

- *Základní tělesné a fyziologické potřeby* – se odvíjí od aktivity jedince. Jde o potřeby s nejvyšší prioritou, které zajišťují přežití. Z mnoha můžeme například uvést potřebu dýchání, přijímání potravy, potřeba vylučování nebo potřebu fyzické aktivity.²⁷

Preference potřeb se může v průběhu života pod vlivem různých okolností měnit. Velmi záleží na vývojovém stádiu člověka, jeho individualitě, kvalitě mezilidských vztahů, zejména potom na vzniku a přítomnosti nemoci. Pochopením potřeb druhých lidí lze porozumět jejich chování a nalezení vhodného způsobu doplnění chybějících potřeb, zejména při pobytu ve zdravotnických zařízeních nebo poskytování zdravotních a sociálních služeb. Při sestavování krátkodobých a dlouhodobých ošetrovatelských plánů, je potřeba brát v potaz a respektovat i odmítavé rozhodnutí a postoje některých jedinců na základě § 2 zákona o sociálních službách, ve smyslu, aby bylo vždy zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.²⁸

1.5. Etické aspekty stáří

Ačkoliv etické aspekty stárnutí nejsou přímou tematikou pro tuto práci, považuji za nutné, přeci jen stručně poukázat na problematiku nejstarších obyvatel v naší společnosti, z důvodu porozumění dalších souvislostí v následujících kapitolách. Etická problematika stáří se v mnoha otázkách prolíná s otázkami života se závažným zdravotním postižením, včetně lidí umírajících a na konci jejich života. Mnohé problematiky současných vyspělých společností vyplývají ze vztahu technické civilizace a kultury, čímž je podmíněn koncept člověka, jeho svobodné vůle a hodnoty života.²⁹

Vzhledem k demografickému vývoji stárnoucí populace je žádoucí již nyní řešit tři okruhy problémů týkající se seniorů: 1. zajištění důstojného ekonomického života, 2. zajištění péče, sociální a zdravotní pomoci, 3. koncept nového pojetí stáří.³⁰

²⁷ Srov. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 13-15. Srov. více MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 167-170.

²⁸ Srov. tamtéž, s. 173. Srov. více Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*. [online] [cit. 2022-01-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

²⁹ Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*, s. 215.

³⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2015, s. 161.

Největším ohrožením geriatrických seniorů je tzv. redukcionistické chápání jejich života s jakým si opovržením k jeho hodnotě a významu. Znepokojivou problematikou je zejména postoj, který vnímá stáří jako tzv. postproduktivní fázi v lidském životě. Zatímco v produktivní fázi je na člověka nahlíženo jako na homo faber, tedy výdělečného a množícího se robotníka, v postproduktivní fázi senior není schopen plnit funkci ani pracovní, tak ani rozmnožovací. V případě diskriminace, můžeme většinou hovořit o diskriminaci, která obvykle nevychází z věku samotného, tedy z ageismu, nýbrž z přítomnosti zdravotních omezení a zároveň existence geriatrické křehkosti. Správné je tedy spíše hovořit v souvislosti se staršími seniory o frailtizmu.

Jedním z elementárních gerontologických etických apelů je podpora a přijetí každého starého člověka jako jedinečnou lidskou bytost s respektem a nepostradatelnou lidskou důstojností. Právě důstojnost neboli být člověkem, se považuje za nejvyšší hodnotu lidského života v souvislosti v péči o seniory s omezenou soběstačností, demencí, bezvědomím nebo vegetativním stavu. Nedílnou součástí lege artis je cílevědomý proces dignitogeneze, který má za úkol neustálou obnovu a posilování lidské důstojnosti křehkých seniorů ve spojení se sociálními a zdravotními službami. Důstojnost neboli dignity se řadí mezi základní principy bioetiky. Z gerontologického pohledu jsou důležité i další bioetické principy:

- *Princip autonomie* – je velkou tématikou týkající se seniorů především se stavy pokročilé kognitivní poruchy (demence) nebo u seniorů nacházející se v konečné fázi geriatrické křehkosti.
- *Princip nepoškozování neboli nonmaleficence* – zahrnuje důstojnost. Zastává nejen odmítání eutanázie, ale především odmítá jakékoliv poškozování ve smyslu zhoršení funkčního nebo psychického stavu seniora.
- *Princip beneficence neboli poskytování dobra* – podstatou zůstává především chránit práva seniorů, chránit je před poškozením a pomáhat tam, kde je to možné.
- *Princip spravedlnosti neboli justice* – klade velký důraz na rovný přístup seniorů a prosazuje snahu rovnosti pro všechny, přičemž dbá na férovost v dodržování zákonů. V posledních letech spojené zejména s koronavirovou epidemií se princip spravedlnosti dával často do spojitosti s distribuční spravedlností, která se používá v souvislosti s rozdělováním omezených zdrojů. Z pohledu gerontologie není možné upřednostňovat určitou léčbu závisející pouze na věkové kategorii pacienta nebo vstupních nákladech, nelze zpochybňovat záchranu starého člověka.

Je nutné usilovat o rovnost, v zájmu zachování respektu a hodnot lidského života. „V gerontologii a geriatrii mimořádně platí, že není větší nespravedlnosti než rovný přístup k nerovným lidem (k lidem s různými potřebami a ohroženími).“³¹

1.6. Souhrn

Česká společnost rychle stárne a dochází k proměně věkové struktury obyvatelstva v důsledku úbytku porodnosti a zároveň úbytku úmrtnosti ve středním věku a vlastním stáří. Tyto změny vedou ke zvyšování počtu obyvatel seniorského věku, přičemž demografická turbulence se očekává kolem roku 2050. Mezi seniory převažují ženy napříč všemi věkovými kategoriemi, po 80 roku obvykle ovdovělé.

Stárnutí je individuální proces. Nejobávanější je tzv. čtvrtý věk, který je spojován s nejstaršími a zároveň s nejzranitelnějšími seniory ve smyslu obavy ze ztráty vlastní soběstačnosti a plné závislosti na okolí. Tato závislost předpokládá zvýšení výdajů na péči, zdravotní a sociální služby. V aktivní politice stárnutí je kladen důraz především na produktivitu a užitečnost seniorů, proto je velký důraz kladen právě na prevenci a zachování zdraví co nejdéle. Vzhledem k demografickému vývoji stárnoucí populace je žádoucí již nyní řešit tři okruhy problémů týkající se seniorů, které spočívají v zajištění důstojného ekonomického života, v zajištění péče, sociální a zdravotní pomoci, a v konceptu nového pojetí stáří.

Potřeby člověka se během života obměňují a mění se taktéž žebříček hodnot. Etická problematika stáří se v mnoha otázkách prolíná s otázkami života se závažným zdravotním postižením, včetně lidí umírajících a na konci jejich života. Znepokojivou problematikou je zejména postoj, který vnímá stáří jako tzv. postproduktivní fázi v lidském životě. Proto je více než nutná neustálá obnova a prohlubování lidské důstojnosti, a uplatňování bioetických principů jako nedílnou součást *lege artis*, zejména ve spojení se sociálními a zdravotními službami.

³¹ ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014, s. 219-220.

2. Smrt a umírání

Dej, ať neprosím o ochranu před nebezpečím,
ale o odvahu všem nebezpečím čelit.
Dej, ať neprosím o utišení bolestí,
ale o sílu všechny bolesti přestát.
Dej, ať v bitvách života nehledám
spojence, ale jen vlastní sílu v sobě.
Dej, ať v úzkostném strachu neprosím o spasení,
ale ať mám v trpělivosti naději, že dojdou svobody.
Dej, ať nejsem ustrašencem, který cítí tvou
milost jen v tom, co se mu daří, ale ať i v těžkých
dobách najdu pevný stisk tvé ruky.

Rabíndranáth Thákur: Česání ovoce³²

Přestože je smrt zcela přirozenou součástí našeho života, zdá se, že naše moderní společnost má všeobecně ze smrti strach. Jedním z důvodů může být, že se snažíme na smrt nemyslet a mnoho lidí ji dokonce vnímá jako něco neviditelného. Lidská psychika se brání smrti, a tak možná právě proto dochází k častému potlačování faktu naší smrtelnosti, přestože smrt není přece doménou pouze starých lidí, ale může se objevit v kterémkoli věku a čase.

Současný člověk jako by se snažil smrti utéct a mnohdy očekává od medicíny zázrak. Všeobecně se tak v našem podvědomí usadila myšlenka, že neumíráme proto, že jsme smrtelné bytosti, nýbrž že umíráme „na něco“. Přestože se člověk od nepaměti smrti bál, nevytěsňoval ji ze své paměti tak, jako dnes. Neměl tolik možností, a tak se se smrtí většinou smířil nebo rezignoval, na rozdíl od současnosti, kdy je mnohdy možné alespoň na krátký čas za pomoci moderní medicíny život prodloužit.

Každý život je časově vymezen. Začíná jeho zrodem a zaniká jeho smrtí. Je nutné si uvědomit, že pro naše lidství je však stejným mementem umírání a smrt milovaného člověka, právě tak jako narození dítěte.³³

³² KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, s.r.o., 2015, s. 10.

³³ Srov. SKOPALOVÁ, J., HNĚVKOVSKÝ, J. *Smrt je přirozenou součástí života*. *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2004/5. [online] [cit. 2022-12-27] Dostupné z: <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/psychologie-dnes/archiv/hledat/5%2F2004>

2.1. Terminologické vymezení základních thanatologických pojmů

Pro pochopení problematiky smrti a umírání je důležité nejprve definovat některé základní pojmy, které představují hluboká lidská témata jako jsou thanatologie, umírání, smrt nebo žal, přičemž je možné je pojímat z různých hledisek.

2.1.1. Thanatologie

Thanatologie je interdisciplinární vědní obor, který se zabývá smrtí a dalšími fenomény s tímto spojenými. Název tohoto vědního oboru byl odvozen od řeckého boha smrtelného spánku a smrti, jménem Thanatos.³⁴

Thanatologie se nepřednáší jako samostatná vědní disciplína, neboť zasahuje do mnoha vědních disciplín, například filozofie, teologie, psychologie, sociologie, medicíny a mnoha dalších, přičemž každá z nich na problematiku smrti nahlíží z vlastní perspektivy. Za průkopníka thanatologie v ČR můžeme označit Helenu Haškovcovou. V současnosti je na smrt pohlíženo především z medicínského hlediska a často se tak hovoří o tzv. medikalizaci smrti. Na lékaře je v jistém smyslu nahlíženo jako na ty, kteří díky novodobé intenzivní léčbě a farmakologii získávají do určité míry moc nad lidským životem. Špatenková přisuzuje dnešní přístup společnosti ke smrti především důvodům z rozšíření zdravotní péče a sekularizace společnosti, kdy se kulturní a jiné souvislosti umírání ocitají mimo pozornost sekularizovaného světa.³⁵

Vlivem smrti na chování a prožívání jedince, vypořádávání se smrtí, truchlením nebo procesem utváření povědomí smrti v lidské psychice se zabývá thanatopsychologie. Jde o disciplínu stojící na pomezí psychologie a thanatologie, za jehož zakladatele se považuje Sigmund Freud. O jeho práci *Truchlení a melancholie* (1915) se opírá mnoho psychologických, psychoanalytických, psychiatrických a sociologických teorií truchlení.

Hraniční disciplínou mezi thanatologií a sociologií je thanatosociologie, která je relativně mladá disciplína a v ČR není ještě příliš rozšířená. Mezi její představitele patří například Ariés, Giddens, Seale, Elias, Corr. Sociologií smrti se v českém prostředí

³⁴ Thanatos byl ve starověké řecké mytologii reprezentací smrti. Je označován za dvojče bratra spánku (Hypnos). Zobrazuje se zpravidla jako spící mládenec s křídly a s uhasínající pochodní. Více srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000, s. 142. Také srov. GREEKMYTHOLOGY.COM, *Thanatos*. [online] [cit. 2023-02-01] Dostupné z: https://www-greekmythology.com.translate.google/Other_Gods/Thanatos/thanatos.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=cs&_x_tr_hl=cs&_x_tr_pto=sc

³⁵ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. et al., *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014, s. 20.

zabývá Olga Nešporová. Předmětem thanatosociologického zájmu je proměna společenské reflexe smrti, přičemž prezentuje sociologické perspektivy fenoménu smrti. Vývoj přístupu ke smrti je možné stručně shrnout do třístupňového schématu:

- 1. stupeň: instinktivní přístup
- 2. stupeň: rituální přístup
- 3. stupeň: institucionalizovaný přístup

Můžeme konstatovat, že dnešní společnost se nachází někde na přechodu druhého a třetího stupně. Přestože diskuse na toto téma sílí, stávající sociální instituce nejsou dostatečně nastaveny. Skutečností zůstává, že smrt je problémem pro každou společnost. Ačkoliv ji na jedné straně společnost odmítá z důvodu tzv. žití naplno a neupadnutí do stavu totální anomie³⁶, na straně druhé ji musí akceptovat pro samotný fakt, že lidé zkrátka umírají.

Historickým vývojem fenoménu smrti se zabývá potom thanatohistorie. Nejucelenější přehled historického vývoje postojů západoevropské společnosti od středověku po současnost popsal francouzský historik Philippe Ariés ve svém díle *Dějiny smrti*, kde mimo jiné zobrazil několik modelů smrti:

- *Smrt ochočená, respektive zkrocená* – označuje postoj ke smrti ve společnosti přibližně od 5. století až do počátku 18. století, pro kterou byla charakteristická značná ritualizace smrti. Tento model byl typický pro tehdejší tradiční společenství, kterým byla smrt důvěrně známá, a proto je nazývána zkrocenou. Protože lidem byla smrt blízká, věděli, jak s ní zacházet, neděsila je tolik a byla přijímána jako nezbytná součást jejich života.
- *Smrt sebe sama* – pro druhý model je charakteristický příklon k individualitě a proměna představ o posmrtném životě. Jednotlivec již nemá zájem být součástí kolektivního osudu. Dalším novým prvkem tohoto modelu je zakrývání tváře zemřelého při pohřbech, což je pokládáno za první známky pozdějšího strachu ze smrti. Tyto tendence se objevovaly již od 11. století, které přetrvávaly až do 17. století, kdy se formovala nová eschatologie, oddělující duši od těla. Středověká společnost byla do jisté míry smrtí posedlá, což se projevovalo také

³⁶ Sociální anomie podle Dopity je „stav, kdy se ve společnosti rozpadá hodnotový a normativní řád, stav, který nepochybně indikuje sociální úpadek. Projevem anomie může být také aktivní jednání směřující ke smrti – sebevražednost.“ Více srov. tamtéž, s. 23. Také srov. ŠPATENKOVÁ, N., et al., *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 93.

v umění, kdy byla s oblibou používána umrlčí tematika. Strach ovládl společnost až mnohem později. V tomto období vznikl také nový projev vůle v podobě závěti, kde umírající zanechal obvykle instrukce pro své blízké, jak nakládat po smrti s jeho tělem.

- *Smrt vzdálená a blízká*, respektive smrt vzdálená a přesto hrozící – třetí model se formoval již od počátku renesance až do 17. století. V tomto období začal člověk pociťovat jakousi zdrženlivost k vlastní smrti, ale ještě nedošlo k úplnému odmítání. Strach ze smrti ztrácí sílu a působivost, zaměření na smrt bylo rozloženo do celé délky života člověka.
- *Smrt blízkého*, respektive smrt těch druhých – Ariés toto období 18.-19. století nazývá dobou krásných smrtí. Ve čtvrtém modelu docházelo k postupné individualizaci smrti. Válečné konflikty byly příčinou častých konfrontací se smrtí svých blízkých, které vyústovaly v nepřiměřenou citlivost na smrt vzácné bytosti. Smrt se stává krásnou, což se projevuje zejména v romantismu, kdy strach ze smrti na čas ustoupil do pozadí a smrt byla opěvována jako krásný a očekávaný okamžik. V této době vznikaly přírodní zalesněné hřbitovy, které sloužily jako pohřebiště, ale také jako park určený k vycházkám.
- *Smrt převrácená, respektive neviditelná* – do vypuknutí 2. světové války zasáhla smrt jedince obvykle celou komunitu. Během války docházelo k masivní úmrtnosti, přičemž mnohdy nebylo možné praktikovat doposud běžné rituály. Mnohokrát docházelo také ke smrti mimo komunitu. Společenské změny, které se udály ve 20. století postupně eliminovaly model krásné smrti a vznikl nový postoj ke smrti a umírání, který komunitu většinou neovlivňovaly. Smrt začala být chápána jako něco skrytého, jako něco, co by nemělo do každodenního života společnosti patřit.

Nicméně přemíra citlivosti ke smrti a umírání svých blízkých v předešlém období byla dovedena do krajnosti, v podobě institucionalizace a medikalizace. Lidé chtěli pro své blízké nejlepší lékařskou péči a nemocnice poskytovaly také útočiště pro rodiny umírajících, což vedlo později k legální cestě, jak odložit umírajícího, který byl pro svoji rodinu zátěží a přenést odpovědnost na personál v nemocnicích. Smrt se z veřejné sféry stáhla a byla určena pouze nejbližší rodině. Jakmile se hospitalizace stala všeobecným jevem, stranou byla odsunuta i rodina a z veřejné smrti se tak stalo umírání za zdmi nemocnic. Později taktéž v domovech seniorů nebo v domech s pečovatelskou službou, aniž by to bylo

přání umírajícího. V tomto modelu tedy dochází k medikalizaci smrti, ale také zároveň k její profesionalizaci, kdy o umírající pečují pouze odborníci, nikoliv rodina. Charakteristickým znakem převrácené smrti je odmítnutí a odstranění smutku. Z moderní společnosti vymizely rituály truchlení, lidé svůj zármutek skrývají, což souvisí s dnešním fenoménem odmítání smrti.

Přestože se na Ariésovo dílo snesly některé kritiky a názory, že jeho náhled na umírání a smrt byl v minulosti příliš idealizován a romantizován, zejména potom ve středověku, zůstává většinový shodný názor: smrt byla vytěsněna jak z veřejného prostoru, tak i z naší řeči a umírání je tak často velmi osamělé.³⁷

2.1.2. Umírání

Přestože se v dnešní době prodlužuje délka života, problematika umírání je neustále aktuální. Samotný pojem umírání má různorodé definice. V lékařské terminologii se jedná o závěrečný stav, kdy dochází k nevratnému selhání životně důležitých funkcí, vedoucí k zániku neboli smrti jedince. Proces umírání je u každého jinak časově vymezen, někdy smrt přichází znenadání a umírání je velmi rychlé, jindy tento proces trvá déle – dny, měsíce, ale i roky. Dlouhé umírání s sebou přináší mnoho fyzických, psychických, sociálních nebo spirituálních potíží, mezi které patří bolest, utrpení, stigmatizace nebo deprese, často doprovázeno plnou závislostí na okolí bez možnosti ovlivnění podmínek svého umírání.³⁸ Podle časového hlediska rozeznáváme tři fáze umírání:

- *První fáze prae finem* – neboli období před umíráním má různou délku trvání. Vstupuje do popředí při zjištění a sdělení závažné diagnózy až po nástup poslední fáze života.
- *Druhá fáze in finem* – neboli období vlastního umírání je čas spojený s bezprostřední blízkostí fyzické smrti. V této fázi převažují záležitosti ritualizace smrti nebo paliativní a hospicové péče.

³⁷ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. et al., *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*, s. 24-27.

³⁸ Srov. ONDRIOVÁ, I., *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021, s. 78.

- *Konečná třetí fáze post finem* – neboli období po smrti začíná smrtí člověka. Zahnuje péči o zemřelé tělo a psychickou pomoc přítomným pozůstalým.³⁹

Lidé se podvědomě snaží vyrovnat s vlastní situací v terminální fázi svého onemocnění, které Elisabeth Kübler-Ross vypracovala v teorii (1972), kde popsala jednotlivá stádia umírání. Autorka těchto pěti fází je přesvědčena, že jde o přirozenou lidskou reakci konfrontace jedince s procesem umírání. Každý člověk je individuum, proto nemusí projít všemi fázemi v daném pořadí. Je možné, že některé přeskóčí nebo dokonce vícero z nich prožívá současně.

- *První stádium: popírání a izolace* – umírající, ale i truchlící se izolují od nepříjemné pravdy, které nevěří. Hledají jiné lékaře a pomoc, která by vyvrátila nepřijatelnou zprávu o smrti.
- *Druhé stádium: zlost* – v této fázi si člověk plně uvědomuje svou situaci, která se projevuje zlostí až agresivitou. Jde o vnitřní krizi, kdy svou zlost obrací nejen k sobě samému, ale i ke svému okolí nebo Bohu a často si klade otázku: Proč zrovna já?
- *Třetí stádium: smlouvání* – v tomto stádiu nemocný člověk vyjednává se svým osudem, Bohem a pokouší se nalézt možnost, jak zvrátit vyřčenou diagnózu nebo alespoň prodloužit život. Třetí fáze je velmi citlivá v tom, že by se neměla brát nemocnému jeho poslední naděje, ale zároveň by se neměly neposkytovat falešné naděje. Toto období je vhodné pro plnění přání.
- *Čtvrté stádium: deprese* – ve čtvrtém stádiu je zlost a smlouvání vystřídána pocitem hluboké ztráty, smutkem a strachem z budoucnosti. V této fázi je důležitá osobní přítomnost u umírajícího.
- *Páté stádium: akceptace* – v tomto období dochází ke smíření a přijetí nevyhnutelnosti smrti. Pokud dojde k nalezení vnitřního klidu, často si přejí nemocní zůstat sami. Je nutné pochopit, že nejde o rezignaci, nýbrž o stav, kdy se již člověk vymluvil ze všech emocí a je připraven na setkání se smrtí. Pátou fází neprochází všichni, buď ji nechtějí dosáhnout nebo se jí bohužel nedožijí.⁴⁰

³⁹ Srov. tamtéž, s. 90-91. Také srov. ŠPATENKOVÁ, N. et al., *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*, s. 31.

⁴⁰ Srov. tamtéž, s. 93-95. Více srov. KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*, s. 51-153.

2.1.3. Smrt

V literatuře můžeme najít několik definic smrti, a to nejen z pohledu biologického, ale i z pohledu filozofie, psychologie, sociologie nebo teologie. Z medicínského hlediska například Haškovcová uvádí, že „smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka“⁴¹ Janoušek píše o smrti jako o „nezvratném zastavení všech životních pochodů, jejich vzájemné souhry a definitivní přerušení látkové výměny v organismu“⁴², Tesař vnímá smrt jako „ireverzibilní zástavu všech funkcí organismu“⁴³ nebo Steindl popisuje smrt jako zánik živého organismu, ke kterému dochází přirozeně na základě biologických činitelů nebo násilně, jehož důsledkem je nevratné poškození životních funkcí. Všechny definice se však shodují na tom, že smrt je završením a ukončením života.

Délka lidského života potom není podmíněna jen genetickou výbavou jedince, nýbrž také záleží na nejrůznějších faktorech jako jsou materiální a kulturní podmínky, rozvoj techniky nebo vědy, zejména medicíny. Z psychologického hlediska je smrt dokončením všech vývojových etap života, filozofové hledají smysl života, teologové chápou smrt jako ukončení pozemského života a začátek života jiného, zatímco sociologové pohlíží na smrt jako na vyústění životní dráhy. Všichni do jednoho ale hledají smysl smrti, zejména pokud jde o smrt předčasnou. V naší společnosti je rozhodující medicínské vymezení smrti, a to z důvodu konstatování smrti jedince, ke kterému má kompetence pouze lékař. Tradičně byla smrt popisována jako zástava srdeční činnosti. Po zástavě oběhu dochází k biologické smrti mozku, která se rovná smrti jako takové.⁴⁴

V odborné literatuře se vyskytuje několik forem smrti, a to fyzická, psychická nebo smrt sociální. Fyzickou smrtí je popisován stav, kdy dochází k zcela nezvratné ztrátě vědomí jedince. Tato forma se dále dělí na smrt mozkovou a smrt orgánů lidského těla. Psychickou smrtí se potom míní duševní odevzdanost člověka, doprovázená zármutkem a beznadějí. Obvykle předchází smrti fyzické, které předchází i další forma smrti sociální.⁴⁵ Za sociální smrt je považován stav, kdy je člověk stále klinicky a biologicky naživu, ale vzhledem ke svému onemocnění ztratil veškerý kontakt s okolím. Takový člověk byl vyřazen nejen z mezilidských, ale i dalších sociálních vztahů. Obvykle se tento stav objevuje u tří skupin pacientů. Jednak jde o velmi staré lidi nebo o lidi, kteří se

⁴¹ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*, s. 74.

⁴² Tamtéž, s. 74.

⁴³ Tamtéž, s. 74.

⁴⁴ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. et al., *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*, s. 34-35.

⁴⁵ Srov. ONDRIOVÁ, I., *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 79.

nacházejí v poslední fázi nějakého dlouhodobého onemocnění. Třetí skupinou jsou lidé, u kterých byla postižena osobnost například vlivem kómatu nebo demence. Mulkey dokonce tvrdí, že sociální smrt začíná již odchodem jedince do starobního důchodu, jelikož v této fázi života je lidem postupně upírána plná participace ve společenském a rodinném životě.⁴⁶

Dalším pojmem spojovaným se smrtí je tzv. dystanázie neboli zadržaná smrt. Jde o stav, kdy je smrt jedince neodvratná, přesto je trvale a namáhavě oddalována. Lidé často spoléhají na zázračnou medicínu, která dosáhla ve 20. století zlomu v podobě objevů nových léků, léčebných metod a nesamozřejmost života byla vystřídána nesamozřejmostí smrtí. Haškovcová se domnívá, že oddalování smrti je sice ušlechtilým činem, ale pokud se nebere na vědomí konečnost lidského osudu, potom jde spíše o projev lidské, ale i profesionální neodpovědnosti. Pokud člověk vstoupil do procesu umírání, je nutné uznat, že končí moc vítězné medicíny. Je nutné včas rozpoznat potřeby umírajícího a doporučit vhodný typ pomoci dotyčnému a rodině ve formě paliativní péče.⁴⁷

Mnohokrát slyšíme také o dobré smrti. Ale vlastně co je to dobrá smrt? Existuje vůbec? Charakteristika dobré smrti se v euroamerických společnostech do jisté míry liší. Velký význam hrají kulturní a náboženské faktory dané společnosti, záleží na konkrétních okolnostech nebo osobních prioritách každého jedince. Přes odlišné postoje o představách dobré smrti v moderních společnostech, v 2. pol. 20 století, je možné postřehnout některé rysy, které jsou obecně platné pro všechny společnosti. Jde především o kritické hlasy týkající se medikalizace a nadměrné institualizace, která vedla k přesunutí smrti do nemocnic.⁴⁸ Mnoho autorů z oboru medicíny či psychologie, kteří se v tomto období zabývali dobrou smrtí, kladli důraz především na důstojnost umírání a na potřebu umírajících, aby neumírali v osamocení.

Především díky vzniku hospiců v západní Evropě vznikl u zdravotníků převážně názor, že dobrá smrt je taková smrt, která je klidná a důstojná, které si je člověk vědom, přijme ji a také se na ni připravuje. Naopak za špatnou smrt je vnímána taková smrt, která nebyla ze strany umírajícího či jeho rodiny akceptována nebo pokud umírající nemohl naplnit jeho potřebu aktivního života až do úplného konce jeho života.

⁴⁶ Srov. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH., *Principy a praxe paliativní péče*. Press UK limited: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 371-374.

⁴⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*, s. 31-32.

⁴⁸ Například Ariés ve své knize považuje smrt, která je skrytá od ostatních v institucích, kde prakticky všechnu kontrolu nad umírajícím přebírá personál za smrt špatnou a divokou. Více srov. ARIÉS, P., *Dějiny smrti II*. Praha: Argo, 2000, s. 348.

Na přelomu století ve vyspělých státech s dlouhou tradicí hospicového hnutí, se začala ale také objevovat kritika směrem k obavám přílišné instutualizace hospicové péče, která nutí všechny pacienty přijímat jeden hospicový koncept dobré smrti, bez ohledu na osobní preference nebo požadavky. Kritika byla vznesena přímo na fakt, že hospice byli navrženy tak, aby co nejlépe vyhovovaly potřebám umírajících křesťanů, bělochů ze střední třídy. Narozdíl od vyspělých států s dlouholetou hospicovou tradicí, v českém prostředí hospicová tradice začala o mnoho později, až v devadesátých letech 20 století.

Koncept dobré a důstojné smrti je v našich podmínkách poměrně mladý a teprve se dostává do povědomí českých zdravotníků a zatím tak u nás nezaznívají zmíněné kritiky ve veřejném prostoru.⁴⁹ Představa dobré smrti na evropském kontinentu v období středověku a raného novověku spočívala v příchodu smrti po dobrém životě a s určitým předstihem jakéhosi varování, že smrt přichází. Člověk měl následně snahu se sám na smrt připravit v podobě vyřešení nedořešených věcí, ať již v oblasti trvajících sporů nebo v oblasti majetkové či duchovní. To znamenalo, že umírající člověk se v tomto období mohl například pokusit urovnat nevyřešené spory, odkázat svůj majetek nebo v případě katolického vyznání přijmout svátost a poslední pomazání.

Nešporová na základě svého výzkumu⁵⁰ došla k názoru, že současný obyvatel ČR ve středním věku spatřuje dobrou smrt v podobě smrti, která je rychlá a bezbolestná, která přichází nejlépe ve spánku. Rychlou smrt považovali respondenti výzkumu za dobrou zejména z důvodů ušetření bolesti a trápení. Vědomé a bolestné umírání například následkem nevyléčitelné nemoci považovala většina dotazovaných za smrt špatnou, tak jako ztrátu důstojnosti ve smyslu nevhodného chování v důsledku senility nebo rozvoje onemocnění. Nikdo z nich si nepřál takový konec. Upřednostňovali jednoznačně rychlou smrt, přičemž nikdo z nich nezvažoval možnosti času na rozloučení a vyřešení posledních věcí, které s odchodem ze života souvisejí. Z výzkumu také vyplývá, že většina lidí si přeje zemřít nejen rychle, ale také ve známém prostředí. Jednoznačně upřednostňovali smrt doma před nemocnicí, ačkoliv si byli vědomi faktu, že není vždy možné zajistit dobré podmínky a zázemí. Dalším požadavkem dobré smrti je rovněž přání neumírat sám. Mnoho respondentů nepředpokládalo, že by se samota mohla týkat i jich samotných, protože doposud byli obklopeni rodinou. Nepomysleli na to, že až jednou nastane jejich

⁴⁹ Srov. NEŠPOROVÁ, O., *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2013, s. 31-35.

⁵⁰ Jednalo se o výzkum provedený v letech 2005-2007. Šlo o osobní rozhovory výzkumného vzorku 30 lidí ve věkové skupině 30-50 let v nejmenované středočeské obci. Více srov. tamtéž., s. 330-334.

čas, budou zřejmě bydlet osaměle, tak jako v současnosti mnoho seniorů, zejména ovdovělých žen. Autorka závěrem dodává, že novější pojetí dobré smrti, by mohlo spočívat v částečném navrácení rozhodování o konci života umírajícímu, který by se mohl rozhodnout, kde chce zemřít⁵¹ a jak chce umřít, což by částečně mohl naplnit medicínsko-právní a etický institut dříve vyslovené přání s respektem jeho naplnění ze strany rodiny a zdravotnického personálu.

S pojmem dobré smrti bývá také spojován pojem eutanazie, které se budu věnovat v šesté kapitole. Eutanazie je aktuálně považována za jedno z nejkontroverznějších a zároveň nejdůležitějších témat současné bioetiky.⁵²

2.1.4. Truchlení

Se ztrátou blízkého člověka souvisí smutek, zármutek anebo žal. Reakcí na ztrátu se již zabýval v 70. letech Freud. U nás se touto tematikou zabýval například Nakonečný v 90. letech, který poukazoval na jemné rozdíly synonym spojovaných s truchlením, které se liší především intenzitou a předmětem. Například smutek, který je doprovázen pláčem a nářkem, může být vystupňován v žal, který bývá většinou tichý. Zármutek chápe spíše jako druh nálady doprovázený skleslostí nebo depresí.

