

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Katolická teologická fakulta
Katedra teologické etiky a spirituální teologie

Ludmila POPOVÁ

**SEBEVRAŽDA, ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA,
ZODPOVĚDNOST LÉKAŘŮ**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

PRAHA 2009

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Liborovi Ovečkovi, Th.D., za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Libora Ovečky, Th.D. V seznamu pramenů a literatury jsem uvedla veškeré informační zdroje, které jsem použila.

.....
Ludmila Popová

V Rychnově nad Kněžnou
29. dubna 2009

Motto: „Co víme o člověku, dokud se vyhýbáme možnosti pohlédnout bez iluzí až na krajní mez lidského údělu, pokud se nedotkneme dna, pokud si před propastí zakrýváme tvář?“

Tomáš Halík

Obsah

Obsah.....	4
1 Úvod	7
2 Základní vymezení pojmů.....	8
2.1 Vymezení základních pojmů	8
2.1.1 Definice základních pojmů	8
2.1.2 Stanovisko a upřesnění termínů dle Munzarové.....	10
2.1.3 Vymezení základních okruhů v souvislosti s tématem práce	10
3 Sebevražda jako volba.....	11
3.1 Pohled křesťanské etiky na sebevraždu z hlediska volby.....	11
3.2 Proč křesťanství vnímá život jako dobro	12
3.3 Proč křesťanství vnímá smrt jako zlo	13
3.4 Posuzování činů a dějů z hlediska tří rovin	13
3.5 Posouzení činu sebevraždy z hlediska rovin posuzování dějů	15
3.6 Je mučedník sebevrah?	15
3.7 Pojem svobody z hlediska křesťanství.....	16
3.8 Oficiální stanovisko katolické církve k sebevraždě.....	17
3.8.1 Katechismus katolické církve	18
3.8.2 Evangelium vitae	19
3.9 Biblická nauka týkající se sebevraždy	20
3.9.1 Sebevražda v Novém zákoně	20
3.9.2 Sebevražda ve Starém zákoně.....	20
3.10 Důvody pro sebevraždu vycházející ze tří teorií	21
3.10.1 Sociologické hledisko	21
3.10.2 Lékařské teorie.....	22
3.10.3 Psychologické teorie	22
3.11 Pravdy, nepravdy a společné rysy u sebevražd.....	23
3.11.1 Pravdy	23
3.11.2 Nepravdy.....	23

3.12	Závěry plynoucí z kapitol týkajících se sebevraždy	24
4	Asistovaná sebevražda.....	26
4.1	Důvody pro asistovanou sebevraždu	26
4.1.1	Důvody, pro které může pacient projevit přání zemřít	26
4.1.2	Důsledky, pro které může pacient projevit přání zemřít:.....	27
4.2	Křesťanský pohled na utrpení a bolest.....	28
4.3	Hodnota lidského života	30
4.3.1	Hodnota lidského života obecně	30
4.3.2	Hodnota lidského života z hlediska křesťanské etiky	31
4.4	Postoj křesťanské etiky k asistované sebevraždě.....	31
4.5	Dilemata související s asistovanou sebevraždou a eutanazií	32
4.5.1	Marnost léčby	32
4.5.2	Rozdíl mezi „necháním zemřít“ a „způsobením smrti“	33
4.5.3	Řádné a mimořádné prostředky	33
4.5.4	Princip dvojího efektu.....	34
4.6	Oficiální stanovisko katolické církve k problematice eutanazie.....	34
4.7	Závěry plynoucí z kapitol týkajících se asistované sebevraždy	36
5	Asistovaná sebevražda a zodpovědnost lékaře.....	37
5.1	Vymezení základního problému ve vztahu lékař – pacient	37
5.2	Modely lékař – pacient z hlediska tradice	38
5.2.1	Hippokratovská tradice	38
5.2.2	Židovská a křesťanská tradice	39
5.2.3	Katolicismus	39
5.2.4	Tradice vycházející z principů prosazovaných v angloamerické oblasti.....	40
5.3	Modely lékař – pacient v současnosti	41
5.3.1	Paternalismus	42
5.3.2	Modely vyzdvihující autonomii pacienta	42
5.3.3	Vědecký model a jeho možné negativní důsledky.....	43
5.3.4	Model vzájemnosti.....	45
5.3.5	Vztah lékař – pacient „bez účasti“	45
5.4	Model lékař – pacient v závěru pacientova života.....	46
5.4.1	Respekt autonomie dle Šimka a Špalka	46
5.4.2	Pojetí Munzarové.....	46

5.5	Shrnutí a závěry vyplývající z kapitol týkajících se vztahu lékař – pacient	47
6	Paliativní péče	49
6.1	Charakteristika paliativní péče.....	49
6.2	Definice paliativní péče	50
6.3	Základní principy paliativní péče	51
6.4	Hospic jako základní poskytovatel paliativní péče.....	52
6.4.1	Historie hospice	52
6.4.2	Historie hospice v ČR.....	53
6.4.3	Tři formy hospicové péče	53
6.5	Shrnutí a závěry vyplývající z kapitol o paliativní léčbě a hospicové péči	55
7	Rozhovory se třemi lidmi, kteří se pokusili o sebevraždu.....	56
7.1	Smysl a cíl rozhovorů	56
7.2	Rozhovor s Helenou.....	57
7.3	Rozhovor s Janou.....	61
7.4	Rozhovor s Marií	63
7.4.1	Písemná výpověď Marie	65
7.5	Vyvozená stanoviska v souvislosti se záměrem položených otázek	68
7.6	Závěry týkající se 7. kapitoly.....	69
8	Závěr	71
	Seznam literatury.....	72
	Přílohy	75
	Příloha I – Hippokratova přísaha	76
	Příloha II – Prohlášení k problematice eutanazie a doprovázení umírajících.....	77
	Anotace	79
	Annotation	80

1 Úvod

Moje diplomová práce se zabývá aktuálním problémem ukončení lidského života, se zaměřením na ukončení lidského života za asistence druhých osob. Na dané téma se dá uvažovat v mnoha rovinách, např. v rovině právní, filozofické, lékařské, etické, psychologické, sociální nebo sociologické. Vzhledem ke skutečnosti, že jde o téma značně kontroverzní, nabízí nejen různé a rozsáhlé možnosti zpracování, ale i rozmanité úvahy.

Ve své práci popisuji úhel pohledu křesťanské etiky. Postoj křesťanské etiky daného tématu je, domnívám se, poměrně známý, a to i v sekulárním světě. K dané problematice se křesťanská etika vyjadřuje přesně, přestože i ona se potýká s různými dilematy. Postoje křesťanské etiky však nechci popisovat jako „majitelka pravdy“, byť s těmito postoji v podstatě souhlasím. Ani se nechci za křesťanská stanoviska daného tématu „schovat“ jako za své jistoty. Budu se snažit spíše daná stanoviska ukázat v hlubších souvislostech. Neboť chce-li církev vést o těchto otázkách smysluplný dialog se světem, což je stále více aktuální, chce-li být světu užitečná, musí se v první řadě umět v problému orientovat, tedy nejen svá stanoviska znát, ale také pochopit jejich podstatu a hlubší smysl, čímž může vnímat i jejich odlišnost od sekulárního světa.

Nejdříve se zabývám vymezením základních pojmů, neboť při různých diskuzích jde o základní „kámen úrazu“, a zároveň tím vymezuji okruh problematiky, kterou se budu zabývat.

V následující kapitole popisuji sebevraždu z etického hlediska jako volbu mezi životem a smrtí. Zároveň vyjadřuji úhel pohledu křesťanské etiky. Dalším tématem je asistovaná sebevražda, kterou se sebevraždou eticky úzce spojuje opět volba mezi životem a smrtí – ovšem, která na druhé straně souvisí i s utrpením a bolestí v lidském životě, zvláště u lidí nemocných a při umírání. I zde popisuji úhel pohledu křesťanské etiky. Vzhledem ke značné šíři problematiky asistované sebevraždy specifikuji v další samostatné kapitole podrobněji téma vztahu: lékař a pacient, s konkrétním zaměřením na míru jejich zodpovědnosti při léčbě i při umírání, a to jak v minulosti, tak v současné době. Další kapitolu věnuji paliativní léčbě, kterou vnímám nejen jako správnou „cestu“ současné medicíny ve vztahu lékař – pacient, ale i jako určité východisko při řešení otázek souvisejících s eutanazií či asistovanou sebevraždou. V poslední kapitole dávám na základě rozhovorů s nimi nahlédnout do životních příběhů tří lidí, kteří se o sebevraždu pokusili.

2 Základní vymezení pojmů

Tato diplomová práce je zaměřena na sebevraždu a asistovanou sebevraždu. Domnívám se, že nejprve je třeba vymezit nejen základní pojmy, kterými se budu zabývat, ale i pojmem, který s nimi úzce souvisí – tedy eutanazie. I když problémem eutanazie se ve své práci přímo zabývat nebudu, považuji za nutné jej popsat. Vzhledem k tomu, že hranice mezi jednotlivými termíny je velmi úzká, může snadno dojít k záměně, což mnohdy bývá základním problémem mnoha diskuzí na dané téma. Proto považuji za důležité definovat nejen čím sebevražda a asistovaná sebevražda jsou, ale i čím nejsou.

2.1 Vymezení základních pojmů

2.1.1 Definice základních pojmů

SEBEVRAŽDA „úmyslné a vědomé ukončení vlastního života“¹

EUTANAZIE (z řec. eu – dobrý, správný a thanatos – smrt) znamená „usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení“.²

V současné době se výklad slova eutanazie oproti původnímu významu (kdy toto spojení označovalo všestrannou pomoc umírajícímu člověku zaměřenou na mírnění tělesných bolestí a duševních úzkostí) značně zúžil a pod pojmem eutanazie spíše dnes chápeme „...lékařské jednání, které vede k navození či spíše uspíšení smrti druhého člověka“.³

„AKTIVNÍ EUTANAZIE – pojmem rozumíme čin (aktivní jednání), jenž má přivodit smrt pacienta. Pro aktivní eutanazii se také často používá termín ‚strategie přeplněné stříkačky‘.

PASIVNÍ EUTANAZIE – tímto pojmem rozumíme naopak nečinnost nebo zřeknutí se jednání, které má za následek uspíšení smrti pacienta. Může se jednat např. o přerušení

¹ VOKURKA, Hugo in BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 171.

² VOKURKA, Hugo in BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 164.

³ ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán: *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?*, Praha: Cesta domů, 2006, 11–13.

léčby ve smyslu přerušení podávání léků pacientovi, které mu již zjevně nepomáhají, nebo odpojení pacienta od přístrojů, které mu zajišťují veškeré životní funkce. Pasivní eutanazie se také pojmenovává termínem „strategie odkloněné stříkačky“.⁴ Od tohoto termínu se však upouští, někteří z autorů zabývající se touto problematikou, jako např. Munzarová (její stanovisko uvádím v následující kapitole 2.1.2), tento termín neuznávají.

PŘÍMÁ EUTANAZIE – označuje ať již jednání či nejednání, jehož cílem je uspíšení smrti pacienta.

NEPŘÍMÁ EUTANAZIE – primárním záměrem jednání není ukončení života pacienta, ale smrt bývá vedlejším důsledkem určitého jednání. Např. při podávání léků tišících bolest ve vyšších než obvyklých dávkách za účelem snížení utrpení či bolesti pacienta.

NEZAHÁJENÍ DALŠÍ LÉČBY UDRŽUJÍCÍ ŽIVOT NEBO USTOUPENÍ OD NÍ – v souvislosti s termínem „nezahájení další léčby udržující život nebo ustoupení od ní“ nehovoříme o eutanazii, respektive o „pasivní eutanazii“, pod tento pojem lze zahrnout např. přání jedince, kdy v některých státech na základě písemné žádosti si sám jedinec stanoví, které zákroky si na sobě nepřeje provádět. Jedná se např. o dokumenty tzv. „**living will**“ nebo přání „**DNR**“ (do not resuscitate = neresuscitovat). Tuto vůli jedince může také vyjádřit stanovený zástupce, a to v případech, kdy jedinec sám není schopen své přání vzhledem ke zdravotnímu stavu vyjádřit.⁵

ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA – je čin, při němž lékař opatří pacientovi prostředky, které pacient použije k uskutečnění sebevraždy (např. předpis na velké množství barbiturátů, jimiž pacient spáchá sebevraždu).

PALIATIVNÍ PÉČE – pacient se nechává za podpory důležitých funkcí (např. psychiky a dýchání) a s dobrou léčbou bolesti přirozeně zemřít.⁶

⁴ BUCHALOVÁ, Sylva: *Pohled na eutanazii z hlediska kvality a smyslu života* (bakalářská práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně) Brno 2008.

⁵ Srov. ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán: *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2006, 11–13.

⁶ SINGER a SIEGLER in: BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 166.

2.1.2 Stanovisko a upřesnění termínů dle Munzarové

Přestože jsem vymezila pojmy, považuji za nutné hned na začátku uvést stanovisko Munzarové, která uvádí: „V dřívější době byla eutanazie tříděna na aktivní a pasivní. Pojem aktivní eutanazie vyjadřoval aktivní zásah vedoucí ke smrti, zatímco pojem pasivní eutanazie znamenal ustoupení od aktivity, čili nepodání léku nebo nepokračování v léčebných postupech, což vedlo rovněž ke smrti. Záleželo rovněž na tom, zda to nemocný chtěl, nechtěl nebo byl usmrcen i proti svému chtění. Bylo možno popsat různé kombinace – např. aktivní vyžádaná chtěná eutanazie, pasivní nevyžádaná (nechtěná) eutanazie, aktivní nedobrovolná eutanazie apod. Pod pojmem pasivní eutanazie však mohly být schovány i dva diametrálně odlišné postupy. Na jedné straně nezasáhnutí s úmyslem zabít, což je v tomto případě po mravní stránce totéž, jako přístup aktivní; na straně druhé nepodání léčby nebo ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li už zcela zbytečné a zatěžující a přinášejí-li umírajícímu nemocnému jen ještě další utrpení v jeho umírání; navíc na odmítnutí takových postupů má nemocný plné právo. Pojem pasivní eutanazie by měl být zcela vymýcen. Naše skutky vždy byly a snad i nadále budou hodnoceny dle úmyslu jednajícího. (V holandských tříděních jsou tyto „pasivní“ postupy zahrnuty pod „rozhodnutí neléčit“, zcela bez rozlišování úmyslu jednajícího.)“⁷

2.1.3 Vymezení základních okruhů v souvislosti s tématem práce

Ve své práci se přímo zabývám sebevraždou a asistovanou sebevraždou, tedy problematiku zužuji pouze na možnosti, ve kterých je pacient schopen svou vůli jednat projevít a také buď přímo (sebevražda) nebo s radou a pomocí (asistovaná sebevražda) sám uskutečnit. Nevěnuji se tedy přímo problematice eutanazie, tj. otázkám spojeným s tím, zda má jiná osoba (lékař) za určitých okolností vzít druhému život (pacientovi), a to ať je pacient schopen projevít svou vůli či nikoliv, přestože jsem si vědoma toho, že s danou problematikou sebevraždy a zvláště pak asistované sebevraždy to velice úzce souvisí.

⁷ MUNZAROVÁ, Marta: *Eutanazie nebo paliativní péče?*, Praha: Grada publishing, 2005, 48–49.

3 Sebevražda jako volba

U sebevraždy i asistované sebevraždy jde z hlediska etiky v podstatě o možnost (zatím záměrně neužívám výrazu *svoboda*) volby. Volby mezi životem a smrtí. Co je správnou volbou – život nebo smrt? Na tento problém můžu opět nahlížet z mnoha úhlů.

3.1 Pohled křesťanské etiky na sebevraždu z hlediska volby

Pohled křesťanů je zdánlivě jasný – jde o volbu mezi životem (dobrem) a smrtí (zlem). Křesťan by měl volit dobro – tedy život. I když ne vždy u křesťana k takové volbě dochází: „*Mezi praktikujícími křesťany je výskyt sebevražd výrazně nižší než v ostatní populaci. Což neznamená, že věřícímu se nemůže stát, že míra zoufalství přesáhne jeho možnosti a že dosavadní zdroje síly přestanou fungovat, takový člověk má pocit, že se od něj odvrátil Bůh.*“⁸

K úskalím z hlediska křesťanské etiky může dojít tím, že dojde k záměně zla a dobra. „*Dojímá a znepokojuje nás nejenom zánik tolika lidských životů, ať už dosud nenarozených nebo slabých a bezmocných, ale stejně tak to, že samo svědomí člověka je do té míry zasaženo široce rozvolněnými mezemi jednání, že stále hůře a obtížněji chápe rozdíl mezi dobrem a zlem v těch věcech, které se dotýkají základního dobra lidského života.*“⁹

Může se stát a dochází k tomu, že život není chápán vždy jako dobro a smrt vždy jako zlo. U jednotlivce, který volí mezi životem a smrtí, tak může docházet v podstatě k různým kombinacím a záměnám chápání dobra a zla v souvislosti s pojetím a chápáním života a smrti.

U každého jedince jde o zcela individuální pojetí. Může tak docházet k různým kombinacím, např. volba mezi:

- větším dobrem (život) a menším dobrem (smrt)
- větším dobrem (smrt) a menším dobrem (život)
- větším zlem (život) a menším zlem (smrt)
- větším zlem (smrt) a menším zlem (život)

⁸ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol.: *Krizová intervence*, Praha: Portál, 2002, 487.

⁹ JAN PAVEL II.: *Encyklika Evangelium Vitae*, Praha: Zvon, 1995, čl. 4.

Jde o to pochopit, jak člověk život a smrt chápe. Vycházím z předpokladu, že většina lidí má sklon rozhodovat se vždy pro dobro, příp. pro menší zlo – má-li na výběr mezi zly. Nejčastěji asi dochází k situaci, kdy se smrt pro člověka stává východiskem, tedy řešením problému. Dostává se do tak těžkých životních situací, že život vnímá jako větší zlo než smrt.

Velký problém nastává, volí-li člověk zlo, má-li možnost volit (nebo dopouští) dobro, příp. volí-li větší zlo, může-li zvolit zlo menší.

Otázkami však zůstává: kde je přesná hranice mezi dobrem a zlem? Kde je přesná hranice mezi životem a smrtí?

V následujících dvou kapitolách se proto pokusím ozřejmit, proč křesťanství chápe život jako dobro a smrt jako zlo.

3.2 Proč křesťanství vnímá život jako dobro

Křesťan vnímá život jako dar od Boha. Dar sice mohu odmítnout, vnímám-li však Boha jako nejvyšší dobro, vnímám i dar života od Boha jako dobro a nemám tedy důvod jej odmítnout.

„Křesťanská víra se neodvrací od života. Věří v Boha živých. Jejím cílem je život, a proto přitakává životu na všech jeho stupních jako daru a odlesku Boha, který je životem. Přitakává životu až do jeho ztemnění utrpením. I tak zůstává darem Božím, i tak otevírá nové možnosti bytí a smyslu. Proto pro křesťanskou víru neexistuje žádný ‚život nehodný života‘. Kde je život, tam zůstává ve všech odstínech darem Božím, který byl dán těm, kdo žijí, a jež může obohatit a učinit svobodnějšími nárokem na služebnou lásku.“¹⁰

¹⁰ RATZINGER, Joseph: *Eschatologie – smrt a věčný život*, Brno: Barriester and Principal, 1997, 63.