V současnosti se na truchlení ve spojitosti se smrtí pohlíží jako na přirozený průběh vyrovnávání se se ztrátou blízkého člověka, která je definitivní tedy navždy. Feldmann popsal několik strategií, které pozůstalí využívají, aby se vyrovnali se ztrátou blízkého člověka. První strategií je jakési uzavření minulosti a soustředění se na budoucnost. Druhou strategií vystihuje neustálá činnost pozůstalého, který se snaží nepřetržitou aktivitou pocity tesknění vytlačit. Třetí nejčastější strategie líčí neustále se opakující vzpomínání na zesnulého v podobě návštěv hrobu, fotografií a podobně. Intenzita truchlení se obvykle v průběhu času zmírňuje. V odborné literatuře se hovoří také o fázích truchlení, přičemž odborníci na jejich počet nemají jednotný názor. Zpravidla pozůstalí procházejí třemi fázemi – krátkým obdobím otřesu, poté obdobím intenzivního zármutku a žalu, které následuje období uzdravování, kdy se pozůstalí pozvolna navracují k obvyklému společenskému životu.

⁵¹ Přání zemřít doma není vždy možné. Je však nutné, aby překážky byly odstraňovány a dožití v domácí péči bylo umožněno za pomoci nejen rodiny, ale i zdravotně sociální politiky státu. V ČR se touto problematikou zabývá občanské sdružení Cesta domů (www.cestadomu.cz). Více srov. tamtéž., s. 35.

⁵² Srov. ČERNÝ, D., *Eutanazie a dobrý život*. Praha: Filosofie/ Ústav státu a práva AV ČR, 2021, s. 17-18.

Každý z nás je jedinečný, a proto i průběh a délka truchlení je u každého velmi individuální. Zatímco u někoho trvá několik měsíců, u druhého může trvat několik let nebo v případě rodičů i po celý zbytek života.⁵³ Freud byl přesvědčen o tom, že pro úspěšné smíření se se ztrátou blízkého je nutné uvolnit svá psychosociální pouta k zemřelému, adaptovat se na ztrátu a naučit se žít ve světě bez zemřelého.⁵⁴

Se smrtí se vyrovnávají různými způsoby všechna náboženství, proto je opodstatněná otázka vztahu truchlení a náboženské víry. Tímto vztahem se zabývá Nešporová, která ve své knize cituje britského sociálního antropologa, Bronislawa Malinowského, který byl přesvědčen, že smrt je nejvýznamnější a nejdůležitější pramen náboženství. Základní funkci náboženství spatřoval v poskytování emocionálního pohodlí věřícím a zmírnění úzkosti. Náboženství pomáhá pozůstalým vyrovnat se s přirozeným strachem ze smrti a prostřednictvím rituálů truchlení, pohřbu nebo rituálního chování bezprostředně po smrti zajišťuje zachování mentální integrity nejen jedinci, ale celé skupině. Na jeho teorii navázali i další autoři, například Thomas F. O'Dea, který jeho teorii dále rozvinul. Byl přesvědčen, že smrt byla překonána díky náboženské interpretaci, která přináší útěchu vycházející z přesahující mimosvětské skutečnosti a slibu posmrtné existence.

Otázkou vztahu víry a truchlení se zabývala i Kübler-Ross. Na základě rozhovorů s umírajícími, došla k závěru, že lidem s opravdu hlubokou vnitřní vírou v Boha, tato víra skutečně pomáhala vyrovnat se s nevyhnutelnou realitou v podobě smrti, a to jak samotným nemocným, tak i jejich blízkým. Další autoři byli zastánci přesvědčení o tom, že zatímco u někoho náboženské rituály fungují, u druhého nemusí, ba naopak otřesení ze ztráty milované osoby může být věřícím dokonce vnímáno jako Boží trest a opuštění Bohem. Každopádně všichni se shodují na tom, že náboženství obvykle poskytuje určité pole, do něhož jsou zasazeny jednotlivé rituály a zvyky spojené s truchlením, v závislosti na daném náboženství a kultuře.⁵⁵

⁵³ To ovšem neznamená, že tito pozůstalí pociťují po celou dobu akutní žal. Většinou jde o jakousi formu adaptace a přizpůsobení se, aniž by se všichni se ztrátou smířili. Zármutek a žal se občasně vracejí. Více srov. ŠPATENKOVÁ, N. et al., *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*, s. 42.

⁵⁴ Srov. tamtéž, s. 40-43.

⁵⁵ Srov. NEŠPOROVÁ, O., *O smrti a pohřbívání.*, s. 255-259.

2.2. Umírání v číslech – statistiky

Počty úmrtí seniorů v letech 2011-2020 souvisí nejen s vyšší úmrtností a výskytu nového onemocnění Covid 19, ale také se vstupem silné poválečné generace do seniorského věku. V roce 2020 zemřelo nejvíce lidí v celé historii ČR, a to více než 109, 2 tisíc. Naopak pozitivní rostoucí trend vidíme ve zvyšování průměrného věku zemřelých seniorů. Věk u mužů se z věku 78,4 v roce 2011 zvýšil na 79,0 v roce 2020 a u žen z věku 82,4 vzrostl na 83,2. Podrobnější zobrazení jsem vypracovala v tabulkách níže:

Tabulka 2 Zemřelí senioři 65+ v letech 2011-2020. Průměrný věk. Zdroj: ČSÚ

Muži	78,4	78,5	78,6	78,8	79,0
Ženy	82,4	82,7	82,9	83,1	83,2

Tabulka 3 Zemřelí senioři 65+ v letech 2011-2020. Počet zemřelých. Zdroj: ČSÚ

Muži	37 271	39 267	41 622	44 327	52 935
Ženy	45 075	45 231	48 612	48 779	56 309
Celkem	82 346	84 498	90 234	93 106	109 246

Mezi sedm nejčastějších příčin úmrtí seniorů patří chronická ischemická choroba srdeční, cévní nemoci mozku, srdeční selhání (příčemž akutní infarkt myokardu je v posledních letech na ústupu), diabetes mellitus, hypertenzní nemoci, Alzheimer nebo vaskulární demence. Zatímco nové onemocnění Covid 19 bylo v roce 2020 druhou nejčastější příčinou úmrtí seniora, v roce 2021 bylo již příčinou téměř každého pátého úmrtí seniora v ČR a celkově šlo o nejčtenější příčinu úmrtí v tomto roce.⁵⁶

Na rozdílech příčiny úmrtí u mužů a žen se do jisté míry podílí životní styl a přístup ke zdraví. K zamyšlení je dále fakt narůstajících sebevražd. V roce 2020 byla vyšší příčina úmrtí sebevraždy mužů (81,5 %), a to až 5x vyšší než u žen seniorek.

⁵⁶ Srov. ČSÚ. *Senioři v ČR v Datech, 2022. Příčiny smrti*, s.18 [online] [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/165397788/31003422.pdf/7e1fd9c7-e5fb-4155-9e88-882ba3cb1712?version=1.5>

Zvýšené statistiky úmrtí mužů seniorů, než u žen seniorek vykazují rovněž příčiny dopravních nehod (68,3 %), zhoubných nádorů plic (64,3 %) nebo zhoubných nádorů jater (63,9 %).⁵⁷

Tabulka 4 Zemřelí seniori 65+ v letech 2020. Nejčastějších onemocnění a příčiny smrti v % podle pohlaví. Zdroj: ČSÚ

1.ICHS	45,9	54,1
2.Covid 19	55,2	44,8
3.Cévní nemoci mozku	42,2	57,8
4.Srdeční selhání	43,0	57,0
5.Diabetes mellitus	44,6	55,4
6.Hypertenzní nemoci	34,6	65,4
7.Alzheimer, vas. demence	34,6	65,4

Podle publikace *Zemřelí 2021* zemřelo více než 76 % všech lidí mimo domov, z toho 60,4 % tvořila úmrtí v nemocnicích. Pouze 23,5 % bylo úmrtí v domácím prostředí.⁵⁸

Tabulka 5 Místo úmrtí v %, rok 2020. Zdroj: ÚZIS ČR

Místo úmrtí	Muži a ženy dohromady v %
Doma	23,5
V nemocnici	60,4
V léčebném ústavu	0,8
Na ulici či veřejném místě	1,3
Při převozu	0,5
V sociálním zařízení	10,7
Ostatní	1,2
Nezjištěno	1,6

2.3. Modely umírání

Helena Haškovcová popisuje tři základní typy modelů spojené s umíráním, a to domácí model umírání, institucionální model umírání a paliativní model umírání.

⁵⁷ Srov. ČSÚ, *Seniori v ČR v datech. Úmrtí seniorů a příčiny smrti*, s. 13. [online].

⁵⁸ Srov. ÚZIS ČR, *Zemřelí 2020*, s. 12. [online] [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

Domácí model umírání byl v minulosti přirozeným jevem, kdy akt umírání a smrti se odehrával doma v kruhu rodiny. Velkým přínosem pro umírajícího byla blízkost rodiny, kdy nebyl sám a opuštěný. Rodina se většinou o péči dělila, s ohledem na dodržení tradic. Umírajícím a rodinám dnes chybí především psychologická podpora a pomoc, která vede k jakési glorifikaci tohoto modelu. Dnešní domácí model se přizpůsobuje zejména režimu umírajícího. Je nutné, aby rodina, ale i pacient byli plně seznámeni se zdravotním stavem a prognózou onemocnění, přičemž mohly být dodrženy určité podmínky ze strany rodiny. Jde především o to, aby rodina byla schopna zvládnout fyzické a emocionální symptomy nemocného. Je rovněž potřeba, aby měla schopnost vypořádat se s jeho požadavky a zároveň měla k dispozici pomoc odborné péče. Pokud nemůže rodina tyto podmínky splnit, je žádoucí zvážit možnost umístění pacienta do nemocnice nebo hospice.⁵⁹

Institucionální model umírání vznikl postupně. V minulosti byly vážně nemocní umístováni nejprve do azylových domů, později do nemocnic. Z hlediska odborného ošetřovatelství umírajícím nebyla věnována dostatečná pozornost. Spíše šlo o zajištění čistého lůžka, jídla a základní hygieny. Ke zlepšení situace došlo teprve až ve dvacátých letech 20. století vznikem praxe tzv. bílé zástěny. Umírajícímu bylo do jisté míry zajištěno soukromí a klid.

Ačkoliv se v nemocnicích dostává pacientům profesionální péče, které v současnosti umožňují záchranu i těch pacientů, které by dříve čekala neodkladná smrt, zdravotnický personál není schopen zastoupit nejbližší příbuzné v citové zainteresovanosti, zejména v interakci s umírajícím, která může být pro některé z nich zdrojem psychického diskomfortu. Často potom převažuje neosobní přístup a bývá opomíjena pozornost odstraňování strachu a pocitu osamělosti u umírajícího.

Třetím modelem umírání je tzv. paliativní model umírání. Při tomto modelu se na pacienta nahlíží holisticky, tedy jako na celistvou bytost, kdy se poskytuje péče umírajícímu a pečujícímu z hlediska uspokojení všech bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Umírající buď zůstává v nemocničním zařízení, ovšem s aktivním zapojením rodiny do péče nebo jde umírající pacient domů a s péčí pomáhají profesionálové přímo v domácím prostředí. Paliativní péčí se míní komplexní, aktivní a na kvalitu života zaměřená péče, která je poskytována nevyлéčitelně nemocnému v pokročilé nebo konečné fázi jeho života, přičemž poskytování paliativní medicíny upravuje zákon o paliativní péči č. 372/2011 Sb. Zachování úcty k životu, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné

⁵⁹ Srov. ONDRIOVÁ, I., *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 81-82.

a neopakovatelné bytosti je hlavní myšlenkou hospice. Svatošová ve své publikaci dodává: „Nemocný přicházející do hospice má garantováno to, že mu bude eliminována nesnesitelná bolest, v jakékoliv situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích svého pozemského života nezůstane sám.“⁶⁰ Podrobněji se této problematice budu věnovat v osmé kapitole.

2.4. Etická problematika spojená s péčí v závěru života

Jak již bylo v předešlé kapitole zmíněno, senioři představují demograficky nejrychleji rostoucí část populace. U této věkové skupiny se přirozeně vyskytuje mnoho chronických a život omezujících onemocnění, jako jsou například pokročilá nádorová onemocnění, neurodegenerativní onemocnění nebo selhání orgánu či systému. Čím dál více lidí ve starším věku postihují také kognitivní poruchy, jako demence, které ovlivňují jejich rozhodování. Nejen samotní lékaři, ale často i pacienti se svými rodinami stojí v závěru života před obtížnou volbou. Velkou etickou výzvou zůstávají taktéž otázky spojené s problematikou informovaného souhlasu a dále pak institutu vysloveného přání, které budou podrobněji představeny v následujících kapitolách.

2.4.1. Koncept marné léčby

Jedním z nejkontroverznějších etických, ale i právních témat při rozhodování na konci života je koncept marné léčby, někdy také označován jako futilní léčba. Jde o termín, který označuje léčbu za zbytečnou, zejména v případech, kdy byla léčba opakovaně praktikována a opakovaně selhala. Haškovcová zmiňuje, že jde o léčbu, která nemocnému způsobuje více utrpení než prospěchu. Stav dystanázie jsou potom mnohdy rozpačité pro blízkého umírajícího, ale i samotného lékaře. Marná léčba bývá často spojovaná s tzv. *spaghetti syndromem*, kdy se jedná o nemocné v dlouhodobém kómatu, kteří žijí pouze za pomoci mnoha kabelů, a podpůrných přístrojů.⁶¹ Někdy se také může jednat o terapeutickou horlivost ze strany lékaře, který se snaží i třeba pod vlivem rodiny, která očekává zázraky, zachránit lidský život za každou cenu. Jindy se hovoří o marné léčbě ve spojitosti s léčbou, která nevede ani k životu, ani ke smrti.⁶²

⁶⁰ Tamtéž, s. 81-90.

⁶¹ Srov. Marek Vácha ve svém článku píše, že diskuse o eutanazii vznikly i na základě těchto případů. Více srov. VÁCHA, M. *Ukončení zbytečné léčby*. Lidovky.cz. [online] [2010-05-03]. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/domov/ukonceni-zbytecne-lecby.A100305_000038_ln_noviny_sko

⁶² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 188-189.

Koncept marné léčby se poprvé v etických, medicínských a právních kruzích objevil v USA, na počátku osmdesátých let 20. století, ve spojitosti intenzivní medicíny a poskytování kardiopulmonální resuscitace. V tomto období docházelo ve Spojených státech k výskytu tzv. *Hollywood nebo show code* případů, kdy lékaři do jisté míry předstírali resuscitaci u nevléčitelných pacientů v konečném stádiu života, aby předešli sporům ze strany rodiny, která často na resuscitování trvala. Na tuto situaci reagovala American Medical Association v roce 1974.

Jako první vydala doporučení týkající se kardiopulmonální resuscitace u pacientů s nevléčitelným onemocněním v konečné fázi jejich života.⁶³ S postupným posilováním práv a autonomie pacienta v čase, se začala prosazovat nová idea, ve smyslu, že by měl pacient mít možnost nejen život udržující léčbu odmítnout, ale naopak by měl mít právo tuto léčbu vyžadovat, přičemž lékař by měl povinnost takovou léčbu umožnit. V devadesátých letech minulého století se naopak těžiště autonomie přesunulo opět na lékaře a začala být diskutována následující otázka: V případě, že je lékař přesvědčen o marnosti léčby, má právo poskytnutí takovéto léčby odmítnout?

V odborné literatuře existuje hned několik definic marné léčby. Steinlauf ve své knize uvádí pohledy několika autorů na tuto problematiku, které se do určité míry překrývají či doplňují. Nicméně doposud nebyla nalezena plná shoda na tom, kdo by měl být v roli hodnotícího a dále pak v kritériích, která by měla být brána v potaz při hodnocení léčby.

Podle zohledněných kritérií se rozeznávají tři druhy futility: fyziologická futilita, probabilistická futilita a kvalitativní/ normativní futilita. Za fyziologickou futilitu se označuje taková léčba, která není efektivní, nemá žádný potenciál obnovit samostatnou fyziologickou funkci daného orgánu nebo celé soustavy. Probabilistická futilita se opírá především o ověřená medicínská data a fakta založená na důkazech, na jejichž základě dochází k následnému rozhodování v závěru života. Problematika této futility spočívá v posuzování hranic v tom smyslu, kde se ještě nachází hranice pravděpodobnosti úspěchu léčby, aby byla poskytnuta, a kde naopak leží hranice, kde už není šance a nemá smysl vynakládat úsilí na pomoc. Vnímání této hranice je velmi individuální nejen u lékařů, ale i mezi rodinnými příslušníky. Zatímco jeden považuje za tuto hranici 50 %, druhý bude vyžadovat léčbu i u 5 % šance na úspěch.

⁶³ Znění tohoto doporučení: „Kardiopulmonální resuscitace není indikována v případě nevratného terminálního onemocnění, kdy oběhová zástava ani smrt nejsou neočekávané.“ STEINLAUF, B., *Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2022, s. 1.

Jak fyziologická, tak probabilistická futilita jsou tedy měřítkem spíše arbitrárním a jen těžce implementované v klinické praxi. Kvalitativní futilita, jak již z názvu vyplývá, se orientuje na kvalitu života jedince. V centru stojí člověk a pro význam léčby je upřednostňována především kvalita života před jeho pouhým biologickým prodlužováním. Jako příklad je uveden pacient ve vegetativním stavu, kdy dnešní moderní medicína může pacienta při životě udržet i několik let. U kvalitativní futility ovšem také vyvstává otázka, a to jaká představa kvality života je správná a kdo by měl být vlastně konečným arbitrem tohoto posuzování. Normativní futilita se soustředí na fakt, zda je možné docílit cílů stanovené léčby, což je hlavním kritériem pro posouzení této léčby. Cíl léčby zde určuje pacient, přičemž on je také ten, který určuje ještě pro něj přijatelnou výši rizika a zátěže. Pokud léčba nemůže naplnit cíl léčby stanovený pacientem, hovoříme o normativní futilitě.

Angloamerická odborná literatura v poslední době zastává stanovisko opuštění od konceptu marné léčby. V této návaznosti lze sledovat jistý posun v terminologii, kdy výraz marné léčby bývá nahrazován léčbou prospěšnou nebo léčbou nepřiměřenou, někdy doplněno o příslovce potencionálně nebo klinicky. Opouští se také od představy, že by koncept marné léčby mohl být jednoznačnou dělící linií mezi autoritou lékaře a autonomií pacienta.⁶⁴ V ČR aktuálně existují dvě doporučení nabízející definici marné léčby. Jednak jde o doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Druhé doporučení se týká dětských pacientů. Jedná se o stanovisko sekce dětské paliativní péče České společnosti paliativní medicíny (dále ČSPM ČLS JEP) k poskytování život udržující léčby dětským pacientům.⁶⁵

ČLK ve svém doporučení používá termín „marná a neúčelná léčba“, kterou definuje následovně:

Léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.⁶⁶ Nezahajování léčby je definováno jako „léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován, a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na

⁶⁴ Tamtéž, s. 3-9.

⁶⁵ Srov. tamtéž, s. 34. Více srov. ČLK. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010* [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk>. Také srov. *Stanovisko k poskytování život udržující léčby dětským pacientům*. Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2019 [online]. Dostupné z: <https://www.detskapneumologie.cz/getattachment/Home/Neucelna-pece-u-detskych-pacientu-FINAL.pdf.aspx>

⁶⁶ ČLK. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010. Článek 3 písm. d)* [online].

pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.“⁶⁷

Doporučení ČLK definuje také termín „nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).“⁶⁸

Dle doporučení ČLK, marná a neúčelná léčba nemá být indikována v případech nevyléčitelně nemocných pacientů v terminálním stádiu anebo u nemocných, kteří trpí nevratnou poruchou integrity orgánových funkcí, přičemž nereagují na již indikovanou terapii. V těchto případech jde o postupy, které jsou v souladu s etickými a právními předpisy. V doporučení je také kladen důraz na přání nemocného, které by mělo být součástí rozhodovacího procesu, pokud je to možné. Je kladen důraz na informovanost osoby blízké nebo rodiny, aniž by se na ně delegovalo rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby. Tato odpovědnost je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře. Steinlauf je přesvědčena, že význam doporučení ČLK spočívá spíše v jakési nápovědě lékaři při jeho rozhodování u léčebného postupu v závěru života. Uvádí, že nejde o dostatečnou oporu doporučení při rozhodování lékaře, jelikož klinická praxe se setkává s rozmanitostí pacientů a jejich očekáváním. Odkazuje dále na Etický kodex ČLK a na zákon o zdravotnických službách, který požaduje poskytování zdravotních služeb na odborné úrovni dle uznávaných medicínských postupů s ohledem na individualitu a respekt pacienta.

ČSPM ČLS JEP nahrazuje termín marné léčby termínem neúčelné léčby, jelikož první terminologii považuje za nepřesnou, často zavádějící. Tato terminologie má dvě definice týkající se vždy nezletilých pacientů, v souvislosti se schopností vyjádření své vůle či nikoliv. Dle vyjádření o nezahájení či ukončení neúčelné léčby spolurozhodují nejen ošetřující lékaři a zákonní zástupci, ale i nezletilý pacient je-li schopen projevit svou vůli. Důraz je kladen na zájem pacienta, který nesmí být zaměňován za vlastní zájem rozhodujících. Toto stanovisko reflektuje více současná zahraniční doporučení, která se kloní spíše k tomu, že lékaři náleží pouze hodnocení fyziologicky marné léčby a ten, kdo rozhoduje o vhodnosti léčby je zákonný zástupce nebo pacient sám.

⁶⁷ ČLK. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010. Článek 3 písm. e)* [online].

⁶⁸ ČLK. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010. Článek 3 písm. f)* [online].

Steinlauf upozorňuje na fakt, že doporučení opouští představu hodnocení účelnosti z pohledu pacienta, poněvadž účelnost léčby má hodnotit lékař na základě svého úsudku. Uvažuje nad tím, do jaké míry toto hodnocení lékaře bere v potaz kvalitu života jedince a zda nedochází k názorové odlišnosti na účelnou léčbu z pohledu lékaře a pacienta. Dodává, že současná zahraniční literatura spolu s odbornými doporučeními a na základě rozhodnutí soudů opouští od přesvědčení, kdy marnou léčbu lze hodnotit pouze z medicínského hlediska a kdy by tento koncept mohl být jasně dělicí linií mezi autonomií pacienta a autoritou lékaře.

Z právního hlediska v ČR Steinlauf považuje za zásadní, dodržování transparentního rozhodovacího procesu zaručující ochranu ústavně garantovaných práv pacienta. Zároveň upozorňuje na nedostatky v českém právním prostředí v podobě nedodržování či dokonce nepřítomnosti těchto procesů v mnoha případech.⁶⁹

2.4.2. Nezahájení a ukončení život udržující léčby

Barbora Steinlauf považuje problematiku nezahájení a ukončení život udržující léčby za jedno z nejkontroverznějších témat současné etiky a práva v závěru života. Ve své knize se zamýšlí nad otázkami rozdílu mezi nezahájením a ukončením života již započaté udržující léčby, rozdílem mezi intermitentní a kontinuální léčbou udržující život anebo v neposlední řadě otázkami odlišení nezahájení či ukončení života pomocí udržující léčby od eutanazie. Zatímco v zahraničí existuje jasné stanovisko, které zní, že není rozdíl mezi nezahájením a ukončením života udržující léčbou, v ČR prozatím pokračuje diskuse o pochybnostech tohoto rozdílu. Existují různé přístupy lékařů a na základě intenzity této diskuse se také objevuje otázka eutanazie v ČR. Naopak v zemích západního světa již existuje jasný rozdíl v postupech, které právě zřetelně rozlišují nezahájení a ukončení udržující léčbu od eutanazie.

Autorka dále poukazuje na rozdílný výklad a odlišnosti právních systémů jednotlivých zemí. Uvádí typický příklad nejasného definování a následného využití například u rozhodování odpojení od přístrojové podpory vitálních funkcí. Zatímco takovéto rozhodnutí jedna strana považuje za pasivní eutanazii, druhou skupinou je považována a označována za upuštění od ukončení život udržující léčby.

Steinlauf se domnívá, že je nejprve nutné přesně vymezit terminologii aktivní a pasivní eutanazie. V ČR dle důvodové zprávy k zákonu o zdravotních službách je tento postup

⁶⁹ Srov. STEINLAUF, B., *Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*, s. 35-47.

definován jako aktivní způsobení smrti. Ona sama tvrdí, že vychází z označení aktivní eutanazie Josefem Kuřetem z publikace, *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, tedy usmrcení pacienta lékařem přímou cestou, kdy lékař svým aktivním konáním (většinou podáním letální dávky medikace) způsobí smrt pacienta. V případě pasivní smrti vychází z terminologie Adama Doležala z publikace *Eutanazie a rozhodnutí na konci života*, kdy lékař je povinován, ale neposkytne pacientovi nutnou terapii či ji předčasně ukončí, přičemž toto rozhodnutí vede k následné smrti nemocného.⁷⁰

Pokud tedy vychází z terminologií zmíněných autorů, musí potom terminologicky odlišit nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, které následně také považuje za eticky i právně zcela odlišné od pasivní a aktivní eutanazie.

Zatímco aktivní a pasivní eutanazii lze v rovině právní hodnotit jako usmrcení pacienta s možnými trestněprávními následky, ukončení nebo nezahájení život udržující léčby lze naopak hodnotit jako postup, který zcela legitimně zohledňuje jednak limity současné medicíny a jednak představu jednotlivých pacientů o tom, jak si přejí strávit závěr svého života.⁷¹

Dodává, že je velmi nutné odlišit terapeutickou pasivitu na konci života od jednání označovaného jako pasivní eutanazie, což je v souvislosti s probíhajícími diskusemi v českém právním prostředí velmi aktuální a zcela zásadní. V neposlední řadě důležitým argumentem zůstává otázka autonomie pacienta nebo otázka ukončení život udržující léčbu jako zásah do integrity člověka. Této problematice se budu podrobněji věnovat v následujících kapitolách.

2.4.3. Paliativní sedace

Na základě zmírnění nesnesitelného utrpení je pacient pomocí paliativní sedace uveden dočasně nebo nepřetržitě do umělého komatu, a to do chvíle, než se dostaví smrt způsobená původním onemocněním. Za nesnesitelné utrpení je například považována nesnesitelná bolest, panické stavy nebo stavy extrémního neklidu. Podání sedativ na konci lidského života se nesmí používat k jeho zkrácení nebo uspíšení příchodu jeho smrti. Odborné studie a zkušenosti zastávají stanovisko, že profesionální provedení paliativní sedace život nezkracuje, nýbrž naopak. Předkládají výsledky dokazující, že se zbylá doba nevyléčitelně nemocného a umírajícího prodlužuje ve srovnání s pacienty,

⁷⁰ Srov. STEINLAUF, B., *Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*, s. 51.

⁷¹ Tamtéž, s. 52.

kterí tuto léčbu neobdrželi, a to zejména z důvodu snížení fyzického a psychického tlaku na pacienta a jeho blízké okolí.⁷²

V odborné literatuře je paliativní sedace popisována jako forma symptomové terapie, která spočívá v podávání medikace, která vede k utlumení vědomí nemocného.⁷³ Někdy je paliativní sedace dále dělena na mělkou – orální a hlubokou – subkutánní nebo intravenózní. Do hlubokého kontinuálního bezvědomí, tzv. continuous deep sedation se uvádějí pouze pacienti v poslední fázi jejich života (zde hovoříme o dnech či hodinách), kteří jsou doprovázeni specifickými okolnostmi jako již zmíněné nesnesitelné utrpení nebo je doprovázejí symptomy, od kterých jinak nelze ulevit nebo je to pacientovo přání na základě předem získaného souhlasu.⁷⁴

V ČR je paliativní terapie považována za legitimní terapii a je v souladu s českým právem. Mnoho autorů, jako například Stolínová a Mach, Ptáček nebo Šustek se shodují na tom, že paliativní sedace by měla být běžnou součástí péče o pacienta v závěru života, za předpokladu jasně stanovených medicínských pravidel. Na tomto přístupu se v zásadě shodují s mnoha zahraničními autory, přístupy v zahraničí a Etickým kodexem ČLK.

Steinlauf klade velký důraz na nezaměňování terminologie paliativní sedace za sedaci terminální, kdy může být vnímána paliativní sedace ve smyslu terminace, tedy ukončení pacientova života, což může vést k nedostatečně eticky a právně reflektované diskusi o rozdílu mezi paliativní sedací a eutanazií.

Upozorňuje dále, že v českém právním prostředí chybí zejména hlubší diskuse o rozlišení postupů mezi paliativní sedací a eutanazií a následně dochází k hrubému nepochopení jejich odlišností. Dodává, že je nutné odmítnout názory typu „eutanazie je přece v českém klinickém prostředí dávno prováděna, není proto důvodu bránit její legalizaci.“⁷⁵ Steinlauf uvádí některé rozdíly, které byly již vysledovány a pojmenovány v prostředí (autorka specificky hovoří o Nizozemí), kde je eutanazie legislativně definována a regulována.

⁷² Srov. MILFAIT, R. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající. Souvislosti lidských práv a náboženských tradic*. Praha: Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky, 2019, s. 59-60.

⁷³ Srov. STEINLAUF, B., *Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*, s. 157.

⁷⁴ Srov. MILFAIT, R. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající. Souvislosti lidských práv a náboženských tradic*, s. 59.

⁷⁵ STEINLAUF, B., *Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*, s. 160.

Jmenované rozdíly jsem pro přehlednost upravila do tabulky níže. Je nutné si uvědomit, že zásadní rozdíl mezi paliativní sedací a eutanazií, spočívá zejména v cíli. Zatímco paliativní sedace zmírňuje utrpení umírajícího pacienta, eutanázie vede k jeho usmrcení.⁷⁶

Tabulka 6 Odlišení paliativní sedace a eutanazie

	Paliativní sedace	Eutanazie
Indikace	Pacient trpí refrakterními potížemi fyzického charakteru spojené s jeho onemocněním	Podmínky výhradně stanoveny zákonem
Dávkování léčiva	Titrované dávkování	Podání nadměrné dávky léčiva způsobující jeho smrt
Souhlas pacienta	Identický režim jako v jiných případech poskytovaného souhlasu ve zdravotnickém zařízení	Výhradně na žádost pacienta/aktivita pacienta
Provedení	Provádí lékař na základě jeho klinického úsudku, bez konzultace jiného lékaře	Lze provést vždy až na základě po konzultaci s druhým nezávislým lékařem
Způsob kontroly	Nepodléhá hlášení a žádné ex post přezkoumání	Podléhá hlášení a ex post přezkoumání

2.4.4. Hovořit s pacienty o tom, že umírají?

Dalším z kontroverzních témat v naší společnosti je otázka, zdali se má mluvit s pacientem o tom, že umírá. Podle zákona o zdravotnických službách č. 372/ 2011 má pacient právo na srozumitelné informace o svém zdravotním stavu, přičemž má právo klást doplňující otázky, které by mu měli být opět srozumitelně zodpovězeny.

Dle § 32 však může být tato informace v nezbytně nutném rozsahu a čase zadržena, v případě, že by toto sdělení mohlo způsobit závažnou újmu na pacientově zdraví. Zákon již však nespecifikuje a nechává tak zcela na zdravotnících, jak oni sami závažnost potencionální újmy vyhodnotí. Možná právě toto, má za následek častou realitu nedostatečné informovanosti a neznalosti naděje na dožití u českých pacientů.