3.3 Proč křesťanství vnímá smrt jako zlo

Můžeme říci, že i mnoho křesťanů nevnímá smrt jako zlo. Vždyť věří-li v život věčný, tedy bytí s Bohem, snadno křesťan může „sklouznout“ k mylné úvaze, že smrt je prostředkem jak se k Bohu dostat – tedy věc dobrá. Mezi křesťany panuje i mnoho předsudků, že kdo se bojí smrti, v podstatě má menší víru než ten, kdo se smrti nebojí.

To, že smrt křesťan má vnímat jako zlo, dokládám Ratzingerovým tvrzením: „*Smrt je nepřítel člověka, který jej chce oloupit, ukrást život.*“¹¹

„*Konec smrti znamená s konečnou platností jedinou vládu Boha, nepřemožitelného života, který od sebe odvrhne stín smrti. Tímto je křesťanský základní postoj společně se starozákonním ve výrazném protikladu k jiným velkým náboženským výkladům skutečnosti, jak jej rozvinula například Indie v buddhistické zbožnosti, jejíž nejvyšším principem je uhasit touhu po bytí jako nejhlubším zdroji utrpení. Křesťanství se ubírá přesně opačným směrem: dramaturgizuje žízeň po životě do žízně po Bohu samotném a vidí v tom plnost blaha.*“¹²

3.4 Posuzování činů a dějů z hlediska tří rovin

Jsem si vědoma toho, že předchozí kapitoly jsou příliš stručné a zjednodušující. I když v obecném křesťanství takto mnohdy vnímané. Nejen proto je zde uvádím, současně chci, aby mi posloužily jako „odrazový můstek“ pro tuto a následující kapitoly. Např. tvrdit, že život je dobro, mohu pouze v tzv. předmorální rovině. Chci-li děj (např. čin sebevraždy) a s tím v podstatě pojetí dobra opravdu zodpovědně posoudit, musím daný čin vnímat hlouběji, resp. plastičtěji, a to z následujících tří rovin posuzování dějů. Pojetí dobra se nám tak náhle „vyjeví“ v různých aspektech.

1. předmorální rovina: v této rovině čin posuzuji z hlediska reality – tedy toho, co působí žádoucího či nežádoucího. Rozhodující je tedy výsledek. Realita způsobené škody.

¹¹ RATZINGER, Joseph: *Eschatologie – smrt a věčný život*, Brno: Barriester and Principal, 1997, 61.

¹² RATZINGER, Joseph: *Eschatologie – smrt a věčný život*, Brno: Barriester and Principal, 1997, 58–59.

V této rovině mohu říci, že život je osobním hodnotovým statkem. Nejde však o tvrzení v morálním smyslu. Z tohoto tvrzení tedy neplyne, jak mám jednat, abych konal dobro v morálním smyslu.

2. mravní rovina: v této rovině se činy posuzují dle řádu, podle daných mravních norem, které jsou v určité hierarchii. Slouží pro obecně platnou orientaci, výsledkem může být konstatování přestoupeného příkázání. Ani v této rovině však nemám právo říci, že jde o těžký hřích. Mohu konstatovat poškození hodnoty či porušení normy, což může předpoklad pro hřích teprve vytvořit. Hřích plyne z vůle lidského subjektu – viz rovina třetí.

Srovnám-li tuto rovinu s rovinou předchozí, musím konstatovat, že mírou poškození v mravní rovině již není (jako v předchozí rovině) faktické poškození, ale poškození vzhledem k celkovému obrazu člověka, tedy porušení mravního řádu.

I když i v této rovině jsou výjimky: v rámci této roviny nemusí být každé přestoupení příkazu špatné. Chci-li jednat mravně dobře, musím v extrémním případě vlastní život zničit (sebeobětování, sebevražda). Stojí-li tak proti sobě mravní hodnota (hodnota, kvalita jednání) a hodnotový statek (něco, co mohu mít, vlastnit), má mravní hodnota vždy přednost. V podstatě i v rámci hierarchie jednotlivých hodnot jsou situace, že nižší hodnota musí ustoupit hodnotě vyšší. Nutné poznamenat, že ta nižší mravní norma, která musela v danou chvíli ustoupit, zůstává v platnosti, je pouze pod tlakem vnějších okolností potlačena. Kdo jedná proti obecně uznané normě, bere celou odpovědnost na sebe.

Právě v této rovině můžeme říci, že plnění mravních příkazů je ve většině případů dobro. Tedy v této rovině již nelze říci, že život (jako hodnotový statek) je dobro, ale můžeme říci, že právo na život je hodnota (z hlediska křesťanství hodně vysoká). Důsledně ochraňovat život je tedy dobré.

3. morální rovina: jde o odpovědnost člověka před vlastním svědomím, jedině člověk sám o sobě může říci, že vykonal těžký hřích. Ale i tak, chce-li člověk tuto větu o sobě pronést, musí být schopen nést odpovědnost. Těžký hřích však lze spáchat pouze za podmínky plného vědomí (nejen obecně, ale i v danou chvíli) a podmínky plné dobrovolnosti. (Takže nevědomost hříchu nečiní). Co se týká svobodného rozhodnutí musí mít zcela svobodnou vůli – na svobodu mohou mít vlivy zvenčí (např. různé okolnosti) i zevnitř (např. afekt).¹³

¹³ Srov. Autor textu neuveden: *Teologický sborník 4*, 27–35.

3.5 Posouzení činu sebevraždy z hlediska rovin posuzování dějů

Nutné a žádoucí je, posuzujeme-li činy, v našem případě čin sebevraždy, ve všech třech shora uvedených rovinách. Tyto roviny se mohou jednoznačně rozcházet. U činu sebevraždy tedy z hlediska druhé roviny mohu napsat, že je zde předpoklad pro hřích – z hlediska porušení hodnoty práva na vlastní život. Rovinu třetí však již nemohu posoudit. Otázkou je, do jaké míry tuto rovinu hodnocení může vykonat jedinec, který se pokouší sebevraždu spáchat, který v podstatě umírá. Co se odehrává při umírání u jedince, který sebevraždu následně dokonal, tak je v podstatě nezjistitelné. Zjišťovat to lze pouze u lidí, kteří byli zachráněni a tento čin nedokonali.

Dalším problémem je, do jaké míry jednali plně dobrovolně, tedy při plném vědomí. „*Velkým rizikovým faktorem jsou poruchy duševního zdraví. Devadesát procent lidí, kteří dobrovolně skončí svůj život, trpí psychickými problémy. Deprese zvyšují riziko sebevraždy patnáctkrát až dvacetkrát.*“¹⁴

Vzhledem k tomu, že sebevraždu páchá mnoho lidí s nějakou duševní poruchou, nelze tedy u nich mluvit (ani v mravní rovině) o předpokladech těžkého hřichu, neboť jejich vědomí není plné (chybí tedy základní podmínky pro těžký hřích). Otázkou zůstává, zda ti, kteří předtím nebyli psychiatricky léčeni, jednali plně dobrovolně. Vždyť v současné době i lidé s pokusem o sebevraždu, které se podaří zachránit, a před tím jim nebyla diagnostikována duševní choroba, jsou následně hospitalizováni na oddělení psychiatrie a jsou v podstatě také léčeni.

3.6 Je mučedník sebevrah?

V čem spočívá rozdíl mezi sebevrahem a mučedníkem? „*I když oba umírají dobrovolně, rozdíl je značný. Mučedník překonává strach ze smrti, a ukazuje tak prstem na nebe; ukazuje, že jsou věci důležitější než biologický život. Sebevrah naopak nepřekonává strach ze života, rezignuje na krásu vesmíru a krásu vztahů.*“¹⁵

¹⁴ Časopis The Lancet in: <http://aktualne.centrum.cz/report/stalo-se/clanek.phtml?id=634976>, (25. 4. 2009)

¹⁵ VÁCHA, Marek: *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, Brno: Cesta, 2008, 149.

Obdobně tuto situaci popisuje Rotter, který uvádí případy, kdy člověk volí smrt, aby zachránil život bližního. Při etickém posuzování je určující, zda dotyčná osoba jedná ze zoufalství nad smyslem života z nedostatku naděje v Boha a ve věčnost, z nedostatku lásky k druhým, nebo zda tak činí s vědomím odpovědnosti nebo přímo z lásky k bližnímu.¹⁶ Rotter k tomu dále dodává, že v těchto případech je nebezpečí sebeklamu velice velké. Lze si snadno namluvit, že se děje z lásky k bližnímu něco, co ve skutečnosti vyrůstá ze zoufalství nebo čistě ze sebestředného motivu. Existuje řada možností sebeklamu o vlastní motivaci a její mravní povaze, proto jsou v důležitých životních otázkách určité normy, podle kterých se jednotlivec může orientovat a utvářet své svědomí.¹⁷

Vácha i Rotter poukazují na možnou míru závažnosti u sebevraha z hlediska mravní roviny.

Co se týká mučednictví, uvádějí, že hodnota práva na život je v křesťanství velice ceněna, nicméně není zcela na prvním místě. V křesťanství existují i hodnoty vyšší než je hodnota práva na život. Každý člověk se může dostat do situace, že chce-li jednat v mravní rovině dobře, musí nižší hodnota ustoupit hodnotě vyšší, tedy vlastní život zničit (sebevražda ve smyslu sebeobětování). Za porušení normy je však plně odpovědný jedinec, který ji v danou chvíli porušuje.

3.7 Pojem svobody z hlediska křesťanství

V této kapitole je klíčovou otázkou: Mám právo vzít si život? Beztrestnost vzít si život ještě neznamená, že mám právo si život vzít. Do jaké míry jsem natolik svobodný, že si můžu vzít život? V souvislosti s těmito otázkami je třeba podrobněji se zabývat i pojmem svoboda. Domnívám se, že pojem volby nelze nevnímat bez kontextu se svobodou. Svoboda volbě vymezuje hranice.

Při vlastním posuzování v morální (subjektivní) rovině je svoboda, aby jedinec spáchal těžký hřích, dána jako základní podmínka. A to jak svoboda vnější, tak vnitřní.

Pojmem svobody se zabývá Anzenbacher, který uvádí, že je nutné rozlišovat svobodu jednání a svobodu rozhodování. Svoboda jednání a svoboda rozhodování souvisejí

¹⁶ Srov. ROTTER, Hans: *Důstojnost lidského života*, Praha: Vyšehrad, 1999, 29.

¹⁷ Srov. ROTTER, Hans: *Důstojnost lidského života*, Praha: Vyšehrad, 1999, 30.

s prostorem pro svobodu. Svoboda jednání je vnější prostor pro jednání člověka. Jednání člověka je tedy omezeno vnějšími možnostmi uskutečňovat cíle. Svoboda rozhodování je vnitřní (psychický) prostor pro rozhodování člověka. Tyto dvě svobody jsou ve vzájemných vztazích, vzájemně podmiňovány. Jde o dva prostory nabízející různé možnosti a právě o tento prostor (snaha mít ho co největší) jde v lidských právech.¹⁸

Svoboda dle Katechismu katolické církve: „*Bůh totiž chtěl ponechat člověku možnost vlastního rozhodování (Sir 15,14), aby tak svého Stvořitele sám hledal a přimknutím k němu dospěl k plné a oblažující dokonalosti.*“¹⁹

Pro křesťana je svoboda „*mohutnost zakořeněná v rozumu a ve vůli jednat nebo nejednat, udělat to či ono a tak sama od sebe konat vědomé skutky. Díky svobodné vůli rozhoduje každý sám o sobě. Svoboda je v člověku silou umožňující růst a zrání v pravdě a dobru. Svoboda dosahuje své dokonalosti, když je zaměřena na Boha, který je naší blažeností.*“²⁰

„*Čím více člověk koná dobro, tím více se stává svobodným.*“²¹

Zjednodušeně řečeno, Katechismus vykládá svobodu ve smyslu, že čím větší nadvládu mám sám nad sebou, tím jsem svobodnější.

3.8 Oficiální stanovisko katolické církve k sebevraždě

Oficiální postoje katolické církve k sebevraždě dle Katechismu katolické církve a encykliky Jana Pavla II. *Evangelium vitae*.

¹⁸ Srov. ANZENBACHER, Arno: *Úvod do etiky*, Praha: Zvon, 1994, 71.

¹⁹ DRUHÝ Vatikánský koncil, Konstituce pastorální o církvi v dnešním světě, *Gaudium et spes*, (ze dne 7. prosince 1965), in: Dokumenty II. Vatikánského koncilu, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, čl. 1730.

²⁰ DRUHÝ Vatikánský koncil, Konstituce pastorální o církvi v dnešním světě, *Gaudium et spes*, (ze dne 7. prosince 1965), in: Dokumenty II. Vatikánského koncilu, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, čl. 1731.

²¹ *Katechismus katolické církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, čl. 1733.

3.8.1 Katechismus katolické církve

Jedním ze základních pilířů křesťanské etiky je láska a úcta k životu, což se odráží i v jejích postojích a vyjádřeních.

„Každý je odpovědný za svůj život před Bohem, který mu jej dal. On také zůstává svrchovaným pánem. Život máme přijímat s vděčností a ochraňovat jej k jeho cti a ke spáse svých duší. Jsme správci, a ne vlastníky života, který nám Bůh svěřil. Nedisponujeme jím.“²²

„Sebevražda se přičí přirozenému lidskému sklonu zachovat si svůj život a udržet jej i nadále. Závažně odporuje správné lásce k sobě. Zároveň je to urážka lásky k bližnímu, protože nespravedlivě láme svazky solidarity s rodinným společenstvím, s národní i lidskou společností, vůči nimž máme závazky. Sebevražda je proti lásce k živému Bohu.“²³

„Je-li sebevražda spáchána s úmyslem dát příklad, především mladým, pak je i těžkým pohoršením. Úmyslná spolupráce na sebevraždě se přičí mravnímu zákonu.“

Těžké psychické poruchy, úzkost nebo nadměrný strach ze zkoušky, z utrpení nebo z mučení mohou odpovědnost sebevraha zmenšit.²⁴

Nad věčnou spásou osob, které se usmrtily, se nemá zoufat. Bůh jim může dát příležitost pro spasitelnou lítost cestami, které zná jen on sám. Za osoby, které si sáhly na život, se církev modlí.“²⁵

Katechismus se k sebevraždě vyjadřuje v mravní rovině, tím vytváří obecně platnou orientaci pro tento čin. Líbí se mi, že na rozdíl od předchozích katechismů, zde není doslova uvedeno, že sebevražda je hřích. I když z katechismového tvrzení jednoznačně vyplývá, že poškození zachování života je tak závažné, že tvoří pro hřích velký předpoklad, což považuji za správné. Je zde i poukázáno na možný důsledek nezachování života – sebevražda je proti lásce k živému Bohu, což je v její kompetenci a je důležité to zmínit. V mravní rovině je tedy sebevražda (resp. snaha nechránit či nezachovávat svůj život) chápána jako něco mravně špatného. Také se mi líbí, že Katechismus částečně poukazuje či zohledňuje rovinu morální roviny jedince (subjektivnímu vnímání jedince přikládá význam) a dává naději v tom, že Bůh dá člověku prostor pro možnou lítost (v případě, že by on sám sebe odsoudil ve smyslu, že by u sebe čin sebevraždy vnímal jako hřích), což je také velice pozitivní. Osobně za stěžejní větu Katechismu týkající se této problematiky považuji, že těžké psychické poruchy mohou

²² *Katechismus katolické církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, čl. 2280.

²³ *Katechismus katolické církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, čl. 2281.

²⁴ *Katechismus katolické církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, čl. 2282.

²⁵ *Katechismus katolické církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, čl. 2283.

zodpovědnost sebevraha zmenšit. Je zde vidět, že katechismus vnímá poznatky psychiatrie a psychologie, byť pouze krátkou zmínkou. Katechismus zohledňuje, že v případech sebevraždy nemusí jít o lidi, kteří jsou duševně v pořádku. Bere v úvahu, že mnoho lidí, kteří se pokusili spáchat sebevraždu, jsou před sebevražedným činem psychiatricky léčeni. Otázkou je, proč v katechismu nejsou zahrnuty i lehké psychické poruchy nebo aspoň upřesněno, jaké všechny poruchy jsou míněny pod slovem: těžké. Domnívám se, že i lehké psychické poruchy mohou duševní vědomí jedince, jehož plnost je nutná při vykonávání těžkého hříchu, zeslabit.

3.8.2 Evangelium vitae

Evangelium vitae koresponduje s pojetím katechismu i s pojetím celé křesťanské morálky týkající se úcty k životu, velice zdůrazňuje a vyzdvihuje nedotknutelnost lidského života.

Konkrétně evangelium vitae o sebevraždě mnoho nepíše. O dobrovolné sebevraždě se zmiňuje v citaci krátkého úryvku z Dokumentů II. vatikánského koncilu, kde je přímo napsáno: dobrovolná sebevražda – tedy je zde zohledněno, aby šlo o zneuctění Stvořitele, že podmínkou je plná dobrovolnost – tedy mít možnost se rozhodnout plně svobodně.

"Všechno, co je přímo proti životu, jako vraždy všeho druhu, genocidy, potraty, eutanázie i dobrovolná sebevražda; cokoli porušuje nedotknutelnost lidské osoby, jako mrzačení, tělesné nebo duševní mučení, pokusy o psychické násilí; co uráží lidskou důstojnost, jako nelidské životní podmínky, svévolné věznění, deportace, otroctví, prostituce, obchod se ženami a mladistvými; a také hanebné podmínky práce, když je s dělníky zacházeno jako s pouhými výrobními prostředky, a ne jako se svobodnými a odpovědnými osobami: všechny tyto věci a jim podobné jsou opravdu ostudné, vnášejí nákazu do lidské civilizace a poskvřňují více ty, kteří je dělají, než ty, kteří trpí bezpráví, a velice zneuctívají Stvořitele."²⁶

„Proto vznikla ve spolupráci s biskupy celého světa tato encyklika, která sleduje především to, aby byla opět jasně a jednoznačně potvrzena hodnota lidského života a jeho nedotknutelnost a zároveň aby byla všem lidem i každému jednotlivci ve jménu samotného

²⁶ DRUHÝ Vatikánský koncil, Konstituce pastorální o církvi v dnešním světě, *Gaudium et spes*, (ze dne 7. prosince 1965), in: Jan Pavel II.: *Encyklika Evangelium Vitae*, Praha: Zvon, 1995, čl. 3

Boha adresována tato důrazná výzva: chraň a opatruj, miluj a zachovávej život, život každého člověka! Pouze na této cestě nalezneš spravedlnost a pokrok, pravou svobodu, pokoj a štěstí!²⁷

3.9 Biblická nauka týkající se sebevraždy

V Bibli se prakticky žádné morální stanovisko k problematice sebevraždy nenachází. Sebevražda v ní tedy není nijak konkrétně odsuzována ani vyzdvižována. Ke smrti bližního se z hlediska morálky vyjadřuje Desatero, a to ještě nepřímo „*Nezabiješ*“ (Ex 20,13) – tedy není tam přímo napsáno: nezabiješ sebe. I když nutno dodat, že obecně je chápáno, že: nezabiješ, se vztahuje i k nezabití vlastní osoby.

3.9.1 Sebevražda v Novém zákoně

Konkrétním nejznámějším „případem“ Nového zákona je popis Jidášovy sebevraždy. V něm je popsáno, že motivem Jidášovy sebevraždy bylo uvědomění si toho, že zradil. V důsledku toho měl výčitky svědomí. Doslova, zda jeho čin byl morálně dobrý či špatný, tam napsáno není.

3.9.2 Sebevražda ve Starém zákoně

„Případy suicidálního jednání zaznamenané ve Starém zákoně jsou součástí ‚takzvaných‘ historických knih. Jsou to historicky podmíněné osudy jednotlivců, významných představitelů a reprezentantů lidu různého sociálního a náboženského významu. Samson (Sd 16,29–31) jako soudce a národní hrdina. Králové Abímelek (Sd 9,52–56) a Zimri (1 K 16,18n), kteří se k moci dostali pomocí vraždy. Saul (1 S 31,3–12) jako král Izraele. Jeho zbrojnoš (1 S 31,5) a Eleazar (1 Mak 6,43–46) jako bojovníci. Královští rádcové Achítófel

²⁷ JAN PAVEL II.: *Encyklika Evangelium Vitae*, Praha: Zvon, 1995, čl. 5.

(2 S 17,23) a Ptolemaios Hlaváč (2 Mak 10,12). A nakonec Razis (2 Mak 14,37–46), jeden z jeruzalémských starších.²⁸

3.10 Důvody pro sebevraždu vycházející ze tří teorií

Skutečné důvody pro sebevraždu jsou velice složité, velice obtížně prokazatelné. Tato problematika je nesmírně rozsáhlá, důvody a příčiny sebevražd řeší různé teorie z různých vědních oborů. Pro základní představu velice ve zkratce, s cílem hlavně poukázat na šíři dané problematiky, uvádím Vieweghovo dělení důvodů sebevražd z pohledů tří základních vědních oborů: psychologie, lékařství a sociologie.

3.10.1 Sociologické hledisko

Sociologické hledisko rozvíjí hlavně Durkheim, v naší republice T. G. Masaryk.

Dle Durkheima existují čtyři typy sebevražd:

1. egoistická sebevražda: míra četnosti výskytu souvisí s mírou integrity celé skupiny (jsou-li lidé spojeni ke společným činům, pak je to udržuje při životě).
2. altruistická sebevražda: příliš silná integrace může skončit altruistickou sebevraždou. Tato teorie úzce souvisí nejen se sebevraždou, ale i se sebevraždou asistovanou – jde o případy starých a nemocných lidí, kteří stali pro společnost přítěží, a proto zvolili odchod z ní.
3. anomická sebevražda: důvodem lidí, kteří páchají sebevraždu tohoto typu, je to, že nejsou naplněna jejich očekávání. Jde o výsledek jejich přemrštěných a nenaplněných očekávání – tedy výsledek rozdílu mezi vyšší individuálních aspirací a mírou jejich uspokojení.
4. fatalistická sebevražda: silná společenská regulace – dochází k ní u lidí, jejichž touhy a očekávání jsou společností nekompromisně potlačovány, takže se ocitají v osudové bezvýchodnosti.²⁹

²⁸ ŠTAJER, Jindřich: *Hodnocení suicidality v biblicko-křesťanském kontextu*, <http://www.tf.jcu.cz/getfile/21a6083261ba599d>, (26. 4. 2009).

²⁹ KELLER, Jan: *Dějiny klasické sociologie*, Praha: Slon, 2004, 218–219.

3.10.2 Lékařské teorie

Sebevražda je vnímána jako důsledek choroby. Davison a Neale uvádějí, že do lékařských teorií spadají i biochemické výzkumy, které nacházejí souvislost mezi nízkou hladinou hlavního serotoninového metabolitu, sebevraždou a impulsivitou – souvislost mezi nízkou hladinou serotoninového metabolitu a sebevraždou je zvláště průkazná u sebevražd provedených impulzivně anebo násilnými prostředky.³⁰

3.10.3 Psychologické teorie

Psychologické teorie jsou v základech postaveny na psychologických testech, z nichž Neale a Davison považují za prokázané, že se sebevražednými úmysly úzce souvisí míra beznaděje. (Beznaděj jako očekávání, že věci v budoucnu nebudou lepší, než jsou teď, předvídá případnou sebevraždu silněji než deprese.)³¹

Také Viewegh přináší přehled o ukazatelích sebevražednosti v psychologických testech – nicméně jeho výčty jsou zakončeny pochybností, že objevit cosi jako „sebevražednou osobnost“ se asi nepodaří.

Dále Viewegh cituje práci D. D. Jacksona Vodítka k sebevraždě z roku 1963, ve které autor rozlišuje tři hlavní složky sebevraždy:

1. zaměření agrese vůči vlastní osobě: sem patří sebepoškozující chování, jako např. sklon k nehodám
2. obrození a obnovení: v pozadí může být např. touha odstranit „špatné já“ a začít znovu a lépe
3. ztráta a následné zoufalství: sebevraždě obvykle předchází ztráta – od ztráty sil až po ztrátu tváře.³²

³⁰ DAVISON, Neale in: BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 176.

³¹ DAVISON, Neale in: BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 176.

³² VIEWEGH in: BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 176.

3.11 Pravdy, nepravdy a společné rysy u sebevražď

Tato kapitola uvádí statisticky ověřené údaje a zároveň vyjadřuje i kulturní postoje. Tyto teze nejsou v knize nijak blíže rozpracovány. I tak je považuji za důležité uvést. Tyto informace vidím jako cenné a mohou nám pomoci zbavit se různých předsudků, a tím nám to může usnadnit komunikaci s člověkem, který nám sdělí, že by chtěl vykonat sebevraždu.

3.11.1 Pravdy

- riziko sebevraždy se zvyšuje u lidí rozvedených nebo ovdovělých, pravděpodobně v důsledku chybějící sociální podpory; souvislost sebevraždy a samoty stoupá s věkem
- sebevražda se objevuje u lidí na všech socioekonomických úrovních; zvláště častá je mezi psychiatry, lékaři, právníky a psychology
- sebevraždu nejlépe předpoví předchozí sebevražedný pokus
- sebevražda se u dospělých ve Spojených státech objevuje v pořadí příčin smrti jako osmá; nejvíce ohrožen sebevraždou je ve Spojených státech osamělý bílý muž nad 50 let
- žádný druh smrti nezanechává v příbuzných a přátelích zemřelého tolik pocitů studu, viny, zmatku, smutku a hněvu tak dlouho jako sebevražda; pozůstalí po sebevraždě blízkého člověka jsou zároveň jejími oběťmi a často sami umírají do roka po ní.³³

3.11.2 Nepravdy

Nesprávné soudy o sebevražďách:

- není pravda, že hovor o sebevražďe sebevraždu vyvolá (ani člověka v depresi nepostrčí hovor o sebevražďe k sebevražednému činu; naopak jedinec se sebevražednými myšlenkami často zažije úlevu, když zjistí, že o tak důležitém tématu může mluvit),
- není pravda, že ten, kdo o sebevražďe mluví, ji nespáchá (tři čtvrtiny lidí, kteří si vzali život, o svém úmyslu před činem mluvili),

³³ Srov. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 178.

- není pravda, že člověku, který chce spáchat sebevraždu, nemáme co nabídnout (člověk se sebevražednými úmysly hledá vztah a ten mu nabídnout můžeme)³⁴,
- není pravda, že člen církve nemůže uvažovat o sebevraždě,
- není pravda, že důvody k sebevraždě se dají snadno určit,
- není pravda, že všichni, kteří spáchají sebevraždu, mají deprese,
- není pravda, že všichni smrtelně nemocní sebevraždy nepáchají,
- není pravda, že zlepšení nálady znamená snížení rizika sebevraždy,
- není pravda, že myšlenky na sebevraždu jsou vzácné.³⁵

3.12 Závěry plynoucí z kapitol týkajících se sebevraždy

Teologické hledisko není postaveno na zcela logických a rozumových argumentech, což právě nejvíce „naráží“ při konfrontaci názorů se sekulárním světem. Křesťanské stanovisko vychází a je postaveno na víře v Boha, kterého uznává jako Pána nad životem a smrtí. Život vnímá jako dar od Boha, a přestože byla člověku ponechána možnost život si vzít – resp. dar odmítnout, neměl by tak činit.

Křesťan by si měl také uvědomovat, že přirovnávání života k Božímu daru zcela logicky, zvláště v očích sekulárního světa, evokuje argument, že dar ve většině případů mohu odmítnout ještě před tím, než ho přijmu. To však u „daru života“ dost dobře nejde, nejdřív si život musím uvědomit, a pak ho teprve mohu „přijmout“ či „vrátit“.

Křesťanství v obecném chápání život vnímá jako dobro, smrt jako zlo. Křesťanská etika však rozlišuje tři roviny posuzování mravních činů. V rovině předmorální pro ni život sám o sobě není ani dobrý ani špatný – jde „jen“ o hodnotový statek. V mravní rovině je pro ni právo na život velmi vysokou hodnotou, v důsledku toho se proto k dobrovolné sebevraždě vyjadřuje negativně. Křesťanská etika má však i hodnoty vyšší, které jsou za určitých okolností nadřazeny ochraně života (např. sebeobětování za bližního). O těžkém hříchu však může hovořit pouze jedinec, pouze v rovině morální (subjektivně), tedy ve smyslu odpovědnosti před vlastním svědomím, a to navíc za podmínky plné dobrovolnosti a úplného vědomí. Právě při zjišťování plného vědomí by se měla etika snažit čerpat z poznatků dalších

³⁴ Srov. DAVISON, Neale in: BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 178.

³⁵ DAVISON, Neale in: BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 178.

vědních disciplín (konkrétně mám na mysli hlavně psychologii či psychiatrii), a ve svých stanoviscích by je měla zohledňovat.

Přestože k činu sebevraždy se křesťanská etika celkově staví negativně, člověka, který sebevraždu spáchal, neodsuzuje, naopak mu nabízí pomoc.

4 Asistovaná sebevražda

Z etického hlediska u asistované sebevraždy dochází, stejně jako u sebevraždy, k volbě mezi životem a smrtí. Na jedné straně asistovaná sebevražda souvisí se sebevraždou obecně: „Z etického hlediska není v každém případě velký rozdíl, jestli někdo na sebe vztáhne ruku přímo, nebo jestli poprosí lékaře o smrtící injekci.“³⁶ Zatímco u sebevraždy obecně mohou být důvody rozmanité, mnohdy jsou nevyzpytatelné, o možnosti asistované sebevraždy se uvažuje pouze u lidí těžce nemocných či umírajících, čímž daná problematika z druhé strany úzce souvisí s eutanazií – při které dochází k „usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení“.³⁷

4.1 Důvody pro asistovanou sebevraždu

Na první pohled by se mohlo jevit, že na rozdíl od sebevraždy asistovaná sebevražda souvisí vždy nějak s fyzickým stavem pacienta, tedy mnohdy s fyzickou bolestí a utrpením, což u sebevraždy jako takové nemusí být vždy. I zde je však problém velmi složitý. Proto dále popíšu konkrétní důvody a také důsledky, pro které může pacient projevit přání zemřít.

4.1.1 Důvody, pro které může pacient projevit přání zemřít

Munzarová uvádí, že nejčastějšími důvody pro žádost o zabití jsou: strach z protahovaného umírání, strach z příliš dlouhého žití, strach z degradace vyplývající ze senility a závislosti na jiných, strach ze ztráty kontroly nad sebou, strach z toho, že budeme zátěží finanční, psychickou i sociální pro ostatní.³⁸

Otázkou zůstává, do jaké míry pacient se rozhoduje opravdu sám a do jaké míry je „pod tlakem“ určitých okolností. (Okolností, které by se mohly dát i v některých případech odstranit.) Uvažujeme-li o pacientových důvodech, je nutné si uvědomit, že pacient své přání

³⁶ ROTTER, Hans: *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*, Praha: Vyšehrad, 1999, 99.

³⁷ VOKURKA, Hugo in: BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 164.

³⁸ MUNZAROVÁ, Marta: *Eutanazie nebo paliativní péče*, Brno: Masarykova univerzita, 2002, 8.

zemřít může činit na základě různých důsledků. Morální otázkou pak zůstává, do jaké míry jeho volba byla skutečně dobrovolná, do jaké míry byl pod vlivem důsledků.

4.1.2 Důsledky, pro které může pacient projevit přání zemřít:

Přestože se pacient má možnost rozhodnout sám, přání zemřít může projevit v důsledku:

- únavy z akutní léčby – důležité je s pacientem projednat postup léčby, vyhlídky, přerušování nebo krátkodobý odpočinek od ní;
- nerozpoznaných nebo nedostatečně léčených příznaků – pacienti se obvykle obávají dechové nedostatečnosti a velkých bolestí; léčbu lze většinou zlepšit;
- přidružených psychosociálních problémů – pacienti se cítí osaměle, nemají rodinu, popřípadě se mohou obávat, že jsou rodině na obtíž; pomoc se zaměřuje na jejich vztahy, psychosociální smrt by neměla tělesné smrti předcházet;
- duševní krize – do průběhu nemoci nebo do průběhu léčby může zasáhnout krize (např. manželská), pacientovi může smrt připadat jako dobré východisko;
- klinické deprese – pacient může trpět depresí v důsledku základního onemocnění nebo nezávisle na něm; deprese by měla být rozpoznána a léčena;
- neustálého a nesnesitelného utrpení – to je oblast, o kterou se vede spor, co udělat pro pacienta, kterého medicína není schopna zbavit utrpení.³⁹

Základním smyslem asistované sebevraždy je tedy snaha zkrátit utrpení. To je I společným pojítkem shora uvedených důsledků a důvodů. Za přáním zemřít nejčastěji bývá strach, který právě nejčastěji souvisí s utrpením a bolestí (již budu prožívat sám i mé okolí v důsledku náročné péče), a to v různých formách a podobách všech oblastí člověka – duševní, duchovní, fyzické či sociální. Tyto formy se dají jednotlivě zkoumat různými způsoby, z nichž vyplývají různá pojetí a výsledky a zároveň může docházet i k jejich vzájemnému prolínání.

Jsem si vědoma, že téma utrpení je nesmírně široké, zabývají se jí vědní obory hlavně lékařství, psychologie i teologie. Vzhledem k vytýčeným cílům své práce nyní uvádím pohled na utrpení a bolest pouze z hlediska křesťanské etiky.

³⁹ BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 166–167.

4.2 Křesťanský pohled na utrpení a bolest

Křesťanství se zabývá rozsáhle a do hloubky bolestí i utrpením, zvláště v souvislosti s duchovní složkou člověka. I samostatné téma utrpení a bolesti z křesťanského úhlu pohledu je velice rozsáhlé. Názorů teologů i celých teologických teorií na bolest a utrpení je mnoho, i když jejich prazákladní podstata je stejná. Pro představu vybírám názory našich tří současných teologů: Opatrného, Váchy a Halíka, jejichž názory považuji za značně výstižné.

Aleš Opatrný:

„Je s podivem, kolik pseudozbožnosti se vyskytuje v oblasti pohledu na utrpení a smrt. Kdo chce mluvit o utrpení, jeho smyslu a jeho křesťanské hodnotě, má opravdu vážit každé slovo, zvláště, je-li sám zdravý a bez potíží. Povrchní a zkratkovité interpretace Ježíšova utrpení a naší účasti na něm nepomohou, spíš uškodí. Odmítání jakéhokoliv utrpení a popírání jakéhokoliv smyslu života, který je obtížen bolestí, je ovšem také omylem.“⁴⁰

„Vyrovnání se s utrpením – ať vlastním nebo lidí druhých, blízkých i vzdálených, znesnadňují různá myšlenková a hovorová klišé, téměř lze říci pověry, s nimiž se většina lidí setká, která se vydávají za obecně platný názor, která ale ve skutečnosti vyrovnání se s bolestí a utrpením znesnadňují. Například:

- *kdo trpí nějakým handicapem, nemůže být šťastný*
- *kdo je mladý a zdravý, musí být šťastný*
- *utrpení dělá lidi lepšími*
- *utrpení dělá lidi věřícími*
- *lze dříve nebo později vytvořit svět, v němž lidé nebudou trpět*
- *odstraníme všechnu bolest ze světa – ať cestou vědy, nebo cestou alternativních léčebných metod*
- *bolest je zvláště Bohu milá.“⁴¹*

Marek Orko Vácha:

„Křesťanství nevidí problém černobíle: ano, proti bolesti je vždy třeba bojovat a tlumení bolesti je pro lékaře imperativem. Na straně druhé se křesťanství neodvází říci, že

⁴⁰ OPATRŇÝ, Aleš: *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2001, 15.

⁴¹ OPATRŇÝ, Aleš: *Pastorační péče v sociální práci*, Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, <http://hospice.cz/pastsoc.html>, (30. 12. 2008).

by bolest byla vždy, všude a za všech okolností, v absolutní rovině a za všech podmínek jen negativní. Díky bolesti se možná mnohému naučím.“⁴²

Tomáš Halík:

„Největší bolestí našich zranění je to, že nás vychylují z prožívání smyslu, že ho staví do otázky (‘Proč? Proč právě mně? Proč tenhle a ne jiný?’) – a největší nebezpečí ran je v tom, že v nás mohou tuto pradávnou pradávnou podvrátit nadobro.

Ovšem sama tato otázka, která v nás probouzí bolest, je zas zároveň příležitostí, abychom onen smysl hledali a našli – a abychom to, co jsme dosud prožívali neuvědoměle, implicitně, učinili nyní předmětem myšlení a věci srdce. Mnoho lidí právě v noci bolesti (a spíše na jejím konci než hned na počátku, až v oné ‘předjitřní hodině’) tento smysl pro sebe nově objevili a velmi hluboce ho prožili.

Bolest se pak stává onou zdí, která nás od smyslu (či od Boha, jak někteří smysl nazývají) odděluje, ale zároveň s ním spojuje – pokud před zdí nezůstáváme tupě sedět, nýbrž ‘klepeme na ni’, a zejména nasloucháme klepání z druhé strany.“⁴³

V podstatě všechny tři citáty ukazují na hlubší smysl utrpení, díváme-li se na něj z hlediska víry. Všechny tři citáty vnímají bolest a utrpení v podstatě jako něco těžkého, nepříjemného. Pro víru není bolest ani nutná ani vyžadovaná. Pokud však u člověka k bolesti či utrpení dojde, zdůrazňují to, že z perspektivy víry z toho člověk může i „vytěžit“ v duchovním slova smyslu. Poukazují na to, že utrpení je nepříjemné, bolestivé, těžko snesitelné, může mít však hlubší smysl. Víra však u těchto teologů není chápána jako „prvoplánová“ berlička či náplast – jako něco, co je mi dobré, když to zrovna potřebuji. Shora uvedená stanoviska jsem vybrala záměrně, neboť se domnívám, že odráží názory, jež jsou výsledkem víry žité jako paradox: dar a výzva zároveň.