Loučka uvádí, že dostupná data vypovídají o tom, že většina zdravotníků podporuje právo na informace u pacientů. Přesto mnoho z nich tak nečiní z následujících důvodů: nedostatečnost výcviku/ zkušenosti či času, stres, nedostatek pacientova času na zpracování informace, obava z negativního přijetí a beznaděje ze strany pacienta, nejistota ohledně prognózy onemocnění nebo žádost ze strany rodiny o nesdělování této informace. Některé z důvodů jsou nastaveny daným systémem. Argument zadržení informace z důvodu neblahých následků po sdělení jako je deprese, ztráta naděje či motivace do léčby vyvrací americká studie *Coping With Cancer*.

⁷⁶ Srov. tamtéž, s. 157-160.

Nejen, že se nepotvrdila negativní přijetí ze strany pacienta, ale naopak pacienti, kteří byli o realitě svého onemocnění informováni, se častěji dostali do hospicové péče a procházeli méně agresivní léčbou v závěru života. Další studie přináší poznatky, že pacienti si zachovávají velkou míru naděje bez ohledu na to, jak přesně jsou informováni. Existují však také autoři, kteří naopak poukazují na nižší kvalitu života a vyšší úzkost pacientů v souvislosti se sdělením nepříznivé prognózy onemocnění.

Faktem je, že současná odborná literatura nenabízí jednoznačnou odpověď. Nicméně faktem také zůstává, že pacient má právo na plnou informovanost o svém zdravotním stavu a na základě této informace se může svobodně rozhodnout o následných krocích svého zbývajících života.⁷⁷

2.4.5. Výzkum s pacienty v závěru života

Výzkumem s pacienty v závěru života se míní především výzkum v paliativní péči. Jde o výzkum, který stojí na samém počátku, a to nejen z důvodů nedostatku financí nebo relativního mládí toho oboru. Jde o překážky, které můžeme rozdělit do třech okruhů. V první řadě jde o tzv. gatekeeping, což znamená, že nejen zdravotníci, ale také jejich blízcí odmítají zapojit nemocného do výzkumu, zejména z obav zátěže, kterému by mohl být pacient vystaven. Druhým důvodem je opět obava, a to z neetičnosti takového výzkumu. Příčinou této obavy je skutečnost, že nemocný v terminálním stádiu bývá velmi křehký a zranitelný. Času obvykle nezbyvá dostatek, tudíž je velmi cenný, navíc zdravotní stav nedovolí pokaždé získat informovaný souhlas a pacient pravděpodobně již také nebude mít z odměny žádný osobní užitek.

Ptáček s Bartůňkem uvádějí, že podrobná analýza zmíněných obav prokázala, že výzkum s paliativními pacienty je zcela v souladu s etikou při zachování všech pravidel vědecké práce, podobně jako je tomu u výzkumu dětských pacientů či pacientů s demencí. Na základě získaných dat pacienti a jejich rodiny většinou vnímají možnost zapojení do výzkumu jako prospěšné, kdy jim přináší jakousi satisfakci v podobě pocitu prospěšnosti.

⁷⁷ Srov. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., *Kontroverze v současné medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Mladá fronta a.s., 2016, s. 283-284. Více srov. EPRÁVO. *Zákon ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* (zákon o zdravotních službách) [online] [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ze-dne-6-listopadu-2011-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-18611.html>

Za poslední zábranu je považována komplexita samotné paliativní péče zahrnující intervence paliativního týmu, pacienta a jeho rodiny. Oba autoři jsou přesvědčeni, že výzkum v závěru života je nezbytným v oblasti péče, pokud chceme zajistit pacientům co nejlepší podmínky pro pokojnou smrt.⁷⁸

2.5. Souhrn

Pro pochopení problematiky smrti a umírání byla definována základní terminologie představující hluboká témata jako je thanatologie, umírání, smrt, žal nebo truchlení. V současnosti se hovoří o medikalizaci smrti a na lékaře je v jistém smyslu nahlíženo, jako na ty, kteří díky neustálému vývoji v medicíně získávají určitou míru moci nad lidským životem. Medikalizace vedla k přesunutí smrti do nemocnic, přestože většina lidí si přeje zemřít nejen rychle, ale také ve známém prostředí. V roce 2021 zemřelo doma pouze 23,5 % lidí a 60 % z nich v nemocnicích. Nešporová je přesvědčena, že novější pojetí konceptu dobré smrti by mohlo spočívat v částečném navrácení rozhodování o konci života umírajícímu. Nemocný sám by se mohl rozhodnout, kde a jak chce umřít, což by částečně mohl naplnit medicínsko-právní a etický institut dříve vyslovené přání s respektem jeho naplnění ze strany rodiny a zdravotnického personálu.

Některé lékařské zásahy v péči na konci života mohou zachránit nebo prodloužit život pacienta. Lékaři, ale i pacienti včetně rodinných příslušníků stojí často před obtížným rozhodnutím, kdy a zda by se tato léčba měla využít nebo zda by měla být léčba naopak vysazena.

Palčivost etické problematiky v závěru života je čím dál více diskutována a hledají se odpovědi na otázky, zdali medicína má opravdu nabízet vždy vše co technologicky dokáže nebo zda existují jiná relevantní hlediska v péči v závěru života. Mezi diskutované kontroverze spojené s péčí o umírající můžeme zařadit problematiku marné léčby, nezahájení či ukončení udržující léčby (např. KPR, hemodialýza, deaktivace kardio-defibrilátoru), paliativní sedaci, přítomnost rodiny u život zachraňujících úkonů nebo výzkum s pacienty v závěru života. Kontroverzí zůstává i otázka, zdali a jak mluvit s pacienty o tom, že umírají.

⁷⁸ Srov. tamtéž, s. 286-287.

3. Princip autonomie

Koncept autonomie a princip respektu k autonomii jsou uznávány a chráněny v mnoha jurisdikcích po celém světě. Zatímco autonomní jedinec jedná svobodně v souladu se svým přesvědčením a právními předpisy, naopak jedinec se sníženou autonomií není schopen jednat na základě svých rozhodnutí a přání, nýbrž je obvykle ovládán ostatními.⁷⁹ V kontextu smrti a umírání se autonomie často projevuje v právu jedince rozhodnout se pro svůj konec života, včetně rozhodnutí o tom, jaké lékařské postupy a ošetření by měly být použity. V některých jurisdikcích je dále autonomie a právo na sebeurčení rozšířeno na možnost asistované sebevraždy nebo eutanazie. Zatímco příznivci argumentují, že jedinci by měli mít právo rozhodovat o svém vlastním životě a smrti, naopak odpůrci tvrdí, že život je posvátný a asistovaná sebevražda nebo eutanazie by mohly vést k zneužití.

Je důležité zdůraznit, že autonomie jedince není absolutní. Existují určité limity, které jsou stanoveny zákonem a etickými normami, aby se zabránilo zneužití a ochránilo se veřejné dobro. Každopádně otázka autonomie jedince v kontextu smrti a umírání je velmi složitá, citlivá a často kontroverzní téma, které vyvolává řadu nejen právnických, ale zejména pak etických otázek. Jedním z klíčových etických principů, které se týkají autonomie jedince v kontextu smrti a umírání v ČR je institut informovaného souhlasu, institut předem vysloveného přání nebo respektování důstojnosti jedince.⁸⁰

3.1. Vývoj principu autonomie a vztahu pacient – lékař v čase

Respekt k autonomii hraje v současné západní bioetice zcela dominantní úlohu⁸¹. První zmínky nacházíme již v řecké filozofii například v koncepci sebekontroly u stoiků nebo v teorii dobrovolnosti jednání u Aristotela, který již v jeho *Etice Nichomachově* poukazoval na to, že pokud jednání není dobrovolné, nemůže být hodnoceno jako správné nebo nesprávné. Etymologicky pojem autonomie vychází ze starořečtiny spojením slov autos – tj. self neboli já a nomos – tj. norma, pravidlo, právo, vláda nebo zákon.

⁷⁹ Srov. BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Eight Edition, Oxford University Press, 2019, s. 99.

⁸⁰ Srov. VARKEY, B., *Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice*. Medical Principles and Practice, (2021) 30 (1): 17–28. [online] [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://karger.com/mpp/article/30/1/17/204816/Principles-of-Clinical-Ethics-and-Their>

⁸¹ Srov. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 123.

Prvotně tento termín označoval sebevládu a nezávislost jednotlivých států, měl tedy nejdříve původ v politické teorii. Později se tento termín autonomie přenesl i do teorií zabývajících se autonomií osoby.⁸² Autonomie jako taková nabývá většího významu v období osvícenství (17.-18. st.), kdy dochází k podrobnému rozpracování koncepce sebe sama a pojmu Já. Těmito myšlenkami se zabývali filozofové jako René Descartes, John Locke, Jean Jacques Rousseau, Immanuel Kant nebo John Stuart Mill. Významný vliv na angloamerický liberální individualismus měla Lockova teorie a jeho právo na sebeurčení, které obhajoval tím, že člověk je sebeovládající se a sebe kontrolující se osoba, tudíž je tedy i osoba autonomní. Právě myšlenky Johna Locka byly výrazně zastoupeny v americké ústavě.

V bioetické literatuře bývá často zmiňována Kantova rozsáhlá koncepce autonomie, kterou postavil do centra své praktické filozofie.⁸³ V širokém pojetí ji lze chápat jako schopnost samostatně myslet a samostatně také jednat.

V Kantově filozofii můžeme rozlišovat více významů autonomie jako například autonomie jako svoboda, autonomie jako nejvyšší princip mravnosti, autonomie jako sebe zákonodárství spojená s povinností kladenou na sebe samého nebo autonomie jako základ důstojnosti člověka.⁸⁴ Pojem svobody zcela zásadně spojuje s pojmem osoby a na poli praktické filozofie dokazuje, že svoboda je realitou, a nejen pouhou iluzí.⁸⁵ Podle Kanta, osoba není pouhým zdrojem morální povinnosti, nýbrž je také předmětem morálního uznání ze strany druhé osoby, přičemž je respektována její autonomie a důstojnost. Kant považoval autonomii za hodnotu, která náleží a je zároveň cílem každé osoby, je ale také zdrojem univerzálních morálních principů a morálního zákonodárství. Hovoříme zde o tzv. sebezákonné autonomii – morální a deontologické.⁸⁶

Autonomií se také zabýval filozof a stoupenec utilitarismu John Stuart Mill ve svém díle *O Svobodě*, který zastával naprosto rozdílný koncept. On vycházel především z utilitaristické etiky, jejímž cílem svobody je prospěch a maximalizace štěstí. Hodnota autonomie tkví pouze v principu užitku, přičemž pro lidské blaho jsou nezbytně nutná individuální práva a spravedlnost. Mezi tyto práva patří především ochrana před

⁸² Srov. tamtéž, s. 124. Více srov. SÝKOROVÁ, D., *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, s. 73. Také srov. VÁCHA M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, T., *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 99.

⁸³ Srov. tamtéž, s. 125.

⁸⁴ Srov. SIROVÁTKA, J., *Autonomie a alterita. Kant a fenomenologie*. Fakulta filozofické Univerzity Pardubice: Pavel Mervart, 2023, s. 29.

⁸⁵ Srov. tamtéž, s. 43.

⁸⁶ Srov. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*, s. 126.

neoprávněným zásahem do svobody⁸⁷ a právo ochrany před způsobením újmy ze strany ostatních. Mill je přesvědčen, že tyto práva mají být uznávána společností, která by měla zajistit jejich ochranu, i případně za cenu vynucení. Podle Milla může každý využívat svobodu do té míry, dokud není zasahováno do osobních práv ostatních členů společnosti. Tato koncepce představuje pojetí negativní a vnější autonomie, která se vymezuje proti zásahům ze strany státu nebo ostatních jedinců společnosti.⁸⁸

Svobodou se zabýval další z filozofů, Isaiah Berlin, který ovšem poukazoval na to, že pojem svoboda v sobě historicky skýtá něco přes dvě stě významů. Berlin sám zdůrazňuje dva tradiční koncepty, které můžeme považovat za velmi důležité v současné bioetice. Jedná se o tzv. „svobodu spojenou s negativním významem, kterou následně vyjadřuje také souslovím svobody od něčeho, a to svobodu s pozitivním významem spojenou se sebekontrolou a rozhodováním o sobě samém“.⁸⁹ Terminologie negativní svobody se začala používat po zveřejnění Berlinovi eseje *Two Concepts of Liberty*, kde se autor odkazuje z části na Millovu teorii a ztotožňuje se s myšlenkou vymezení a vlivu z vnějšku, kdy tvrdí: „Pokud nemohu jednat tak, jak bych chtěl, jsem do jisté míry nesvobodný – a pokud tato nesvoboda pramení ze strany jiné osoby, je možné hovořit o útlatku.“⁹⁰ Problematika koncepce negativní svobody spočívá v její složitosti a přílišné obsáhlosti. Berlin uznává, že absolutní osvobození není možné, přičemž souhlasí se Schopenhauerovou myšlenkou na dosažení úplného osvobození od vnějších tlaků, které podle něj přichází teprve až s příchodem vlastní smrti. Jde o to, že žijeme ve světě, kde nelze vždy prosadit svou vlastní vůli, ať již jsou důvodem sociální omezení nebo přírodní zákony. Konstatuje, že i v případě přijetí a respektování přirozených hranic naší svobody není možné absolutní svobody dosáhnout. Berlin si je vědom omezování určitých svobod, ale současně prosazuje myšlenku na nutnost zachování určité minimální hranice svobody, která by měla být vždy a za všech okolností zachována.

Berlin dále hovoří o svobodě vnitřního Já. Jde o svobodu, kterou si člověk uchovává ve své niterní mysli a může si tak zachovat svoji autonomii, i když je ve skutečnosti například uvězněn. Jde o filozofii, která se vyskytovala v náznacích již u stoiků. Neexistuje pouze koncept negativní svobody, ale rozeznává se i svoboda pozitivní.

⁸⁷ Svoboda umožňuje rozšiřovat dobro. Tamtéž, s.126.

⁸⁸ Srov. tamtéž, s. 126.

⁸⁹ Tamtéž, s. 127.

⁹⁰ Tamtéž, s. 127.

Ta vychází z odvěké tužby člověka být svým vlastním pánem a mít vlastní moc rozhodovat se o sobě samém. Nicméně i pozitivní svoboda nese svou problematiku, pokud dosáhne své dominance, která spočívá v omezení či dokonce zničení některých negativních svobod. Berlin vidí smysl obou svobod v respektu k jedinečnosti každého jednoho člověka, kterou považuje jako jednu ze zásadních hodnot svobody.

Na tyto názory navazuje pojetí autonomie označována termínem autenticita, v jejímž zájmu stojí jednotlivec a jeho jedinečnost se svým opravdovým Já. Toto pojetí vyzývá k tomu, abychom byli skutečně sami sebou a byli k sobě opravdově upřímní.⁹¹ Myšlenky autenticity prosazoval ve své filozofii Sören Kierkegaard, po druhé světové válce Charles Taylor nebo v analytickém směru bioetiky například Harry Frankfurt, Gerald Dworkin či John Christman.

Vývoj směru autonomie v bioetice bývá spojován se zneužíváním medicínského výzkumu za 2. světové války v nacistickém Německu. V důsledku těchto historických událostí vznikaly první mezinárodní etické dokumenty jako Norimberský kodex (1947)⁹², Ženevská deklarace (1948), Helsinská deklarace (1964) nebo Belmontská zpráva (1978).

Autonomie v současné bioetické literatuře bývá především spojována s pojetím autonomní osoby a autonomního jednání, které se dále promítají dle Tomáše a Adama Doležalových do čtyř aktuálně převládajících koncepcí autonomie a jejich relevanci pro medicínskou etiku:

- defaultní autonomie Beauchampa a Childress
- stupňovitá neboli autonomie autenticity (split-level autonomy)
- normativní autonomie
- autonomie sociálních vazeb (relational autonomy)⁹³

Jak již bylo v úvodu zmíněno, respekt k autonomii má v současné bioetice dominantní postavení. Pokládá se za základní princip pro definování informovaného souhlasu nejen v etické, ale i právní oblasti. V otázkách autonomního rozhodování pacienta se často uvádí princip autonomie v protikladu k historickému konceptu medicíny.⁹⁴

⁹¹ Srov. tamtéž, s. 128.

⁹² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 145.

⁹³ Srov. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*, s. 129.

⁹⁴ Srov. tamtéž, s. 123.

Model paternalismu po dlouhá staletí vyhovoval jak lékařům, tak pacientům, ale i jejich rodinám. Tento přístup se změnil až v sedmdesátých letech 20. st.⁹⁵, kdy dochází k přechodu od paternalismu k partnerství. Daniel Callahan ve svých úvahách o vztahu lékaře a pacienta volil silné pojmy dokonce jako lékařská diktatura nebo lékařská demokracie.

V tradičním modelu měl lékař naprosto dominantní až svým způsobem otcovskou roli a neočekával jakoukoli korekci ze strany nemocného. Haškovcová píše: „Pacient se lékaři svěřil se svými zdravotními problémy a očekával, že lékař rozhodne podle svého nejlepšího vědomí a svědomí v jeho prospěch. Přesunul tak nejen právní, ale i praktickou odpovědnost na lékaře. Svůj názor neprosazoval, protože jej nebyl schopen sám formulovat.“⁹⁶ Vzhledem k asymetrii vzdělanosti to byl lékař, který udával směr vzájemné komunikace a v případě závažného stavu pacienta volil nezřídká tzv. *pia fraus* neboli milosrdnou lež.

Pozvolné odosobnění vztahu mezi lékařem a nemocným a následný přechod paternalismu k partnerství nebylo náhodné. Bylo důsledkem společensko-politických změn spočívající v důrazu na lidská práva a individuální svobody, v závěsu pokroků ve vědě a lékařské praxi, vzrůstající informovanost laiků, rozvoj internetu, demografický nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných nebo obtížnosti v rozhodování léčby vyžadující spolupráci nebo souhlas pacienta.⁹⁷ Podle Haškovcové participace pacienta na celé léčbě je nezbytná. Současně ale poukazuje na fakt, že s přechodem k partnerství, dochází do jisté míry k problematické proměně role pacienta v roli klienta neboli zákazníka. Upozorňuje na to, že klientský model se masivně uplatňuje již v českých sociálních službách a pomalu se rozšiřuje i ve zdravotnictví.

Jde o to, pokud se z pacientů stávají klienti, budou se objednávat a následně za služby platit, což bude znamenat sestup dosavadního tradičního postavení lékaře. Odborné zákroky ze strany lékaře budou redukovány na pouhé poskytování zdravotnických služeb. Dokonce hrozí, že autorita lékaře může čelit konfliktu s autonomií pacienta.

⁹⁵ V 2. pol. 20. st. byl euroamerický prostor nábožensky, morálně, ale i názorově pluralitní. V době vzniku lékařské etiky jako samostatné disciplíny byl požadavek na formulaci jednotných principů. Těchto požadavků se chopili společně Beauchamp a Childress a formulovali tzv. čtyři etické principy, dodnes převládající v aplikované bioetice. Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., A KOLEKTIV, *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, s. 53.

⁹⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2015, s. 90.

⁹⁷ Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., A KOLEKTIV. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 28.

Dle Pichlera je nutné mít na paměti dva aspekty při uplatňování práva nemocného na účasti v rozhodování o léčebných doporučeních: „Totiž to, co může nebo dokonce musí, rozhodnout lékař a co pacient“.⁹⁸ Výhodou partnerského přístupu je spoluúčast a spoluodpovědnost pacienta při léčbě, podřízení se lékaře pacientovo přáním či volbám, které mohou být dokonce v rozporu s jeho vlastním dobrem, které naopak paternalistický přístup odmítá.⁹⁹

I v další bioetické literatuře dochází v poslední době ke kritice pojetí autonomie a její dominance. Doležalové ve své publikaci uvádějí tři hlavní výhrady. Za prvé kritizují, že jde o mnohovýznamový koncept, který nemá pevnou definici a z toho důvodu nelze vždy účelně aplikovat. Za druhé se jedná o odvozenou hodnotu, jejíž důležitost pro morální dobro musí být omluven prostřednictvím well-being člověka. Poslední kritika spočívá v zásadním odmítnutí autonomie člověka, a to z důvodu popření existence svobodné vůle člověka.¹⁰⁰

3.2. Bioetický princip autonomie podle Beauchampa a Childresse

V roce 1979 Beauchamp a Childress, pracovníci prestižního centra při washingtonské Georgetownské univerzitě, formulovali čtyři principy etiky. Jde o tzv. principlismus, konzistentní morální teorii, která stojí na identifikaci mravních principů, o kterou se v současné době dominantně opírá práce zdravotnického personálu a celé rozhodování v medicíně. Mezi tyto čtyři základní mravní principy v medicíně patří:

- Beneficence (dobročinnost) – jednat v nejlepším zájmu nemocného
- Nonmaleficence (neškození) – nepoškodit nemocného
- Respekt for Autonomy (respekt k autonomii) – respektovat autonomii nemocného
- Justice (spravedlnost)

Principlismus ve své době zaznamenal velký úspěch a záhy se rozšířil i mimo hranice spojených států.¹⁰¹ Vácha podotýká, že tyto principy zdaleka nevyčerpávají oblast

⁹⁸ HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, s. 93.

⁹⁹ Srov. VÁCHA M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, T., *Základy moderní lékařské etiky*, s. 57.

¹⁰⁰ Srov. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*, s. 124.

¹⁰¹ Srov. ŠIMEK, J., *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, s. 117-118.

lékařské etiky. Přestože jsou formulovány celkem volně a mnozí se na těchto principech shodnou, může nastat komplikace v podobě konfliktu dvou nebo více těchto principů.

Princip autonomie a spravedlnosti jsou poměrně nové, zatímco principy beneficence spolu s nonmaleficencí mají základ již v Hippokratově sbírce.¹⁰² Princip autonomie neboli Respekt for Autonomy je v publikaci Beauchampa a Childresse popisován jako první z principů. Autoři ovšem hned v úvodu zdůrazňují, že tento princip nemá přednost před ostatními principy.

Pro autonomii jsou obecně nezbytné dvě podmínky: svoboda ve smyslu nezávislého rozhodování a schopnost jednat ve smyslu záměrného neboli úmyslného jednání. Autoři z těchto principů v prvních krocích vycházejí a snaží se formulovat teorii autonomie vhodnou pro bioetiku.¹⁰³ Ta se zaměřuje na nedokonalé podmínky. Analyzují autonomní jednání běžného jedince, který se rozhoduje na základě tří podmínek:

1. Jedná záměrně.
2. Jedná s porozuměním – za autonomní nelze považovat jednání, pokud jedinec nerozumí dostatečně, například z důvodu nemoci, nezralosti, iracionality nebo nedostatečné komunikace.
3. Jedná svobodně bez působení vnitřních nebo vnějších vlivů – tím jsou například míněny externí zdroje ve smyslu nátlaku a manipulace druhé osoby nebo vnitřní stavy, které osobu zbavují její samostatnosti.¹⁰⁴

Zatímco úmyslné jednání není otázkou míry, je záměrné nebo nezáměrné. Porozumění může být více či méně úplné a taktéž míra ovlivňování může být více či méně závažná, proto je třeba formulovat kritéria v konkrétních kontextech. Je zcela v pořádku, pokud jednotlivci využívají svou autonomii k tomu, aby si vybrali přijmout instituci, tradici nebo komunitu, kterou považují za legitimní zdroj vlivu nebo směru. V tomto případě, autoři nespatřují zásadní rozpor mezi autonomií a autoritou.

Uvádí příklady jako rozhodnutí pacienta dodržovat doporučení od lékaře autority nebo římskokatolického jedince, který se vzdá možnosti potratu v souladu s autoritou v podobě církve.¹⁰⁵

¹⁰² Srov. VÁCHA M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, T., *Základy moderní lékařské etiky*, s. 56.

¹⁰³ Srov. BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, s. 100.

¹⁰⁴ Srov. tamtéž, s. 102.

¹⁰⁵ Srov. tamtéž, s. 103.

Ke konfliktům autority s autonomií může dojít, ale je to spíše zapříčiněno nepochopením, příkladem mohou být určité formy lékařského paternalismu. Respekt k autonomii znamená uznat právo na vlastní názory, volby nebo jednání jedince s určitými hodnotami, s výjimkou hrozícího poškození druhé osoby. Tento respekt je projevem nejen respektujícího postoje, nýbrž zejména jednání a vyžaduje více než pouhé nevměšování se do osobních záležitostí druhých.¹⁰⁶ Profesionály ve zdravotnictví a výzkumu zavazuje k tomu, aby zveřejňovali informace, zajistili porozumění a podporovali následné adekvátní rozhodování. Je nutná podpora morálních pravidel, jako například sdělovat pravdu¹⁰⁷, respektovat soukromí ostatních, chránit důvěrné informace nebo získání pacientova souhlasu se zákrokem. Respekt k autonomii se nevztahuje na osoby, které nemohou jednat dostatečně nezávisle, a tudíž nemohou být autonomní, například z důvodu nezralosti, neschopnosti, nevědomí, drogové závislosti nebo jedinci se sebevražednými sklony.¹⁰⁸ O to více nás toto povědomí zavazuje chránit neautonomní jedince před škodlivými podmínkami.

Někteří autoři kritizují přílišný důraz na autonomii v americké bioetice a tvrdí, že její zastánci někdy nerespektují pacienty tím, když je nutí k volbám, i přesto, že mnoho pacientů nechce být informována o svém stavu nebo se rozhodovat.

Nicméně na obranu autonomie, je nutné upozornit, že povinnost zdravotnického pracovníka respektovat autonomii koreluje s právem pacienta na volbu, přičemž zdravotník souvztažnou povinnost volby nemá.¹⁰⁹ Rozhodnutí právem náleží pacientovi nebo jeho určenému zástupci. I když pacient přeneše své právo volby na někoho jiného, jeho volba zůstává stále autonomní. Pacientům náleží právo na volbu, jakož jim náleží i právo na přijetí nebo odmítnutí informace.

Autoři dodávají, že zdravotničtí pracovníci by se měli téměř vždy informovat u svých pacientů na přání v otázkách přijímání informací a rozhodování se.¹¹⁰ Přitom zdůrazňují, že: „Respekt k autonomii není pouhým ideálem ve zdravotnictví, je to profesionální povinnost.“¹¹¹

¹⁰⁶ Srov. tamtéž, s. 104.

¹⁰⁷ Respekt k autonomii často neurčuje, co by měl člověk po zralé úvaze svobodně vědět, dělat nebo kdy lze ospravedlnit omezení autonomie. Například kontroverzní otázka milosrdné lži, která porušuje princip respektu k autonomii tím, že pacientovi odepírá informace, které by mohl potřebovat k určení svých budoucích kroků. Zároveň by taková lež mohla být odůvodněna principem dobročinnosti, v případě, že pacientovi přinese značné výhody. Srov. tamtéž, s. 105.

¹⁰⁸ Srov. tamtéž, s. 105.

¹⁰⁹ Srov. tamtéž, s. 106.

¹¹⁰ Srov. tamtéž, s. 107.

¹¹¹ Tamtéž, s. 108.

Základním paradigmatem pro uplatňování autonomie ve zdravotnictví a výzkumu je informovaný souhlas nebo odmítnutí. Nicméně, paradigma informovaného souhlasu zachycuje pouze jednu formu platného souhlasu. Existuje také souhlas implicitní (naznačený), mlčenlivý, předpokládaný, obecný nebo specifický. Předpokládaný souhlas bývá předmětem různých interpretací. Velmi morálně nebezpečné je předpokládat souhlas na základě teorie lidských statků, které jsou žádoucí nebo na základě toho, co by přijal racionální člověk. Souhlas by se měl vztahovat vždy ke skutečným volbám nebo známým preferencím jednotlivce, nikoli k předpokladům o volbách, které by jednotlivec učinil nebo měl učinit.¹¹²

Obecný souhlas se obvykle považuje za eticky nedostatečný, zejména u vyšetření a zákroků s přítomností studentů medicíny, sloužící pro vzdělávací účely. Především tedy z důvodu respektu k osobní autonomii je vyžadován specifický informovaný souhlas.¹¹³ Někteří autoři, jako Dickert popisují další funkce informovaného souhlasu, mezi které patří například transparentnost, podpora důvěry nebo podpora integrity ve výzkumu.¹¹⁴ O'Neillová tvrdí, že praktiky informovaného souhlasu lze nejlépe chápat jako způsoby, jak zabránit podvodům či nátlaku na pacienta. Beauchamp a Childress dodávají, že respekt k autonomii a pravidlům informovaného souhlasu vyžaduje více než jen vyhýbání se podvodům a nátlaku. Vyžaduje především snahu respektovat práva osob na informace, zlepšit komunikaci, vstřípit relevantní porozumění a vyhnout se formám manipulace, které se neomezují pouze na klamání a nátlak.¹¹⁵ Manipulační situace jsou rizikem v institucích, v nichž jsou lidé nedobrovolně uzavřeny nebo v dlouhodobé péči, v pečovatelských domech, kde senioři mohou zažít omezené autonomní rozhodování v každodenních záležitostech.¹¹⁶

Etické otázky přináší taktéž autonomní rozhodování za neautonomní pacienty. Pokud pacient není způsobilý přijmout nebo odmítnout léčbu, může rodinný příslušník, lékař nebo nemocnice oprávněně vykonávat rozhodovací úlohu v závislosti na právních nebo institucionálních pravidlech, eventuálně se obrátit na soud.

Beauchamp a Childress zastávají přesvědčení, až na výjimky¹¹⁷, že pokud je známa existence DVP, jsme povinni respektovat dříve vyjádřená autonomní přání nyní již

¹¹² Srov. tamtéž, s. 108.

¹¹³ Srov. tamtéž, s. 109.

¹¹⁴ Srov. tamtéž, s. 118.

¹¹⁵ Srov. tamtéž, s. 119.

¹¹⁶ Srov. tamtéž, s. 139.

¹¹⁷ Případ Margo, Srov. tamtéž, s. 142.

neautonomní osoby, a to z důvodu pokračující platnosti zásady respektování autonomie osoby, která učinila rozhodnutí. V případě, že dříve způsobilá osoba nezanechala žádné preference v podobě DVP, pravidlo náhradního rozhodování spočívá v dodržování standardu nejlepších zájmů.¹¹⁸

Závěrem autoři opět zdůrazňují, že nelze chápat autonomii jako princip s prioritou, protože morálka sama, je zakořeněna neméně hluboko i v dalších třech principech.¹¹⁹

3.3. Teorie autenticity (split-level Theory)

Ačkoliv v současné bioetice převládá trend principlismu neboli defaultní autonomie, kterou jsem popisovala v předchozím bodě, ve filozoficky-teoretických koncepcích autonomie osoby převládá pozitivní formulace autonomie, přičemž mezi nejvýznamnější patří teorie autenticity neboli jinak také tzv. stupňovitá autonomie, kterou se zabývají filozofové Harry Frankfurt nebo Gerald Dworkin. V této teorii se člověk rozhoduje dle hierarchického postavení určitých motivů jednání.¹²⁰ Doležalové ve své publikaci hovoří o motivech nižšího a vyššího řádu. Pod motivem nižšího řádu si lze představit pojmy jako jsou například obava, averze, touha atd. Jde o motivy, označující naše vztahy k věcem, které nás obklopují a následně se projevují v našem mentálním rozpoložení. Vyšší úroveň motivace vychází z hodnocení nižší úrovně motivace. Následná reflexe hodnocení vede potom k přijetí nebo odmítnutí, v čem spočívá autonomie a autenticita člověka.

Frankfurtova teorie, jejíž hlavní myšlenka spočívá v tom, že člověk je odpovědný za všechna svá jednání, i v případě, že neměl jinou volbu, vychází z pojetí identity osoby jednajícího. Frankfurt hovoří o vůli druhého řádu, tedy o motivech vyššího řádu, vycházející z lidské vůle.