Při popisu bolesti považují na druhé straně za nutné, že člověk si musí uvědomit, že při komunikaci se sekulárním světem tyto názory nejsou opět postaveny na něčem zcela logickém, reálném a hmatatelném. Při vnímání bolesti, a to jak u nevěřících, tak i u věřících, je sounáležitost a v podstatě i pochopení toho, že člověk dál nechce v těžké životní situaci žít, podstatně víc, než názory na bolest a utrpení. Snaha vnímat a pochopit pomůže člověku zřejmě víc než teologické výklady. Z člověka žijícího vírou by pak měly křesťanské hodnoty (v tomto případě hlavně hodnota smyslu života) spíše mimoděk vyzařovat, než je vyslovovat

⁴² VÁCHA, Marek: *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, Brno: Cesta, 2008, 143.

⁴³ HALÍK, Tomáš: *Dotkni se ran*, Praha: Lidové noviny, 2008, 111.

či propagovat. Díky tomu, že si je člověk, který přichází do kontaktu s věřícím, vědom toho, že hodnotu života neztratí, nemusí si ji „křečovitě“ držet a může si dovolit jít až na samou hranici pochopení (ne souhlasu) s člověkem, který si přeje zemřít.

4.3 Hodnota lidského života

Dalším stěžejním důvodem pro asistovanou sebevraždu může být i pocit ztráty hodnoty a kvality lidského života v důsledku nemoci. Proto se nyní budu zabývat hodnotou lidského života, jejími možnými pojetími a následně přejdu k pohledu křesťanské etiky.

4.3.1 Hodnota lidského života obecně

I v této oblasti existuje celá řada úhlů pohledu na hodnotu lidského života. Munzarová uvádí, že k pocitu ztráty hodnoty lidského života dochází hlavně v případech, kdy kvalita života je považována za naprosto nejvyšší hodnotu – dochází pak k tomu, že pokud není možné zajistit kvalitu života, život začne být pokládán za neúčinný a nelidský. Existují různé koncepce, které tvrdí, že hodnotu má život vždy jen za určitých podmínek.

Sociobiologismus: život má hodnotu pouze tehdy, pokud život jedince bude podporou vývoje druhu.

Utilitarismus: hodnotu má život pouze tehdy, pokud má člověk schopnost pociťovat radost nebo zármutek.

Autonomní model: život má hodnotu pouze tehdy, má-li jedinec schopnost rozhodovat se a prosazovat svou vůli.

Kontraktualismus: život má hodnotu pouze tehdy, má-li člověk schopnost uzavřít smlouvu v rámci určité komunity.⁴⁴

⁴⁴ MUNZAROVÁ, Marta: *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*, Brno: Masarykova univerzita, 2002, 18.

4.3.2 Hodnota lidského života z hlediska křesťanské etiky

Rotter uvádí, že nejhlubší zdůvodnění hodnoty lidského života spočívá pro křesťana ve víře v Boha a v povolání k věčnému životu. Křesťan věří v to, že ho Bůh miluje, že je tedy pro Boha důležitý. Hodnota lidského života se tedy nevyčerpává schopností užívat života a něco dokázat v materiální oblasti, nýbrž nejhlouběji se zakládá ve vztahu člověka k Bohu. Dále uvádí, že pokud by byl člověk pochopitelný pouze materialisticky, vyčerpá-li se pouze v pozemské existenci, pak je hodnota tohoto člověka velice nízká, obzvláště pokud již ztratil svou výkonnost a schopnost užívat si života.⁴⁵

S názorem Rottera zcela souhlasím. Myslím si, že je to hodně povzbuzující hlavně ve chvílích, kdy člověk svůj výkon ztrácí či ztratil (např. stáří či nemoc). Je pozitivní a optimální, když hodnoty přesahující materiální stránku zastávají i lidé v okolí člověka, který již „není schopen výkonu“. Na druhou stranu musíme brát v potaz, že vztah člověka a Boha, tak jak je Rotter popisuje, je založen na určitém prožitku, který je v podstatě nepřenosný. Tedy nemá-li člověk (ať už nemocný či ten, kdo se o něj stará) takto postaveny hodnoty, těžko se mu budou předávat či vysvětlovat, zvláště ve chvílích, kdy jej postihlo v životě něco tak těžkého, jako je např. nemoc či úraz.

4.4 Postoj křesťanské etiky k asistované sebevraždě

Všeobecně existuje mnoho argumentů „pro“ asistovanou sebevraždu, i mnoho argumentů „proti“. Přestože je nutné zohledňovat a zjišťovat důvody, pro které pacient ke stanovisku spáchat asistovanou sebevraždu dospěje (a to ve všech rovinách jeho osobnosti), z hlediska křesťanské morální teologie neexistuje důvod, pro který by byla asistovaná sebevražda povolena. Asistovaná sebevražda je tedy z tohoto hlediska, stejně jako sebevražda, zcela nepřípustná. Ovšem lidé dělají i věci nepřípustné a jejich důvody, vzhledem k jejich situaci, jsou z lidského hlediska pochopitelné.

Ze shora uvedeného tvrzení však nevyplývá, že křesťanská etika se snaží udržet život za každou cenu, a to i přes její značně specifický pohled na utrpení a hodnotu lidského života.

Tvrzení, že křesťanská etika se nesnaží udržet život za každou cenu, dokládám citací části prohlášení (celé znění je uvedeno jako příloha této práce), které bylo vydáno společně

⁴⁵ ROTTER, Hans: *Důstojnost lidského života*, Praha: Vyšehrad, 1999, 27.

zástupci České biskupské konference, Ekumenické rady církví, Pražské židovské obce a Ústředí muslimských obcí v ČR dne 9. 12. 2005:

„... Plně soucítíme s člověkem, který trpí, a vnímáme utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasíme se snahou tuto situaci, která s sebou často nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku. To ovšem neznamená, že jsme pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomujeme si konečnost lidského života i meze možností léčby...“⁴⁶

4.5 Dilemata související s asistovanou sebevraždou a eutanazií

Věta z předchozí kapitoly: „Uvědomujeme si konečnost lidského života a meze možností léčby...“ V nás může evokovat otázky: kde je ta mez možností léčby, resp. kde, kdy a za jakých situací je vlastně léčba už marná?

Tato otázka však není jedinou problematickou otázkou týkající se eutanazie či asistované sebevraždy. V následující kapitole rozvádím stanovisko Munzarové na to, co je vlastně marnost léčby, a následně uvádím i další dilemata, která s koncem života nemocných či umírajících souvisí.

4.5.1 Marnost léčby

Munzarová uvádí, že jde o rozhodnutí, co je zbytečné a kdy neaplikovat léčbu, která je již marná. Nemocný by měl vědět o omezení léčebných možností a zbytečnou léčbu ani nepožadovat. Tento fenomén se začal rozvíjet až v posledních desetiletích, neboť pokroky ve znalostech a technických vymoženostech vedly k záchraně mnoha životů, na druhé straně však přispěly i k tomu, že řada lidí je sice zachráněna, avšak často přežívá – a to i dlouhodobě – ve stavu, který je mnohými považován za neutěšený. Problémem je, že může docházet k rozporům ve vidění toho, co je marné a zbytečné – jinak situaci vidí lékař, jinak pacient či jeho rodina, jinak na situaci nahlíží i veřejnost. Zde vyvstává také další problém – kdo o tom má právo rozhodnout a kdo a do jaké míry za to tedy bude zodpovědný: zda lékař či pacient

⁴⁶ <http://tisk.cirkev.cz/z-domova/odmitnuti-lecby-za-kazdou-cenu-neni-eutanazie.html>, (24. 2. 2009).

(příp. jeho zástupce) nebo veřejnost (míněná jako společný konsensus).⁴⁷ Problematika je opět tak rozsáhlá, že míře zodpovědnosti lékaře ve vztahu k pacientovi budu věnovat celou další hlavní kapitolu.

4.5.2 Rozdíl mezi „necháním zemřít“ a „způsobením smrti“

Munzarová uvádí, že z morálního hlediska je zcela diametrální rozdíl mezi legální možností odmítnout léčbu i s určitým rizikem urychlení smrti a odmítnutím nebo vysazením léčby s cílem zemřít. První forma souvisí s výběrem, jak žít při umírání, druhá pak s volbou smrti. Tento pojem se tedy používá i v kontextu přispění ke smrti a postupně, pomalu ale jistě, začíná vyjadřovat i její přímé navození. Je však mravní rozdíl mezi podřízením se smrti, když nadešel její čas a když jsme už vůči ní bezmocní, a úmyslným zabitím – ať již v době umírání nebo v době jiné; mezi „necháním zemřít“ a „způsobením smrti“.⁴⁸

Na první pohled z hlediska „výsledku“ to působí stejně – výsledkem je smrt. Z morálního hlediska je rozdíl značný – rozdíl spatřuji v úmyslu. „Nechání zemřít“ respektuje umírání jako přirozený stav – smrt se ani nevyhledává, ani se jí nevyhýbá. Při zabití jde o rozhodnutí, které je ovlivněno vlastní vůlí. Jde o rozdíl mezi výběrem jak žít při umírání a vědomou volbou smrti.

Z hlediska medicíny je v případech eutanazie či asistované sebevraždy „skutečným nepřítelem“ pouze taková smrt, která přichází v nesprávnou dobu (v příliš časně fázi života), z nesprávné příčiny (jež se dala odvrátit nebo za rozumnou cenu léčit) či nesprávným způsobem (s bolestí či utrpením, jimž se dalo zabránit, anebo je-li umírání neúměrně prodlužováno).⁴⁹

4.5.3 Řádné a mimořádné prostředky

Brabec ve své knize uvádí, že křesťanská teologie je přesvědčena, že podle přirozeného práva není člověk pánem svého života, nýbrž jeho správcem, který má povinnost starat se o zdraví těla i rozvoj poznání. K tomu musí použít všech řádných prostředků. Rozlišení těchto prostředků umožňuje člověku v některých případech připustit vlastní smrt

⁴⁷ Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Eutanazie nebo paliativní péče?*, Praha: Grada publishing, 2005, 91.

⁴⁸ Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Eutanazie nebo paliativní péče?*, Praha: Grada publishing, 2005, 19.

⁴⁹ CALLAHAN, ed. 1996 in: BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 169.

tak, že nepoužije mimořádně bolestivých nebo příliš nákladných úkonů. Není však dovoleno odmítnout řádné prostředky k zabránění blízkému nebo pravděpodobnému nebezpečí smrti.⁵⁰ Přát si vlastní smrt je v podstatě dovoleno, pokud si člověk přeje, aby přišla ve chvíli, kdy má skutečně přijít. Křesťan by si neměl přát vlastní smrt „dříve“ ani „později“.

4.5.4 Princip dvojího efektu

Munzarová popisuje princip dvojího efektu následujícím způsobem: v určitých případech z jednoho jednání mohou vzejít dva efekty, jeden pozitivní a druhý negativní. Příklad: v terminálním stádiu nádorového onemocnění se k utlumení bolesti pacientovi podává morfin ve zvyšujících se dávkách. Pozitivním efektem je utlumení bolesti, negativním efektem je možnost návyku a tlumení dechového centra.

Podmínky, za kterých jde tento princip aplikovat:

1. Hlavní činnost je sama o sobě dobrá nebo aspoň neutrální.
2. Přímým záměrem jednajícího je efekt dobrý, špatný efekt nesmí být podporován (ani jako prostředek ani jako cíl).
3. Dobrý efekt není docílen prostřednictvím špatného.
4. Pozitivní efekt převažuje nad efektem negativním, nebo je aspoň stejný.
5. Aktivita, která má i negativní důsledky, nemůže být nahrazena v dané situaci jinou, bez těchto efektů.⁵¹

4.6 Oficiální stanovisko katolické církve k problematice eutanazie

„Tělesné postižení a oslabení vyžadují zvláštní respekt. Nemocné nebo jakkoliv postižené osoby mají být podporovány tak, aby mohly vést, nalik je to možné, normální život.

Přímá eutanazie spočívá v ukončení života osob postižených, nemocných nebo už blízkých smrti, ať už jsou důvody a prostředky jakékoliv. Je mravně nepřijatelná.

⁵⁰ BRABEC, Ladislav: *Křesťanská thanatologie*, Praha: Gemma89, 1991, 99.

⁵¹ MUNZAROVÁ, Marta: *Eutanazie nebo paliativní péče?*, Praha: Grada publishing, 2005, 84–85.

Stejně tak nějaký zákrok nebo opomenutí, které samo od sebe nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest, je zabitím těžce odporujícím důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli. Mylný úsudek, do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu, který je nutno vždy odsoudit a vyloučit.

Přerušeni nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům může být oprávněné. V takovém případě je to odmítnutí léčby 'za každou cenu'. Nechce se tím přivodit smrt: uzná se, že jí nelze zabránit. Rozhodnutí musí udělat pacient, jestliže je k tomu ještě způsobilý a schopný, nebo ti, kteří na to mají podle zákona právo, respektující vždy rozumnou vůli a oprávněné zájmy pacienta.

*I když se má za to, že se už blíží smrt, nelze oprávněně přerušit léčebné procedury, které se obvykle nemocné osobě poskytují. Užívání utišujících prostředků ke zmírnění bolesti umírajícího, i s rizikem, že se ukrátká jeho dny, může odpovídat lidské důstojnosti, není-li smrt chtěna ani jako cíl, ani jako prostředek, nýbrž jen předvídána a připouštěna jako nevyhnutelná. Mírnící léčebné zákroky patří k výsostným projevům nezištné lásky. Z tohoto důvodu je třeba k nim vybízet.*⁵²

Shora uvedené stanovisko nejen že zcela jasně brání a ochraňuje život, ale zcela radikálně morálně odsuzuje úmyslné záměrné ukončení života. Domnívám se, že z perspektivy praktického života zvláště tvrdě může znít věta, že mylný úsudek, do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu, který je nutno vždy odsoudit a vyloučit.

Myslím, že Katechismus se zde vyjadřuje v rovině mravní (tedy ne v rovině morální – ve smyslu subjektivity) a je tím myšleno, že hodnota práva na život je pro církev jednou z velmi vysokých hodnot jedince a že v případě, že ji jedinec poruší, bere celou odpovědnost na sebe. V mravní rovině prostě hodnotu práva na život (a v podstatě jakoukoliv hodnotu) nelze libovolně dát na úroveň nižší pro ohled na vůli jedince.

⁵² *Katechismus katolické církve*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, čl. 2276–2279.

4.7 Závěry plynoucí z kapitol týkajících se asistované sebevraždy

Téma eutanazie a asistované sebevraždy je značně široké. Celkově lze říci, že křesťanská etika se staví k asistované sebevraždě, stejně jako k sebevraždě, negativně. Důvody stanoviska křesťanské etiky jsou ve své podstatě stejné jako u sebevraždy. Důsledky přání zemřít často souvisejí s utrpením a s pocitem ztráty hodnoty lidského života, na které má církev zcela specifický názor. Stejně jako u problematiky sebevražd se snaží chránit a ochraňovat život. U problematiky eutanazie si je však vědoma toho, že ne vždy lze udržet život za každou cenu, což souvisí s uvědoměním si hranic možností léčby. Křesťanská etika by si měla být vědoma i celé řady dalších morálních dilemat, ke kterým v praktickém životě při posuzování jednotlivých případů dochází, tato by se měla snažit reflektovat, zaujímat k nim stanoviska a nabízet řešení.

5 Asistovaná sebevražda a zodpovědnost lékaře

U sebevraždy, není-li úmysl ji spáchat sdělen někomu dopředu, je v danou chvíli záležitostí „pouze“ dané osoby. U asistované sebevraždy dochází vždy ke vztahu mezi lékařem a pacientem, z čehož plyne řada dalších morálních otázek. Této problematice chci podrobněji věnovat celou tuto kapitolu.

Základními problémy mezi vztahem lékaře a pacienta se nejvíce zabývá lékařská etika a z širšího úhlu pohledu i bioetika. Otázkami týkajícími se eutanazie či asistované sebevraždy se přímo zabývá tzv. speciální bioetika.

5.1 Vymezení základního problému ve vztahu lékař – pacient

Základní otázkou z hlediska etiky v této kapitole je: Do jaké míry je při asistované sebevraždě lékař zodpovědný za smrt? Přestože odpověď je z hlediska křesťanské etiky jednoznačná: „*Úmyslná spolupráce na sebevraždě se přičí mravnímu zákonu.*“⁵³ Problém však sahá hlouběji. Z hlediska lékařské etiky Halík problém popisuje následujícím způsobem: „*Ovšem tady se jedná o jinou otázku, tady se jedná o roli medicíny, o roli lékaře, a to je ta důležitá věc, jestli lékař je především tím, kdo je vázán pečovat o život a zdraví tak, jak lékaři vždycky k tomu byli vázáni Hippokratovou přísahou a celou tou tradiční etikou, kde lékař je chápán především jako služba odpovědná, anebo jestli je pacient pán, klient, který si může poručit cokoli a jestli lékař je prostě něčím, kdo tady obsluhuje bez jakéhokoliv etického zřetele. Samozřejmě je důležité, aby byla posílena i ta role pacienta, aby pacient byl partnerem lékaře, aby nebyl jenom objektem lékařské péče, ale druhý extrém by byl ten, kdy lékař se stává jenom takovým poskytovatelem služeb, obchodníkem se zdravím a dokonce i katem.*“⁵⁴

⁵³ *Katechismus katolické církve*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2001, čl.2282.

⁵⁴ JIRÁSKOVÁ Terezie: Euthanasie v České republice – ano či ne, http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/433581, (2. 1. 2009).

5.2 Modely lékaře – pacient z hlediska tradice

V následujících kapitolách se pokusím podrobněji popsat shora uvedené extrémní modely. V prvním modelu je absolutní moc (a v důsledku toho i zodpovědnost) v rukou lékaře (pocházející z Hippokratovské tradice) a opačným modelem je moc a rozhodování o sobě zcela v rukou pacienta (model zdůrazňující autonomii vycházející z principů vzniklých v angloamerických oblastech). Shora uvedené modely se pokusím popsat z hlediska tradice a následně je porovnat a poukázat na jejich přednosti i nedostatky, příp. poukázat, jak se tyto modely promítají do současné doby. A zároveň ukázat, jaké místo a postoj v těchto modelech zaujímá křesťanská etika.

5.2.1 Hippokratovská tradice

Tzv. Hippokratovská tradice je postavena a vychází z Hippokratovy přísahy, její celé znění uvádím v příloze. Zde cituji pouze úsek týkající se přímo asistované sebevraždy:

„Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.“⁵⁵

K lékařské přísaze Munzarová uvádí, že na základě hippokratovské tradice je založena i křesťanská etika, což dokládá existence rukopisu křesťanské verze hippokratovy přísahy pocházejícího z 10. – 11. století. Slib pohanským bohům je však nahrazen oslavou jednoho Boha a dále je v něm zdůrazněna odpovědnost ve smyslu křesťanského bratrství.⁵⁶

Z Hippokratovy přísahy vyplývá, že lékař by se měl snažit vždy zachovat pacientův život, a to i proti jeho vůli. Na základě této přísahy vznikl model současné doby, tzv. paternalismus, které podrobněji popisují v kapitole: Modely lékaře – pacient v současné době.

⁵⁵ EDELSTEIN, L.: *The Hippocratic oath: text, translation and interpretation* in: MUNZAROVÁ, Marta: *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*, Brno: Masarykova univerzita, 2002, 8.

⁵⁶ MUNZAROVÁ, Marta: *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*, Brno: Masarykova univerzita, 2002, 8.

5.2.2 Židovská a křesťanská tradice

Židovská lékařská etika, ze které v podstatě vychází a na které je postavena i etika křesťanství, pochází a má původ právě v hippokratovské tradici. Munzarová vysvětluje, že židovská lékařská etika stojí na řadě jasně formulovaných principů:

- posvátnost a důstojnost lidského života vycházející z toho, že člověk je stvořen k obrazu Božímu
- povinnost pečovat o zdraví
- nekompromisní odpor proti pověrám a iracionálním způsobům léčení (zaklínání, zařikávání, apod.).⁵⁷

Dále Munzarová uvádí, že Židé jsou největšími zastánci práva na život. Cítí bezpodmínečnou povinnost zachovat život. Povinnost zachránit život má přednost téměř přede všemi rituálními příkazy, je dokonce povinností neuposlechnout tato nařízení, pokud se dostanou do konfliktu s bezprostřední možností život nebo zdraví zachránit. Zachraňovat život všemi způsoby platí i u beznadějných stavů, kdy nelze činit rozdíly mezi postupy běžnými a mimořádně náročnými a nákladnými s malou nadějí na úspěch. Jedinou výjimkou je snad pouze jasně definovaný stav bezprostředně nastupující smrti, kdy smrt je očekávána během tří dnů. Aktivní uspišení smrti je však i v tomto období pokládáno za vraždu. Je povoleno pouze odstranit to, co smrti bránilo.

Tento vztah k životu se tedy očekává jak od lékaře, tak od pacienta. Ze shora uvedeného je zřejmé, že židovská lékařská etika zcela zavrhuje jak eutanazii, tak asistované suicidium.⁵⁸

5.2.3 Katolicismus

Smyslem je dělat vše, co je v lidských silách, aby byl odhalen smysl, který je lidskému životu dán, a vše, co s ním je spojeno, a aby byly odhalovány cesty jednání, který tento smysl respektují.

⁵⁷ MUNZAROVÁ, Marta: *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*, Brno: Masarykova univerzita, 2002, 10.

⁵⁸ Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*, Brno: Masarykova univerzita, 2002, 10–11.

Nejdůležitější principy katolické etiky:

- princip správcovství: život pochází od Boha, člověk je jeho správcem, nikoli vlastníkem, má tedy odpovědnost chránit a kultivovat jeho funkce a vyhledávat pomoc v případě poruch
- princip posvátnosti a nedotknutelnosti života: lze jej nazvat „právem“ na život, ale současně povinností život ochraňovat
- princip totality a integrity (terapeutický princip): týká se pravidel, jakým způsobem je možno do života zasahovat, např. v případě chirurgických zákroků
- problematika sexuality a rozmnožování: lidská sexualita nemá za cíl pouze uspokojování žádosti, má za úkol splňovat hlavní účely – plození a výchova dětí, láskyplné spojení a společenství v rámci manželského svazku
- princip svobody a odpovědnosti: projev svobody je postaven myšlence odpovědnosti – tedy na zvažování svých vlastních skutků nejen ve vztahu k sobě, ale i k jiným lidem
- princip společenství a vzájemné pomoci: je třeba vyjít vstříc každému, kdo pomoc potřebuje, výchozím bodem je povinnost vzájemného respektu a uznání důstojnosti každé lidské bytosti.⁵⁹

5.2.4 Tradice vycházející z principů prosazovaných v angloamerické oblasti

Munzarová popisuje, že tyto principy mohou v určitých bodech stát proti hippokratovské tradici a tím i proti etice orientované nábožensky.

Jedním z centrálních prvků, na kterých je tento model postaven, je láska ke svobodě, k toleranci a k sebeurčení. Např. v roce 1960 začala být propagována anglo-americká legální doktrína o informovaném souhlase se rozhodovat, odmítnout provedení jakékoliv operace, stejně tak jako i jiné léčby. Princip rovnosti je zdůrazňován většinou společně se svobodou téměř v každém důležitém americkém dokumentu. Světské vyjádření lékařské americké etiky bylo formulováno v roce 1978 v tzv. Belmontské smlouvě, v níž jsou uvedeny její nejdůležitější principy: princip dobřechinění, který není omezen jen na dobro pacienta, ale s ohledem na respekt k osobám, a princip spravedlnosti. Respekt k osobám byl rozpracován

⁵⁹ Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*, Brno: Masarykova univerzita, 2002, 13–14.

a oddělen od předchozích principů do samostatného principu autonomie a sebeurčení a od principu dobročinnosti se oddělil princip neškodění.

Čtyři základní principy:

Princip neškodění: zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné. Toto pravidlo bývá často upřednostňováno před pravidlem dobročinnosti a vyplývá z něj omezení autonomie ve smyslu dobra k ostatním.

Princip dobročinnosti: představuje pozitivní dimenzi neškodění – předcházet poškození, odstraňovat je a současně podporovat dobro.

Respekt k autonomii: respekt ke stavu nezávislého samostatného jednání bez zevního ovlivnění. V USA je to považováno za nejvyšší hodnotu: každý člověk je nejlepším soudcem svých vlastních záměrů. Jednotlivec určuje způsob svého jednání v souladu se svými plány a hodnotami. U autonomie je nutné předpokládat schopnost jednotlivce reálně rozlišit možnosti a schopnost uskutečnit svůj plán. Autonomie bývá v USA vyzvedávána, což svědčí o individualismu a podporující tvůrčí schopnosti. Z hlediska bioetiky jde o práva nemocného na sebeurčení, doložené informovaným souhlasem a veškerým děním.

Princip spravedlnosti: souvisí s rozdělováním prostředků. Má dva základní typy: dle potřeb jednotlivců či skupin (v případě omezených zdrojů) nebo na základě nějakého určitého klíče.⁶⁰

5.3 Modely lékaře – pacient v současnosti

Modely vycházející z tradice se různým způsobem odrážejí a promítají do současných modelů – vztahů mezi lékařem a pacientem. Každý model má své místo i užití. Mají svá pozitiva i negativa. V následujících kapitolách se pokusím některé z nich popsat podrobněji, a to způsobem, jakým je reflektují autoři zabývající se lékařskou etikou.

⁶⁰ Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*, Brno: Masarykova univerzita, 2002, 16.

5.3.1 Paternalismus

Z hippokratovského pojetí vztahu lékař – pacient, kdy je pacient zcela odkázán na lékaře, v podstatě pochází paternalismus. Haškovcová uvádí, že ve vztahu lékař – pacient měl lékař zcela výjimečné postavení, a to nejen v oblasti odborné, ale i všeobecné. Svým nemocným pomáhal v různých životních krizích. Z toho zcela logicky vyplývalo, že nemocný se stával zcela závislým na lékaři. Lékař zajišťoval hodnoty a jimi neomezeně i vládl.

Pacient se lékaři svěřil a očekával, že lékař rozhodne podle svého nejlepšího svědomí v jeho prospěch. Veškerá odpovědnost byla přesunuta na lékaře. Lékař si byl odpovědnosti vědom a ujímal se otcovské, vůdcovské a dominantní role a nečekal žádnou korekci svých rad.⁶¹

5.3.2 Modely vyzdvihující autonomii pacienta

Modely vyzdvihující autonomii na úkor ostatních čtyř nejdůležitějších principů lékařství jsou v podstatě zcela v kontrastu s paternalismem (viz níže). Munzarová je popisuje dvěma následujícími způsoby:

- a) **Model zákazníka, spotřebitele („consumer model“)** – lékař pacientovi poskytne všechny informace o jeho stavu a možné alternativy. Pacient je zváží s ohledem na svoje názory, hodnoty a přesvědčení a poté vysloví své přání. Lékař eutanazii vykoná bez ohledu na své osobní hodnoty, pacientova autonomie je přednější než jeho. Lékař v této pozici funguje jako vykonavatel zakázky. Pacientova samostatnost je hlavním prvořadým principem, jedině jeho vůle je rozhodující.
- b) **Smluvní a dohádovací model („contractual or negotiated model“)** – lékař i pacient diskutují, argumentují s ohledem na vlastní hodnoty, názory a postoje ve vztahu ke zdraví. Lékař pacienta nejen informuje, ale také mu naslouchá a hodnotí pacientovo přání. Lékař i pacient jsou bráni jako autonomní bytosti, oba souhlasí, že budou dobrovolně pokračovat ve společném jednání a že vstoupí do smluvního poměru. A tak mohou urychlit smrt eutanazií nebo asistovanou sebevraždou. Týká se to pouze jich dvou, není třeba nikoho třetího. Jde o uzavření smlouvy, se kterou oba souhlasí a vyhovuje oběma a nikdo jiný jim do toho nemá právo zasahovat.

⁶¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena: *Lékařská etika*, Praha: Galén a Karolinum, 1997, 55–56. in: VÁCHA, Marek: *Místo na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008, 32–33.

Model zákazníka i model smluvní v podstatě nevyžaduje obecně platné normy, případně pouze v rozsahu, v jakém si jej přejí smluvní strany. Munzarová zdůrazňuje, že při těchto modelech je třeba mít na paměti, že smluvní strany si nejsou zcela rovnocenné, a to jak v oblasti znalostí, tak v oblasti moci. Ve jménu autonomie tedy může dojít k tomu, že autonomie je zcela popřena. Další otázkou je, zda nemocný člověk – člověk plný strachu a obav, který je pod vlivem léků, je schopen autonomně rozhodovat o svém bytí či nebytí.⁶²

Autonomní modely tedy nejsou optimální zcela ze všech hledisek.

Vácha uvádí, že „je nutné si uvědomit, že eutanazie státem uzákoněná nikdy nebude jen soukromou dohodou mezi lékařem a pacientem, bude vždy záležitostí celospolečenskou.“⁶³

5.3.3 Vědecký model a jeho možné negativní důsledky

Vztah lékař – pacient, který popisuje Šimek a Špalek, popisují lékaře i pacienta současné doby. Popisují, k jakým problémům může docházet ve vztahu lékař – pacient v případě, že lékař je kompetentní pouze ve vědeckých metodách medicíny. A zdánlivě se zbaví veškeré zodpovědnosti tím, že vyzdvihne a potvrdí autonomii pacienta. Uvádí, že lékař se může za svou vědu „schovat“ ve strachu před smrtí pacienta. Popisují i negativní důsledky tohoto počínání.

Šimek a Špalek definují lékaře jako profesionála vzdělaného především v biologických vědách. Základ jeho profese spočívá ve vědeckých metodách současné teorie a praxe medicíny. Metodický postup vidí v:

- a) úvodním pozorování (anamnéza a fyzikální vyšetření), které vede k předběžné hypotéze a diagnóze
- b) laboratorním vyšetřením na základě předběžné diagnózy, které potvrdí či vyvrátí předchozí hypotézu
- c) konečné hypotéze o pacientově stavu (diagnóza), která je následně ještě ověřena.⁶⁴

⁶² Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Eutanazie, nebo paliativní péče*, Praha: Grada publishing, 2005, 40–41.

⁶³ VÁCHA, Marek: *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, Brno: Cesta, 2008, 140.

⁶⁴ ŠIMEK, Jiří, ŠPALEK, Vladimír: *Filosofické základy lékařské etiky*, Praha: Grada Publishing, 2003, 39.

Dále Šimek a Špalek uvádějí, že lékař je tedy v zásadě vědec a technik zabývající se materiální stránkou člověka a pracuje především s vědecky ověřitelnými fakty. Vše, co není racionální a vědecké, budí lékařovu nedůvěru. Problémy, které nejsou vědou uchopitelné (až na výjimky), buď řeší odděleně od své profese, nebo je odsouvá do pozadí. Mezi ně řadí hodnoty i smysl života.

Uvědomují si, že k problémům dochází ve chvíli, kdy zájem pacienta a zájem lékaře není totožný, naopak často se dostávají do rozporu. Vědecký model světa řeší dilema postoje a profesní morálky lékaře přesnou objektivitou: pacienta je nutné vyšetřit a vyléčit podle pravidel vědecké objektivit. Subjektivní stránka věci, tedy zájem jednoho či druhého, nutně ustupují do pozadí.⁶⁵

Pacienta Špalek a Šimek vidí jako člověka své doby. Pacient na základě své zkušenosti poznal limity vědeckého poznání a světa. Zažívá hroucení hodnot a má problém při hledání smyslu vlastního života. Chtěl by žít co nejdéle, protože se bojí smrti, ale nosí v sobě pochybnost, zda jeho život má vůbec nějaký význam. Lékaře vnímá jako specialistu, který umí některé nemoci vyléčit a některé ne. Způsob, jakým to lékař dělá, není pro pacienta důležitý, důležitý je pro něj výsledek léčby.

Riziko autoři vidí v tom, že pacient je vystavován vlivu reklamy v nabízení různých léků, přístrojů a služeb a pak dochází ke zklamání – výsledek není zdaleka takový, jaký reklama nabízela.

Na základě shora uvedených skutečností může docházet mezi lékařem a pacientem k řadě nedorozumění. Při rozhovorech se lékař zaměřuje na plánované výkony a úkony, statisticky je hodnotí, vysvětluje pacientovi změny fyziologických funkcí. Na druhé straně se u pacienta, který poslouchá bez většího zaujetí, při kontrolní otázce ukáže, že si nic moc nepamatuje, zajímá ho spíš, zda ho zákrok bude bolet, příp. kdy bude moci jít domů.

Lékař nabídne pacientovi záchranu života a místo vděku, který očekává, zajímá pacienta, zda jeho život po operaci bude mít smysl.⁶⁶

⁶⁵ Srov. ŠIMEK, Jiří, ŠPALEK, Vladimír: *Filosofické základy lékařské etiky*, Praha: Grada Publishing, 2003, 40.

⁶⁶ Srov. ŠIMEK, Jiří, ŠPALEK, Vladimír: *Filosofické základy lékařské etiky*, Praha: Grada Publishing, 2003, 41.

5.3.4 Model vzájemnosti

Haškovcová popisuje současný vztah mezi lékařem a pacientem, v podstatě jinými slovy totéž, co Šimek a Špalek (viz shora), tedy že pokrok svého oboru přijímají lékaři jako zbraň, díky níž je hlavním cílem vše to, co lze diagnostikovat – tedy, to co lze „změřit a zvážit“. Důsledkem je, že každé zhoršením stavu nemocného je lékařem chápáno jako osobní selhání a každá smrt pacienta je vnímána jako osobní prohra.

Ambivalence, se kterou se lékaři potýkají, spočívá v tom, že je tady lékař, který chce pomoci nemocnému v nemoci, a na druhé straně nemoc, která svazuje ruce, která se může stát i bezmocí lékaře. Lékař to řeší tak, že se o to víc snaží přimknout k vědě, která se dá „změřit a zvážit“.⁶⁷

Haškovcová si je vědoma, že vzorový vztah mezi lékařem a nemocným existuje pouze v teoriích. Nicméně by mělo být snahou humanistického poslání profese uvádět tyto vztahy do harmonie. Díky znalosti problémů lidí nemocných a respektu k možnostem lékařů lze vstoupit do kvalitního vztahu, který se dá nazvat setkáním dvou lidí.⁶⁸

5.3.5 Vztah lékař – pacient „bez účasti“

Tento model je popsán v knize *Klinická psychologie v praxi*, ve které jsou citováni Roter a Hall, kteří tento vztah popisují následujícím způsobem: „*vliv a schopnost vyjednávat a dohodnout se nemá ani jedna strana; jde o nejchatrnější formu vztahu.*“⁶⁹

Nic podrobnějšího k tomuto vztahu kniha neuvádí, ani v jiné literatuře jsem žádné podrobnější informace k tomuto modelu vztahu nic nenašla. Domnívám se, že jde však pouze o teoretický model, kdy jde o absolutní opak vztahu vzájemnosti. Myslím si, že je v knize uveden také pro uvědomění si, že i ne-vztah je určitá, i když zcela specifická, forma vztahu. V praxi si však tento model nedovedu představit. Přínejmenším u vysokoškolsky vzdělaného člověka – tedy lékaře – předpokládám vliv a schopnost komunikovat, vyjednávat a snahu se dohodnout. Pacient tuto schopnost v důsledku míry závažnosti své nemoci může ztrácet.

V souvislosti s tím je nutno uvést, že v každém setkání jde o individuální setkání dvou lidí (bez ohledu na to jakou sociální roli v danou chvíli zastávají). Na toto setkání má tedy vliv tedy mnoho faktorů, a to jak ze strany lékaře tak pacienta. Mám na mysli např.

⁶⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena: *Spoutaný život*, Praha: Panorama, 1985, 232.

⁶⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena: *Spoutaný život*, Praha: Panorama, 1985, 235.

⁶⁹ ROTER a HALL in: BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.: *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, 251.

inteligenci, vzdělání, věk, pohlaví, vzájemné sympatie či antipatie, aj. Tyto faktory mohou kvalitu vztahu ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně. Např. právě ony antipatie mohou negativně ovlivnit vztah lékaře a pacienta. Na druhou stranu (na rozdíl od věku či pohlaví) jsou antipatie něčím, co se dá určité míry ovlivnit. Lékař, jako člověk poskytující profesionální pomoc, by měl umět kvalitu vztahu reflektovat a případné antipatie k pacientovi si umět přinejmenším přiznat, v lepším případě se od nich odprostit. Jsem si vědoma toho, že to je velmi složité a v praktickém životě ve vztahu lékař – pacient tomu tak vždy není.

5.4 Model lékař – pacient v závěru pacientova života

Právě rozdílnost pojetí a přístupů ve vztahu mezi lékařem a pacientem zcela logicky nejvíce vyvstává při rozhodování v závěru života – tedy i v otázkách eutanazie či asistované sebevraždy. Popíšu zde dvě extrémní pojetí: na jedné straně vyzdvižení pacientovy autonomie a na druhé pojetí dávající plnou odpovědnost lékaři.

5.4.1 Respekt autonomie dle Šimka a Špalka

Dle Šimka a Špalka panuje obecná shoda o tom, že prodlužovat život za každou cenu, nebo jej naopak zkrátit účinnou analgezií a vysazením bolestivé a nákladné léčby, by měl rozhodovat sám pacient. Vždyť každý žijeme svůj život se svým hodnotovým systémem, nikdo nemá právo vnucovat vlastní stanovisko druhému.⁷⁰

Toto pojetí tedy zcela vyzdvihuje autonomii pacienta bez ohledu na všechny ostatní principy.