Tyto jsou specifické pouze pro lidské bytosti a jen díky této sebereflexi může osoba využívat opravdové svobody vůle. Svou teorii uvádí na příkladu osoby závislé na droze. Motivem nižšího řádu je touha vzít si drogu, vůlí vyššího řádu lze tuto touhu změnit, a to zamítnout. Výsledná pointa spočívá v tom, že závislý na droze si drogu přeje, i když zároveň tuto touhu po droze odmítá.

Teorii stupňovité autonomie se zabýval také Gerald Dworkin ve své publikaci *The Theory and Practice of Autonomy*. Podle Dworkina v této teorii je autonomní osobou ta

¹¹⁸ Srov. tamtéž, s. 142.

¹¹⁹ Srov. tamtéž, s. 143.

¹²⁰ Srov. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*, s. 131.

osoba, která má schopnosti schvalovat motivy nižšího řádu, a prostřednictvím vyššího řádu se s nimi ztotožnit nebo je odmítnout. Osoba se na základě kritické sebereflexe s preferencemi vyššího řádu identifikuje, naopak motivy nižšího řádu se selektují dle ideálů, cílů, standardů či hodnot vyššího řádu osoby. Žádosti nižšího řádu, které jsou reflektovány a následně shledané jako konfliktní, nejsou autentické.

Příkladem je typická neautentická touha kuřáka, který chce ukončit kouření po právě vykouřené cigaretě, přitom předem tuší, že k tomu asi nenalezne sílu a sebekázeň. Podstatou autenticity je seberefektivní vlastní jednání, které je v souladu s vyššími autentickými hodnotami, s kterými se jednající ztotožní nebo ne. Podle Dworkina skutečné Já více odráží kriticky reflektivní hodnocení. Pro autenticitu není podmínka originalita původu vlastních hodnot nebo přesvědčení, nýbrž je dostačující ztotožnění s morálními hodnotami a preferencemi i někoho jiného.¹²¹

Dworkinova a Frankfurtova teorie autenticity čelí námitkám ve smyslu problematiky nekonečného regresu, hierarchie nebo například časové proměnlivosti žádostí druhého řádu a objevují se snahy mladších autorů o její modifikaci.¹²²

Do popředí se dostává otázka, zdali má být respekt k autenticitě v rovině etické brán opravdu v potaz a neklade-li příliš náročné požadavky na zdravotnický personál. Někteří autoři jako například Faden jsou přesvědčeni o nerealizovatelnosti respektu k autenticitě ve zdravotnické praxi právě z těchto důvodů.

Ovšem je nutno poznamenat, že právě: „Vnímání autenticity pacienta je zcela zásadní pro to, do jaké míry byl naplněn požadavek, který na lékaře klade morálka aspirace“.¹²³ Respekt k autenticitě není a ani nemůže být podmínkou pro etický vztah pacienta a lékaře, je však jejím ideálem, kterého by se měli nejen lékaři, ale všichni zdravotničtí pracovníci snažit dosáhnout.

Závěrem můžeme konstatovat, že jak defaultní, tak stupňovitá autonomie mají význam v současné bioetice. První formuluje minimální etiky povinnosti, druhá jako ideál, požadavek vyplývající z morálky aspirace.¹²⁴

¹²¹ Srov. tamtéž, s. 134.

¹²² Srov. tamtéž, s. 135.

¹²³ Tamtéž, s. 145.

¹²⁴ Srov. tamtéž, s. 146.

3.4. Normativní autonomie

Morální neboli normativní autonomie spočívá v tom, že jedinec je schopen rozhodovat o tom, co je pro něj správné a co ne. Základním požadavkem pro hodnocení morálního činu je autonomie. Tedy, morální aktér musí být v první řadě autonomní, přičemž morální principy musí být danému jedinci skutečně vlastní, respektive klade morální nároky sám na sebe.

Gerald Dworkin v *The Theory and practice of autonomy* (1988) popisuje morální osobu v následujících několika bodech:

1. Osoba je morálně autonomní tehdy a pouze tehdy pokud je autorem svých morálních principů, jejich tvůrcem.
2. Osoba je morální tehdy a pouze tehdy pokud si volí své morální principy.
3. Osoba je morálně autonomní tehdy a pouze tehdy pokud je ultimativní autoritou nebo ultimativním zdrojem jeho morálních principů jeho vlastní vůle.
4. Osoba je morálně autonomní tehdy a pouze tehdy pokud si sama zvolí, které morální principy budou řídit její jednání.
5. Osoba je morálně autonomní tehdy a pouze tehdy pokud nese odpovědnost za morální teorii, kterou akceptuje a principy, které aplikuje.
6. Osoba je morálně autonomní tehdy a pouze tehdy pokud odmítá uznat ostatní jako morální autority, to značí, že neakceptuje bez vlastní úvahy úsudky ostatních o tom, co je morálně správné.¹²⁵

Zcela zásadní je morální autonomie lékaře a jeho odpovědnost při rozhodování a jednání v souvislosti s informovaným souhlasem. Lékař by měl respektovat morální autonomii pacienta a informovat ho o všech možných rizicích a přínosu daného zákroku, aby pacient mohl učinit informované rozhodnutí. Informovaný souhlas by měl být jakousi garancí, že autonomie pacienta bude plně chráněna. Jedná se tedy o jakýsi normativní koncept.

Samozřejmě informovaný souhlas musí respektovat autonomii pacienta nejen v rovině morální autonomie.¹²⁶ Je nutné vnímat autonomii jedince jako celek, s ohledem na širší koncept autonomie.

¹²⁵ Tamtéž, s. 137.

¹²⁶ Například osobní autonomie umožňuje jednotlivci, aby byla zohledněna vlastní rozhodnutí, i v případě, kdyby šlo o nesprávné rozhodnutí, které by mohlo být v nesouladu s požadavkem morální autonomie. Tamtéž, s. 138.

3.5. Autonomie sociálních vazeb

Autonomie sociálních vazeb (relational autonomy) v bioetice označuje jakýsi vztahový odklon od individualismu, kdy Já, tak jako u atomistické koncepce sebe samého, bylo vnímáno jako osamocená jednotka, žijící mimo sociální společnost a její spojitosti. Relational autonomy je tedy schopnost rozhodovat se v kontextu vztahů s ostatními a respektovat se navzájem. Tato teorie navazuje na některé filozofy společenské smlouvy, později autory do jisté míry existencionálně či feministicky laděnými¹²⁷ nebo autory zabývající se teorií uznání¹²⁸, kteří především nesouhlasí s tím, že by autonomní jedinec mohl být oddělen ze sociálních či ekologických vazeb. Mají odmítavý postoj k teorii individualismu a považují ji za nerealistickou, protože jsou přesvědčeni, že jsou to právě sociální vztahy, které umožňují autonomii osoby, a nikoliv její osamocené Já.

Kritička současné koncepce autonomie Rachel Haliburton klade důraz zejména na autonomní rozhodnutí osoby, pro které je zcela zásadní hodnotové stanovisko, dosažené za předpokladů, že autonomní osoba nečiní volbu na základě jakékoliv manipulace z vnějšku. Souběžně osoba volí z odpovídajícího množství morálně hodnotných eventualit, které jí následně, jako individualitě a lidské bytosti, pomáhají k jejímu dalšímu rozvoji. Tradiční koncept autonomního přístupu vztahové autonomie zahrnuje obsahové znaky, kam patří například respekt k sobě samému, sebedůvěra nebo sebeocenení.¹²⁹

Někteří stoupcí vztahové koncepce považují myšlenku autonomie v původním liberálním smyslu svobody jednání a rozhodování za nebezpečnou a zcela ji odmítají. Mají rovněž negativní postoj k samotnému konceptu Já, protože považují Já jako výsledek sociálních vazeb, tedy působení blízkého okolí a zásahy vnějšího světa.

Jiní zastánci vztahové autonomie naopak přiznávají částečnou míru nezávislosti individualitě, ale poukazují na to, že není možné, aby člověk žil zcela izolovaně v prostředí, ve kterém se vyskytuje. Tento přístup je potom přijímán zejména stupňovitou teorií autonomie v teorii Johna Christmana, kde se oba přístupy v mnohém prolínají.

¹²⁷ Autoři Doležalové uvádějí ve své publikaci jako existencionálně laděné filozofy například jména jako Karl Jaspers, Jean Paul Sartre, Martin Buble nebo Emmanuel Levinas. Současně publikující ženské autorky – Rachel Haliburton, Catriola Mackenzie, Natalie Stoljar, Diana Meyers nebo Marilyn Friedman. Tamtéž, s. 139.

¹²⁸ Například Axel Honneth, Charles Taylor. Tamtéž, s. 139.

¹²⁹ Tamtéž, s. 139.

3.6. Autonomie a seniorský věk

Vycházíme-li z pojetí autonomie ve významu nezávislosti, funkční samostatnosti, svébytnosti a rozhodování o sobě samém, můžeme tvrdit, že v období člověka mají zvláště dvě etapy života zásadní význam pro rozvoj osobnostní autonomie. Za prvé je to batolecí věk, kdy si tří až čtyřletý jedinec začíná uvědomovat svoji nezávislost na okolí a prosazovat svoje přání. Druhým obdobím je dospívání, kdy mladý člověk hledá vlastní cestu, chce se stát nezávislým a rozhodovat o sobě samém. Obě období jsou nazývána tzv. obdobím vzdoru. Autonomie je považována za významnou životní hodnotu. Její vytváření a udržování u člověka probíhá v podstatě celý život. Jde o složitou cestu, na které se jedni zastaví, aniž by dospěli a druzí se mohou stát autonomní vzhledem životních okolností zase předčasně.¹³⁰

Období stáří provázejí častěji změny, které mohou učinit jedince méně autonomním, ať již se jedná o změny fyziologické, psychické, penzionování a životní události jako odvodění či úmrtí sourozenců a přátel. Autonomie je nahlížena z mnoha perspektiv a je ústředním tématem nejen již zmíněné filozofie, ale i dalších oborů jako je psychologie nebo sociologie.

V souvislosti se stářím, sociální gerontologie navazuje především na morální filozofii a biomedicínskou etiku. Pozornost se většinou upíná na nesoběstačnost jedince. Sýkorová dodává, že pojem autonomie se spíše používá volně, přičemž představuje skupinu významů jako sebeurčení, svobodu, nezávislost či jednání a rozhodování člověka. Autonomie vyjadřuje schopnost uskutečnění životního cíle za pomoci vlastních zdrojů, kam můžeme zahrnout duševní a fyzické schopnosti, moc, prestiž nebo finanční rezervy či sociální podporu.¹³¹

Ve výzkumu Dany Sýkorové z roku 2004 na otázku – jak senioři definují autonomii, se význam autonomie u českých seniorů nejčastěji objevoval ve spojitosti s fyzickou soběstačností, následně soběstačností finanční, a do třetice ve spojitosti se svobodou v rozhodování a jednání, svobodou názoru a zároveň osobní odpovědností. Fyzickou soběstačnost spatřovali senioři především v samostatnosti a zvládání běžných každodenních činností. Mnohdy vyzdvihovali důležitost nepřítomnosti pomoci druhých ve smyslu – postarám se o sebe sám, nechci se doprošovat nebo zatěžovat druhé.¹³² Autonomii, ve smyslu finanční soběstačnosti a nezávislosti, překvapivě nespojovali

¹³⁰ SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*, s. 46.

¹³¹ Tamtéž, s. 93.

¹³² Ve smyslu respektu k autonomii druhých.

senioři pouze s pokrytím vlastních nákladů a odmítání jakýkoliv půjček, ať již od bankovní domů nebo rodinných příslušníků.

Jejich finanční autonomii spatřovali spíše ve schopnosti pomoci druhým a také schopnosti obdarovávání, například dětí či vnoučat. Velký důraz kladli především na zdraví, které bylo podmínkou nejen fyzické a eventuelně i finanční soběstačnosti. Z výzkumů jednoznačně vyplývá, že autonomie ve stáří je velmi úzce spjata až ztotožněna se zdravím.¹³³ Mnoho seniorů se charakterizuje spíše zdráva, když je u nich zachována mobilita. Jsou-li mobilní, cítí se být soběstační, tedy autonomní navzdory dalším potížím. Otázkou zůstává, jaká míra soběstačnosti dovoluje nebo již nedovoluje pocit autonomie.

Strach ze čtvrtého věku je právě provázen obavou ze ztráty soběstačnosti a závislosti na pomoci ošetřovatele. Tato současná představa je dominantní myšlenkou zakotvující autonomii člověka v jeho nezávislosti, i přesto, že existují pohledy na individuální nezávislost ve smyslu významu druhých. Někteří autoři jsou přesvědčeni, že naše Já, je nutné chápat vztahově. Jsou přesvědčeni, že identita člověka je především formulována přes vztahy s ostatními. Vnímání individuální autonomie jedinců bez těchto vztahů je mylné a častým následkem mylného výkladu vnímání autonomie u lidí ve čtvrtém věku. Agich například definuje autonomii jako vtělené jednání v habitu a zvycích. Hovoří o tzv. situační autonomii (tady a teď).¹³⁴ Podobně Romaioli a Contarello upřednostňují před západní konceptualizací aktérství, koncept disponibility, tedy schopnost se přizpůsobit aktuální situaci a najít nejvhodnější spojení mezi Já a tím, co mi život umožňuje právě v tento moment bez dalšího plánování budoucnosti. V situaci, že je jedinec díky svému onemocnění omezen při rozhodování, dochází k novému typu, a to k přenosnému typu aktérství, kdy obvykle někdo z blízkých aktérství dočasně převezme. Nejčastěji se jedná o akutní hospitalizace. Petrová Kafková ve své publikaci poukazuje na to, že je obtížné udržet si morální hodnotu a sebeúctu ve stáří, zejména tehdy, když jsou senioři vnímáni ve společnosti spíše jako její zátěž. Respekt k jedinci znamená také respekt k jeho omezenému aktérství, a to jakkoli reziduální se může zdát například u jedinců v terminálním stádiu nebo ve stádiu pokročilé demence.¹³⁵

¹³³ Srov. tamtéž, s. 97.

¹³⁴ Srov. PETROVÁ KAFKOVÁ, M. *Neviditelní senioři a jejich každodennost. Čtvrtý věk jako stárnutí s disabilitou*, s. 98.

¹³⁵ Tamtéž, s. 102.

Obecně lze autonomie vedle autonomie ekonomické dělit na tři oblasti:

- *Autonomie v oblasti zdravotního stavu a pohyblivosti* – míra závislosti na lékařské a ošetrovatelské péči.
- *Autonomie v oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy* – osobní hygiena, vaření, výživa, úklid, domácí práce a podobně.
- *Autonomie v oblasti psychické* – schopnost rozhodování, orientovanost, organizace a časová náplň, udržování sociálních kontaktů nebo schopnost reálného náhledu.

Matýsková si pokládá otázku, co je to nezávislost a jestli můžeme být skutečně nezávislí. Je přesvědčena o tom, že autonomie neznamena nezávislost na okolí, nýbrž schopnost činit samostatná rozhodnutí, být soběstačný a umět se zabezpečit.¹³⁶

Zdá se, že nejvýznamnější úlohu v rámci autonomie hraje psychická oblast. Eticky velmi palčivou otázkou je omezení autonomie jedinců v pokročilém seniorském věku. Při zhoršení psychického zdraví seniora mnoho rodin stojí před otázkou, kdy a jak a jestli vůbec omezit blízkého v jeho plném jednání.¹³⁷

3.6.1. Dobrovolná ztráta autonomie

Dobrovolná ztráta autonomie se většinou týká autonomie v oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy. Příkladem je využití pečovatelské služby, když již jedinec sám nestačí na všechny domácí práce nebo se cítí velmi unaven. Tímto rozhodnutím se do jisté míry dobrovolně vzdává jedné stránky autonomie, na straně druhé tímto postojem projevil své autonomní jednání po stránce rozhodovací.

Dalším příkladem je žádost seniora o přidělení místa v domově seniorů nebo v domě s pečovatelskou službou z vlastní vůle. Dobrovolnou ztrátu autonomie volí často senioři dokonce i v době plné soběstačnosti. Často se k této volbě uchýlí z důvodu strachu z budoucnosti. Touto volbou si do jisté míry zajistí, že v čase své případné závislosti na okolí nezůstanou osamocení a bude o ně postaráno.

¹³⁶ Srov. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*, s. 47.

¹³⁷ Srov. PETROVÁ KAFKOVÁ, M. *Neviditelní senioři a jejich každodennost. Čtvrtý věk jako stárnutí s disabilitou*, s. 111.

3.6.2. Nedobrovolná ztráta autonomie

K nedobrovolné ztrátě autonomie dochází zejména v souvislosti s onemocněním v pozdním věku jedince. Mezi tyto onemocnění patří například různé typy cévních onemocnění, jako demence nebo mozková mrtvice. Senior poté čelí ztrátě autonomie z důvodu závažných fyzických a psychických změn nebo je autonomie svým okolím zbaven, a to v podobě ztráty svéprávnosti.¹³⁸ U každé fyzické osoby rozeznává české právo právní osobnost a svéprávnost.

Právní osobnost je způsobilost mít v mezích právního řádu a povinnosti (§ 15 odst. 1 OZ), tedy především mít přirozená (lidská) práva, vstupovat do ekonomických a rodinných vztahů s dalšími osobami, vlastnit majetek atd. Svěprávnost je naproti tomu způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem – právně jednat (§ 15 odst. 2 OZ). Přitom se má za to, že každá svéprávná osoba má rozum průměrného člověka i schopnost jednat s běžnou péčí a opatrností a že to od ní může každý v právním styku důvodně očekávat (§ 4 odst. 1 OZ).¹³⁹

Zatímco právní osobnost není například onemocněním demence dotčena, svéprávnost¹⁴⁰ naopak zásadně, a to z důvodu narušení schopnosti běžného úsudku. V případě Alzheimerovy choroby lze současná diagnostika předpovědět rozvoj této nemoci i deset let dopředu. Při včasné diagnostice má pacient možnost plného autonomního jednání a zaopatřit si věci budoucí pro dobu, kdy se onemocnění u něho zcela rozvine. Mezi takové úkony například patří:

- *Plná moc* – slouží k oprávněnému zastupování v různém rozsahu a pozbývá účinnosti smrtí kteréhokoli ze stran.
- *Předběžné prohlášení* – doposud zdravý člověk si může předem uspořádat vlastní záležitosti, pro případ, že dojde ke zhoršení zdravotního stavu během jeho života.
- *Předem vyslovené přání*
- *Závěť* – uspořádání záležitostí po vlastní smrti.¹⁴¹

¹³⁸ Srov. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*, s. 48.

¹³⁹ ČECHOVÁ, K., FENDRYCH MAZANCOVÁ, A., MARKOVÁ, H. A KOL. *V bludišti jménem Alzheimer. Na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press, 2019, s. 361.

¹⁴⁰ I zdravý člověk nabývá svéprávnosti postupně v závislosti na věku. Plně svéprávným se stává osoba obvykle dovršením 18 tých narozenin.

¹⁴¹ Srov. tamtéž, s. 363-371.

Pokud člověk vlivem onemocnění, které vede k závažnému poškození jeho osobnosti, není docela schopen rozhodovat autonomně a nezávisle, je možné dle českého práva, a to z důvodu ochrany vlastních práv nemocného, přistoupit k tzv. podporovanému rozhodování. Česká justice se k omezování svéprávnosti staví kriticky a přistupuje k tomuto kroku pouze v nezbytně nutných případech.

Nápomoc při rozhodování spočívá v jakési náhradě omezení svéprávnosti. Nemocný uzavře smlouvu s podpůrcem (nebo podpůrci), který přislíbí pomoc při rozhodování v případě obtíží. Uzavřením této smlouvy nemocnému nehrozí žádná omezení. Často se jakási forma podporovaného rozhodování praktikuje v rodinách, bez smluvního vztahu. Podpůrce nemusí být pouze rodinný příslušník. Může to být kdokoliv z okolí nemocného, s přiměřeným vztahem a schopností vykonávat tuto funkci. Nicméně, pokud by nemocný chtěl požádat o veřejného podporovatele, v ČR neexistuje žádný právní nárok, neexistuje ani instituce, která by tyto služby poskytovala.

Pokud občasné potíže u dospělého nemocného přejdou do takového stavu, že jedinec není schopen samostatně jednat, přichází v potaz využití institutu zastoupení členem domácnosti. Zastupující člen může být potomek, sourozenec, manžel nebo také partner či osoba, která s nemocným žila minimálně tři roky ve společné domácnosti. Zastupující nemůže udělit souhlas ve smyslu zásahu do duševní a fyzické integrity člověka nebo nakládat s finančním obnosem na účtu. Může jednat v obvyklých záležitostech, jinak je nutný opatrovník. Tento institut je platný pouze po schválení soudem. V případě, že zastupující toto zastupování odmítne, k zastoupení nedojde.

Nejzávažnější zásah do autonomie jedince je omezení jeho svéprávnosti. K tomuto zásahu může za určitých podmínek přistoupit pouze soud a vždy v zájmu nemocného. Mezi tyto podmínky patří evaluace míry a stupně neschopnosti nemocného, hrozba závažného poranění či nedostačující žádný z míněných institutů – nápomoc při rozhodování nebo zastoupení členem domácnosti.

Soud současně určuje opatrovníka pro úkony, které již nemůže nemocný spravovat sám. Omezení svéprávnosti je vždy v určitém rozsahu. Určuje se buď na konkrétní problematiku a na čas do jejího vyřešení nebo obecně na stanovené období, které nesmí přesáhnout dobu pěti let. Autorky Čechová, Fendrych Mazancová a Marková vidí smysl právního omezení především v ochraně nemocného, a také možnosti jakési jistoty v zaopatření budoucích záležitostí, dle představ postižených jedinců.¹⁴²

¹⁴² Srov. tamtéž, s. 372-386.

3.7. Souhrn

Tato kapitola popisuje vývoj autonomie v čase, představuje různé pohledy jednotlivých filozofů a odlišné koncepce autonomie (defaultní autonomie Beauchampa a Childresse, autonomie autenticity, normativní autonomie nebo autonomie sociálních vazeb).

Respekt k autonomii hraje v dnešní bioetice dominantní úlohu. S přechodem od paternalismu k partnerství dochází rovněž k proměně role pacienta v roli zákazníka, přičemž někteří autoři upozorňují na fakt, že odborné zákroky ze strany lékaře budou redukovány na pouhé zdravotnické služby.

V současné medicíně je dominantní bioetický princip autonomie dle Beauchampa a Childresse. Základním paradigmatem pro uplatňování autonomie ve zdravotnictví a výzkumu je informovaný souhlas nebo odmítnutí. Etické otázky přináší zejména problematika autonomního rozhodování za neautonomní pacienty. Oba autoři jsou přesvědčeni o tom, že pokud je známa existence DVP, je povinností tyto přání již neautonomní osoby respektovat, z důvodu pokračující platnosti.

V souvislosti se stářím se pozornost autonomie upíná především na nesoběstačnost jedince. Samotní senioři potom spojují autonomii nejen s fyzickou, ale také s finanční soběstačností a se svobodou v jejich rozhodování a jednání.

Ke ztrátě autonomie seniora dochází jak dobrovolně, tak nedobrovolně. Dobrovolnou ztrátu autonomie volí někteří senioři dokonce i v době plné soběstačnosti, často ze strachu z budoucnosti. Nedobrovolná ztráta autonomie se dostavuje ve spojitosti s onemocněním. Senior poté čelí ztrátě autonomie z důvodu závažných fyzických a psychických změn nebo je autonomie svým okolím zbaven, a to v podobě ztráty svéprávnosti.

4. Informovaný souhlas

Institut informovaného souhlasu je praktické uplatnění respektu vůči pacientově autonomii. Pacienti přicházejí za lékařem, který následně určí diagnózu a navrhne léčbu. Jednoduše řečeno, jde o souhrn obsahující informaci o diagnóze a návrhu léčby, možných důsledcích a rizicích, která je doložena pacientovo vědomým přijetím této informace. Těžištěm informovaného souhlasu je vztah mezi lékařem a pacientem,¹⁴³ vzájemný dialog, spolupráce, dobrá komunikace a oboustranný respekt.¹⁴⁴

Informovaný souhlas se objevil ve druhé polovině 20. století, nejprve v mezinárodních úmluvách regulující medicínský výzkum (V první polovině 20. století se kladl důraz na informování pouze tehdy, kdy zatajení informace mělo léčebný význam).¹⁴⁵ V ČR se informovaný souhlas objevil při ratifikaci Úmluvy o lidských právech a biomedicině v roce 2001. S určitým zpožděním se implementoval do zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Haškovcová píše, že do roku 2007 panoval v této oblasti určitý chaos, protože nikdo nevěděl, jak s tímto institutem zacházet. Ke změně došlo v roce 2007, kdy nabyla platnosti vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, která byla roku 2006 novelizována.¹⁴⁶

V této kapitole představím formy informovaného souhlasu, jeho obsah a problematiku při získávání a stávající právní úpravy.

4.1. Formy a obsah informovaného souhlasu

V první řadě musí být pacient ústně poučen lékařem o diagnostickém či terapeutickém postupu, přičemž má tři možnosti, jak svůj souhlas projevit: ústně, konkludentně¹⁴⁷ nebo písemně. Problematika ústního a konkludentního informovaného souhlasu spočívá v tom, že je nemůžeme zpětně prokázat. Proto se obvykle používá písemný informovaný souhlas. Informace a obsah písemného souhlasu je stanovený Vyhláškou č. 64/ 2007 Sb. O zdravotnické dokumentaci. Musí obsahovat údaje o plánovaném diagnostickém či

¹⁴³ Historické a etické souvislosti vztahu lékaře a pacienta byly již popsány v této práci v podkapitole 3.1 Vývoj principu autonomie.

¹⁴⁴ Srov. JOHNSON, A. R., SIEGLER, M., WINSLADE, W. J., *Klinická etika. Praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Triton, 2019, s. 57.

¹⁴⁵ Srov. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*, s. 66.

¹⁴⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, s. 78. Srov. také ŠIMEK, J., *Lékařská etika*, s. 137.

¹⁴⁷ Pacient svůj souhlas vysloví mlčky, ale se souhlasným gestem. Vychází ze situace. Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 79.

terapeutickém výkonu, údaje o možných rizicích, předpokládané důsledky (pracovní neschopnost, omezení), existující léčebné alternativy, záznam o ústní informovanosti pacienta lékařem a možnosti klást otázky a GDPR informace. Pacient by měl mít na seznámení dostatek času a možnost získání tzv. druhého názoru, tj. poradit se s dalším odborníkem. Následně musí být souhlas podepsán oběma stranami a opatřen datem a razítkem instituce. Haškovcová ve své publikaci píše, že jeden souhlas je zakládán do chorobopisu a jeden si ponechává pacient.¹⁴⁸ Nicméně musím konstatovat, že jsem se osobně s poskytnutím druhého informovaného souhlasu či jeho kopie v praxi doposud nesešla.

4.2. Problematika spojená s informovaným souhlasem

Častou chybou bývá, že je pacient seznámen pouze s písemnou formou souhlasu bez rozhovoru s lékařem. Nejednou se v praxi setkáváme s nešvarem, že je souhlas pacientovi poskytnut zdravotní sestrou¹⁴⁹ nebo dokonce předložen sociální pracovníci k podpisu. Pochybením je také předložení informovaného souhlasu těsně před výkonem, po aplikaci léčiv, které mohou ovlivnit pacientovo vnímání. Dalším pochybením bývá neuvádění některých informací, jako jsou následná omezení či očekávaná pracovní neschopnost.

Z etického hlediska bývá vedena diskuse o tom, do jaké míry informovat nemocného o všech rizicích. Faktem zůstává, že někdy nelze domyslet všechny rizika a následky. V případě poskytnutí výčtu všech rizik i při relativně banálním výkonu, dochází do jisté míry k vyděšení pacienta a k nárůstu administrativy. Na straně druhé výčet všech rizik významně chrání lékaře před stížnostmi či soudními spory.

V zahraničí, zejména v USA, je dokonce odborníky doporučován informovaný souhlas opatřit video či audio záznamem.

Někteří autoři upozorňují na další etickou problematiku týkající se podrobných a velmi o pravdu usilujících informovaných souhlasů. Pravda nesoucí nadměrně negativní informace a postrádající naději může pacientovi značně niterně ublížit. Každý nemocný potřebuje naději, zejména pokud jde o vážnou či nevyléčitelnou nemoc. Zvláště by neměla být opomíjena ani iracionální naděje u umírajících pacientů.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 80.

¹⁴⁹ Zdravotní sestra má pouze kompetence na edukaci pacienta při výkonech, které sama také provádí. Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J. ET AL., *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, 2017, s. 36.

¹⁵⁰ Srov. tamtéž, s. 36.

Pravděpodobně nejvýznamnější problematika spočívá v současném pojetí svobody. Obvykle se předpokládá, že rozhodnutí jsou výsledkem racionálně uvažujícího člověka. Jenže, co je to být racionální? Různá onemocnění doprovází různé emoce. Je potom svobodné rozhodnutí v daný okamžik opravdu svobodné, jednoznačné a racionální? Závažná problematika emocí u svéprávného člověka bývá často opomíjena.¹⁵¹

Kritice podléhá také novodobému partnerství lékaře a pacienta, které je některými lékaři považováno za pouhý mýtus. Tvrdí, že se informovaný souhlas obrátil proti svému základnímu významu. Zdůrazňují, že by lékař a pacient měli společně bojovat proti nemoci, nicméně informovaný souhlas je kritiky spíše vnímán jako dokument chránící lékaře, jehož výsledkem bývá pokles důvěry u pacientů.¹⁵²

Šimek popisuje další problematiku informovaného souhlasu jako spor o tom, zdali má pacient nahlížet do své zdravotní dokumentace nebo problematiku při informování pacienta ve smyslu srozumitelného podávání informací. Zde se míní jasný a srozumitelný výklad bez užívání cizích slov, s přihlédnutím individuálních potřeb pacienta, týkající se rozsahu a způsobu informování. V neposlední řadě zmiňuje problematiku eticko-právního charakteru, kdy má pacient právo na odmítnutí informace.¹⁵³

Kontroverzi v souvislosti s právem nemocného vyslovit odmítnutí život udržující léčby nebo odvolání souhlasu s život udržující léčbou v závěru života popisuje Steinlauf. Poukazuje na znění Zákona o zdravotních službách č. 372/ 2011 Sb. §34 odst.4, který zní: „Pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.“¹⁵⁴

Steinlauf upozorňuje na to, že současná formulace tohoto zákona je sporná u pacientů, kterým je poskytována kontinuální přístrojová orgánová podpora nebo jiná kontinuální léčba. V praxi dochází k otázce, zda je možné již zahájenou kontinuální terapii s pacientovo souhlasem ukončit. Steinlauf je přesvědčena, že tato interpretace zákona je nesprávná a brání pacientovi odvolat souhlas s kontinuální život udržující léčbou.

Zároveň poukazuje na stávající právní úpravy, které spolu nekorespondují, přičemž má na mysli Úmluvu o lidských právech a biomedicíně článek 5, které zní:

¹⁵¹ Srov. tamtéž, s. 33.

¹⁵² Srov. tamtéž, s. 34.

¹⁵³ Srov. ŠIMEK, J., *Lékařská etika*, s. 140-141.