5.4.2 Pojetí Munzarové

Zcela odlišného názoru je Munzarová, která uvádí, že utváření vztahu nemocného a lékaře má být zaměřeno na smysl celé medicíny. Vzhledem k tomu, že jde o vztah asymetrický mezi zranitelným nemocným a lékařem, jemuž je tento nemocný svěřen, musí

⁷⁰ Srov. ŠIMEK, Jiří, ŠPALEK, Vladimír: *Filosofické základy lékařské etiky*, Praha: Grada Publishing, 2003, 41.

být rozhodování lékaře podřízeno jasným zásadám lékařské mravnosti. Musí se brát v úvahu, že nemocní jsou v konečném období choroby velmi křehcí a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných, především nápady lékaře, kterému důvěřují. V případě eutanazie či asistované sebevraždy, to nemocný může vnímat jako souhlas či podporu ze strany lékaře.

Dále Munzarová tvrdí, že zabije-li (či pomůže zabít) lékař svého nemocného, jde o selhání ze strany lékaře. Nikdy nemůže být pro lékaře omluvou ani skutečnost, že si to nemocný sám přál.⁷¹

Munzarová tvrdí, že lékař je plně zodpovědný za to, co dělá. Ani společnost, ani žádný zákon si nemůže dovolit považovat jej za automat, který vyhovuje jakékoliv žádosti nemocného. Úmyslné zabití člověka je skutkem nesmírně závažným. Munzarová také připomíná, že lékař je autonomní bytostí a že mravnost medicíny není shodná s vyhověním každé žádosti pacienta. Důsledkem by mohlo být to, že by došlo k narušení integrity člověka – lékaře s integritou jeho profese. Rozšiřuje odpovědnost lékaře v tom, že tvrdí: *„Odpovědnost lékaře spočívá i v uvědomění si, že z každého se stává určitý typ člověka podle toho, jak jedná. Jednání přece ovlivňuje jeho charakter. Jestliže neustále lžu, stane se ze mne lhář. Zabijím-li své pacienty, zvyknu si na zabíjení a jsem pak schopen zabít s ‚čistým svědomím‘, rozkladný vliv na můj vztah k následujícím nemocným se dříve nebo později určitě projeví. Praxe zabíjení podkopává pravý vztah k pacientovi, který on právem očekává a s nímž počítá. Vědomí, že lékař nebude uvažovat i o možnosti jeho zabití, je absolutní nutností. Jinak by byla důvěra nemocných v lékaře a v lékařskou profesi vůbec identifikována zcela přirozenými nejistotami a strachy a časem by vymizela úplně.“*⁷²

V tomto pojetí je tedy naopak od předchozího pojetí dávana plná zodpovědnost lékaři.

5.5 Shrnutí a závěry vyplývající z kapitol týkajících se vztahu lékař – pacient

Z předchozích kapitol vyplývá, že může docházet k různým modelům ve vztahu lékař – pacient. Dva extrémní modely tohoto vztahu vyplývají na povrch právě v otázkách

⁷¹ MUNZAROVÁ, Marta a kol.: Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?, <http://hospice.cz/hospice1/data/munzarova-kol-eutanazie.pdf>, (31. 1. 2009).

⁷² MUNZAROVÁ, Marta a kol.: Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?, <http://hospice.cz/hospice1/data/munzarova-kol-eutanazie.pdf>, (31. 1. 2009).

eutanazie či asistované sebevraždy. Názory odlišných tradic, z nichž pocházejí pojetí současných lékařských etik, se rozcházejí. Jedním z extrémních modelů je respekt k autonomii pacienta bez ohledu na to, co si myslí lékař, vycházející z angloamerického pojetí tradice. Tento model se promítá do současnosti tak, jak jej zmiňují Šimek a Špalek, tedy že panuje shoda o právu každého o sobě rozhodnout. Autonomní modely podrobněji popisuje Munzarová – ve smluvním modelu, kdy je autonomie pacienta nadřazena, nejen nad autonomii lékaře, ale i nad zbývající lékařské principy; v modelu spotřebitele, kdy vztah a dohoda mezi lékařem a pacientem nejsou ukotveny v žádných morálních normách. Negativními důsledky může být popření ostatních základních lékařských principů.

Druhým opačným extrémním modelem je absolutní moc lékaře nad pacientem vycházející z hippokratovské tradice a úzce související s křesťanskou etikou: snaha zachovat život i proti vůli pacienta tak úzce souvisí s principem paternalismu.

Z předchozích kapitol vyplývá, že ani jedna z cest není optimální. Dá se říci, jaké stanovisko je správné? Osobně se nejvíce ztotožňuji s názorem Munzarové, která uvádí, že cílem lékařské aktivity je dobro osoby, jíž by lékaři měli sloužit. Toto dobro však nemůže být předmětem libovolných změn. Zároveň respekt k autonomii pacienta by měl být samozřejmostí, neboť nerespektování autonomie by porušovalo důstojnost a lidskost osoby. Samozřejmě však s ohledem a bez opomíjení principů spravedlnosti, dobřečinění a neškodění, jež jsou postaveny na základech – čiň dobro, vyhýbej se zlu.⁷³

Jsem si však vědoma toho, že toto tvrzení ani tak nevyřeší otázku, jaký mít přístup zvláště k nevléčitelně nemocným, kteří si mohou přát smrt, s níž lékař nesouhlasí. Cestou je vzájemný otevřený dialog mezi lékařem a pacientem postavený a zakotvený ve smyslu paliativní péče, jejímuž smyslu a významu bych chtěla věnovat následující kapitolu.

⁷³ Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*, Brno: Masarykova univerzita, 2002, 26.

6 Paliativní péče

Munzarová uvádí, že panuje obecné povědomí o tom, že pro těžce nemocného a umírajícího člověka jsou pouze dvě možnosti. Buď umírat v nesnesitelných bolestech a trápeních anebo být milosrdným způsobem zabit, a tak tomuto utrpení uniknout. O žádné třetí možnosti se většinou neuvažuje. Je tedy svrchovaně žádoucí seznámit se i s jinou cestou ve vztahu k umírání – dobrou paliativní léčbou a péčí.⁷⁴

6.1 Charakteristika paliativní péče

Léčbu z hlediska jejího cíle a výsledného efektu autoři Vorlíček a Adam obecně rozdělují na kurativní (výsledek je úplné vyléčení) a paliativní (nemoc se sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta zlepší).⁷⁵

Munzarová uvádí, že termín „paliativní“ pochází z latinského *pallium*, což znamená: maska, pokrytí, zakrytí pláštěm. V této etymologii lze nalézt pravou podstatu paliativní péče. Jejím cílem je maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakryt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v klidu tehdy, pokud jim nebylo pomoheno léčbou, která vede k vyléčení.

Základním přístupem je ošetřování všech dimenzí bolesti člověka (neboť i v posledních fázích života se jedná o to, jak žít) – tentokrát, jak žít při umírání. Jednotlivé dimenze bolesti dělí následujícím způsobem:

- a) bolest fyzická (tělesná) – ji lze rozpoznat a do určité míry definovat snadněji než složky ostatní.
- b) bolest sociální – je utrpením spojeným s předtuchou ztráty nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel, nebo se ztrátou sociální role. Ztráta je pak centrálním bodem těchto obtíží.

⁷⁴ Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky. Smrt a umírání*, Brno: Masarykova univerzita, 1997, 49.

⁷⁵ Srov. VORLÍČEK; Jiří, ADAM, Zdeněk a kol.: *Paliativní medicína*, Praha: Grada Publishing, 1998, 15.

- c) bolest emoční (duševní) – jde o pocit zahrnující duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese. Jedná se o dynamiku zármutku, který je centrálním bodem konečného období choroby.
- d) bolest spirituální (duchovní) – jde o utrpení spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu.⁷⁶

K tomu Munzarová dodává, že lékaři jsou velice dobře vyškolení, pokud jde o tlumení tělesných příznaků včetně bolesti; na druhé straně je však jejich vzdělání naprosto nedostatečné, pokud jde o přístup k jiným dimenzím člověka.⁷⁷

Pollard uvádí, že zakladatelkou paliativní péče je Cicely Saundersová, která popsala její principy. Základní názor Saundersové je, že v případě nevylečitelné nemoci není dobré, když se nemocný upíná k novým moderním metodám léčby, která je neúčinná. Místo toho je pro nemocné důležité:

- pozornost zaměřená na to, aby byly zmírněny, příp. pokud to lze, odstraněny fyzické a emocionální obtíže za využití vhodných metod, které nabízí moderní medicína
- vřelá lidská opora
- přiměřená otevřenost při poskytování nutných informací a rozhodování, čemu pacienti dávají přednost
- pečovatelé, kteří se snaží jednat podle zvolených přání
- pozornost k osobním přáním pacienta – včetně duchovních
- zahrnutí rodiny mezi ty, kteří potřebují péči
- zajištění těchto všech věcí, je-li to možné, na místě, kde chce pacient být.⁷⁸

6.2 Definice paliativní péče

Přesnou charakteristiku popisuje Munzarová dle Definice světové zdravotnické organizace následovně: „Zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů. Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces. Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsouvat smrt.“

⁷⁶ MUNZAROVÁ, Marta: *Zdravotnická etika od A do Z*, Praha: Grada Publishing, 2005, 79.

⁷⁷ MUNZAROVÁ, Marta: *Zdravotnická etika od A do Z*, Praha: Grada Publishing, 2005, 79.

⁷⁸ Srov. POLLARD, Brian: *Eutanazie ano či ne?*, Praha: Dita, 1996, 30.

Integruje do péče o pacienta i psychologické a spirituální aspekty. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojených se škálou jiných lékařských postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí nebezpečných klinických komplikací.“⁷⁹

6.3 Základní principy paliativní péče

V své knize *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Munzarová cituje Definicí WHO (2002), ve které je kladen důraz na prevenci utrpení: „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu lidského života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s životohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.*“⁸⁰ Dodatek této definice tvoří 9 základních principů:

1. Zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů.
2. Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.
3. Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.
4. Integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty.
5. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné až do smrti.
6. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.
7. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li indikováno.
8. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.

⁷⁹ MUNZAROVÁ, Marta: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, Praha: Grada publishing, 2005, 63.

⁸⁰ MUNZAROVÁ, Marta: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, Praha: Grada publishing, 2005, 62.

9. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí nebezpečných klinických komplikací.⁸¹

6.4 Hospic jako základní poskytovatel paliativní péče

Haškovcová ve své knize uvádí, že organizační schéma poskytovatelů paliativní péče je značně nejednotné. Základním specializovaným poskytovatelem paliativní péče jsou hospice.⁸²

6.4.1 Historie hospice

Haškovcová k historii hospice uvádí, že pojem hospic je z anglického: útulek nebo útočiště. Dřív se termín používal pro domy odpočinku, které vyhledávali poutníci směřující do Palestiny. Pobýli v nich několik dní, aby nabrali čerstvé síly na další obtížnou cestu. Hospic většinou vedl člověk, který se vyznal nejen v hostinství, ale i v ranhojičství. Hospice v této formě zanikly. Princip této myšlenky ožívá v polovině 18. století v Dublinu a Corcu z iniciativy Mary Aikendenheadové, kdy byla otevřena zvláštní nemocnice pro umírající s názvem Hospic. Ke vzniku dalšího hospice s názvem St. Joseph's Hospice dochází až v roce 1905 v Londýně. K velkému rozvoji však dochází až v polovině 20. století, a to v souvislosti s rozvojem medicíny, která nebyla schopna uspokojit potřeby umírajících. Hlavní protagonistkou je Cicely Saundersová, která založila v roce 1967 v Londýně první moderní hospic s názvem St. Christopher's Hospice. V současné době je nazýván mateřským domovem hospicového hnutí, které se rozšířilo po celé Anglii a později do dalších 95 zemí. Po roce 1984 dochází k založení střeškové organizace Help the Hospice, jejíž prezidentkou se stala Cicely Saundersová. Díky rychlému rozvoji paliativní medicíny, ke kterému následně došlo, Královská lékařská společnost uznala paliativní medicínu jako samostatný vědní obor.⁸³

⁸¹ Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Eutanázie, nebo paliativní péče?*, Praha: Grada publishing, 2005, 62–63.

⁸² Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena: *Thanatologie*, Praha: Galén, 2007, 44.

⁸³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena: *Thanatologie*, Praha: Galén, 2007, 46–47.

6.4.2 Historie hospice v ČR

V naší republice je zakladatelkou hospiců lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení *Ecce homo*, jemuž se podařilo ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové otevřít první hospic v naší republice: Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Následně došlo po celé naší republice k výstavbě další desítky hospiců. Na většinu hospiců následně navazují projekty vzdělávání a rozvoje hospicové péče. V současné době je zastřešující organizací pro paliativní a hospicovou péči Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která byla založena v roce 2005. V provozu je také Národní centrum domácí péče České republiky v Praze a specializuje se na poradenský servis a vydávání odborných publikací. Nelze zapomenout ani na pražské Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů, které se nachází ve Fakultní nemocnici v Praze v Motole.

Přestože mezi českými hospici existují určité rozdíly, podstata je stejná a organizační rámec podobný. Hospic pomáhá umírajícím a jejich příbuzným prožít obtížné chvíle života pokud možno bez bolesti, v klidu, v bezpečí a v přítomnosti druhých lidí (rodina, profesionální pracovníci, laičtí pomocníci). Vysoké hodnoty se promítly i do celosvětových akcí, které mají upozornit na aktuálnost a závažnost celé problematiky. Den 8. října 2005 byl poprvé vyhlášen Dnem pro hospice.⁸⁴

6.4.3 Tři formy hospicové péče

Marie Svatošová člení hospicovou péčí na tři základní formy:

1) Domácí hospicová péče

Tato forma péče je považována za ideální, ale ne vždy je dostačující. Může snadno dojít k vyčerpání pečujících členů rodiny, příp. k nemožnosti provozovat péči z důvodů prostorů v bytě. Dalším omezením je odbornost – zvláště tam, kde není dostupná žádná agentura domácí péče.

⁸⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena: *Thanatologie*, Praha: Galén, 2007, 48.

2) Stacionární hospicová péče (denní pobyt)

Pacient je do hospicového stacionáře přijímán ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu nemocného zajišťuje buď rodina nebo hospic. Záleží na domluvě a místních možnostech. Podmínkou je, že nemocný musí být převozu schopen.

3) Lůžková hospicová péče

Je omylem myslet si, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, musí na něm i zemřít. V hospici se uskutečňují i krátkodobé opakované pobyty, zcela svobodně a dobrovolně, a to tehdy, když nemocný cítí, že je to pro něj dobré. Pacient si může zvolit, zda chce mít společnost, či bude-li respektováno jeho soukromí. Možnost návštěv je neomezená, návštěvy jsou vnímány jako nezbytná součást péče o nemocného. Od návštěvy se neočekává, že bude pacienta ošetřovat. Je-li toho však schopna a chce, je jí to umožněno.

Rozdíl od nemocnic je hlavně v tom, že režim dne, pokud je to jen trochu možné, si určuje pacient sám. Navíc má-li potřebu hovořit o svých problémech, vždy je mu to umožněno.

Všechny hospice mají řadu společných prostor, kde se mohou nemocní a jejich návštěvy scházet. Snahou je vytvořit v hospici prostředí, které by připomínalo spíše domov než nemocnici. Podle toho je také hospic vybaven. V hospici jsou dostupné i různé zdravotní pomůcky usnadňující fyzickou námahu personálu: polohovací postele, pojízdné vany, zvedáky, aj. Všechny prostory jsou bezbariérové.

O přijetí do hospice rozhoduje hospicový lékař po domluvě s praktickým ošetřujícím lékařem pacienta. Je-li hospic kapacitně obsazen, musí být vždy dána přednost těm nemocným, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc povede v brzké době ke smrti. Takovým nemocným je hospic určen především.⁸⁵

⁸⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet*, Praha: Ecce homo, 2003, 127.

6.5 Shrnutí a závěry vyplývající z kapitol o paliativní léčbě a hospicové péči

Na závěr této části práce uvádím stručné shrnutí smyslu a významu paliativní péče dle Váchy. Autor uvádí, že paliativní léčba (prováděná nejvíce v hospicích) život ani neprodlužuje ani nezkracuje. Léčba je zaměřena na mírnění bolesti a na symptomy nemoci. Pokud by si nějaký odchod ze života zasluhoval název „důstojná smrt“, tak by to měla být spíše než eutanazie smrt v hospici, kde je základní filosofií, aby pacient umíral obklopen laskavým personálem, s vědomím, že není na obtíž a že okolí vnímá jeho důstojnost bez vztahu k jeho schopnostem, intelektu, paměti apod., s vědomím, že pacientův život je stále cenný, že je zde snaha jít společně kus cesty až do jejího konce. Lékaři v nemocnicích často ztratí o pacienta zájem v okamžiku, kdy zjistí, že si s nemocí již nevědí rady a že pacient již „nemá prognózu“. Na jedné straně je to přiznání prohry, na druhé straně se z pacienta stává vědecky nezajímavý případ. V hospici je snaha doprovodit pacienta až do konce.⁸⁶

⁸⁶ Srov. VÁCHA, Marek: *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, Brno: Cesta 2008, 147.

7 Rozhovory se třemi lidmi, kteří se pokusili o sebevraždu

V další části práce se budu snažit propojit teorii s praxí, ačkoli se nebude jednat přímo o sociologický kvalitativní výzkum. Prostřednictvím interpretovaných rozhovorů se třemi lidmi, kteří se pokusili o sebevraždu, bych chtěla dát nahlédnout do jejich životních osudů a tím také poukázat na to, že život nelze vnímat černobíle (ve smyslu dobře – špatně), že praktický život je velmi nejednoznačný. Smyslem je spíš nahlédnout, vnímat a pokusit se pochopit, než soudit a vyvozovat závěry.

7.1 Smysl a cíl rozhovorů

Smyslem kladených otázek je v návaznosti na kapitolu třetí: Sebevražda jako volba mezi životem a smrtí, nahlédnout, co bylo jejich důvodem pokusit se o sebevraždu – tedy realizovat volbu ve „prospěch“ smrti. A dále nahlédnout, jakým způsobem vnímají život a smrt. Konkrétně jsem položila následující otázky:

Kdy a jakým způsobem jste se pokusila o sebevraždu a kolik vám bylo let ?

- tato otázka má uvést pouze podstatné základní údaje o dotazovaném; křestní jména, která uvádím, jsou kvůli zachování anonymity zaměněna.

Co bylo Vaším důvodem pro tento čin?

- touto otázkou se snažím nahlédnout do motivů jednání lidí, kteří se pokusili o sebevraždu. Možná jsou skutečné motivy úplně jiné, mnoho motivů může být i podvědomých. Zajímá mě však, jak danou situací vnímají, co vidí jako příčinu svého rozhodnutí. Nahlédne-li člověk do konkrétních osudů a vnímá-li je v souvislostech s důvody, snadněji je chápe.

Čím byl pro vás v tu chvíli život? Čím pro vás v tu chvíli byla smrt? Čím je pro vás život a smrt dnes?