¹⁵⁴ ZÁKON č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách*. [online] [cit. 2023-17-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2011-372/zneni-20220201.htm>

Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.¹⁵⁵

Steinlauf vidí řešení problému v sjednocení těchto dvou dokumentů a úpravě zákona 372/2011 Sb. §34 odst.4.¹⁵⁶

V souvislosti s rozhodovacím procesem v závěru života se Steinlauf věnuje také problematikám v otázkách posouzení způsobilosti pacienta udělit souhlas k poskytování zdravotních služeb a otázkami související se zástupným rozhodováním.¹⁵⁷ V závěru se opět odvolává na nekonzistentnost a nejednotnost právních dokumentů, mezi které patří občanský zákoník, zákon o zdravotních službách nebo Úmluva o lidských právech a biomedicině. Poukazuje na to, že stávající nekonzistentnost právní úpravy vyvolává značné obavy u lékařů a volá po důkladné legislativní revizi.¹⁵⁸

4.3. Informovaný souhlas a křehký senior

Senioři ve čtvrtém věku jsou častěji ohroženi opakovaným a náhlým zhoršením jejich zdravotního stavu. Jsou tudíž častěji závislí na druhé osobě nebo upoutáni na lůžko. Největší obava seniorů plyne z omezení jejich soběstačnosti. Křehký senior je také ale více ohrožen nepochopením, a dokonce i neúčelností některých výkonů. Patří mezi rizikové pacienty, kde poměrně snadno může dojít k nesprávnému zhodnocení stavu. Z těchto důvodů je nutné, aby informovanému souhlasu předcházela rozhovor s lékařem.¹⁵⁹ Mohou nastávat určité bariéry v komunikaci, které vycházející ze zdravotního stavu jedince nebo jeho okolí, například přítomnost druhé osoby a narušení soukromí. Pro lékaře může být překážkou strach komunikovat závažná témata jako je umírání, nedostatek komunikačních schopností a obtížná komunikace. Nejčastější překážkou ze strany lékaře bývá jeho vytíženost a nedostatek času se rozhovoru věnovat.¹⁶⁰

¹⁵⁵ SDĚLENÍ č. 96/2001 Sb. m. s. *Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině* [online] [cit. 2023-17-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96>

¹⁵⁶ Srov. STEINLAUF, B., *Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*, s. 90.

¹⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 80.

¹⁵⁸ Srov. tamtéž, s. 105.

¹⁵⁹ Srov. tamtéž, s. 181-182.

¹⁶⁰ Srov. tamtéž, s. 183.

Při rozhovoru je kladen důraz na respekt k pacientovo důstojnosti, což je nepostradatelný etický předpoklad k získání informovaného písemného souhlasu. Písemná forma nemůže pokrýt v každém případě všechny potřebné informace. Přesto by měl pacientovi vždy zůstat informovaný souhlas k důkladnému obeznámení. Následně by nemocnému měla být poskytnuta kopie souhlasu.¹⁶¹ Za zcela zásadní etické pochybení dle Linhartové je získávání informovaného souhlasu bez předešlého rozhovoru lékaře u pacientů se smyslovým postižením, mezi které mnoho křehkých seniorů právě patří.¹⁶²

Nejzranitelnějším pacientem ve zdravotnictví je jednoznačně nekompetentní pacient, který není schopen provést rozhodnutí ve věcech, které je nutné řešit. Úkolem všech zdravotníků je zajistit, aby jeho zranitelnost nebyla zneužita. Smysl informovaného souhlasu spočívá také v tom, aby zdravotnické služby, které potřebuje, byly v souladu s hodnotami nemocného. Jde o snahu, aby učiněná rozhodnutí se co nejlépe přibližovala tomu, co by si v dané situaci pacient přál. Problematikou zůstává obvykle fakt, že tyto přání nejsou známa a je nebezpečí, že učiněná rozhodnutí se neshodují s těmi, který je za nemocného činí. Do jisté míry těmto neshodám může pacient pomoci sám, když o některých věcech včas rozhodne sám tím, že určí někoho, kdo za něj bude v budoucnu rozhodovat a rozhodne o zdravotnických výkonech, které si v budoucnu nepřeje.¹⁶³

K řešení dilemat dochází často v závěru života a učiněná rozhodnutí nejsou vždy jen čistě medicínská. V současném bioetickém diskurzu je jedním ze základních etických principů poskytování zdravotní péče respekt k autonomii, jejímž základem je právě institut informovaného souhlasu. Preference a přání projevena formou informovaného souhlasu, za podmínek porozumění a prognózy onemocnění, jsou etickým základem pro paliativní péči. I když bývá autonomie v pokročilém stádiu onemocnění značně narušena, mít situaci pod kontrolou nebo převzít odpovědnost, je pro nemocné velmi důležité. „Převzít odpovědnost však podle pacientů neznamena pouze rozhodovat o zdravotní péči, ale také úspěšně se vyrovnávat se situací v závěru života, urovnávat vztahy s blízkými či finanční a dědičné záležitosti a aktivně se připravovat na fázi umírání“.¹⁶⁴

¹⁶¹ Srov. tamtéž, s. 186.

¹⁶² Srov. tamtéž, s. 191.

¹⁶³ Srov. ŠIMEK, J., *Lékařská etika*, s. 145.

¹⁶⁴ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J. ET AL., *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, s. 240.

4.4. Souhrn

Informovaný souhlas tkví ve sloučení dvou zákonných povinností lékaře, kdy lékař musí seznámit pacienta o všech okolnostech jeho nemoci a zároveň si vyžádat souhlas se zdravotním výkonem. Nejde pouze o etický, ale také právní dokument, který by měl pacientovi zaručovat právo na ochranu osobní integrity.

Do jisté míry můžeme tento institut považovat za vítězství v pacientově autonomii, kdy může rozhodovat o svém zdraví a nakládání se svým tělem. Je výsledkem lidskoprávního diskurzu s důrazem na sebeurčení, práva na soukromí a respektu k lidské důstojnosti.

Někteří z lékařů naopak tyto změny sledují se znepokojením a pokládají si otázky typu: Má opravdu pacient právo léčbu odmítnout, i kdyby to způsobilo jeho úmrtí? Kam se poděla stará hippokratovská etická tradice? Jakou má informovaný souhlas skutečnou roli? Domnívají se, že informovaný souhlas je spíše ochranou lékaře – obrana před žalobou ze strany pacienta, která naopak narušuje novodobý vztah lékaře a pacienta.

Na právní problematiku a nekonzistentnost ve spojitosti s informovaným souhlasem upozorňuje Barbora Steinlauf. Konstatuje, že i když je v současnosti bez větších sporů akceptován požadavek na to, aby byly pacientovi poskytovány zdravotnické služby na základě informovaného souhlasu, přesto přetrvávají některé kontroverze týkající se práva pacienta nebo práva rozhodující osoby za pacienta. A to především ve smyslu vyjádření nesouhlasu s poskytováním život zachraňující či život udržující léčby v závěru života a následného rozhodnutí tento souhlas odvolat.¹⁶⁵ Poukazuje taktéž na právní úpravy, které spolu nekorespondují a vyvolávají nejistotu u lékařů.

¹⁶⁵ Srov. STEINLAUF, B., *Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*, s. 79.

5. Dříve vyslovené přání

V současné době má také český pacient možnost ovlivnit svůj průběh závěru života, a to i v době, kdy již nebude schopen tento souhlas sám vyjádřit. Lze to za předpokladu, že vysloví nebo sepiše předem, v době plného vědomí, tzv. dříve vyslovené přání (dále jen DVP).

DVP, v zahraničí living will, advances directives nebo Patientenverfügung, je eticko-právní institut, který rozšiřuje informovaný souhlas nebo nesouhlas jedince na situace, které mohou v budoucnosti nastat z různých důvodů, například urgentní či psychické stavy, změny vědomí, selhávání životně důležitých orgánů, nevléčitelné onemocnění a tak dále. Ve většině případech se jedná o vyjádření nesouhlasu s život zachraňující nebo život prodlužující léčbou.¹⁶⁶ Vychází z konceptu vztahu lékař-pacient, kdy je překonán koncept paternalismu a je upřednostněna role autonomie pacienta.¹⁶⁷

První zmínky o DVP pocházejí ze Spojených států z roku 1914, kde byl taktéž poprvé v roce 1969 použit termín living will. V českém prostředí se tento institut poprvé objevuje s Úmluvou na ochranu lidských práv, v čl. 9 ze 4. dubna 1997, která byla ratifikována Parlamentem ČR v roce 2001.¹⁶⁸ Teprve v roce 2012, s účinností od 1. dubna, Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách legislativně zakotvuje a formuluje DVP v §36. Nicméně zatímco v některých státech je institut dříve vysloveného přání zaběhlou praxí, u nás se jen pomalu dostává do povědomí nejen pacientů, ale dokonce i samotných zdravotníků.¹⁶⁹

5.1. Možnosti sepsání dříve vysloveného přání

Rozlišují se dvě varianty DVP. První možností je, že si pacient přání sepisuje sám a druhou možností je zápis přání do zdravotnické dokumentace při hospitalizaci.

DVP lze z pohledu práva vykládat jako pacientův informovaný souhlas nebo nesouhlas s platností do budoucna.

¹⁶⁶ Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J. ET AL., *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, s. 241.

¹⁶⁷ Srov. MATĚJEK, J., *Dříve projevená přání pacientů. Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011, s. 135.

¹⁶⁸ Srov. tamtéž, s. 14.

¹⁶⁹ Srov. BLÁHOVÁ, H., *Dříve vyslovená přání – jako (možný) nástroj rozhodování o zdravotní péči na konci života*. *Medicína pro praxi*. 2016, roč. 13, č. 4, s. 169. Dostupné také z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2016/04/12.pdf>.

- *Zápis předem vysloveného přání do dokumentace*

Je proveden při přijetí do zdravotnického zařízení nebo dále kdykoliv během hospitalizace. Je platné pouze po dobu hospitalizace a daného zdravotnického poskytovatele služeb, kde bylo přání sepsáno. Tento zápis musí být podepsán pacientem, poučujícím lékařem a svědkem, přičemž podpis pacienta nemusí být úředně ověřen.¹⁷⁰ Při hospitalizaci je také možné udělit zástupný souhlas, tedy zástupce pacienta, který bude moci udělovat souhlas za něj.

- *Dříve vyslovené přání si pacient sepisuje sám*

Tento dokument musí být v písemné formě, přičemž pacientovo podpis musí být úředně ověřený. Tato verze přání se skládá ze dvou částí: sepsání pokynů týkajících se rozsahu a obsahu zdravotní péče v případě budoucí neschopnosti vyslovení souhlasu a poučení pacienta sepsané praktickým lékařem, případně oborově příslušným specialistou, například paliatrem nebo neurologem. Ačkoliv lékař nemá povinnost sepsat celý text, součástí DVP je písemné poučení lékařem o důsledcích svého rozhodnutí. Poučení lékařem je nedílná součást DVP, bez tohoto dokument nelze respektovat.

Protože neexistuje registr DVP, doporučuje se mít jej vypracované ve třech vyhotoveních. Jedno vypracování je vhodné uložit u praktického lékaře, druhé případně u lékaře specialisty či specifického zařízení a třetí vyhotovení si pacient ponechává u sebe. V rámci znalosti jeho existence je doporučeno o existenci tohoto dokumentu informovat osobu blízkou nebo jej rozšířit o tzv. předběžné prohlášení, které stanovuje zástupce v dalším rozhodování.¹⁷¹

Zpřístupňování znalostí v oblasti institutu předem vysloveného přání v ČR se věnuje nezisková organizace Cesta domů, sídlící v Praze, která poskytuje poradenské služby v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Tato organizace vypracovala šablonu nebo jakýsi mustr o čtyřech článcích, která může být inspirací pro pacienty i lékaře. Tato šablona je přístupná na webových stránkách Cesty domů široké veřejnosti.¹⁷²

¹⁷⁰ Srov. CESTA DOMŮ. *Křižovatky. Kudy kam v paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2023, s. 52.

¹⁷¹ Srov. tamtéž., s. 52-54.

¹⁷² Srov. MATĚJEK, J., KREJČÍKOVÁ, H., ZÁVADOVÁ, I., *Vydali jsme sborník na téma Dříve vyslovené přání. Šablona DVP*. [online] [Praha]: Cesta domů, [2015] [cit. 2022-10-04]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/vydali-jsme-sbornik-na-tema-drive-vyslovene-prani>

5.2. Platnost dříve vysloveného přání

Dříve vyslovené přání je platné, pokud splňuje tyto podmínky:

- Pacient je plnoletý.
- Nastala situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje.
- Pacient není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas.
- Dříve vyslovené přání je jednoznačně interpretované.
- Poskytovatel služeb má dříve vyslovené přání k dispozici.

5.3. Kdy nelze respektovat dříve vyslovené přání

Dříve vyslovené přání nelze uznat pokud:

- Nabádá k takovým postojům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti.
- By jeho vyplnění mohlo ohrozit i jiné osoby (např. šíření nakažlivé choroby).
- Byly v době, kdy poskytovatel zdravotnických služeb neměl DVP k dispozici a byly započaty takové zdravotní úkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.
- Se jedná o nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností.
- Od doby vyslovení přání došlo v poskytování zdravotních služeb k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím.¹⁷³

5.4. Problematické aspekty dříve vysloveného přání

Úvodem bych zmínila několik výsledků z projektu Dříve vyslovené přání realizované agenturou Stem/Mark v říjnu 2015. V tomto průzkumu byli tázáni lékaři spolu s laickou veřejností (1088 respondentů) v otázkách DVP.

Nadpoloviční většina dotazovaných (68 %) považovala za důležité sepsání pokynů o péči a zacházení v případě, kdy již nebudou schopni komunikovat.¹⁷⁴ Většina

¹⁷³ Srov. ZÁKON č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách*, § 36 *Dříve vyslovené přání* [online]. [cit. 2023-17-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2011-372/zneni-20220201.htm>

¹⁷⁴ Zpráva je dostupná na informačním portálu pro nemocné, pečující a pozůstalé na www.umirani.cz ve výzkumných zprávách 2015 ke stažení. Zadavatelem projektu byla nezisková organizace Cesta domů a projekt byl realizován agenturou Stem/Mark. Více. srov. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA 2015., *Dříve vyslovená přání*. Stem/Mar, s. 27. [online]. [cit. 2023-10-08]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/2023-04/cesta-domu-zprava-umirani-a-pecce-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>

dotazovaných, a to $\frac{3}{4}$ respondentů přiznalo, že o DVP nikdy neslyšelo. Zbývá $\frac{1}{4}$ měla nějaké povědomí, ale plnou povědomost deklaroval pouze malý zlomek a to 4 %.¹⁷⁵ Dotazovaní také často zaměňovali DVP za poslední vůli a domnívali se, že jde o přání, které se má plnit až po jejich smrti.¹⁷⁶

Pro polovinu oslovených lékařů byla péče o umírající důležitou součástí jejich práce.¹⁷⁷ Zajímavým poznatkem je výsledek týkající se vztahu pacient-lékař. Z pohledu pacientů mají lékaři zásadnější úlohu, než sami lékaři připouštějí. Naopak lékaři připisují pacientům silnější slovo.¹⁷⁸ Ačkoliv se většinou lékaři (78 %) shodli na tom, že o terapii má rozhodovat lékař společně s pacientem, realita je spíše opačná. Převážná většina lékařů sice o DVP slyšela, ale přímou zkušenost mělo cca 10-12 %, z toho konzultaci vykazovali častěji praktičtí lékaři a osobní zkušenost s uplatněním častěji geriatři.¹⁷⁹ V souvislosti s DVP se lékaři nejvíce obávali komplikací při nesouhlasu rodinných příslušníků nebo postihu, kdyby se prokázalo, že přání je neplatný dokument a byl by ze strany lékařů respektován.¹⁸⁰ Většina lékařů považovala DVP za smysluplné, nicméně 27 % z nich vnímala tento institut jako zbytečnou byrokracii. Byli přesvědčení, že je to práce navíc se značnou časovou dotací.¹⁸¹ Závěrem lze konstatovat, že témata smrti a umírání dle provedeného výzkumu v roce 2015 jsou ve společnosti stále silně tabuizovaná.

Minianketu na podobné téma provedla v srpnu 2017 Marie Macková mezi klienty léčebny pro dlouhodobě nemocné. Výsledným zjištěním bylo, že ani jeden z klientů neměl povědomí o tom, že může DVP sepsat, ačkoliv většina z nich měla představu o své budoucí péči a dost dobře věděli, co chtějí či ne. Autorka miniankety se podobně jako Steinlauf domnívá, že problematický je samotný zákon a zamýšlí se nad ním z pohledu sociálního pracovníka.

Problematiku zákona spatřuje zejména v absenci sankcí za nerespektování DVP a sankce za respektování neplatných přání. Řešení vidí v sankcionování ze strany registrujícího orgánu nebo profesní komory a ukotvení sankce v občanském zákoníku. Upozorňuje na problematiku v souvislosti neztotožnění lékaře s tímto dokumentem nebo silně zakořeněným zvykem obvyklého respektování přání rodiny. Poukazuje na to, že

¹⁷⁵ Srov. tamtéž, s. 29.

¹⁷⁶ Srov. tamtéž, s.30.

¹⁷⁷ Srov. tamtéž, s. 45.

¹⁷⁸ Srov. tamtéž, s. 49.

¹⁷⁹ Srov. tamtéž, s. 59.

¹⁸⁰ Srov. tamtéž, s. 64.

¹⁸¹ Srov. tamtéž, s. 68.

DVP je především uplatňováno u terminálně nemocných pacientů nebo ve vegetativním stavu. Současně konstatuje, že mnoha seniorů lze jen s obtížemi určit okamžik blížící se smrti. Přes vyskytující se problematiku, vidí v tomto institutu krok dopředu a završení odklonu od tzv. paternalistického přístupu, kdy pacient byl vnímán více jako pasivní příjemce péče státu nikoli jako autonomní osoba rozhodující o své péči a léčbě.¹⁸²

Matějek, Krejčíková a Zavadová v úvodu svého sborníku z roku 2015 poukazují na podobnou problematiku, když tvrdí, že ani po čtrnácti letech zakotvení DVP v českém medicínském právu jej nelze považovat za dobře etablované a v praxi skutečně používané. Jsou přesvědčeni, že do jisté míry zůstává zdrženlivost ze strany veřejnosti v přetrvávajícím tradičním paternalistickém vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Větší problematiku však vnímají v obavě zdravotníků nebo osob pečujících, který tento dokument přímo zavazuje a do jisté míry ohrožuje v souvislosti možných následků spojených s respektováním DVP. Tyto strachy se objevují zejména v momentě, kdy pacient odmítá život prodlužující nebo život zachraňující léčbu.

Nedůvěra v institut DVP se potom nepříznivě odráží v kvalitě a nežádoucí intenzitě poskytované péče na konci života. Strach z trestněprávního postihu, bývá častým důvodem, proč pacient léčen přespříliš. Impulsem, který by mohl zvýšit ochotu a připravenost zdravotníků či dalších osob respektovat DVP, by mohla být větší informovanost pacientů a jejich blízkých o možnosti sepsání přání, posléze početná existence již sepsaných přání.¹⁸³

Helena Krejčíková poukazuje rovněž na právní problematiku, kdy označuje například čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně poněkud za vágní a zákonné úpravy za nedostatečné. Poukazuje na nejasný výklad práva například v situaci, kdy si pacient v DVP může stanovit zástupce, přičemž zákon o zdravotních službách neřeší vztah zástupného rozhodování dle § 34 odst. 7, zejména zda je zástupce nějakým způsobem vázán dříve vysloveným přáním pacienta.

¹⁸² Srov. MACKOVÁ, M., *Dlouhodobá zdravotně-sociální péče o seniory v kontextu využití institutu dříve vysloveného přání*. Listy sociální práce. 2018, roč. 6, č. 15, s. 16. Dostupné také z: https://www.listysp.cz/images/obr/1625142296_lsp-podzim-final.pdf.

¹⁸³ Srov. MATĚJEK, J., KREJČÍKOVÁ, H., ZÁVADOVÁ, I. *Dříve vyslovené Přání*. Sborník, s. 5

Krejčíková dále dodává:

Vzhledem k tomu, že § 36 o zdravotních službách upravuje zástupné rozhodování jen v § 33 odst. 1 a v § 34 odst. 7, ale už se nevyjadřuje ani k vzájemným vztahům mezi zástupným rozhodováním a dříve vysloveným přáním, ani k případné soudní ingerenci, je zřejmé, že občanský zákoník je další podstatný právní předpis, který dopadá na dříve vyslovené přání.¹⁸⁴

Na problematické aspekty stávající právní úpravy upozorňuje ve své publikaci opět Steinlauf a zároveň představuje návrhy legislativních změn § 36 zákona o zdravotních službách.¹⁸⁵ Věnuje se velmi podrobné analýze a dodává, že bez jasně srozumitelné právní úpravy nelze předpokládat, že DVP se stanou institutem v praxi skutečně využívaným, jako je tomu v mnoha jiných zemích západního světa.¹⁸⁶

Doležalové dělí eticko-právní aspekty předem vysloveného přání do šesti skupin:

- *Právní problémy související s formou dříve vyjádřených přání* – problematika obecnosti nebo přílišné specifikace, otázka aplikovatelnosti.
- *Problém s prospektivní autonomií* – problematika nejistého stavu budoucnosti. Díky vývoji jedince nelze predikovat, jestli situace v budoucnosti bude reflektovat současný stav myslí.
- *Problém konfliktu mezi zájmy dříve kompetentního já a současného nekompetentního já* – zájmy lidí se proměňují. Může dojít k situaci, kdy například dříve kompetentní já vyslovalo přání, že si za určitých podmínek nepřeje žít, ale současné nekompetentní já je spokojené a zemřít nechce.
- *Problém změny personální identity (the someone else problem)* – někteří autoři uznávající tzv. funkcionální přístup k osobní identitě, zastávají stanovisko, že se osoba proměňuje a vzniká nová. Potom není možné, aby předtím kompetentní osoba rozhodovala o osobě nově vzniklé.
- *Problematika interpretace a kontextu projevu DVP* – v českém prostředí se interpretací podrobně zabývá Jaromír Matějka. Tvrdí, že interpretace není možná bez dialogu lékaře s pacientem, kdy lékař je expertem na léčbu a pacient je

¹⁸⁴ Tamtéž, s. 17.

¹⁸⁵ Autorka poukazuje na problematiku: povinnost poskytovatele zdravotnických služeb respektovat DVP, DVP jako souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotnických služeb, požadavek na DVP k dispozici, vymezení předvídatelné situace, poučení pacienta o důsledcích vyjádření DVP, formy DVP, zákaz respektovat DVP nebo způsobilost pacienta vyjádřit DVP. Více srov. STEINLAUF, B., *Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*, s. 123-131.

¹⁸⁶ Srov. tamtéž, s. 141.

expertem svých hodnot a životních plánů. Pokud chce lékař, co nejlépe porozumět pacientovo přání, nemůže pouze vnímat význam pacientova slova, ale rovněž hledá osobu stojící za tím textem.

- *Problematika normativity a závaznosti DVP* – se nachází ve vůli pacienta, která jím byla závazně vyjádřena a hypotetickým zjišťováním vůle pacienta v zástupném rozhodování, která nemusí být samo o sobě dostatečně silná, aby jiného zprostita povinnosti konat.¹⁸⁷

5.5. Dříve vyslovené přání ve Spolkové republice Německo

Myšlenka práva na sebeurčení v rozhodování na konci života se v Německu šířila zhruba od poloviny 70. let minulého století. Na přelomu století si čím dál více lidí začalo uvědomovat, že by chtěli sami převzít odpovědnost za mimořádné události v co největší míře prostřednictvím preventivních opatření, na což zákonodárce v roce 2009 zareagoval a vytvořil právní úpravu. Mezi tyto preventivní opatření patří tzv. Patientenverfügung, (dále jen PV). Jde o německou variantu českého termínu dříve vyslovené přání, kterou je možné kombinovat s několika dalšími směrnicemi. U všech z nich je zaznamenána vlastní vůle pro budoucí situace, ve kterých se již člověk nemůže odpovídajícím způsobem vyjádřit. Doporučuje se kombinace s plnou mocí (Vorsorgevollmacht¹⁸⁸) nebo směrnicí o péči (Betreuungsverfügung¹⁸⁹).¹⁹⁰

Ačkoliv je všeobecná povědomost o institutu dříve vysloveného přání rozšířená a při hospitalizaci taktéž poptávána ze strany poskytovatele zdravotnické péče, neexistuje ani v Německu žádný registr určený pouze pro PV. To je důvod, proč není známa přesná statistika a počet sepsaných dokumentů.¹⁹¹ Pouze v rámci registrace plných mocí do Centrálního rejstříku notářů je možné uložit doplňující informace o tom, zda bylo kromě plné moci sepsáno také PV. Podle tohoto registru bylo k 31. březnu 2020 registrováno přibližně 4,7 milionu plných mocí. Nicméně celkový počet plných mocí spojených s PV není z rejstříku zřejmý, neboť je uveden pouze u nových zápisů. Ze 118 216 nových

¹⁸⁷ Srov. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty.*, s. 263-269.

¹⁸⁸ Plná moc zplnomocňuje druhou osobu v zastupování v případě částečné či úplné neschopnosti zmocnítele. Více srov. ZIRNGIBL, D., *Die Patientenverfügung. So sorgen Sie für Notfälle richtig vor.* München: C. H. Beck, 2014, s. 9-11.

¹⁸⁹ Jedná se o tzv. opatrovnické nařízení. Tento dokument má zejména smysl v případě, že nejsou žádné blízké osoby, které mohou být jmenovány jako zplnomocnění zástupci. Více srov. tamtéž, s. 13-18.

¹⁹⁰ Srov. tamtéž, s. 7-9.

¹⁹¹ Srov. tamtéž, s. 7. Zirngibl ve své knize uvádí, že v Německu sepsalo PV na 10 milionů lidí.

registrací od ledna do března 2020 bylo 85 383 (72 %) spojeno s PV. V roce 2019 to bylo 79 % a v letech 2009 až 2018 se tento podíl pravidelně pohyboval mezi 74 % - 76 %. Spolková vláda proto předpokládá, že přibližně 75 % všech registrovaných plných mocí je spojena s PV. Článek v parlamentních zprávách z července 2020 uvádí, že by mohlo existovat přibližně 3,5 milionu registrovaných plných mocí zahrnující taktéž dříve vyslovené přání z celkového počtu 4,7 milionů registrací.¹⁹²

PV vychází zejména ze čtyř principů, které jsou uzákoněny v německé ústavě: právo na ochranu lidské důstojnosti, svoboda jednání, právo na tělesnou nedotknutelnost a práva na sebeurčení.

Na rozdíl od českého prostředí, PV v Německu se řeší v souvislostech opatrovnického práva, kdy se vyžaduje opatrovník, který je v dané situaci partnerem lékaři v interpretaci pacientova přání.¹⁹³ Právním základem pro PV je §1827 občanského zákoníku, který upravuje rámec, jak s tímto institutem nakládat. Velmi informativní je brožura Spolkového ministerstva spravedlnosti, která nabízí užitečné příklady a textové moduly, jak PV formulovat. V současné době je také možné vytvořit PV online, které bylo vypracováno za spolupráce Spolkového ministerstva spravedlnosti a spotřebitelských poradenských center. Tato nová online služba zdarma nabízí sestavení individuální kombinace modulů, za pomoci vysvětlujících textů a tipů zacílených na pochopení důsledků jednotlivých rozhodnutí.¹⁹⁴

Od přijetí zákona o PV v roce 2009 bylo předloženo velké množství vzorových textů. V těchto vzorových modulech se klade důraz především na popis co nejkonkrétnějších situací, zahrnující následně jasně formulované pokyny pro léčbu v určitých případech. Spolkové ministerstvo spravedlnosti doporučuje, aby PV obsahovalo následující body:

- *Úvodní prohlášení* – obsahující informace o navrhovateli.
- *Situace, na které se má soudní příkaz vztahovat*, jako např. když se ocitnu v konečném stádiu nevléčitelné nemoci nebo v důsledku poškození mozku.
- *Stanovisko o zahájení, rozsahu nebo ukončení určitých lékařských opatření* – týkajících se opatření na podporu života, zvládnání bolesti a symptomů, umělé

¹⁹² Srov. DEUTSCHER BUNDESTAG, *Zahl der Patientenverfügungen* [online] [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: https://www.bundestag.de/webarchiv/presse/hib/2020_07/707306-707306#:~:text=Von%20den%20118.216%20Neueintragungen%20von,zwischen%2074%20und%2076%20Prozent

¹⁹³ Srov. MATĚJEK, J., *Dříve projevená přání pacientů. Výhody a rizika*, s. 18-19.

¹⁹⁴ Srov. VERBRAUCHERZENTRALE, *Patientenverfügung online* [online] [cit. 2023-06-09]. Dostupné z: <https://www.verbraucherzentrale.de/patientenverfuegung-online>

výživy a hydratace, resuscitace, umělého dýchání, dialýzy, antibiotik nebo podávání krve a krevních složek.

- *Postoj k místu ošetření a pomoci* – ve smyslu, kde by člověk rád zemřel a kým by chtěl být doprovázen, jako například formulace typu: chci být převezen do nemocnice, abych zemřel/ chci zemřít doma/ chci zemřít v hospici/ přál bych si hospicovou pomoc.
- *Prohlášení o závaznosti, výkladu a výkonu a odvolání PV.*
- *Odkazy na další směrnice* – obsahující zplnomocněného zástupce/ opatrovníka.
- *Odkaz na přiložená vysvětlení PV* – prezentace obecných hodnot pacienta a další dokumenty, které pacient považuje za důležité.
- *Darování orgánů* – souhlas nebo nesouhlas s darováním orgánů v případě smrti.¹⁹⁵
- *Závěrečná formulace* – jde o prohlášení navrhovatele PV, které je obzvláště důležité, protože některé lékařské zákroky mohou být účinně prováděny pouze, pokud lékař předem pacienta informoval. Pokud způsobilá osoba se vzdala lékařských informací, potom se souhlas nevyžaduje. Zde by mělo být tedy formulováno přání či odmítnutí informovaného souhlasu.
- *Závěrečné poznámky* – zde navrhovatel deklaruje například plné vědomí při sepsání PV, souhlas s obsahem a vědomí důsledků opatření, které v PV přijal.
- *Informace/ poradenství* – zde navrhovatel může sdělit, kde získal informace nebo radu před sepsáním svého PV, například oficiální poradenský úřad pro občany, organizace Sdružení péče podléhající zákonu nebo lékaře.
- *Lékařské informace/ Potvrzení způsobilosti k udělení souhlasu* – tento bod je určen pro potvrzení lékaře nebo notáře, opatřeno datem a razítkem.
- *Aktualizace* – navrhovatel udává informace týkající se platnosti PV (platnost do odvolání či platnost na dobu určitou). Platnost obvykle není omezena, pokud PV nestanoví dobu, je tento dokument platný až do odvolání.¹⁹⁶

¹⁹⁵ Na rozdíl od ČR ve SRN je strategie darování orgánů založena na bázi autonomie, tzv. strategii *opting in*, kdy se předpokládá apriorní nesouhlas občana. Také srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 158.

¹⁹⁶ Srov. BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ. *Patientenverfügung. Vorsorge und Patientenrechte*. Berlin: 2023, s. 22-32. Také srov. [online] [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html?nn=17634>

Jaké jsou nám známé pozitivní argumenty pro sepsání takového dokumentu? Webové stránky Moje PV od společností HBSN a MediaKom uvádějí především pět důvodů, mezi které patří:

- *Zemřít důstojně a sebeurčením* – to může znamenat pro každého něco jiného. Například intenzivní péče poskytovaná systémem zdravotní péče se nemusí vždy shodovat s individuálními představami jedince o důstojném a sebeurčeném umírání.
- *Úleva blízkým* – od mučivých otázek a rozhodování týkající se konce života druhého člověka.
- *Přenesení odpovídající pravomoci* – na důvěryhodnou osobu/y, aby mohli pracovat na uplatnění předem vyslovené vůle.
- *Upřednostnění kvality života před jeho prodloužením* – zejména v rámci paliativní péče, která v Německu nabízí širokou škálu možností léčby, jejichž cílem není prodloužit život, ale udržet především kvalitu života. Toto často vyžaduje vzdání se opatření intenzivní péče a požadavek paliativní léčby v PV.
- *Vyřídít si vlastní záležitosti* – včas nebo pro případ nepředvídatelné situace, kdy již nelze učinit vlastní rozhodnutí.

Na vytvoření PV existuje několik formálních požadavků, mezi které patří podpis, zákonný věk a schopnost dát souhlas v době vytvoření. Potvrzení, rada od právníka nebo notáře či konzultace lékaře nejsou v Německu nutné, ačkoliv se doporučují. Čím více situací je konkrétně v PV popsáno, tím snadnější a vyplnitelná bude vůle pacienta. Jde o vysoce závazný dokument, a to nejen pro ošetřující lékaře, ale i pro osoby pověřené péčí.

Velmi důležitá je znalost existence PV a zejména pak dostupnost v případě nouze. Doporučuje se uložit kopii, například se zplnomocněnými zástupci, ošetřujícími lékaři, v nemocnicích nebo pečovatelských domech.¹⁹⁷

Aktivní ukončení života na žádost pacienta není možná. Podle trestního zákoníku by se jednalo o trestný čin jako zabití na požádání, s hrozícím trestem odnětí svobody od šesti měsíců až do pěti let.¹⁹⁸ Naopak je akceptováno přání ne zahájit život udržujících

¹⁹⁷ Srov. MEINE PATIENTEVERFÜGUNG. *Ihr Wegweiser zur Patientenverfügung – die wichtigsten Fragen umfassend beantwortet.* [online]

¹⁹⁸ Srov. BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ. *Bundesamt für Justiz.* [online] [cit. 2023-28-09]. Dostupné z: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html

opatření (např. resuscitace) nebo ukončení opatření prodlužující život (např. ukončení výživy). Tyto opatření jsou někdy v Německu taktéž spojována s pojmem pasivní eutanázie, i když v těchto případech se hovoří spíše o přerušení léčby. Taktéž jsou přípustná paliativní opatření, někdy opět označována za nepřímou eutanázii. Podle webu Meine Patientenverfügung nepřímá eutanázie zahrnuje léčbu, která krátkodobě zlepšuje stav pacienta, zároveň dlouhodobě život zkracuje. Uvádí např. léčbu silnými opiáty, což je široce ve společnosti akceptováno ve prospěch úlevy od bolesti.¹⁹⁹

5.6. Souhrn

Ačkoliv je platnost institutu DVP v ČR od roku 2012, nelze ho považovat za dobře etablovaný a používaný. Podle mnoha autorů je to důsledek nedostatečně srozumitelné právní úpravy a neznalosti široké veřejnosti zahrnující praktické lékaře a všechny další zdravotníky. Výše popsaná problematika se týká zejména DVP, které si pacient sepisuje sám.

Za problematické se zdá taktéž neexistující registr DVP, což může být příčinou neznalosti již existujícího dokumentu. Někteří autoři poukazují rovněž na chybějící sankce za nerespektování DVP nebo neztotožnění se lékaře s tímto dokumentem a stále velký vliv rodiny v otázkách rozhodování nemocného jedince. Neznalost a nedůvěra v DVP se nepříznivě odráží ve kvalitě a nežádoucí intenzitě poskytované péče na konci života.

V této kapitole byly popsány podmínky pro sepsání platného DVP a nastíněna současná situace podobného institutu, tzv. *Patientenverfügung*, ve Spolkové republice Německo.

¹⁹⁹ Srov. MEINE PATIENTEVERFÜGUNG. *Eutanázie: nepřímá/pasivní, právní situace, požadavky a role živé vůle*. [online] [cit. 2023-25-09]. Dostupné z: <https://www.xn--meinepatientenverfuegung-9lc.de/ratgeber/ethische-hintergruende/sterbehilfe/#wie-ist-die-definition>

6. Eutanazie

Kontrola nejen nad vlastním životem, ale i smrtí je především záležitostí současného západního světa a liberální demokracie, jejímiž hodnotami jsou svoboda a autonomie.

Dle nizozemského profesora etiky Theo Boera základním motorem pro uzákonění eutanazie v současné době není již jen soucit a laskavost, jako tomu bylo na počátku století, nýbrž především právě hodnoty jako nezávislost a sebeurčení jednotlivce.²⁰⁰

Aktivní (přímá) eutanazie je uzákoněna doposud v sedmi zemích světa, mezi které patří Nizozemí (2002), Belgie (2002), Lucembursko (2009), Španělsko (2021)²⁰¹, Portugalsko (2023)²⁰², Kanada (2016)²⁰³, Kolumbie (2015)²⁰⁴ a Nový Zéland (2021)²⁰⁵. Tato legalizace se týká formy přímého ukončení života lékařem na žádost pacienta, a to pouze za určitých kritérií. Pokud lékař nedodrží pravidla zákona, jedná se o trestný čin.²⁰⁶

Různé formy eutanazie přinášejí hluboké a filozofické otázky a problematiky. Černý s Doležalem píše:

Pokud je lidský život posvátnou, absolutní morální hodnotou, pak je eutanazie nepřístupná. Pokud naopak připustíme, že je dominantní hodnotou lidská autonomie, či práva člověka žít kvalitní život hodný žití, pak může být eutanazie v některých situacích přípustná.²⁰⁷

²⁰⁰ Srov. HUMPALOVÁ, J. *Eutanazie mění vnímání smrti v Nizozemsku, stále provokuje debaty*. [online] [cit. 2022-17-02]. Dostupné z: <https://talk.youradio.cz/porady/checkpoint/eutanazie-meni-vnimani-smrti-v-nizozemsku-stale-provokuje-debaty>. Srov. také, ČERNÝ, D. DOLEŽAL, A. *Smrt a umírání. Etické, právní a medicínské otazníky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013, s. 22.

²⁰¹ Srov. ČESKÁ TELEVIZE. *Španělsko povolilo eutanazii pro občany a rezidenty. Zákon vadí církvi i pravicovým stranám*. [online] [2021-18-03]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/3285076-spanelsko-povolilo-eutanazii-pro-obcany-a-rezidenty-zakon-vadi-cirkvi-i-pravicovym>

²⁰² Srov. ČESKÁ TELEVIZE. *Portugalsko jako pátá země Evropské unie uzákoní eutanazii*. [online] [2023-12-05]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/3585749-portugalsko-jako-pata-zeme-evropske-unie-uzakoni-eutanazii>

²⁰³ Srov. GOVERNMENT OF CANADA. *Medical Assistance in Dying: Legislation in Canada*. [online] [cit. 2023-30-09]. Dostupné z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying/legislation-canada.html#a1>

²⁰⁴ Srov. CESTA DOMŮ. *Eutanázie. Víme, o čem mluvíme?* Praha, Cesta domů, 2015, s. 23.

²⁰⁵ Srov. BBC NEWS. *New Zealand euthanasia: Assisted dying will be legal for the terminally ill*. [online] [2020-30-09]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/world-asia-54728717>

²⁰⁶ Srov. RTE. *Criteria voor euthanasie en hulp bij zelfdoding: zorgvuldigheidseisen*. [online] [cit. 2023-30-09]. Dostupné z: <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/woordvoering-en-voorlichting/informatie-voor-journalisten>

²⁰⁷ ČERNÝ, D. DOLEŽAL, A. *Smrt a umírání. Etické, právní a medicínské otazníky na konci života*, s. 22.

V této kapitole se budu zabývat otázkami, týkající se problematiky uplatnění autonomního rozhodování jedince na konci jeho života ve spojitosti s dobrovolnou eutanazií, tj. eutanazií, pro kterou se rozhoduje jedinec sám.

Nabízí se nám otázky typu: Kde jsou vlastně hranice svobodného rozhodování člověka a existují vůbec? Máme právo si zvolit vlastní smrt? Máme právo chtít po druhém člověku, aby nás usmrtil?²⁰⁸ Co je dobro pacienta? Co je vlastně dobro občana na sklonku jeho života v demokratické zemi a kam jako společnost směřujeme? A nemáme naopak právo, aby nás stát chránil před sebou samými, před následky našich rozhodnutí, a určil nám hranice, tak jako to dělá i v jiných situacích, jako je například zákonná povinnost zdravotního pojištění, zákaz kouření v restauracích nebo povinné očkování?²⁰⁹ Neměl by nás ochránit, abychom se jednou neobávali být staří nebo nemocní a společnosti tak na obtíž?

6.1. Definice a formy eutanazie v současnosti

Slovo eutanazie pochází z řeckého eu – značící dobrý, šťastný a thanatos – značící smrt, dohromady tedy dobrá smrt. Dobrá smrt původně neznamenal podání smrtící látky nemocnému, ale byla spojována spíše s rychlou a bezbolestnou smrtí bez většího utrpení, zahrnující i smrt z rukou nepřítele.²¹⁰ V současnosti se tímto pojmem rozumí především lékařské ukončení života člověka na jeho vlastní žádost.²¹¹ Dalším usmrcením na žádost pacienta je tzv. asistovaná sebevražda (neboli asistované sebeusmrcení), kdy lékař smrtící prostředek pouze připraví a pacient si jej sám aplikuje.²¹² V ČR je patrně nejznámější Švýcarsko v souvislosti s asistovanou sebevraždou a tzv. turistika za eutanazií.²¹³ Vácha konstatuje, že pacient sice v případě asistované sebevraždy projevuje větší autonomii, ale nakonec se podle něho rozdíl mezi těmito dvěma úkony stírá, protože v obou případech je nutná aktivní účast lékaře.²¹⁴

Další podrobnější dělení eutanazie kromě aktivní eutanazie rozlišuje ještě eutanazii nonvoluntární (pacient není schopen komunikovat svoji žádost, a přesto je lékařem

²⁰⁸ Srov. tamtéž, s. 43.

²⁰⁹ Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., A KOLEKTIV, *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, s. 59.

²¹⁰ Srov. ČERNÝ, D., *Eutanazie a dobrý život*, s. 17.

²¹¹ Srov. CESTA DOMŮ. *Eutanazie. Víme, o čem mluvíme?*, s. 10.

²¹² Srov. tamtéž, s. 15.

²¹³ Srov. PTÁČEK R., BARTŮNĚK, P., *Eutanazie pro a proti*. Praha: Mladá fronta a. s., 2019, s. 368.

²¹⁴ Srov. VÁCHA, M., *Eutanazie, definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada Publishing, 2019, s. 14.

usmrcen), eutanazii involuntární (pacient je schopen komunikovat, ale téma nebylo otevřeno, a přece je usmrcen) nebo pasivní voluntární eutanazie (“lékař nedělá nic, avšak rovněž s úmyslem usmrtit pacienta”).²¹⁵

Vácha dodává, že dřívější pojem pasivní eutanazie se již dnes nepoužívá. Jednak je to z důvodu široké obsáhlosti tohoto pojmu a dále z morálně přijatelných odůvodnění z tzv. nekonání a ustoupení smrti před umělým a za každou cenu udržováním pacienta při životě.²¹⁶ Zde se míní zejména ukončení marné nebo neúčelné léčby. Cíl tohoto jednání je zcela zásadní a nelze srovnávat s cílem eutanazie.²¹⁷

6.2. ČR a tematika eutanazie

V České republice je eutanazie spolu s asistovanou sebevraždou (sebezabitím) nelegální. Obě formy asistované smrti nebyly doposud nikdy povoleny, přičemž se jedná z pohledu trestního práva o trestný čin vraždy či účasti na sebevraždě podléhající trestnímu zákonu č. 40/ 2009 Sb.:

- § 140 Vražda

(2) „Kdo jiného úmyslně usmrtí s rozmyslem nebo po předchozím uvážení, bude potrestán odnětím svobody na dvanáct až dvacet let.“

- § 141 Zabití

(1) „Kdo jiného úmyslně usmrtí v silném rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného, bude potrestán trestem odnětí svobody na tři léta až deset let.“

- § 144 Účast na sebevraždě

(1) „Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.“

(3) „Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stížené duševní poruchou.“²¹⁸

²¹⁵ Tamtéž, s. 13.

²¹⁶ Srov. tamtéž, s. 12-13.

²¹⁷ Srov. CESTA DOMŮ. *Eutanazie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2015, s. 16.

²¹⁸ ZÁKON č. 40/2009 Sb. *Zákon trestní zákoník*. [online] [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#cast2>

Doležal poukazuje na to, že v českém právním řádu není nijak stanoven pojem marné či neúčelné léčby a z právního hlediska je toto rozlišení problematické.²¹⁹

Rozhodnutí o nezahájení marné péče nebo od jejího opuštění musí být vždy odůvodněné a důkladně zdokumentované lékařským týmem ve zdravotnické dokumentaci, který rozhodne o přechodu od kurativní léčby k léčbě paliativní. Velký důraz se klade na informovaný souhlas pacienta. V případě, že ten není v dané situaci schopen vyjádřit svou vůli, je nutná znalost existence předem vysloveného přání či komunikace s blízkými.²²⁰

Proti eutanazii a napomáhání sebevraždě se vymezuje nejen zákon, ale i ČLK svým stanoviskem v § 2 Stavovského předpisu:

Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařovo jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.²²¹

Členem ČLK je ze zákona každý lékař vykonávající svoje povolání na území ČR. Prezident Kubek jednak zastává názor, že člověka nelze utratit jako zvíře, a zároveň se obává rizika zneužití „nepotřebných“ seniorů nebo nemocných. Považuje volání po eutanazii za selhání mezilidských vztahů a rozpad společnosti. Domnívá se, že zmíněné volání může ztratit své odůvodnění zkvalitněním sociálních služeb a dostupností kvalitní paliativní péče.²²²

Ačkoliv ČR patří ke konzervativním státům v otázkách na konci života, objevují se nejen diskuze o této problematice, ale také návrhy zákona o důstojné smrti ze strany některých politiků prosazujících uzákonění eutanazie a asistované sebevraždy. První návrh byl od senátorky Václavy Domšové (ČSSD) v roce 2008 a druhý návrh od Jiřího Zlatušky (ANO) v roce 2016. Oba návrhy nebyly přijaty. Kritici poukazovali mimo jiné na fakt zavádějícího používání pojmu důstojné smrti nebo novotvarů jako pomoc k důstojné smrti a její aktivní vyvolání, místo všeobecně známých pojmů eutanazie a asistované sebevraždy. Došli k závěru, že není důvod proč nenazývat formy asistované smrti všeobecně známými názvy, pokud důvodem nemělo být matení čtenáře.²²³

²¹⁹ Srov. DOLEŽAL, A., *Eutanazie a rozhodnutí na konci života. Právní aspekty*. Praha: Nakladatelství Academia, 2017, s. 225.

²²⁰ Srov. tamtéž, s. 235.

²²¹ STAVOVSKÝ PŘEDPIS Č. 10 ČLK. *Etický kodex ČLK*. online. cit. 2023-11-09. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk>

²²² Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNEK, P., *Eutanazie pro a proti*, s. 17-20.

²²³ Srov. VÁCHA, M., *Eutanazie, definice, historie, legislativa, etika*, s. 83-85.

V červnu 2020 byl předložen poslanecký návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanazii, z rukou poslankyně hnutí ANO Věry Procházkové a Pirátské strany, který měl umožnit za přísně revidovaných podmínek zemřít dospělým pacientům v terminálním stádiu podle jejich přání.²²⁴ První část návrhu předkládá právní úpravy medicínských přístupů a rozhodovacích procesů v souvislosti s neprodáváním umírání a práva na paliativní péči. V druhé části se návrh zasazuje za legalizaci asistované smrti lékařem v podobě asistované sebevraždy nebo eutanazie. Opírá se o hodnoty jako jsou respekt autonomie, svoboda člověka, důstojnost a v neposlední řadě o hodnotu blahobytu, tzv. welfare, orientovanou především na kvalitu dobrého života.²²⁵

Vláda ČR po projednání návrhu zaujala nesouhlasné stanovisko, které shrnula ve čtrnácti bodech. Vymezuje se například proti nevhodnému spojování právní úpravy paliativní péče s asistovanou sebevraždou nebo eutanazií, přičemž považuje za vážný vymezení nové terminologie a nejednotnost s dalšími právními předpisy.²²⁶

6.3. Eutanazie v Nizozemí

Eutanazie byla v Nizozemí legalizována před jednadvaceti lety, v roce 2002 a je nutně poznamenat, že má v zemi vzestupný trend, kdy v loňském roce dosáhla historického maxima. Regionální Výbory pro přezkoumání eutanazie (RTE) v roce 2022 obdržely 8 720 oznámení, z toho 4 412 mužů (50,6 %) a 4 308 žen (49,4 %). Jde o nárůst 13,7 % ve srovnání s rokem 2021. Jde taktéž o nárůst úmrtí v celkovém počtu úmrtí v Nizozemí z 4,6 % v roce 2021 na 5,1 % z celkového počtu v roce 2022 (169,938).

Přestože RTE shledal, že v Nizozemsku jsou postupy týkající se eutanazie prováděny s velkou obezřetností a transparentností (0,15% pochybení), ve 13 případech byli lékaři shledáni, že nejednali v souladu s požadovanými kritérii²²⁷. I když jde o minimální procento pochybení, očividně dochází k nárůstu trendu i v této oblasti.

²²⁴ Srov. POSLANECKÝ NÁVRH ZÁKONA O PALIATIVNÍ PÉČI, ROZHODOVÁNÍ NA KONCI ŽIVOTA A EUTANAZII. [online] [2020-06-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/monitor/6838337.htm>

²²⁵ Srov. tamtéž, Návrh byl předložen Poslanecké sněmovně

²²⁶ Srov. tamtéž, Projednáno vládou, zamítavé stanovisko

²²⁷ RTE vypracoval příručku pro lékaře s názvem *Kodex eutanazie 2022*. Více srov. REGIONAL EUTHANASIA REVIEW COMMITTEES. *Euthanasia Code 2022. Procedures in practice*. www.euthanasiacommissie.nl, July 2022 [online]. Dostupné z: file:///C:/Users/Asus/Desktop/AUTO/RTE_EuthaCode2022_English%20(1).pdf

V období 2002-2022 přezkoumali regionální výbory 91 565 oznámení, z toho ve 133 případech nebyly splněny zákonné požadavky náležité péče. Nicméně pouze jeden případ vedl k trestnímu řízení.

V roce 2022 požádalo o aktivní eutanazii 8 501 lidí (97,4 %), asistovanou sebevraždu 186 lidí (2,1 %) a 33 žádostí zahrnovaly kombinaci obou forem asistované smrti (0,38 %).²²⁸ Mezi nejčastější žadatele patřili pacienti s nevléčitelným stádiem rakoviny (5 046 oznámení) nebo neurologickými poruchami (615 oznámení) jako je například Parkinsonova choroba nebo roztroušená skleróza. Následovaly mnohočetné geriatrické syndromy (379 oznámení), kardiovaskulární onemocnění (359 oznámení) nebo demence (288 oznámení).²²⁹

Tabulka 7 Věk eutanazie a asistované sebevraždy

Věková skupina	Do 30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90 a více
Počet oznámení	28	58	179	699	1 669	2 873	2 314	900

Nejpočetnější skupinou žádající o ukončení života jsou pacienti ve věku 70-80 let, následovaní skupinou 80-90 let. RTE uvádí, že oznámení od nejstaršího žadatele přišlo ve věku 104 let. Nejvíce oznámení demence bylo ve věkové skupině 70-80 let a to ve 223 případech. Mnohočetný geriatrický syndrom byl v 252 případech oznámen ve věkové kategorii nad 90 let.²³⁰

Dle poskytnutých statistik RTE je velmi zajímavé, že na asistované smrti se podíleli především praktičtí lékaři (98,4 %). Žadatelé o asistovanou smrt umírali nejčastěji doma a to v 6939 případech (79,6 %), dále potom s velkým odstupem v domovech pro seniory²³¹ v 829 případech (9,5 %). V hospicích zemřelo 667 klientů (7,7 %) a v nemocnicích zemřelo 157 pacientů (1,5 %).

V Nizozemí je rovněž k zamyšlení fakt, že eutanazie nevyklučuje následné dárcovství orgánů nebo tkání, přičemž RTE v roce 2022 obdržela 6 takových oznámení.

V neposlední řadě je možné praktikovat za určitých kritérií společnou eutanazii u obou manželů. V loňském roce tak proběhla u 29 párů.

²²⁸ Srov. tamtéž, s. 9.

²²⁹ Srov. tamtéž, s. 10.

²³⁰ Srov. tamtéž, s. 13.

²³¹ Srov. tamtéž, s. 15-16.

Kodex eutanazie vypracovaný RTE se vyjadřuje o eutanazii a paliativní medicíně následovně:

Eutanazie a paliativní sedace jsou dva různé způsoby ukončení nebo zmírnění nesnesitelného utrpení pacienta. V případě eutanazie je život pacienta ukončen. Při paliativní sedaci je pacient přiveden do stavu sníženého vědomí až do své smrti. Na rozdíl od eutanazie, paliativní sedace je běžnou lékařskou praxí.²³²

Mnozí kritici upozorňují na tzv. kluzký svah eutanazie v Nizozemí, kdy se poznenáhlu posunují kritéria na eutanázii od terminálního stavu a nesnesitelných fyzických bolestí po bolest psychickou (deprese), dále potom od pacienta při vědomí k pacientovi s demencí či k eutanazii z důvodů unavenosti životem.²³³ Tento argument je zároveň v české literatuře některými autory, například Černý²³⁴ nebo Hříbek,²³⁵ kritizován jako nedostatečný.

6.4. Argumenty na podporu eutanazie

Hříbek ve své knize z roku 2021 uvádí tři filozofické argumenty na podporu eutanazie, z nichž prvním a patrně nejpopulárnějším je argument z autonomie, druhým argument z prospěchu a třetím argument z parity.

Autonomie jako autorství vlastního života, se stala myšlenkou moderního liberalismu. Hříbek sám uznává hlasy některých kritiků spočívajících v tom, že mnozí pacienti nejsou ve stavu přijímat rozhodnutí, a přisuzuje argumentu z autonomie omezený význam. Jsou mu ale blízké konsekvencionalistické i deontologické argumentace. Konsekvencionalisté se zaměřují na dobré důsledky respektování autonomie pacienta:

1. Morálně správné je takové jednání, které má ty nejlepší důsledky pro všechny zúčastněné.
2. Respekt k autonomii pacienta má ty nejlepší důsledky pro všechny zúčastněné.
3. Jestliže pacient žádá o asistované sebeusmrcení nebo aktivní eutanazii, je třeba mu z respektu k jeho autonomii vyhovět.
4. Z toho plyne, že je morálně správné vyhovět i žádosti pacienta o asistované sebeusmrcení nebo aktivní eutanazii.²³⁶

²³² Srov. tamtéž, s. 55.

²³³ Srov. VÁCHA, M., *Eutanazie – definice, historie, legislativa, etika*, s. 62.

²³⁴ Srov. ČERNÝ, D. *Eutanazie a dobrý život*, s. 369.

²³⁵ Srov. HŘÍBEK, T. *Obrana asistované smrti. Filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Filosofický ústav AV ČR, 2021, s. 274.

²³⁶ Srov. tamtéž, s. 160.

Častější bývá deontologická forma argumentu, kde hraje klíčovou roli právo:

1. Morálně správné je takové jednání, které činí zadość právům všem zúčastněným. 2. Pacient má právo být respektován jako autonomní aktér. 3. Jestliže pacient žádá o asistované usmrcení nebo aktivní eutanazii, generuje to odpovídající povinnost mu vyhovět. 4. Z toho plyne, že je nejen morálně přípustné, ale i povinné vyhovět žádosti pacienta o asistované sebeusmrcení nebo aktivní eutanazii.²³⁷

Argument z prospěchu se opírá o prospěch pacienta ve smyslu ukončení jeho utrpení. Z konsekvenci(on)alistického hlediska to ale není dostatečný argument pro asistované usmrcení nebo aktivní eutanazii. Nejde zcela o dobro všech zúčastněných, neboť dané jednání zcela určitě způsobí újmu pozůstalým.

Deontologie klade důraz na právo trpících na jejich úlevu od bolesti a utrpení, které nemusí být jen fyzické, ale i psychické povahy. Kritici eutanazie argumentují, že v současné době lze již zcela eliminovat bolest pomocí paliativní medicíny, a tudíž tento argument je pro eutanazii zcela zbytečný. Někteří z kritiků tvrdí, že utrpení i bolesti mohou mít pozitivní smysl v životě člověka, proto by je jedinec měl prožít a neměl by se o tuto zkušenost, která může mít hluboký smysl připravit zkrácením jeho života. Mezi takové kritiky patří např. rakouský psychoterapeut Frankl, který přežil holokaust. Byl svědkem, jak nacističtí lékaři usmrcovali slabé a nemocné vězně, jejichž životy nebyli již hodnotné z důvodu chybějícího užitku pro společnost. Odvolává se přitom na hodnotu člověka ve smyslu jeho důstojnosti. Byl přesvědčen, že lékařovým posláním není praktikování eutanazie a obával se proměny vztahu lékaře a pacienta ve smyslu, jestli lékař přichází v roli pomocníka nebo kata.

Oponenti tohoto názoru argumentují tím, že zatímco vězeň může mít naději na svobodu, žadatel o eutanazii tuto naději pozbývá. Zpochybňují názor, že bolest a utrpení jsou vždy dobré a považují to spíše za jakousi masochistickou představu.²³⁸

Další příznivci eutanazie jsou naopak přesvědčeni, že paliativní péče a eutanazie jsou tzv. dvě metody řešící tentýž problém, zejména tehdy, pokud se pacient v terminální sedaci již do konce života neprobere.²³⁹ Hříbek si klade otázku, zdali paliativní péče řeší všechno utrpení? Ačkoliv se odpovědi na tuto otázku různých autorů liší, závěr srovnávací studie pod vedením Judith Rietjensové tvrdí, že paliativní péče nevyřeší

²³⁷ Srov. tamtéž, s. 161.

²³⁸ Srov. 185-187.

²³⁹ Srov. tamtéž, s. 179-182.

všechno nepřijatelné utrpení vycházející z pocitu naprosté závislosti nebo naprostého pocitu marnosti. Terminální sedace a eutanazie odpovídají na zcela odlišné problémy.

V případě terminální sedace vede lékaře těžké fyzické a psychické utrpení pacienta k jeho sedaci, zatímco hlavním problémem pro pacienty požadující eutanazii je často zkušenost ztráty důstojnosti během poslední životní fáze. Obvykle jde o pacienty, kteří byli zvyklí mít svůj život pod kontrolou a nechtějí se ocitnout ve stavu totální závislosti.²⁴⁰

Hříbek podporuje názor, aby paliativní péče byla co nejdostupnější, nicméně dodává, že nelze od ní zcela očekávat eliminaci požadavků na eutanazii.²⁴¹

Připouští, že předešlé dva argumenty mohou být kontroverzní a třetí argument z parity považuje za nejsilnější. Argumentuje tím, že již dnes existuje morálně přípustná a legální medicínsky asistovaná smrt: přerušeni léčby, nezahájení léčby, odmítnutí příjmu a potravin nebo paliativní medicínu. Pokládá si otázku, pokud tyto formy asistované smrti vycházejí z argumentu autonomie a prospěchu pacienta, přičemž lze zmíněné postupy legalizovat a ospravedlnit, proč nelze taktéž připustit asistovanou sebevraždu nebo aktivní eutanazii? Hříbek je přesvědčen, že mezi již legalizovanými a kontroverzními postupy medicínsky asistované smrti neexistuje morální rozdíl (tj. mezi usmrcením a ponecháním zemřít).²⁴²

Vedle již zmíněných argumentů bývají diskutovány další argumenty vycházející z pozice svobody člověka a jeho autonomie jako strach ze ztráty důstojnosti, tělo je majetkem člověka, eutanázie je skutkem milosrdenství, eutanazie je soukromou záležitostí mezi pacientem a lékařem, porovnávání trpícího člověka a trpícího zvíře nebo eutanazie jako postoj náboženství.

Ve vztahu ke společnosti se objevují pro-argumenty typu: eutanazie zde vždy byla jako například prostituce – je potřeba ji legalizovat zákonem nebo eutanazie jako nezbytnost pro spravedlivé rozdělení lékařské péče a zdrojů. V posledním bodě jde především o ekonomický argument, který významně eutanazii ekonomicky zvýhodňuje před paliativní péčí, která je nákladnější.²⁴³

²⁴⁰ Tamtéž, s. 183.

²⁴¹ Srov. tamtéž, s. 183.

²⁴² Srov. tamtéž, s. 193-194.

²⁴³ Srov. VÁCHA, M., *Eutanazie – definice, historie, legislativa, etika*, s. 52-57.

6.5. Kritika eutanazie

Braunstein, kritizuje australského profesora etiky Singera, když tvrdí, že je „nadšen vším, co umožňuje usmrtit co největší počet příslušníků lidského rodu.“²⁴⁴ Zároveň se táže, kam etika dospěla, produkuje-li takové profesory bioetiky a co se stalo s naší společností? Dle Singera a jeho stoupců totiž život, který nepřináší žádná uspokojení a postrádá tudíž smyslu, není již životem důstojným, a proto by mělo být povolené takovýto život ukončit. Singer obhajuje dobrovolnou i nedobrovolnou eutanazii, když má na mysli pomoc lékařů ke smrti u nemocných pacientů, kteří si to přejí, ale nejsou schopni sami spáchat sebevraždu nebo když pacienti nejsou schopni o eutanazii již požádat. Singer považuje akt asistované smrti za skutek milosrdenství, přičemž Braunstein²⁴⁵ poukazuje na to, že již nacističtí stoupcí eutanazii ospravedlňovali, když hovořili o smrti jako o vysvobození.²⁴⁶ Obvykle bývá nedůstojné žití spojováno s nemocí a stářím. Singerova teorie je rozšířena navíc o otázky osoby a ne-osoby, přičemž jen osoba si zaslouhuje žít. Za ne-osoby jsou považovány například postižené děti nebo dementní senilní lidé. Usmrcení osoby proti její vůli je tedy Singerem považováno za mnohem horší než usmrcení bytosti, která osobou není. Braunstein považuje takovéto názory za návrat k bezostyšné eugenice,²⁴⁷ která v minulosti začala malými krůčky jako například ve změně základního lékařského postoje.²⁴⁸

Ptáček a Bartůněk argumentují proti eutanazii právě současnou situací v Nizozemí a Belgii, kdy upozorňují na neustálý posun vývoje eutanazie, trend rozvolňování kritérií, které se netýkají již terminálně nemocných a zvyšující se nárůst žadatelů. Poukazují na návrh zákona z roku 2016, který měl umožňovat asistovanou sebevraždu všem, kteří by považovali svůj život za již kompletní.²⁴⁹

Boer, nizozemský profesor etiky je přesvědčen, že dochází ke změně vnímání smrti v Nizozemí. Přestože je paliativní medicína současnosti na nejvyšší úrovni a potřeba eutanazie by tak podle něho měla být nejnižší, eutanazie pozvolna začíná být standardní záležitostí a začíná měnit životy nejen umírajících. Vnímání smrti se ve společnosti

²⁴⁴ BRAUNSTEIN, J. F., *Filosofie, která přišla o rozum. Gender, zvíře, smrt*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2021, s. 211.

²⁴⁵ Francouz Jean-Francois Braunstein je sám profesorem současné filosofie a lékařské etiky na Universitě Paris/Panthéon-Sorbonne.

²⁴⁶ Srov. tamtéž, s. 212.

²⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 215-216.

²⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 226., Více. srov. Virt, G. *Žít až do konce. Etika, umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 23-24.

²⁴⁹ Srov. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., *Eutanazie pro a proti*, s. 242.

rozšiřuje jako něco, co se dá ovládat. Boer užívá termínu společenské smrti a porovnává ji s létáním. Smrt lze tak naplánovat a zapsat její termín do diáře, podle kterého se zařídí i celá rodina. Říká, že ze smrti se stal projekt. Ačkoliv v Nizozemí existuje nejlepší revizní systém, kritizuje ho proto, že posuzuje každý detail, ale uniká mu kontext jako je tlak ze strany blízkých, hledání alternativ k volbě asistované smrti nebo v neustále se rozšiřující definici nesnesitelného utrpení, která se již netýká pouze fyzického stavu.