- následujícím okruhem otázek jsem chtěla zjistit, zda nedošlo k záměně vnímání dobra a zla a zároveň ke změně vnímání života a smrti po činu. Předpokládám, že po jejich pokusu o sebevraždu došlo ke změně pohledu vnímání jak života, tak smrti.

Co vám pomohlo „dostat se zpět do života.“?

- touto otázkou zjišťuji, co mělo vliv na přehodnocení jejich situace.

Jak svůj čin hodnotíte zpětně?

- zjišťuji jejich pohled na danou situaci; z etického hlediska mě zajímá, zda svůj čin vnímají jako chybu či nikoliv. Myšleno v morální rovině (týkající se vlastní odpovědnosti). Předpokládám, že svůj čin budou vnímat jako chybu, příp. toho budou i litovat.

7.2 Rozhovor s Helenou

Žena 33 let, 2 děti, ateistka.

Kdy a jakým způsobem jste se pokusila o sebevraždu a kolik vám bylo let ?

To vím zcela přesně, 22.02.2008, bylo mi 32 let, Pětovi bylo 5 let, Pavlíkovi 2 roky, skok z okna

Co bylo Vaším důvodem pro tento čin?

To nebyl jenom jeden důvod, těch důvodů bylo víc.

Přestěhování z města na vesnici, dlouhá mateřská dovolená (pocit izolace od lidí), strádání v manželství po citové a sexuální stránce.

Dále pocit izolace a samoty jednak v důsledku přestěhování a jednak vzhledem k tomu, že jsem přestala chodit do práce a byla jsem na mateřské. Já jsem byla hodně energická, dělala jsem vedoucí školní jídelny, byla jsem zvyklá být tzv. v dění, stále mezi lidmi, což na mateřské nebylo.

Taky k tomu přispělo i to, že jsem byla hodně zvyklá sportovat (závodně lyže, jízda na koni, tancování), ale po prvním porodu jsem měla problémy s inkontinencí, za to jsem se styděla, tak jsem kvůli tomu sport velice omezila. To ve mně vyvolávalo pocity, že nemám vybité nadbytky energie, která se ve mně hromadí.

Můj otec mně a manželovi věnoval dům s hospodářstvím na vesnici, kam jsme se z města přestěhovali. V hospodářství můj manžel s mým otcem začali podnikat. Začala jsem nabývat pocitu, že práci o děti, domácnost i v rámci hospodářství nezvládám, tak jak bych si představovala. Je pravda, že to byl jenom můj pocit. Otec, manžel ani nikdo z rodiny mi nikdy nevyčítali, že bych dělala něco špatně či že bych zanedbávala domácnost.

Roli v tom sehrál také otec, který nám dům sice daroval, ale svým způsobem si ho stále nárokoval. S manželem začali podnikat v soukromém zemědělství a přestože jsem si podnikat přála, představovala jsem si to úplně jinak, než pak byla realita. Takže jsem prožívala pocity zklamání. Měla jsem pocit, že manžel s mým otcem vytvářejí koalici proti mě a mé názory, prosby a připomínky neberou vůbec na vědomí. Otec i manžel mě upozorňovali na to, že nevím, co chci, že jdu ode zdi ke zdi. Otec tvrdil, že bych se měla léčit. Matka zaujímala nestrannou pozici, později pak byla spíš na straně otce.

Velkou roli sehrála také moje nevěra. Cítila jsem se hrozně sama a opuštěná, manžel je vášnivý myslivec, o víkendech nebyl téměř doma. Tak jsem mu začala být nevěrná. Myslím, že hlavním důvodem mé nevěry byla nějaká snaha o vydobytí si prostoru. Ač jsem manžela upozorňovala na pocity samoty a nepochopení, že jsem po citové i sexuální stránce nespokojená, nebral to na vědomí. Mé nevěry se táhly asi tak 2 roky, ale rozvádět jsem se nechtěla. Jenže došlo to tak daleko, že jsem popustila uzdu svých emocí příliš a začala jsem jednat nad rámec svých zásad. To došlo až k pocitům, že jsem prostě zklamala sama sebe po morální stránce. Jednoho dne, když jsem měla pocit, že jsem v koncích ze silami a manžel nechápal, co se děje, tak jsem se mu přiznala. Podala jsem mu to tak, že nechci žít ve lži, že chci, abychom oba s naší vztahem začali něco dělat. Viděla jsem, jak jsem mu ublížila, jak ho to trápí, a to ubližovalo zase mně. Na psychice mi to rozhodně nepřidalo.

Pak už jsem začala navštěvovat nejprve psychologa, později psychiatra a začala užívat i antidepresiva. Rozhovory s psychologem ani psychiatrem mi moc nepomáhaly, měla jsem pocit, že je to pořád a neustále dokola, takže spíš mi pomáhala ta antidepresiva. Chtěla jsem celou situaci řešit společně s manželem, ale manžel se uzavřel.

Začala jsem se dostávat do pocitů, že ztrácím smysl života, že jsem úplně k ničemu, že jsem všechno pokazila. Protože ač to tak nemuselo působit, rodina pro mě hodně znamená.

Můžu vám i popsat, jak to probíhalo? V těch dnech, kdy se to stalo, jsem měla vysazené léky. Psychiatr chtěl přejít na jiné léky, proto jsem je musela na několik dnů vysadit. Bohužel to bylo v době mé hluboké deprese, v těch dnech jsem mnoho nocí nespala, spoustu času jsem probrečela. Až ta situace vyústila. Rozhodla jsem pro to 3 dny dopředu, byl to čtvrtek. Myšlenka přišla po dlouhé bezesné noci, nervy mi pracovaly na plné obrátky.

(V minulosti jsem na sebevraždu nikdy nepomyslela – teda vlastně jenom jednou v létě 2007 před tím únorem, to jsem však překonala díky svému otci, protože asi tušil, co se děje, protože moje babička, jeho matka, trpěla maniodepresivní psychózou – po mém sebevražedném pokusu mi bylo diagnostikované to samé.)

Já osobně si však myslím, že kdyby přišel z manželovy strany impuls pochopení, souznění a objetí, jako návrh z jeho strany, že to spolu zvládneme, což se nestalo, že bych to neudělala.

V noci ze středy na čtvrtek jsem napsala šestistránkový dopis rodině na rozloučenou a všem blízkým. Již když jsem psala ten dopis, věděla jsem, že v pátek děti odvážím, že na víkend nebudou doma. Mě v pátek odpoledne ještě čekala návštěva u psychologa. Druhý den odpoledne bylo krásné počasí, svítilo sluníčko, což mě pozitivně naladilo a já poprosila manžela, jestli se celá rodina i s dětmi můžeme jít projít. On mi řekl, na to dodnes nezapomenu, ať jdu se starším synem, že musí jít krmit zvířata. Procházka mi pomohla, se synem jsme si to moc užili, zažívala jsem příjemné pocity. Řekla jsem si, že to neudělám a dopis jsem spálila. Jenže v pátek ráno na mě přišla těžká deprese, dostala jsem pocit, že ze situace není jiné východisko, že dál žít prostě nechci... napsala jsem manželovi lístek na rozloučenou, ať se na mě nezlobí, že si zaslouží lepší ženu... Vydala jsem se na pohovor k psychologovi a těsně před rozhovorem s ním jsem z chodby před čekárnou jeho kanceláře vyskočila z okna.

Čím byl pro vás v tu chvíli život?

Přála jsem si, aby byl všeobecně lepší, nejen pro mě, ale i pro ostatní. V tu dobu nebyl optimální. Nadneseně až ironicky řečeno: život je boj, tak ahoj – v té době jsem to nebrala ironicky ani nadneseně. Bylo to schovávání se před problémy a starostmi. Útěk před tvrdou realitou. Pocit, že už člověk nemá sílu dál ty problémy zvládat. V tu chvíli mi sebevražda přišla jako nejlepší řešení. Taky pocit, že nebudu překážet – v té době jsem měla pocit, že překážím.

Čím pro vás v tu chvíli byla smrt?

Jedním slovem řekla bych: KLID.

Čím je pro vás život a smrt dnes?

Život je pro mě něco, co má smysl. Mám do něj chuť a prožívám radost. Smrt vnímám stejně jako klid a odpočinek, ale s tím, že v současné době by to byl konec něčeho, co má pro mě smysl, takže smrt je pro mě nesmyslná.

Jste vděčná lidem, kteří vás zachránili? Co k nim cítíte? Kdo vám nejvíc pomohl dostat se zpět do života?

Ano, život se mi změnil již hned bezprostředně po činu. Probudila jsem se na přístrojích v nemocnici a denně mě navštěvoval otec, matka i sestra po dobu 4 měsíců – každý den. Chodilo za mnou i spousta známých. To bylo pro mě hodně důležité. Taky mi hodně chyběly

děti, mohla jsem je vidět až po měsíci. Ale ten pocit, jak si vzájemně chybíme, ve mně vyvolával to, že jsem si uvědomovala, že jsem potřebná, že má smysl žít. Už kvůli dětem, sobě i novému příteli, kterého mám, který mi dodává pocit štěstí, radosti. Plní mi citové nádrže.

Další věc je ta, že manžel mi řekl, že by bylo lepší, kdybych umřela, a že kdyby se mnou neměl děti, tak že za mnou vůbec nepřijede. Takže ten vztah se tím činem v podstatě rozseknul.

Změnil se nějak po činu váš život?

Kromě shora uvedených věcí, jsem na tom hůř fyzicky, nejprve jsem nemohla chodit vůbec, rozešla jsem se s manželem, začala jsem bydlet znovu u rodičů, kteří se o mě starají, děti zůstaly v péči manžela. V současné době rehabilituji, již se dokážu sama z vozíku na chvíli postavit a ujit i několik kroků s pomocí holí. Hodně rehabilitací a léceb mě ještě čeká. Doufám, že budu znovu chodit.

Jak se na svůj čin díváte zpětně?

Moje známá se mě zeptala, jestli mi to všechno za to stálo. No ono je to blbý takto říct, ale v srdci mám pocit, že se vše vyvíjí k mému prospěchu, k pocitu uspokojení. Jenom to nemuselo takto bolet. Už nemůžu říct, že nejsem nespokojená.

**Kdyby někdo blízký ve vašem okolí chtěl spáchat sebevraždu, budete mu to rozmlouvat?
Proč?**

Samozřejmě. Co nejvíc bych se s ním o tom snažila bavit, nabídla bych mu, že vím, o čem to je a tak bych se snažila pomoci. Snažila bych se mu poradit... ne poradit ne, to je špatné slovo... spíš pomoci... otázkou je, zda by dotyčný o to stál...

7.3 Rozhovor s Janou

Žena, 29 let, bezdětná, ateistka.

Kdy a jakým způsobem jste se pokusila o sebevraždu a kolik vám bylo let ?

Bylo to v únoru roku 2004, bylo mi necelých 25 let, spolykala jsem nadměrné množství různých léků.

Co bylo Vaším důvodem pro tento čin?

Rozešla jsem se se svým partnerem po dlouhodobém vztahu a s touto situací jsem se velice špatně vyrovnávala. S nikým jsem o tom však nemluvila. Své pocity bych popsala tak, že se ve mně hromadil smutek a beznadějí a postupně se z toho vyvinula deprese. Po nocích jsem nemohla spát, přes den jsem byla unavená, bez nálady, zcela vyčerpaná, neměla jsem do ničeho chuť, žádnou radost jsem z ničeho neměla. Po nějaké době (měsíce) – rozešli jsme se v říjnu 2003 – jsem se cítila tak špatně, že mě začaly napadat myšlenky na sebevraždu, kterou jsem považovala jako možné východisko z dané situace. Vnitřně jsem cítila, že to není v pořádku, že takto bych to řešit asi neměla. Odehrávaly se ve mně vnitřní boje, zda je to nejlepší řešení. Ta situace mi připadala tak bezvýchodná, že se mi to chvílemi jevilo opravdu jako jediné východisko. Na druhou stranu mě od toho odrazovalo to, že jsem si uvědomovala, že bych to přece svým blízkým (rodině) nemohla udělat. Něco málo o mých problémech věděla pouze moje sestra, ve kterou jsem v danou chvíli měla největší důvěru.

Myšlenky na sebevraždu jsem měla čím dál častěji – hrozně mě to vnitřně trápilo – jednoho rána se to vystupňovalo tak, že jsem se rozhodla, že tento čin opravdu udělám. (Nešlo o nějakou náhlou jednorázovou příčinu – vleklo se to dlouho.) Spolykala jsem nadměrné množství různých léků, které jsem doma našla (dopředu jsem si nic nepřipravovala), ale hned

vzápětí jsem si uvědomila, že žít prostě chci a ještě než léky začaly působit, jsem zavolala sestře a řekla jsem jí to. Bylo to z mé strany volání o pomoc.

Čím byl pro vás v tu chvíli život?

Těsně před činem jsem další život v tom stavu, v jakém jsem byla, viděla jako horší, než skoncování s tím životem – připadalo mi neúnosné tím způsobem dál žít.

Čím pro vás v tu chvíli byla smrt?

Smrt znamenala konec trápení, východisko z pro mě bezvýchodné situace.

Čím je pro vás život a smrt dnes?

Dnes si života vážím, můžu říct, že po té zkušenosti víc než před tím. Otázku svojí smrti vůbec nijak v současné době neřeším, mám ráda svůj život... smrt je pro mě něco vzdáleného.

Změnil se nějak po činu váš život?

Ano, uvědomila jsem si, že moje situace se dala řešit i jiným způsobem. Chybu jsem viděla v tom, že jsem o svých problémech dlouho s nikým nemluvila a nehledala včas pomoc z okolí. Před tím jsem ztrácela důvěru sama v sebe, připadala jsem si zbytečná, nepotřebná (i když se nedá říci, že by někdo něco na mě poznal), a potom se to postupně začalo obracet. I po činu bezprostředně jsem se necítila dobře. Pomohla mi nasazená antidepressiva – jejich účinek jsem začala vnímat až po několika týdnech. Celkem jsem je pak brala asi rok, i když už jsem se cítila dobře již asi po měsíci. V té době jsem navštěvovala psychoterapeuta, byla jsem na několika setkáních, která mě nijak výrazně neovlivnila. Ten zlom nebo bod – nevím jak bych to vyjádřila – jsem prostě musela najít zase sama v sobě.

Jak se na svůj čin díváte zpětně?

Jsem ráda, že můj pokus nedopadl tak, jak jsem si v tu chvíli přála, tedy abych se už nikdy neprobudila. Nyní vím, že už jsem to neměla nechat dojít tak daleko a měla jsem se snažit dříve hledat pomoc, abych se z deprese dostala.

Jste vděčná lidem, kteří vás zachránili? Co k nim cítíte? Kdo vám nejvíc pomohl dostat se zpět do života?

Zachránila mě sestra, rodiče a lékaři. Jsem jim za to moc vděčná. Je mi také moc líto, že jsem svým nejbližším způsobila takové starosti a bolest. Dostat se zpět do života mi pomohla právě moje rodina, udělali pro mě opravdu hodně.

Kdyby někdo blízký ve vašem okolí chtěl spáchat sebevraždu, budete mu to rozmlouvat? Proč?

Určitě bych se po vlastní zkušenosti snažila tomu dotyčnému rozmluvit jeho rozhodnutí a zprostředkovat mu odbornou pomoc (psychologickou nebo psychiatrickou). Myslím, že důvody, které někoho vedou k rozhodnutí spáchat sebevraždu, nejsou ve většině případů tak závažné, aby se nedaly řešit jiným způsobem, což si však ten dotyčný není v té chvíli schopen uvědomit a potřebuje pomoc okolí.

7.4 Rozhovor s Marií

Žena, 51 let, 4 děti, katolička.

Kdy a jakým způsobem jste se pokusila o sebevraždu a kolik vám bylo let ?

V roce 2000, bylo mi 42 let, předávkování barbituráty, sedativy a antidepresivy

Co bylo Vaším důvodem pro tento čin?

Počínající manželská krize, vleklé a neřešící se domácí spory, nefungující, nekonstruktivní komunikace. Odcházející děti do škol – pocit neužitečnosti, prázdnoty, ztráta vazeb, ztráta smyslu života.

Čím byl pro vás v tu chvíli život?

Nad touto otázkou jsem se v tu chvíli vůbec nezamýšlela, mozek už fungoval úplně v jiné rovině myšlení. Pravděpodobně asi ničím, i když jsem se bála nepříjemných průvodních symptomů.

Čím pro vás v tu chvíli byla smrt?

Smrt byla jakýmsi náhradním řešením, únikem ze zoufalé situace.

Čím je pro vás život a smrt dnes?

Předně přirozenou součástí života. Smrt na mne doléhá u mých rodičů, tety, kterou mám ráda. Přesto svému zdraví dávám zabrat, je to jakoby neláska k sobě samé, nepřijetí se – důvodů formy výchovy v původní rodině.

Změnil se nějak po činu váš život?

Ano, začala jsem si života více vážit, i když občas riskuji (hlavně v řízení motorového vozidla).

Rovněž si vážím a respektuji právo na důstojný život i umírání druhých.

Jak se na svůj čin díváte zpětně?

To je hloupá otázka – každý je po bitvě generál. Věci nejde vracet. Bylo to konkrétní psychické rozpoložení, momentální situace v konkrétním čase.

Jste vděčná lidem, kteří vás záchránili? Co k nim cítíte? Kdo vám nejvíc pomohl dostat se zpět do života?

Nevím, někdy mám stavy, že jsem si říkala, že se to mělo povést – hlavně po rozvodu. Ale zatím ve mně vítězí jakási neidentifikovatelná touha po životě. Možná ještě nepřišel můj čas...

Kdyby někdo blízký ve vašem okolí chtěl spáchat sebevraždu, budete mu to rozmlouvat? Proč?

Kdyby ji někdo v mém blízkém okolí chtěl opravdu spáchat, nebude o tom demonstrativně mluvit. Je fáze, kdy už domluvy nepomohou, jediné odvést na příslušné oddělení nemocnice, pokud si dotyčný dá říci. Někdy ale stačí blízkost druhého, chápající vyslechnutí. Nabídnutí pomoci – třeba zprostředkováním kontaktu na psychiatrii, psychoterapii.

Myslíte si, že je morálně správné zasahovat do rozhodnutí druhých? A do jaké míry?

Každý má svrchované právo se rozhodnout sám, jsou ale situace – hlavně u psychiatricky nemocných nebo starých a opuštěných lidí, kdy osoba nedokáže objektivně posoudit svůj psychický stav.

Jenže toto je tak složitá, intimní a osobitá situace, že se o ní nedá několika slovy teoretizovat. Každý případ je svým způsobem jiný.

7.4.1 Písemná výpověď Marie

Po rozhovoru mi Marie napsala, že ústně se jí těžko své pocity vyjadřují, a proto napsala tuto svou osobní výpověď:

Neznala jsem nikoho, komu bych se mohla s tímto zážitkem svěřit, neboť jsem se ocitla ve fázi bytí, kdy mně v jednom okamžiku vyvstala otázka: „Kde je hranice mezi životem a smrtí?“ Je však velmi těžké pouhými slovy autenticky vyjádřit nevyjádřitelné niterné prožívání.