Přestože se Boer zasazoval od 70. let o legalizaci eutanazie v Nizozemí, dnes je přesvědčen, že se zvyšuje tlak na to, aby lidé ukončovali svůj život předčasně. Říká, že usmrcovat lidskou bytost by mělo být výjimkou, zcela poslední možností. Zároveň přichází s názorem, že rozvolňování přináší i zcela nový stres, zejména pro seniory. Boer sám se přiklání k asistované sebevraždě před usmrcením lékařem²⁵⁰ a poukazuje na to, že tam, kde je povolena asistovaná sebevražda spolu s eutanazií, dosahuje eutanazie mnohem větších čísel, čemuž přisuzuje určitý význam.

Ptáček s Bartůňkem přinášejí další argumenty jako: neexistuje právo zabít jednoho člověka jiným člověkem, eutanázie není důstojná smrt nebo umírající se jen těžko může v jeho stavu autonomně rozhodovat. Vzhledem k demografickému stárnutí populace, uzákonění eutanázie může rovněž vést k mezigeneračnímu napětí a může se stát silným vzkazem pro mladé generace v souvislosti s vnímáním lidské hodnoty. Člověk, který již nebude vytvářet hodnoty se může společensky chápat jako břemeno.²⁵¹ Vácha přidává problematiku bez explicitního souhlasu, kdy zejména v Nizozemsku jsou doloženy případy, kdy byli usmrceni pacienti lékaři jen proto, že se domnívali, že nesnesitelně trpí, což je v podstatě věci proti autonomii pacienta, která je jedním z nejsilnějších argumentů legalizaci eutanazie.

Nabízí se také otázka, zdali lékař má být ten, kdo by měl rozhodovat o tom, kdo ještě zůstane a kdo opustí tento svět. Pokud by došlo k uzákonění eutanazie, došlo by i ke změně lékařského paradigmatu ve smyslu – pečovat, léčit, zabíjet.

Mezi mnoha dalšími argumenty Vácha uvádí například, že eutanazie může být východiskem pro opuštěné pacienty bez rodiny nebo možností vzniku situace, kdy se bude od pacienta eutanazie očekávat. Za znepokojivé považuje zmíněný kluzký svah vývoje eutanazie v Nizozemí.²⁵²

²⁵⁰ Srov. HUMPALOVA, J. *Eutanazie mění vnímání smrti v Nizozemsku, stále provokuje debaty.* [online]

²⁵¹ Srov. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., *Eutanazie pro a proti*, s. 242-246.

²⁵² VÁCHA, M., *Eutanazie. Definice, historie, legislativa, etika*, s. 58-75.

Opatrný bere v potaz opět otázku strachu: strach ze situací, které člověk nezná, strach z osamění nebo strach z nefunkčnosti, která nemusí být jen osobní, ale vnímána jako sociální ponížení nebo diskvalifikace. Nemocný může nabývat dojmu, že pozbývá nejen osobního, ale zejména společenského významu a přijímá myšlenku eutanazie jako nové řešení situace člověka, ²⁵³ tj. „řešením problému likvidací jeho nositele“. Uzákoněním eutanazie hrozí nepřímé riziko, bez skrupulí řečeno uvolnění místa. Opatrný si pokládá otázky: „Jak člověk ke svobodě zničit sama sebe přišel? A není svoboda zničení života perverzí svobody?“ ²⁵⁴

6.6 Souhrn

V této kapitole jsem se zaměřila na eutanazii ve smyslu vyvrcholení autonomie jedince v otázkách rozhodování na sklonku jeho života. Zajímavý je fakt, že jednotlivé státy Evropské Unie nezaujímají jednotný postoj k této problematice jako je tomu například u trestu smrti. Zatímco v ČR je asistovaná smrt za pomoci lékaře nelegální, například v Nizozemí se již praktikuje přes 20 let. Zjištění z Nizozemska přináší tři zajímavé údaje: největší skupinou žádající o eutanazii jsou jedinci ve věku 70-80 let, nejvíce se na usmrcení podílejí praktičtí lékaři a nejčastěji dochází k úmrtí v domácím prostředí. Boer rovněž přináší nový pohled na eutanazii ve smyslu získávání kontroly nad smrtí a její plánování.

Shodný pohled na eutanazii nemají ani samotní bioetici napříč různými státy, kteří se liší svými názory a postoji. V této kapitole představuji nejčastější argumenty současné literatury na podporu eutanazie a rovněž argumenty proti ní.

Vzhledem k demografickému stárnutí populace a současné politicko-spoločenské situaci v ČR, se osobně přikláním k postoji, který se obává většího rizika zneužití tzv. nepotřebných a nemocných seniorů. Uzákonění eutanazie by u nás mohlo vést k mezigeneračnímu napětí, přičemž by se mohlo taktéž stát silným vzkazem pro mladé generace v souvislosti s vnímáním lidské hodnoty. Totiž, že člověk, který již nebude vytvářet ekonomické či rozmnožovací hodnoty, se může společensky chápat jako břemeno.

²⁵³ Srov. OPATRŇY, A., *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Pavel Mervart: 2017, s. 150-151.

²⁵⁴ Tamtéž, s. 152.

7. Význam rodiny v péči o seniora

Rodina je základní sociální jednotkou společnosti, tzv. první školou, kde si člověk již od nejtělejšího mládí učí mravním hodnotám, předává náboženské a kulturní postoje, osvojuje společenskou odpovědnost a solidaritu.²⁵⁵ Přítomnost seniorů v rodině přispívá k rozvoji mladších a jsou taktéž pojítkem mezi generacemi.²⁵⁶ Rodina představuje nejen pro seniory, ale každého jedince, jistotu a zázemí. Fungující rodina je pro nesoběstačného seniora určitou zárukou pomoci nejen fyzické a psychické, ale i zárukou finanční.²⁵⁷

Rodina se během svého životního cyklu proměňuje a prochází jednotlivými fázemi, mezi které patří rodina dvou – manželství, příchod dětí do rodiny, rodina s dětmi různého věku, následována opět zúžením rodinného života s odchodem dětí a zakládáním jejich vlastních rodin. Osamělí rodiče se snaží pomáhat mladým rodinám, a zároveň pečují o své staré rodiče. V tomto období se tedy nejen objevuje fáze prázdného hnízda, ale objevuje se nová role prarodiče. Tato rodina dvou se ocitá často v tzv. sandwichové fázi (péče o vnoučata a staré rodiče zároveň). Stárnoucí rodina, tedy pár seniorů, se přizpůsobuje své další nové roli důchodce a s přicházejícím časem čelí větší či menší samotě nebo životu bez partnera.²⁵⁸

Huber, německý evangelický teolog, vidí etický význam rodiny především ve čtyřech funkcích, mezi které patří štěstí, zaopatření, socializace a péče. Tvrdí, že se rodina osvědčuje právě tehdy, kdy vzniká potřeba pečovat o staré, nemocné a postižené jedince. Je přesvědčen, že v době, kdy naše společnost demograficky stárne, úloha rodiny nabývá na jejím významu.²⁵⁹ Pokládá si otázky, zdali existuje nějaká etická povinnost uspořádání si vlastního životního plánu podle toho, jakou péči potřebují zestárlí či nemocní rodinní členové a jaký význam má v dnešní době čtvrté přikázání – ctít otce a matku svou?²⁶⁰ Jeho odpovědí je, že ačkoliv dnes vždy není možné změnit všechny plány, přesto zůstává povinnost dětí všimnout si svých nemocných a starých rodičů a hledat způsoby, jak jim pomoci.

²⁵⁵ Srov. PAPEŽSKÁ RADA PRO SPRÁVEDLNOST A MÍR. *Kompendium sociální nauky církve*. Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří, 2008, s. 149.

²⁵⁶ Srov. tamtéž, s. 154.

²⁵⁷ Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 55.

²⁵⁸ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*, s. 33-34.

²⁵⁹ Srov. HUBER, W., *Etika. Základní otázky života*. Praha: Vyšehrad, 2016, s. 29-32.

²⁶⁰ Srov. tamtéž, s. 217.

Dodává, že mnozí, i přes velké vzdálenosti, zůstávají součástí života rodičovské generace tím, když se starají o zajištění pomoci v podobě profesionální pečovatelské, zdravotnické či jiné služby.²⁶¹

7.1. Rodina a její funkce

Rodina je charakterizována jako malá skupina osob, jejichž vzájemné vztahy se utvářejí na základě jednotlivých rolí a citového zázemí. Funkce rodiny je podmíněna nejen vztahy uvnitř rodiny, ale také změnami společenského systému.

Rozeznáváme funkce reprodukční (zachování rodu), ekonomické (materiální zabezpečení členů rodiny), socializačně-výchovné (socializace, výchova a vzdělávání dětí) a funkce emocionální v projevu dostatečné lásky. Ve funkční rodině se objevují běžně řešitelné situace. Bez větších problémů plní uvedené funkce a nikdo z členů po stránce materiální nebo citové nestrádá. Nejedná se tedy pouze o materiální zajištění, ale také o vřelé projevy citů, a to nejen svým dětem, ale také svým rodičům, kteří mají potřebu jistoty ve svých dětech. Tam, kde rodina není schopna plnit své funkce, se označuje za nefunkční.²⁶²

7.2. Mezigenerační vztahy v rodině

Zejména koncem minulého století došlo v ČR ke změně ve struktuře a fungování rodin a domácností pod vlivem nových trendů v životním stylu a změně demografického chování, mezi které patří snižování sňatečnosti a porodnosti, vzestup rozvodovosti, četnost nesezdaných soužití, svobodné mateřství a rovněž prodlužování střední délky života. Zatímco v minulosti bylo obvyklé vícegenerační soužití v jedné domácnosti, dnešní domácnosti tvoří přibližně dvě třetiny úplných dvojgeneračních rodin, desetina je z toho neúplných a čtvrtina domácností je tvořena pouze z jednotlivců. Rodinný život se mění také v souvislosti tolerance většího množství vztahů a snižováním dětí v rodinách. Předpokládá se, že nyní až čtvrtina seniorů žije osaměle či v sociální izolaci, a tento trend přirozeně narůstá s přibývajícím věkem.²⁶³

²⁶¹ Srov. tamtéž, s. 219.

²⁶² Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*, s. 34-35.

²⁶³ Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*, s. 93.

V naší společnosti standardně mladé rodiny žijí odděleně od svých rodičů a pokud jsou zachovány dobré vztahy, zůstávají v častém kontaktu. Aktuálně v tomto směru přispívá taktéž bytová politika, dostupnost a velikosti standardních bytů, kde by se více generací zcela určitě tísnilo.²⁶⁴

Péče v rodinách je považována především za péči z lásky. Z citových vazeb vychází rodinná soudržnost, která se projevuje silnými vazbami mezigenerační solidarity. Pečující rodiny prokazují vlastnosti jako odpovědnost a altruismus.²⁶⁵ Pokud se budou vyskytovat i na dále v české populaci tyto rodiny, bude to také znamenat příznivé podnebí pro prosazování péče o seniory v rodinných podmínkách v naší zemi.

7.3. Role rodiny v péči o nemocného a umírajícího seniora

Dragomirecká uvádí, že se české pečující rodiny v mnohém podobají zemím jako je Německo či Nizozemí, přičemž se patrně u nás vyskytuje větší motivační rozmanitost v péči o seniora. Významnou roli v péči hraje zkušenost, jakou si nese mladší generace. Pragmaticky orientované rodiny pečují o své blízké, protože to považují za přirozený koloběh ve společenství generací, emocionálně založené rodiny vedou k rozhodnutí city a vzájemná náklonnost.²⁶⁶

Podle výzkumů, výraznou pomoc v domácím prostředí potřebuje každý čtvrtý senior ve věku 60+ a každý druhý senior ve věku 80+²⁶⁷ Kdyby si senioři mohli zvolit, naprostá většina z nich by upřednostnila rodinnou péči s kombinací profesionálních služeb. Rodinná péče se často odvíjí nejen od finančních a organizačních možností dané rodiny, ale především také od sociálního systému společnosti, přičemž v případě intenzivní péče se jedná o péči velmi nákladnou a mimo instituce obtížně prosaditelnou.²⁶⁸

Péči v rodině lze rozdělit podle její intenzity na péči podpůrnou, péči neosobní a péči osobní vyžadující největší nároky ze strany pečujícího. Zatímco v případě péče podpůrné se jedná o nepravidelnou péči v podobě zařizování úřadů, odvozu k lékaři či finanční pomoc, péče neosobní potřebuje již určitou pravidelnost v podobě zařízení chodu domácnosti, jako je úklid nebo vaření. Nejvyšší nároky klade na pečujícího péče osobní. Jedná se o péči časově náročnou, fyzicky i psychicky obtížnou, kdy nesoběstačný senior

²⁶⁴ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*, s. 36.

²⁶⁵ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E., *Ti, kteří se starají. Podpora neformální péče o seniory*. Univerzita Karlova: Nakladatelství Karolinum, 2020, s. 78.

²⁶⁶ Srov. tamtéž, s. 85.

²⁶⁷ Srov. tamtéž, s. 21.

²⁶⁸ Srov. tamtéž, s. 82.

je na druhém člověku závislý a potřebuje pomoc v každodenních úkonech nepřetržitě. Dnes se taková péče nazývá péčí neformální, i když pojem nebo univerzální definice není v české legislativě a odborných dokumentech pevně vymezena.²⁶⁹

Dle Chaloupkové Klímové hrají v péči o nemocné členy rodiny dva faktory, a to je věk a pohlaví pečujícího. Udává, že v roce 2013 z celkového počtu pečujících tvořily 60 % ženy ve věkovém rozmezí 35-64 let, přičemž celkový počet poskytovatelů péče byl zaznamenán u 28 % žen a 18 % mužů. Muži se většinou podílejí na péči později, ve věku mezi 55 a 64 rokem. Tento fakt potvrzuje i Šimoník, který na základě výzkumu v roce 2015 potvrzuje, že ženy se podílí na péči častěji než muži, přičemž péči o své blízké tráví v průměru 76 hodin týdně.²⁷⁰ Dragomirecká poukazuje na to, že v ČR doposud neexistuje jednotný dokument na celonárodní úrovni věnovaný problematice podpory pečujících. Jednotlivé problematiky se nacházejí v různých dokumentech, gesčně spadajících pod různé resorty a celá problematika je tak nepřehledná.²⁷¹ Dodává, že by se rodiny měly stát plnohodnotným partnerem státu v péči o stárnoucí populaci, a proto by neformální péče měla být součástí všech strategických dokumentů na všech úrovních společenského života, které zahrnují nejen stát, ale i kraje a obce.²⁷²

Ačkoliv většina českých respondentů potvrzuje ochotu postarat se o své rodiče doma z altruistických důvodů, udávají obavy ze ztráty zaměstnání, osobního pohodlí či náročnosti péče, které přináší nejen fyzickou, ale i psychickou zátěž. Nejednou nastane situace, kdy dochází ke společenské izolaci pečujících, zvláště u starších žen. Sociální péče státu není dostatečně připravena pomáhat nemocným a jejich rodinám v domácím prostředí a komerční služby jsou nákladné, pro mnoho rodin tak nedostupné. Na druhou stranu není zcela neobvyklé, že v náročných situacích pečují o seniora jednotlivé rodiny společně. V tomto případě je nezbytná soudržnost rodiny.

Bolestnou problematikou bývá rozhodování rodin, ohledně svěřením nemocného do institucionální péče z důvodu nezvládnutí se o něho postarat, což je v mnoha případech velmi psychicky pro samotné členy rodiny náročné. Literatura toto rozhodnutí popisuje jako pocity viny, sebeobviňování a selhání, například v případě tzv. nukleární rodiny, kdy děti žijí příliš daleko anebo pro nemocnou manželku, která již nezvládá sama z důvodu

²⁶⁹ Srov. tamtéž, s. 51-53.

²⁷⁰ Srov. tamtéž, s. 53-54.

²⁷¹ Srov. tamtéž, s. 56.

²⁷² Srov. tamtéž, s. 104.

onemocnění péči o svého manžela.²⁷³ Nicméně je možné očekávat, že budoucí společnost bude od rodin požadovat větší spoluúčasť na péči o svého nemocného seniora, a to nejen z důvodu očekávaného demografického vývoje, ale i z nedostatečných prostředků na rozšiřování institucionální péče.²⁷⁴

Pro domácí paliativní péči je rodina klíčovým prvkem. Nutnou podmínkou je, že pečující zůstane doma s nemocným, budou vytvořeny reálné podmínky a předpoklady k péči. Člen domácnosti je vnímán jako součást paliativního týmu. Rodinnou paliativní péči nelze považovat za povinnost. Jednak z toho důvodu, že chybí podmínky k péči anebo se rodiny obávají z nevládnutí péče doma a upřednostňují ústavní zařízení. Chyb se dopouští i někteří lékaři, kteří nemají znalosti možností mobilního hospice a rodiny od této péče odrazují.²⁷⁵

7.4. Rodinná péče v dlouhodobé perspektivě

Jeřábek uvádí několik argumentů v neprospěch péče o nesoběstačné seniory. Prvním argumentem je narůstající vliv autonomie jedince, snižující se závaznost a univerzálnost manželských a rodinných svazků. Jde o nové kulturní procesy ve společnosti: „Většina společnosti nežije v rodinách, ani rodinná péče nemůže být hlavním modelem péče o seniory.“²⁷⁶

Druhým argumentem je demografický vývoj společnosti, jehož důsledkem je následné oslabování schopnosti poskytování rodinné péče z důvodu nedostatku rodin, a tudíž nedostatku rodinných pečovatelů. Důvodem je klesající plodnost žen, klesající počet dětí v rodinách, zvyšující se rozvodovost nebo počty bezdětných manželství.

Třetím argumentem je sociální proces společnosti vycházející ze statistik prodlužování průměrného věku dožití a současně narůstajícího počtu nesoběstačných lidí v posledních letech jejich života: „Stále větší počet starých lidí bude muset využívat jiné, vesměs institucionální, formy péče ve stáří prostě proto, že rodinná péče nestačí držet krok s velmi rychle rostoucími nároky a potřebami péče o staré lidi.“²⁷⁷

²⁷³ Srov. JEŘÁBEK, H., *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013, s. 48-50.

²⁷⁴ Srov. tamtéž, s. 54.

²⁷⁵ Srov. KALVACH, Z., *Manuál paliativní péče pro umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2019, s. 60.

²⁷⁶ JEŘÁBEK, H., *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*, s. 55.

²⁷⁷ Tamtéž, s. 55.

Upozorňuje se zároveň na společenské změny a pravděpodobnost přibývajících počtu osaměle žijících starých lidí bez manželských partnerů a dětí.²⁷⁸

Dragomirecká říká, že nelze změnit zmíněné procesy, ale navrhuje změnu podpory, na níž se budou kromě rodiny podílet komunity, specializované instituce a celá společnost, čímž bude možné zajistit humánní a důstojnou péči.²⁷⁹ Naděje pro pečující rodiny mohou představovat budoucí moderní technologie, rozvoj robotiky, digitalizace, elektroniky nebo počítačově ovládané technologie.²⁸⁰ Naopak někteří senioři a pečující mají velmi odmítavý postoj k budoucím pomocníkům v podobě humanoidních či sociálních robotů a označují tento vývoj za dehumanizaci péče. Do hry vstupují otázky etické.²⁸¹

7.5. Komunikace mezi lékařem a rodinou umírajícího

Všichni lékaři, nejen paliatři, kteří přijdou do kontaktu s nemocným během jeho onemocnění v jakékoliv fázi, mohou ovlivnit pacientův závěr života, ať již pozitivně či negativně.

Svatošová je přesvědčena, že u pacienta s infaustní diagnózou je potřeba podpora reálné naděje, na místo milosrdné lži. Sama přiznává, že sdělit pravdu nemocnému a nezat mu naději, je velmi obtížné. Dodává, že nemocného zajímá především pravda prognostická před pravdou diagnostickou, případné alternativy léčby a následné výhody či nevýhody. Informovanost je právem každého pacienta. A proto by se dnes již nemělo stávat, že všichni blízcí budou více informováni než pacient sám, tedy za předpokladu, že si to pacient výslovně nepřál a pověřil někoho jiného ke komunikaci. Svatošová považuje poskytnutí milosrdné lži za krutost, která ujídá pacientovi z tak vzácného času, který mu ještě zbývá k uspořádání pro něho a jeho rodinu důležitých věcí.²⁸²

Další nezanedbatelnou problematikou je, že mnoho pacientů si přeje zemřít doma, tudíž pro ně a jejich rodiny je pravdivá diagnostika zcela zásadní v dalším rozhodování péče. Když pacienti nemají pravdivé informace od lékaře, kterému bezmezně věří, uvěří milosrdné lži a dobrovolně odcházejí do nemocnic. Věří, že se vyléčí nebo život alespoň o něco prodlouží a bude ještě chvíli dobře, protože naděje umírá poslední.

²⁷⁸ Srov. tamtéž, s. 54.

²⁷⁹ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E., *Ti, kteří se starají. Podpora neformální péče o seniory*, s. 88.

²⁸⁰ Srov. tamtéž, s. 125.

²⁸¹ Srov. tamtéž, s. 131.

²⁸² Srov. ČERNÝ, D. DOLEŽAL, A. *Smrt a umírání. Etické, právní a medicínské otázky na konci života*, s. 232-233.

Výsledkem často bývá, že stráví své poslední chvíle většinou osamoceni v nemocničním pokoji, kde také nakonec zemřou. Často příliš pozdě pochopí, co se s nimi děje a na jejich přání již nezbývá čas. Když není zbylí, Svatošová na místo milosrdné lži považuje za vhodnější alespoň dávkování pravdy po částech, tzv. zámlku. Je taktéž názoru, že lékař by měl podpořit rodinu u lůžka umírajícího a informovat ji, že posledním ze smyslů, které umírající člověk ztrácí je sluch, a že není pozdě se s nemocným rozloučit, poděkovat nebo poprosit za odpuštění. Pochvala a ujištění rodiny, že udělali vše nejlépe co mohli znamená hodně v období jejich truchlení.²⁸³

7.6. Souhrn

Většina seniorů upřednostňuje rodinnou péči v kombinaci s profesionálními službami. Velmi pozitivním zjištěním je, že taktéž většina pečujících projevuje silné vazby mezigenerační solidarity a považuje péči v rodinách především za péči z lásky. Vzhledem k demografickým změnám, rychlému stárnutí populace a nedostatečným financím na rozšiřování institucionální péče lze očekávat, že budoucí společnost bude od rodin požadovat větší spoluúčast na péči o nemocného seniora. Někteří autoři ale poukazují na to, že v současné době není sociální péče státu dostatečně připravena pomáhat nemocným a jejich rodinám v domácím prostředí. Východisko spatřují v neformální péči, přičemž dodávají, že bez systémové podpory pečujících rodin nebude dlouhodobá péče udržitelná.

Jeřábek je naopak skeptický k dlouhodobé perspektivě rodinné péče. Předkládá argumenty, mezi kterými například uvádí probíhající nové kulturní procesy společnosti a rozpad rodiny, kdy přibývá jedinců, kteří nežijí v rodinách, a proto tedy ani rodinná péče nemůže být hlavním budoucím modelem péče o seniory. Dalším faktem, kterým argumentuje, je nepříznivý demografický vývoj a nedostatek rodinných pečovatelů. Východisko spatřují v dlouhodobé aktivní politice státu, především potom v posílení porodnosti a v podpoře rodinné politiky.

Závěrečná část kapitoly je věnována komunikaci mezi lékařem a rodinou umírajícího, přičemž docházím k závěru, že sdělená prognostická pravda může hrát zásadní roli v rozhodování, která se týkají posledních chvil života umírajícího člověka. Je rovněž docela možné, že zlepšení komunikace by mohlo vést ke snížení vysoké institucionalizace posledních stádií péče a umírání.

²⁸³ Srov. tamtéž, s. 238-239.

8. Zdravotně sociální politika státu

V osmé kapitole stručně popíší typy institucí, jejímž cílem je péče o seniory v oblasti zdravotní, ošetrovatelské nebo sociální. V ČR do 19. století nebyly nalezeny žádné zmínky o zařízeních, které by se orientovali pouze na nemocné a nesoběstačné seniory. První domovy pro důchodce začaly postupně vznikat po druhé světové válce a následném zestátnění léčebných nebo ošetrovatelských ústavů. V devadesátých letech minulého století se postupně začali zakládat první hospice a vznikl tak nový, do té doby neznámý typ péče o těžce nemocné a umírající pacienty, včetně péče o pozůstalé.

8.1. Formy péče pro seniory

Kromě rodinné péče, zajišťovanou rodinou, které jsem se věnovala v předešlé kapitole, dělíme péči na zdravotní péči zahrnující péči ošetrovatelskou a péči sociální.

- *Zdravotní péče* – je poskytována ve zdravotnických zařízeních ambulantního nebo lůžkového typu: nemocnice, hospice, ambulantní a terénní služba poskytována domácí péčí, geriatrická denní centra.
- *Sociální péče* – podrobný výčet všech služeb je definován v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v §34 Zařízení sociálních služeb. Jsou zde zařazeny např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domy s pečovatelskou službou, domovinky, denní stacionáře, týdenní stacionáře či pečovatelská služba. Jedná se o celoroční pobytová zařízení, zařízení s dočasným pobytem, ambulantní službou nebo službou v domácím prostředí pacienta.²⁸⁴

Pobytové služby v domovech pro seniory se poskytují osobám dle § 50 téhož zákona, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku (většinou 55 let a více) a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Pokud to situace vyžaduje, je možné přijmout společně manželský pár a zajistit pobyt ve stejném pokoji.²⁸⁵ Poskytované služby v domovech seniorů hradí osoba na základě úhrady ve sjednaném rozsahu. Maximální výši úhrady za ubytování a stravu upravuje Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb. § 15, přičemž seniorovi musí zůstat alespoň 15 % jejího příjmu jako tzv. kapesné.²⁸⁶ Maximální

²⁸⁴ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*, s. 62-66.

²⁸⁵ Srov. tamtéž, s. 65. Více srov. ZÁKON č.108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*. [online]

²⁸⁶ Srov. ZÁKON č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách* § 73. [online]

výše úhrady za ubytování a provozní služby jsou 280 Kč + 235 Kč za celodenní stravu na den. Ošetrovatelská péče zde zahrnuta není.²⁸⁷

Současné množství lůžek v dlouhodobé péči pro seniory zahrnující pobytové služby se odhaduje přibližně na 75 tisíc. Sociální terénní služby včetně pečovatelské poskytují služby asi 100 tisícům osob.²⁸⁸

8.2. Paliativní a hospicové péče a její problematika

Termín paliativní péče je ve světě znám již přes 40 let. Paliativní medicína je nedílnou součástí zdravotní péče. Vychází ze zásad hospicového hnutí a její snahou je uplatnění postupů hospicové péče v podmínkách zdravotnických zařízení a dosažení co nejlepší možné kvality života nemocných. Rozeznáváme obecnou a specializovanou paliativní péči. Formou této služby mimo hospicové lůžkové či mobilní péče jsou specializované ambulance, např. ambulance bolesti, denní stacionáře, konziliární paliativní týmy nebo paliativní oddělení lůžkové péče při nemocnicích.²⁸⁹ WHO v roce 2002 definovala paliativní péči jako: „přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním.“²⁹⁰ Paliativní medicína věnuje pozornost tedy nejen nevyléčitelně nemocným a umírajícím pacientům, ale všem nemocným s chronickými neoncologickými a život ohrožujícími diagnózami. Na paliativní péči poskytovanou nevyléčitelně nemocným v terminálním stavu se v ČR specializují především lůžkové či mobilní hospice.²⁹¹ Největší přednost paliativní péče podle mého názoru spočívá především v tzv. personalizaci pacienta, kdy je vnímán jako jedinečná osoba s příběhem. Z prodlužování života za každou cenu se těžiště zájmu posunuje k co nejvyšší kvalitě života jedince až do konce. Smrt se nezrychluje a zároveň se jí uměle nebrání. Hlavním cílem je léčba a kontrola bolesti včetně sociální, psychologické a spirituální problematiky. Milfait píše, že rovněž velkou roli hraje teologicko-etický aspekt ve vnímání obrazu člověka a lidského bytí.

Paliativní péče vychází z pojetí lidské důstojnosti a respektování lidských práv, mezi nimiž je často citováno právo na život, na tělesnou nedotknutelnost, právo na sebeurčení

²⁸⁷ Srov. VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb. § 15 *Domovy pro seniory*. [online] [cit. 2023-10-22]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#cast1>

²⁸⁸ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E., *Ti, kteří se starají. Podpora neformální péče o seniory*, s. 32.

²⁸⁹ Srov. PECHOVÁ, K., LEJSAL, M. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020, s. 28.

²⁹⁰ Tamtéž, s. 29.

²⁹¹ Srov. tamtéž, s. 100.

nebo právo na zacházení s úctou. Mezi základní postoje neboli ctnosti patří důvěra, respekt, úcta, láska, naděje a trpělivé naslouchání.²⁹²

Svým charakterem jde o interdisciplinární a multiprofesní péči, která předpokládá nejen týmovou spolupráci lékařů a sester napříč různými medicínskými obory, ale taktéž spolupráci psychologů, sociálních pracovníků, včetně rodin a duchovních.²⁹³ Přes nesporný přínos paliativní péče naší společnosti, ta v současné době čelí problematice nejen v podobě nedostatku personálu nebo neuspokojivé znalosti praktických lékařů o poskytování paliativní péče, ale také v problematice po stránce eticko-právní. Přestože má paliativní péče u pacientů v pokročilých a konečných stádiích určitá specifika, Steinlauf se Slámou si kladou otázku, co přesně znamená v péči o terminálně nemocné postup na náležité odborné úrovni podle zákona č. 372/2011 Sb.? Jsou přesvědčeni, že při současně platné legislativě lékař nebo poskytovatel zdravotních služeb nemůže mít stoprocentní jistotu, že na ně nebude podané trestní oznámení nebo žaloba o náhrady újmy na životě. Mezi základními pravidly pro péči poskytovanou pacientovi v závěru života poukazují na naprostou nutnost komunikace a řádně vedenou dokumentaci.²⁹⁴

Palčivou problematikou je rovněž otázka financování. Mobilní specializovaná péče (dále jen MSPP) je hrazena formou zdravotních výkonů 80090 (péče o klinicky nestabilního pacienta v terminálním stavu) a 80091 (péče o nestabilního pacienta se závažnými symptomy). V těchto výkonech jsou zahrnuty veškeré zdravotní služby za jeden den. Problematické je personální zabezpečení MSPP, kdy je potřeba 1,2 úvazku lékaře (z toho 0,5 úvazek paliatr) a 5,0 úvazku sestry. Jde o personálně velmi náročnou péči. Doporučuje se jeden poskytovatel na 75 000-150 000 obyvatel.²⁹⁵ Lůžkové hospice patří mezi zdravotnická zařízení a financování je vícezdrojové. Jednak jde o platbu z veřejného zdravotního pojištění za jeden, krajské dotace, dary, sbírky nebo benefiční akce. Pacienti se podílí zažádaným příspěvkem na péči nebo příspěvky hospici ve výši 100-500 Kč za den.²⁹⁶

Oddělení paliativní péče jsou financována z veřejného zdravotního pojištění, příspěvku na péči na základě zákona o sociálních službách nebo podpory státní a místní samosprávy

²⁹² Srov. MILFAIT, R. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající*, s. 103. Více srov. SLÁMA, O., KABELKA, L. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2022, s. 40.

²⁹³ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2022, s. 21.

²⁹⁴ Srov. tamtéž, s. 46.

²⁹⁵ Srov. tamtéž, s. 321-322.

²⁹⁶ Srov. tamtéž, s. 325.

v podobě dotací a grantů. Pacient se podílí většinou na úhradách zdravotnických nákladů, jako je například nadstandardní vybavení pokoje.²⁹⁷

8.3. Možnosti hrazení domácí nebo paliativní péče

Péče o blízkého člověka může být nejen fyzicky, psychicky, ale zároveň finančně i časově náročná. Vše souvisí se vším, a je dobré vědět, jaké další možnosti pomoci nabízí stát v případě nutnosti spojit péči se zaměstnáním. MPSV poskytuje dva příspěvky:

- *Příspěvek na péči* – je sociální dávka, která je určena lidem, kteří ze zdravotních důvodů potřebují pomoc při zvládnání základních životních potřeb, mezi které patří deset nezvládaných potřeb: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity nebo péče o domácnost. Je vyplácen nemocnému seniorovi úřadem práce v částkách, které se odvíjí od jeho stupně závislosti a počtu nezvládnutých životních potřeb. Jsou čtyři stupně – 1. lehká závislost (příspěvek 880 Kč netto), 2. středně těžká závislost (příspěvek 4 400 Kč), 3. těžká závislost (příspěvek 12 800 Kč) a 4. úplná závislost (příspěvek 19 200 Kč). Nemocný si sám určí, jak s tímto příspěvkem naloží, komu příspěvek poskytne a v jaké výši.

Pomoc při péči může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb (domov seniorů, pečovatelská služba apod.) nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.²⁹⁸

- *Ošetrovné a dlouhodobé ošetrovné* – je dávka nemocenského pojištění, která poskytuje možnost zaměstnanci zůstat doma a pečovat o nemocného, pokud o tom rozhodl lékař. U inkurabilních pacientů potřebujících dlouhodobou péči nebo péči paliativní, není poptáván požadavek minimálně čtyřdenní hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Ošetřující osoba musí udělit souhlas osobě poskytující péči. Zaměstnavatel by měl na základě zákoníku práce umožnit čerpání nemocenské dávky za předpokladu, že nebude vystaven vážným provozním problémům.

²⁹⁷ Srov. tamtéž, s. 331.

²⁹⁸ Srov. ÚŘAD PRÁCE ČR. *Příspěvek na péči*. [online] [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/prispevek-na-peci>

Základem pro výpočet ošetřovného je denní vyměřovací základ. Tvoří 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu za kalendářní den. Nemocenskou vyplácí OSSZ po dobu maximálně 90 dnů.

8.4. Nedostatek péče?

Nejen ČR, ale celá západní Evropa prochází demografickým vývojem, změnou v rolích žen v souladu s Lisabonskou smlouvou. Čelí nedostatku pracovní síly v oboru zdravotních a sociálních služeb, disponuje nedostatkem finančních prostředků pro investování do výstavby nových ošetřovatelských zařízení dlouhodobé péče, přičemž se očekává, že poptávka po těchto službách se do roku 2050 zdvojnásobí či ztrojnásobí.²⁹⁹

Walker hovoří o nutnosti systémové připravenosti, vytvoření regulačních rámců a inovačních řešení, jako je např. systém tísňového volání AREÍON. Jde o inovaci, která nabízí celou škálu monitorovacích a odborných služeb na dálku, jejímž hlavním cílem je podpora co nejdelšího života seniorů v jejich domácnostech.³⁰⁰ Walker dodává, ačkoliv tlak na inovace vychází právě z potřeby cenově úsporných řešení, mnohé země již dnes snižují své státní rozpočty. Jenže inovativní řešení předpokládají veřejné finance. Z těchto důvodů je skeptický a pochybuje, že v blízké budoucnosti nebudou prioritou státního rozpočtu sociálních investice.³⁰¹

Východisko vidí v realizaci strategie aktivního stárnutí a zachování co nejdelšího aktérství seniorů, včetně těch velmi křehkých, v opačném případě hrozí vyloučení velmi starých osob.³⁰²

Ačkoliv podle výzkumů česká veřejnost preferuje péči o seniory v domácím prostředí, ochota spolupodílet se na nákladech péče je spíše nízká, odpovědnost zabezpečení a financování péče je přenechávána českou populací na stát. Dragomirecká píše, že bez systémové a kvalitní terénní péče a vytvoření legislativních podmínek pro propojování péče a placené práce, probíhající deinstitucionalizace nebude úspěšná.³⁰³

Zatím neexistuje jednotný strategický dokument ohledně neformálních pečujících a finanční podpora pečujícím je poskytována nepřímou. Chybějící nastavení je v gesci

²⁹⁹ Srov. WALKER, A. *Budoucnost stárnutí v Evropě. Dlouhověkost jako kapitál*. Praha: Suchdole, 2021, s. 268.

³⁰⁰ Srov. Tamtéž, s. 288.

³⁰¹ Srov. Tamtéž, s. 289.

³⁰² Srov. Tamtéž, s. 334-336.

³⁰³ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E., *Ti, kteří se starají. Podpora neformální péče o seniory*, s. 49.

Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví, které řeší společně legislativu v doposud nejasném vymezení problému na sociálně-zdravotním pomezí.³⁰⁴

V souvislosti s nepřímou péčí dodává, že bude nezbytné přijmout procesy související s migrací za péčí nebo migrací za poskytováním péče. Neopomíná přitom ani důležitou úlohu církví, jejíž aktivity vycházejí z tisícileté zkušenosti a tradice.³⁰⁵

8.5. Souhrn

Poslední kapitola se věnuje dostupným formám péče a její problematice. Mezi ně patří zdravotní a sociální péče. Již v minulých kapitolách jsme se dozvěděli, že dochází k tzv. deinstitucionalizaci v ČR, ale zároveň se očekává přírůstek seniorů až na 3 500 000 v roce 2050. Samozřejmě, že ne všichni senioři budou závislí na pomoci zdravotní a sociální péče. Nicméně, pokud v současné době se odhaduje počet lůžek v dlouhodobé péči na přibližně 75 000 a sociální terénní služby nabízejí služby asi 100 000 klientům, je více než pravděpodobné, že stejné množství služeb nemůže v příštích letech uspokojit poptávku nemocných.

Někteří autoři hovoří o nutnosti systémové připravenosti a inovačních řešení, jejichž cílem bude udržet jedince co nejdéle v domácím prostředí. Dále zdůrazňují nutnost realizace strategie aktivního stárnutí a vytvoření legislativních podmínek pro propojování péče a placené práce, bez nich probíhající deinstitucionalizace nebude úspěšná.

Významnou součástí zdravotní péče je paliativní a hospicová péče, která se soustředí na zajištění co nejlepší kvality života nemocných a umírajících jedinců. Nicméně i tato forma péče čelí svým problémům, mezi které patří nejen otázka financování a nedostatek personálu. Někteří autoři upozorňují na současnou nejasně definovanou legislativu, jež uvádí lékaře a poskytovatele zdravotních služeb v nejistotu a strach z možného trestního stíhání.

Tato kapitola se rovněž zabývá dalšími možnostmi pomoci dlouhodobě nemocným a umírajícím pacientům, které poskytuje MPSV formou příspěvků.

³⁰⁴ Srov. tamtéž, s. 64.

³⁰⁵ Srov. tamtéž, s. 140.

Závěr

Záměrem mé diplomové práce bylo zmapovat aktuální problematiku v otázkách smrti a umírání, ve smyslu uplatnění autonomie seniora v ČR, jeho schopnosti samostatného rozhodování a vyplnění svých přání na sklonku života. Autonomie jedince v kontextu smrti a umírání je nejen citlivé, ale zároveň složité a často kontroverzní téma, které vyvolává řadu nejen etických otázek, ale rovněž otázek právního charakteru. Za stěžejní kapitoly této práce považuji kapitolu tři až šest, které pojednávají o principu autonomie, současných možnostech legálního rozhodování v závěru života včetně požadavku jejího dalšího rozšíření v podobě doposud nezákonné asistované smrti.

V první části jsem nastínila problematiku demografického vývoje, která ve společnosti vyvolává mnoho politických, sociálních nebo ekonomických témat. V důsledku snížení porodnosti a prodloužení života ve stáří, v roce 2021 tvořili senioři 20 % všech obyvatel, přičemž ve všech věkových kategoriích převyšovaly ženy. Předpokládá se, že tento trend bude pokračovat a eskalovat kolem roku 2050. Strach ze stáří je spojován zejména s tzv. čtvrtým věkem, kterým jsou označováni geriatrictí senioři, zcela závislí na okolí. Tito lehce manipulovatelní jedinci, trpící fyzickými a psychickými indispozicemi, zůstávají nejohroženější věkovou skupinou, která je postižena syndromem týrání včetně ekonomického zneužívání. Znepokojivým je také postoj ke stáří jako k postproduktivní fázi, kdy člověk již neoplývá výtěžnou a rozmnožovací schopností a je spíše vnímán jako břemeno. Z těchto a dalších důvodů je velmi nutný společenský apel na podporu starých, nemocných a umírajících lidí jako jedinečných lidských bytostí s respektem a důstojností.

Druhá část přibližuje problematiku smrti a umírání. Popisuje dělení smrti nejen na smrt fyzickou a psychickou, ale také zdrženlivou, sociální nebo smrt dobrou. Zadržovaná smrt (dystanázie) znamená prodlužování života, kdy lékaři nejsou schopni nalézt mez a často léčí a zachraňují umírajícího do posledního dne před smrtí. Sociální smrt je především strachem dnešního umírání. Jde o stav, kdy je člověk ještě naživu, ale zcela osamocen. Mnozí si pokládají otázku, co vlastně dobrá smrt znamená? Odpovědi se liší v souvislosti s kulturou a náboženstvím. Mnozí odborníci kladou důraz především na důstojnost a vyloučení sociální smrti. Podle Nešporové podoba dobré smrti u Čechů spočívá v rychlé a bezbolestné smrti, která proběhne nejlépe ve spánku a v domácím prostředí. S pojmem dobré smrti je rovněž spojován pojem eutanazie. Zatímco mnoho lidí si přeje zemřít doma, statistiky hovoří bohužel opačně.

Statistika z roku 2021 udává, že mimo domov zemřelo více než 76 % všech lidí, z toho přibližně 60 % zemřelo v nemocnicích. Zpracovaná etická problematika spojená s péčí v závěru života poukazuje především na nedostatečné právní ukotvení ve smyslu chybějících jasně stanovených medicínských pravidel nebo formulování jednoznačné terminologie, což následně v praxi vede k rozdílnému výkladu nebo k nejistotě v rozhodování lékaře. V této části jsem se věnovala také vybraným konceptům jako je marná léčba nebo paliativní sedace. Za jedno z nejkontroverznějších témat je považováno nezahájení a ukončení léčby, na které je v ČR aktuálně nahlíženo jako na aktivní způsobení smrti. Někteří, ale zastávají názor, že jde spíše o opuštění od ukončení život udržující léčby. S tím souvisí chybějící stanovení zřetelné definice pro aktivní a pasivní eutanazii, z důvodu nutnosti odlišení terapeutické pasivity na konci života od pasivní eutanazie. Problematickým se zdá být také zákon o zdravotnických službách č. 372/ 2011 Sb., týkající se komunikace lékaře s umírajícím, v souvislosti se sdělováním informací týkající se pacientovi diagnózy a následné prognózy. Kritiky je tento zákon označován za nedostatečně specifický, jelikož neobsahuje zřetelně formulované postupy, nýbrž ponechává volnou ruku zdravotníkům.

Ve třetí kapitole jsem se věnovala existujícím formám autonomie, včetně vedoucího principlismu Beauchampa a Childresse a rovněž teorie autenticity, které mají význam v současné bioetice. Je nutné si uvědomit, že autonomním jedincem je teprve ten, který nečiní volbu na základě manipulace z venku. Hovoříme-li tedy o autonomních seniorech, máme na mysli především aktivní a samostatné jedince. Předmětem této kapitoly je také pohled na dobrovolnou a nedobrovolnou ztrátu autonomie u seniorů včetně prezentování opatření, které mohou zajistit nemocnému a umírajícímu jedinci určité záležitosti v čase, kdy, již bude čelit nejtěžší ztrátě autonomie v podobě ztráty svéprávnosti. Poslední problematikou, které v této kapitole věnuji pozornost je proměna vztahu lékaře a pacienta, ke které dochází u nás v posledních třiceti letech, míněno od vztahu paternalismu k novodobějšímu autonomnímu vztahu, kde seburčení pacienta hraje tak zvaně prim. Zatímco v paternalismu vztah lékaře a pacienta připomíná model rodič – dítě, kdy je lékař především rádcem a bezprostřední autoritou pro nemocného, v autonomním vztahu jsou lékař s pacientem partnery, což s sebou přináší nové dilema, ve smyslu proměny role pacienta v roli klienta, potažmo zákazníka. Většina nejstarších seniorů má v sobě zakódované tradice a zvyky mládeže, leckdy ani nemají nové informace a povědomí o novodobém právu autonomie a jeho uplatňování, a proto obvykle setrvávají přirozeně v paternalistickém vztahu i nyní, včetně některých lékařů.

Ve čtvrté kapitole jsem zaměřila pozornost na institut informovaného souhlasu, který má být procesem, ve kterém pacient dostává dostatečné informace od lékaře o svém zdravotním stavu, možných léčebných postupech, jejich rizicích a přístupech. Na základě těchto informací pacient může svobodně rozhodnout o svém lékařském ošetření nebo je zcela odmítnout. Institut spočívá zejména ve dvou povinnostech lékaře, vyplývajících ze zákona, kterými jsou seznámení pacienta o všech okolnostech nemoci a vyžádání si informovaného souhlasu. Kapitola je zaměřena nejen na obsah a formy informovaného souhlasu, ale taktéž na problematiku s tímto institutem spojenou jako je způsobilost křehkého pacienta, chybná komunikace ze strany lékaře nebo spor v případě již zahájené přístrojové podpory nebo jiné kontinuální léčby, kdy je odborníky poukazováno na nekonzistentnost a nejednotnost právních dokumentů, které v závěru bývají příčinou neefektivnosti a nerozhodnosti, obav či váhání.

Pokud si člověk chce zajistit svá přání a preference ohledně ošetření a péče v závěru života, i v případech, kdy nebude schopen své preference v budoucnu vyjádřit, v současné české legislativě pro tyto situace existuje institut předem vysloveného přání. V páté části této práce jsem se zaměřila na analýzu tohoto institutu, ukotveného v české jurisdikci již od roku 2012. Ačkoliv se jedná o silný legitimní nástroj, který jedinci zprostředkovává vysokou míru svobodného rozhodování v závěru života, v české populaci všeobecně, zejména potom mezi seniory je vědění o jeho existenci velmi malé. V této kapitole jsem taktéž analyzovala problematické aspekty DVP, které spočívají nejen v nedostatečné podpoře legislativy nebo absenci sankcí za nerespektování DVP v případě jeho známosti. Pokusila jsem se taktéž nastínit obdobu českého institutu dříve vysloveného přání, tzv. Patientenverfügung a jeho využití v SRN, kde je rozšířen a prakticky v souvislosti nejen se seniory aplikován.

Předmětem šesté kapitoly je eutanazie, která je pro její příznivce vyvrcholením autonomie jedince v liberální společnosti, pro její odpůrce je to naopak kontroverzní eticko-právní téma, které vyvolává silné rozpory. V této části jsem se pokusila nastínit pro a proti argumenty, představit situaci v ČR a poskytnout statistická fakta a zkušenosti z Nizozemí, kde je eutanazie již přes 20 let legalizována. Mimo již známých pro a proti argumentů, kritici poukazují na vznikající nový sociologický trend v Nizozemí, týkající se vnímání smrti jako něco, co se dá ovládat, a tudíž i plánovat. Tento nový přístup je příčinou také nového stresu stárnoucí populace v podobě tlaku ze strany blízkých. Otázkou zůstává, kde jsou hranice pomyslné svobody člověka a jeli v zájmu lidstva převzít kontrolu nad smrtí.

V předposlední kapitole jsem se zabývala významem rodiny v péči o nesoběstačného nebo smrtelně nemocného seniora, představila jsem funkci rodiny, nastínila situaci současných mezigeneračních vztahů a výzvy rodinné péče v dlouhodobé perspektivě. V ČR je péče v rodinách většinou považována za péči z lásky, která se jednak odvíjí ze zkušeností mladší generace, dnes zejména od finančních a organizačních schopností jednotlivých rodin a kvality sociálního systému společnosti. K perspektivě dlouhodobé péče nepřispívá aktuální demografický vývoj, kulturní proměna rodiny a některými kritiky zmiňovaný právě narůstající vliv autonomie jedince. V souvislosti s tematikou rodiny byla připomenuta nutnost komunikace rodiny s lékařem, která je mnohdy klíčová pro konečný osud umírajícího pacienta.

Závěrečná kapitola práce byla věnována analýze současně dostupných forem péče pro seniory, možnostech finanční podpory ze strany státu v podobě příspěvků na péči nebo problematice související s paliativní a hospicovou péčí. Stěžejní nejen pro poskytovatele zdravotnických služeb, ale i pro lékaře je po eticko-právní stránce nejasný význam formulace postupu náležité odborné úrovně v péči o terminálně nemocné v zákonu č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, které přináší obavy z následné trestněprávní zodpovědnosti. Další oblastí problémů je otázka financování a dlouhodobý nedostatek personálu na trhu práce. V současnosti dochází k deinstitucionalizaci péče v ČR. Nicméně pro zachování nemocného a umírajícího pacienta co nejdéle v domácím prostředí, je nezbytně nutné nastavení systémové a kvalitní terénní péče a vytvoření legislativních podmínek pro propojování péče a placené práce, které mají ve společné gesci Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví.

Na základě mé práce jsem došla k závěru, že v ČR existují legitimní nástroje sloužící k uplatnění autonomie jedince v otázkách na konci života, a to v podobě informovaného souhlasu a zejména institutu dříve vysloveného přání. Tyto nástroje ovšem obsahují nedostatky. Ona achillova pata současné nefunkčnosti z mého pohledu spočívá v několika aspektech, které se opakují napříč jednotlivými tématy. Za prvé se jedná o nedostatečné, chybějící nebo nejasně formulované právní ukotvení a legislativy, z kterých pramení nejistota lékařů nebo poskytovatelů péče, kteří odmítají pohybovat se v tzv. šedé zóně. Druhou, často se opakující problematikou, je všeobecně nízká informovanost nejen pacientů, ale rovněž zdravotníků. Třetí problematiku pozoruji v nedostatečném personálním obsazení, ve smyslu nedostatku lékařů, jejich vytíženosti a nedostatečné časové dotaci na pacienta. Možné řešení posledního problému spatřuji v rozšíření kompetencí vysokoškolsky vzdělaných sester, které by určitou část agendy

mohly od lékařů převzít. Zároveň se domnívám, že je nutná implementace etických poradců do zdravotnických týmů a týmů sociálních služeb, kteří by se stali jejich pevnou součástí.

Dospěla jsem k přesvědčení, že všichni dotčení aktéři, ať již se jedná o zákonodárce, jednotlivá ministerstva, lékaře či právní experty, by měli spolupracovat na odstranění zmíněných nedostatků (analyzovaných v této práci) a realizovat co nejdříve funkčnost již současně existujících nástrojů, kterých by mohlo využít mnoho nevléčitelně nemocných pacientů, jejich rodin a naplnit tak svá přání a důstojný odchod na druhý břeh. Zároveň by se tak mohlo předejít dalším návrhům a diskuzím o legalizaci eutanazie, pokud by důvodem těchto návrhů měla být lidská důstojnost, právo na sebeurčení a zachování autonomie v otázkách smrti a umírání.

Seznam použitých zkratk

ČLK – Česká lékařská komora

ČLS – Česká lékařská společnost

ČSPM – Česká společnost paliativní medicíny

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

DNR – Do Not Resuscitate

DNI – Do Not Intubate

DVP – Dříve vyslovené přání

JEP – Jana Evangelisty Purkyně

MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MSPP – Mobilní specializovaná paliativní péče

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

PV – Patientenverfügung

RTE – Regionale toetsingscommissies euthanasie

WHO – World Health Organization

Seznam literatury

Bibliografické zdroje

- ARIÉS, P., *Dějiny smrti II*. Praha: Argo, 2000.
- BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Eight Edition, Oxford University Press, 2019.
- BRAUNSTEIN, J. F., *Filosofie, která přišla o rozum. Gender, zvíře, smrt*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2021.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ. *Patientenverfügung. Vorsorge und Patientrechte*. Berlin, 2023.
- CESTA DOMŮ. *Křižovatky. Kudy kam v paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2023.
- CESTA DOMŮ. *Eutanázie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2015.
- ČECHOVÁ, K., FENDRYCH MAZANCOVÁ, A., MARKOVÁ, H. A KOL. *V bludišti jménem Alzheimer*. Na co v ordinaci nezbyvá čas. Praha: Management Press, 2019.
- ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. *Úvod do gerontologie*. Univerzita Karlova: Nakladatelství Karolinum, 2019.
- ČERNÝ, D., *Eutanázie a dobrý život*. Praha: Filosofia/ Ústav státu a práva AV ČR, 2021.
- ČERNÝ, D. DOLEŽAL, A. *Smrt a umírání. Etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013.
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012.
- ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014.
- DOLEŽAL, A., *Eutanázie a rozhodnutí na konci života. Právní aspekty*. Praha: Nakladatelství Academia, 2017.
- DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023.
- DRAGOMIRECKÁ, E., *Ti, kteří se starají. Podpora neformální péče o seniory*. Univerzita Karlova: Nakladatelství Karolinum, 2020.

- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012.
- HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000.
- HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team: 2010.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2015.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., MÜLLEROVÁ, D., VIDOVIČOVÁ, L., HABRCETLOVÁ, L., MATOULEK, M., SUCHÁ, J., ŠIMŮNKOVÁ, M. *Průvodce vyšším věkem. Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014.
- HŘÍBEK, T. *Obrana asistované smrti. Filozofické argumenty na podporu eutanázie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Filosofický ústav AV ČR, 2021.
- HUBER, W., *Etika. Základní otázky života*. Praha: Vyšehrad, 2016.
- JOHNSON, A. R., SIEGLER, M., WINSLADE, W. J., *Klinická etika. Praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Triton, 2019.
- JEŘÁBEK, H., *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013.
- KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Praha: Mladá fronta, 2018.
- KALVACH, Z., *Manuál paliativní péče pro umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2019.
- KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, s.r.o., 2015.
- MACHÁČKOVÁ, K., HOLMEROVÁ, I. et al. *Aktivní gerontologie aneb jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta a.s., 2019.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011.
- MATĚJEK, J., *Dříve projevená přání pacientů. Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011.
- MILFAIT, R. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající. Souvislosti lidských práv a náboženských tradic*. Praha: Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky, 2019.
- MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011.
- NEŠPOROVÁ, O., *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2013.

- ONDŘIOVÁ, I., *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021.
- OPATRŇY, A., *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Pavel Mervart: 2017.
- PAPEŽSKÁ RADA PRO SPRAVEDLNOST A MÍR. *Kompendium sociální nauky církve*. Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří, 2008.
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. Press UK limited: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.
- PECHOVÁ, K., LEJSAL, M. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020.
- PETROVÁ KAFKOVÁ, M. *Neviditelní senioři a jejich každodennost. Čtvrtý věk jako stárnutí s disabilitou*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2017.
- PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., *Kontroverze v současné medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Mladá fronta a.s., 2016.
- PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., *Eutanazie pro a proti*. Praha: Mladá fronta a.s., 2019.
- PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., A KOLEKTIV, *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015.
- PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., MACH, J. ET AL., *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, 2017.
- PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., A KOLEKTIV. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011.
- SIROVÁTKA, J., *Autonomie a alterita. Kant a fenomenologie*. Fakulta filozofické Univerzity Pardubice: Pavel Mervart, 2023.
- SLÁMA, O., KABELKA, L. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2022.
- STEINLAUF, B., *Právo a péče v závěru života. Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2022.
- SÝKOROVÁ, D., *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007.
- SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Zdravotně sociální fakulta Ostravské Univerzity. Ostrava: 2004.
- ŠIMEK, J., *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015.

- ŠPATENKOVÁ, N. et al., *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014.
- ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L., a kol. *Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014.
- TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013.
- VÁCHA, M., *Eutanazie, definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada Publishing a. s., 2019.
- VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, T., *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012.
- VIRT, G., *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000.
- WALKER, A. *Budoucnost stárnutí v Evropě. Dlouhověkost jako kapitál*. Praha: Suchdole, 2021.
- ZIRNGIBL, D., *Die Patientenverfügung. So sorgen Sie für Notfälle richtig vor*. München: C. H. Beck, 2014.

Články

BLÁHOVÁ, H., *Dříve vyslovená přání – jako (možný) nástroj rozhodování o zdravotní péči na konci života*. *Medicína pro praxi*. 2016, roč. 13, č. 4, s. 168–170. Dostupné také z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2016/04/12.pdf>.

MACKOVÁ, M., *Dlouhodobá zdravotně-sociální péče o seniory v kontextu využití institutu dříve vysloveného přání*. *Listy sociální práce*. 2018, roč. 6, č. 15, s. 15–16. Dostupné také z: https://www.listysp.cz/images/obr/1625142296_lsp-podzim-final.pdf.

SKOPALOVÁ, J., HNĚVKOVSKÝ, J. *Smrt je přirozenou součástí života*. *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2004/5. [cit. 2022-12-27] [online] Dostupné z: <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/psychologie-dnes/archiv/hledat/5%2F2004>

VÁCHA, M. *Ukončení zbytečné léčby*. *Lidovky.cz*. [online] [2010-05-03]. Dostupné z https://www.lidovky.cz/domov/ukonceni-zbytecne-lecby.A100305_000038_ln_noviny_sko

Internetové zdroje

BBC NEWS. *New Zealand euthanasia: Assisted dying will be legal for the terminally ill.* [online] [2020-30-09]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/world-asia-54728717>

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ. Bundesamt für Justiz. [online] [cit. 2023-28-09]. Dostupné z: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ, 2023. *Patientenverfügung. Vorsorge und Patientenrechte* [online] [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html?nn=17634>

ČESKÁ TELEVIZE. *Portugalsko jako pátá země Evropské unie uzákoní eutanazii.* [online] [2023-12-05]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/3585749-portugalsko-jako-pata-zeme-evropske-unie-uzakoni-eutanazii>

ČESKÁ TELEVIZE. *Španělsko povolilo eutanazii pro občany a rezidenty. Zákon vadí církvi i pravicovým stranám.* [online] [2021-03-18]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/3285076-spanelsko-povolilo-eutanazii-pro-obcany-a-rezidenty-zakon-vadi-cirkvi-i-pravicovym>

ČLK. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/ 2010* [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/doporuceni-predstavenstev-clk>

ČSÚ, 2022. *Senioři v datech – 2021. Demografické charakteristiky seniorů*, s.1 [online]. 14.01.2022 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2021>

ČZÚ, 2022. *Věkové složení obyvatel k 31. 12. 2021* [online]. 29.04.2022 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2021>

ČSSZ, 2022. *Důchodová statistika. Století a starší důchodci 2022* [online] [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: https://www.cssz.cz/web/cz/duchodova-statistika#section_3

DEUTSCHER BUNDESTAG. *Zahl der Patientenverfügungen* [online]. 28.07.2020 [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: https://www.bundestag.de/webarchiv/presse/hib/2020_07/707306-707306#:~:text=Von%20den%2018.216%20Neueintragungen%20von,zwischen%2074%20und%2076%20Prozent

EPRÁVO. *Zákon ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ze-dne-6-listopadu-2011-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-18611.html>

EUTHANASIA REVIEW COMMITTEES. *Euthanasia Code 2022. Procedures in practice.* www.euthanasiecommissie.nl, July 2022 [online]. Dostupné z: file:///C:/Users/Asus/Desktop/AUTO/RTE_EuthaCode2022_English%20(1).pdf

GOVERNMENT OF CANADA. *Medical Assistance in Dying: Legislation in Canada.* [online] [cit. 2023-30-09]. Dostupné z: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying/legislation-canada.html#a1

HUMPALOVA, J. *Eutanazie mění vnímání smrti v Nizozemsku, stále provokuje debaty.* [online] [cit. 2022-17-02]. Dostupné z: https://talk.youradio.cz/porady/checkpoint/eutanazie-meni-vnimani-smrti-v-nizozemsku-stale-provokuje-debaty

MATĚJEK, J., KREJČÍKOVÁ, H., ZÁVADOVÁ, I., *Vydali jsme sborník na téma Dříve vyslovené přání.* [online]. [Praha]: Cesta domů, [2015] [cit. 2022-10-04]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/aktuality/vydali-jsme-sbornik-na-tema-drive-vyslovene-prani

MEINE PATIENTEVERFÜGUNG. *Eutanazie: nepřímá/pasivní, právní situace, požadavky a role živé vůle.* [online] [cit. 2023-25-09]. Dostupné z: https://www.xn--meinepatientenverfuegung-9lc.de/ratgeber/ethische-hintergruende/sterbehilfe/#wie-ist-die-definition

MEINE PATIENTEVERFÜGUNG. *Ihr Wegweiser zur Patientenverfügung – die wichtigsten Fragen umfassend beantwortet.* [online] [cit. 2023-09-25]. Dostupné z: https://www.xn--meinepatientenverfuegung-9lc.de/vorsorgedokumente/patientenverfuegung/?_gl=1*ycqs5g*_up*MQ*_ga*MTQwMzMyMzE3OC4xNjk1Mzc4ODM0*_ga_DQBPNGV576*MTY5NTM3ODgzMy4xLjEuMTY5NTM3ODg3OS4wLjAuMA.#patientenverfuegung-2021

POSLANECKÝ NÁVRH ZÁKONA O PALIATIVNÍ PÉČI, ROZHODOVÁNÍ NA KONCI ŽIVOTA A EUTANAZII. [online] [2020-06-30]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/monitor/6838337.htm

REGIONAL EUTHANASIA REVIEW COMMITTEES. *Annual report 2022.* euthanasiecommissie.nl, April 2023 [online]. Dostupné z: file:///C:/Users/Asus/Desktop/REGIONAL+EUTHANASIA+REVIEW+COMMITTEE S-Annual+report-2022.pdf

RTE. Criteria voor euthanasie en hulp bij zelfdoding: zorgvuldigheidseisen. [online] [cit. 2023-30-09]. Dostupné z: https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/woordvoering-en-voorlichting/informatie-voor-journalisten

SDĚLENÍ č. 96/2001 Sb. m. s. *Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině* [online] [cit. 2023-08-17]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96

STAVOVSKÝ PŘEDPIS Č. 10 ČLK. *Etický kodex ČLK*. online. cit. 2023-11-09. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk>

VARKEY, B., *Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice*. Medical Principles and Practice, (2021) 30 (1): 17–28. [online] [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://karger.com/mpp/article/30/1/17/204816/Principles-of-Clinical-Ethics-and-Their>

VERBRAUCHERZENTRALE. *Patientenverfügung online* [online] [cit. 2023-06-09]. Dostupné z: <https://www.verbraucherzentrale.de/patientenverfuegung-online>

VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb. § 15 *Domovy pro seniory*. [online] [cit. 2023-22-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#cast1>

ÚŘAD PRÁCE ČR. *Příspěvek na péči*. [online] [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/prispevek-na-peci>

ÚZIS ČR, *Zemřelí 2020*, [online] [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

ZÁKON č. 40/2009 Sb. *Zákon trestní zákoník*. [online] [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#cast2>

ZÁKON č.108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*. [online]. [cit. 2022-01-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ZÁKON č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách*. [online]. [cit. 2023-07-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2011-372/zneni-20220201.htm>

ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA 2015., *Dříve vyslovená přání*. Stem/Mark. [online]. [cit. 2023-10-08]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/2023-04/cesta-domu-zprava-umirani-a-pecce-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>