Již delší dobu mne zatěžovaly zdravotní problémy se srdcem – nevím, zda jsem obtíže měla přičíst přibývajícím věku, rodinné dispozici nebo hektickému a frenetickému způsobu nakládání se sebou na pozadí dlouhodobého stresu. Asi všechno dohromady. Nicméně jsem bagatelizaci brala jako jistou možnost úniku. Jen jsem se občas v noci budila a v uších mi znělo, jako když šumí proud vody vháněný v krátkých a rychlých intervalech pod tlakem do potrubí.

Ale v noci ze středy na čtvrtek 1. 11. jsem poprvé v tom tepavém rytmu slyšela hudbu. Myslela jsem si, že si asi někdo pouští muziku, ale melodie zněla i přes den v běžném lidském konání (nedokáží si to vysvětlit). Další noci se nesly v obdobném scénáři, byly upoceně a neklidné, a proto jsem v sobotu do školy na arteterapii nejela. Unavená a ulepená jsem střídala sprchování, převlékání, poklizení a odpočívání. S přibývajícimi hodinami se zvyšovala únava, a tak jsem doufala, že se konečně pořádně vyspím. Jenže opak byl pravdou. Večer jsem si četla psané úvahy, neboť některé pasáže ve svém obsahu nápadně korelují s pocity a zkušenostmi Junga i Steinera.

I když jsem ještě v půl jedné v noci nemohla „zabrat“, nechala jsem tmu a snažila si urovnat myšlenky a zklidnit se. V nočním tichu jsem však slyšela každý sebemenší zvuk,

neboť jak sama víte, v noci je všechno slyšet dvakrát silněji. A tak mne zaměstnával výtah, vracející se rozjaření obyvatelé domu či dupající bosé nohy nade mnou.

A pak jsem to udělala – naházela do sebe prášky.

Ráno opět stejný obrázek – únava a pot, a proto jsem se chtěla zklidnit při mši. V přeplněném kostele nebylo k hnutí, ale jedno místečko v poslední lavici se našlo. Již při prvním úvodním stání se mi zdála modlitba nekonečná. Ztěžka, ale ráda, jsem dosedla a začala si kapesníkem utírat mokré ruce, obličej a krk. Svírala mne neodbytná tíseň na hrudi. Najednou se mi zavřel svět kolem mne. Přestala jsem slyšet, jen šílené hučení v uších a bílé kruhy před očima, v nichž se ztrácel prostor kostela i s hlavním oltářem. Tepavé a bolestivé pnutí v hlavě, na prsou a soláru. Na obličejí mi vyrazil pot a jen jsem cítila, jak mi stéká po tvářích, nad ústy a po krku, vlasy se slepily vlhkem. Po hrudi a zádech mi sjížděly silné pramínky dolů. V mžiku se mi přilepil svetr na tělo a bylo ještě dusněji. Vnímala jsem jen nasládlou chuť v ústech a sepnuté ruce, které se nemohou od sebe odlepit, jak byly pevně zaklíněné a spojené slaným potem. Byla jsem stále při jakémisi druhu mezivědomí nebo snad mezinevědomí, všechno vzdálené a cizí...

To nebyla levitace, to nebylo osvícené zření, ale chladnokrevný a tvrdý dotek smrti, pozdrav ze záhrobí – cítila jsem to velmi intenzivně, nic jsem si tak neuvědomovala jasněji – tento okamžik náhledu zažije snad každý člověk, pozná s jistotou, že jde o smrt.

Pomalou jsem se svázela do lavice a už jsem chtěla prosit paní vedle, aby mi zavolala rychlou pomoc, ale hlas mi naprosto selhal, nevydala jsem ze sebe ani slabiku. Všechno se odehrávalo jen uvnitř mne. Nesnesitelná bolest žití, pak otupění a rezignace. Bleskově mi projelo hlavou celé panorama života a cosi ve mně zašeptalo: „Pane, jestli to tak má být, smiluj se nade mnou, budeš-li si mne brát k sobě“. V té tiché odevzdanosti jsem postupně vzdáleně slyšela a rozmazaně viděla, ale bylo mi stále špatně. Nastával poločas rozpadu. Seděla jsem schoulená v lavici a začala se mnou otřásat silná zimnice. Zuby drkotaly jak volně nasazená protéza (to se nedalo zastavit), ruce a nohy mi ledově zmrtvěly. Nakonec jsem vládla i tento stav do přijatelného třesu. Paní z obou stran nic nepostřehly či postřehnout nechtěly, a možná si cosi myslely o „zdrogované“ ženské.

V tom se celý kostel rozzářil, to proto, že do oken začalo svítit slunce. Připadalo mi to velmi symbolické, vždyť v tu chvíli probíhalo přijímání. Dopotácela jsem se také, neboť přes všechny hříchy ke svým bližním, je Kristovo tělo to jediné, co může zachránit, a já bytostně toužím nepřerušit spojení – aspoň plamínek naděje, i když v mé komůrce duše je nyní pěkný „binec“ – všechno rozházené a není snad jediné sedátko volné, kam by si Ježíš mohl sednout.

On září ve dveřích, zatímco moje maličkost zahanbeně šeptá: „Tak vidíš můj Pane, to jsem celá já, zase nepřipravená...“

Jedno ale vím docela určitě, že když je člověk alespoň malinko na Boha nastavený, tak se i přes svoji hříšnost nebo právě pro ni v té horké chvíli smrtelné úzkosti na Něho obrátí.

A tak jsem se ocitla v Psychiatrické léčebně.

Medicínsky šlo o celkový kolaps organismu způsobený předávkováním, jenž bylo hodnoceno jako pokus o suicidium. Poruchy srdečního rytmu, dlouhodobý stres, vyčerpání, ale lidsky o jednu velkou zkušenost s Bohem a životem.

Teď už jsem doma a je mi dobře. Dívám se na svůj strom v protější stráni. Vítr z něho serval poslední listí, takže se zřetelně vyjímá kresba jeho kmene a větví. Je krásný ve své nahotě.

Nedělní ráno však připravilo další překvapení. Nemohla jsem dospat, a tak jsem již v sedm hodin seděla na mši, abych Pánu poděkovala za prokázaná dobrodiní – možná, že I On se za mne přimluvil. Ticho a přítomnost kostela vybízelo k modlitbě, do které jsem zahrнула všechny blízké. Když jsem se vracela, začalo hustě sněžit a všechno se bělelo čistotou a vonělo vánoční atmosférou – tak nějak jsem cítila první dotek sněhových vloček. Stráž se ze dne na den proměnila a měla na prchavý okamžik zase jinou tvář, pocukrovaná, vyhlazená. I strom vyhlížel majestátně v mlčenlivé zádumčivosti tančících krystalků. Prostě něžný, uklidňující pohled. Teď už zase do všeho prší a fíčí ostrý vítr, ale ta kratičká bílá krása ve mne kdesi hluboko otevřela touhu po blízkosti.

To nejkrásnější, co může Bůh lidskému životu dát, je láska, a to nejtesknější, co život lidskému žití může připravit, je nechtěná samota.

Složitost lidského osudu a složitost nahlížení na svět vytvářejí v lidské bytosti spleť sítí stereotypů a rituálů, které člověka sice chrání, ale svým způsobem i krutě sevrou do tzv. „železných kamen“.

Je těžké s tím nebojovat, ale přijmout tuto realitu – je těžké dělat, že se nic neděje.

Vzpomínám si na promluvu jednoho moudrého kněze (hovořil právě o sebevraždě) žil také v době, kdy se sebevrah nesměl pochovat na katolický hřbitov. Sloužil na horách a stejně to udělal – Mluvil o tom, že Bůh jako všemohoucí volí i způsob odchodu člověka na druhý břeh.

Je víra tak malá? Nemusí, neboť úvahy o konci života změnil i způsob uvažování – mozek se chová úplně jinak. Kapitulace pýchy analytického rozumu.

Premítám o prvních chvílích „na svobodě“. Jsou bezprizorně tvrdé po tříměsíční režimové léčbě, kdy jsem nemusela myslet na to, co dál, nedej Bože, co zítra. Žilo se podle řádu a neřád se trestal. Pokoušeli se mě tam především léčit ze snů o životě a lásce. Nepodařilo se jim to však.

Stejně tak je i tvrdá tupá malátnost při migréně – jsou to stavy podobné šílenství.

7.5 Vyvozená stanoviska v souvislosti se záměrem položených otázek

Jsem si vědoma toho, že ze tří interpretovaných rozhovorů nelze vyvozovat žádné obecně platné závěry. Přesto bych ráda poukázala na některé skutečnosti vyplývající z rozhovorů, o kterých se domnívám, že stojí za povšimnutí. Popíši je dle jednotlivých okruhů otázek.

Co bylo Vaším důvodem pro tento čin?

U všech tří žen jsou až nápadně shodné motivy činu: pocity zklamání, samoty, nepochopení, pocity ztáty smyslu života, smutek, beznaděj, neužitečnost, prázdnota. U Heleny je nutné podotknout, že byla psychiatricky léčena a v době, kdy pokus učinila, měla vysazené léky. Za podotknutí také stojí, že všechny tři ženy učinily rozhodnutí spáchat sebevraždu během noci.

Čím byl pro vás v tu chvíli život? Čím pro vás v tu chvíli byla smrt? Čím je pro vás život a smrt dnes?

U všech tří žen po pokusu o sebevraždu došlo ke změně postoje či vnímání života (od horšího směrem k lepšímu) ve smyslu „pro život“. (Zatím se ani jedna nepokusila o sebevraždu znovu.) Smrt před činem všechny tři jednoznačně vnímaly shodně: jako klid, únik ze zoufalé situace, náhradní řešení, konec trápení, východisko.

Zatímco postoj k životu se u nich změnil, postoj ke smrti se před a po činu však ani u jedné z nich nezměnil. Očekávala jsem, že přehodnotí nejen postoj k životu, ale zároveň i postoj ke smrti. Domnívala jsem se, že smrt začnou vnímat v důsledku svých zážitků jako

něco negativního. K tomu však ani u jedné z žen nedošlo – Helena ji vnímá stejně jako před pokusem o sebevraždu, pouze jí v současné chvíli přijde jako nesmyslná, Jana „odsunula“ smrt někam do pozadí a Marie ji vnímá jako přirozenou součást života. Ani jedna ji v podstatě ani před činem ani po činu nevyhodnotila jako něco negativního či špatného.

Co vám pomohlo „dostat se zpět do života“?

Všem pomohla rodina a vztahy s blízkými. Pozitivní vliv měly i léky, které po činu všechny užívaly. Hovorům s psychologem a psychiatrem nepřikládaly velkým význam.

Změnil se po činu nějak váš život a jak svůj čin hodnotíte zpětně?

U všech tří došlo činem k určitému „bodu zlomu“. Přestože ani jedné z nich nebyla položena otázka ve smyslu popsání dne, ve kterém to učinily, všechny tři si do podrobností vybavily nejen ten den, ale i předcházející dny a noci, ve kterých se „rodilo“ jejich rozhodnutí. Bylo pro ně důležité ten den a danou situaci dějově popsat. Usuzuji z toho, že ten den má pro ně velký význam ve smyslu velké „životní“ zkušenosti.

Předpokládala jsem, že svůj čin budou vnímat jako chybu, příp. toho litovat, ani jedno z toho se mi však nepotvrdilo. Pouze Jana uvádí, že to neměla nechat dojít tak daleko. Helena čin vnímá jako obrat k lepšímu, a to i přesto, že má dodnes vážné fyzické následky. Marie se zmiňuje o tom, že je někdy ve stavech, kdy lituje, ale toho, že se jí to nepovedlo.

7.6 Závěry týkající se 7. kapitoly

Jak jsem již výše zmínila, jsem si vědoma toho, že ze tří interpretovaných rozhovorů nelze vyvozovat žádné obecně platné závěry. Chtěla jsem poukázat na rozmanitost a vrstvy života, které nelze vtěsnat do žádných „pouček“ a všeobecně platných názorů či závěrů a v podstatě ani otázek. Chtěla jsem také dát nahlédnout do složitosti vnímaných procesů při životních rozhodnutích. Nahlédnout na ně bez souzení a posuzování s uvědoměním si individuality a složitosti každého člověka. Nahlédnout, co vnímaly tyto tři ženy, když se přiblížily hranici smrti.

Z rozhovorů je zřejmé, že se v ženách odehrával těžký boj mezi životem a smrtí.

Z hlediska etiky chci poukázat na to, že u všech tří dotazovaných žen došlo k tomu, že smrt v tu chvíli vnímaly v podstatě jako menší zlo, než život, čemuž se nedá při složitosti

a útrapách života v podstatě nijak divit. Svůj čin braly jako východisko z těžké a pro ně v danou chvíli neúnosné životní situace, ačkoliv věděly, že to není optimální. Učinit takové rozhodnutí bylo ve všech případech nesmírně složité, při rozhodování probíhala různá dilemata a nabízely se možnosti řešení. Nutné dodat, že se dostaly do situace, kdy jiné možnosti řešení buď prostě neviděly, nebo je vyhodnotily jako horší. K činu je vedly pocity bolesti, opuštěnosti, neúčinnosti, prázdnoty, proto nelze ani říci, že by si života nevážily či že by smrt „adorovaly“.

V souvislosti s jejich výpověďmi, jsem si uvědomila, že na danou problematiku nelze pohlížet pouze z jednoho úhlu pohledu – tedy etiky. Dá se říci, že stejně jako etiku potřebují ostatní disciplíny, tak i etika potřebuje poznatky ostatních vědních disciplín – mám na mysli hlavně psychologii, psychiatrii a sociální práci.

8 Závěr

Problematika sebevraždy je velice složitá. Nejen že se na ni dá nahlížet z mnoha úhlů, ale mnohdy se tyto úhly překrývají. Na druhé straně vzhledem k tomu, že většina lidí se dopředu se svým záměrem nesvěří, nelze „zkoumat“ tento jev u lidí, kteří sebevraždu dokončili. Z tohoto důvodu je u sebevraždy mnoho neprozkoumaného, mnoho nezachytitelného. Ve své práci se zabývám klíčovou otázkou, zda má člověk právo vzít si život. Tedy zda může realizovat volbu mezi životem a smrtí. Popsala jsem úhel pohledu křesťanské etiky.

Zatímco u sebevraždy, kdy jde o čin soukromý, se u asistované sebevraždy daná problematika ještě rozšiřuje na problematiku míry odpovědnosti asistující osoby – nejčastěji tedy lékaře. Tento problém otevírá však ještě další hlubší problematiku, kdy nejde v podstatě jen o roli lékaře ve vztahu pacientovi, ale i o roli a smysl celé medicíny ve vztahu k nemocným. To popisují podrobněji v kapitole páté. Za „cestu“ bývá označovaná paliativní péče jako možné východisko, i když je jasné, že ne všechny otázky s tím spojené se paliativní medicínou vyřeší. Závěrečnou kapitolou jsem chtěla nastínit a dát nahlédnout do osudů tří lidí, kteří se o sebevraždu pokusili. Poukázat na tuto problematiku nejen teoreticky, ale i z praktické stránky.

Celkově lze říci, že sebevražda je jev společensky nežádoucí. Křesťanská etika se snaží o pečlivé dodržování zásad s úmyslem zachovat absolutní hodnoty a je zaměřená na důsledné rozlišování mezi dobrem a zlem. Tato problematika je však složitá zvláště v kontrastu s konkrétními lidskými osudy a realitou jejich života. Křesťanská etika klade vysoké nároky na člověka. Jednoznačně odmítá jak sebevraždu, tak asistovanou sebevraždu.

V předmorální rovině posuzování je život chápán jako osobní hodnotový statek. Z hlediska mravní roviny, která má danou hierarchii hodnot, nadřazenou jiným soustavám hodnot, je pro křesťanskou etiku právo na život jednou z nejvyšších hodnot. V důsledku toho je povinna křesťanská etika život chránit. Přesto, že se staví ve většině případů jednoznačně na stranu ochrany života, měla by se co nejvíce snažit chápat, vnímat a naslouchat stanoviskům lidí, kteří tento názor nesdílí. Hledat s nimi společný prostor v diskuzích. To, že křesťanská etika právo na život zastává, by jí však zároveň nemělo bránit ve snaze pochopit lidi, kteří si prostě život z jakéhokoliv důvodu vzít chtějí.

Seznam literatury

ANZENBACHER, Arno. Úvod do etiky, Praha: Zvon, 1994.

ISBN 80-7113-111-3

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. Klinická psychologie v praxi, Praha: Portál, 2003.

ISBN 80-7178-735-3

BRABEC, Ladislav. Křesťanská thanatologie, Praha: Gemma89, 1991.

ISBN 80-852206-06-4

BUCHALOVÁ, Sylva. Pohled na eutanazii z hlediska kvality a smyslu života (bakalářská práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně) Brno 2008.

DRUHÝ VATIKÁNSKÝ KONCIL, Konstituce pastorální o církvi v dnešním světě, Gaudium et spes, (ze dne 7. prosince 1965), in: Dokumenty II. Vatikánského koncilu, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001.

ISBN 80-7192-438-5

HALÍK, Tomáš. Dotkni se ran. Praha: Lidové noviny, 2008.

ISBN 978-80-7106-979-9

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Spoutaný život, Praha: Panorama, 1985.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie, Praha: Galén, 2007.

ISBN 978-80-7262-471-3

JAN PAVEL II. Encyklika Evangelium Vitae, Praha: Zvon, 1995.

Katechismus katolické církve. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001.

KELLER, Jan. Dějiny klasické sociologie, Praha: Slon, 2004.

ISBN 80-86429-34-2

MUNZAROVÁ, Marta. Eutanázie, nebo paliativní péče?, Praha: Grada publishing, 2005.

ISBN 80-247-1025-0

MUNZAROVÁ, Marta. Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky, Brno: Masarykova univerzita, 2002.

ISBN 80-210-3018-6

MUNZAROVÁ, Marta. Vybrané kapitoly z lékařské etiky. Smrt a umírání, Brno: Masarykova univerzita, 1997.

ISBN 80-210-1610-8

MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z, Praha: Grada Publishing, 2005.

ISBN 80-247-1024-2

OPATRŇÝ, Aleš. Pastorační péče v méně obvyklých situacích, Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2001.

POLLARD, Brian. Eutanazie ano či ne?, Praha: Dita, 1996.

ISBN 80-85926-07-5

RATZINGER, Joseph. Eschatologie – smrt a věčný život, Brno: Barriester and Principal, 1997.

ISBN 80-85947-19-6

ROTTER, Hans. Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky, Praha: Vyšehrad, 1999.

ISBN 80-7021-302-7

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet, Praha: Ecce homo, 2003.

ISBN 80-902049-4-5

ŠIMEK, Jiří, ŠPALEK, Vladimír. Filosofické základy lékařské etiky, Praha: Grada Publishing, 2003.

ISBN 80-247-0440-4

ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán: Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?, Praha: Cesta domů, 2006.

ISBN 80-239-5499-7

Teologický sborník 4.

VÁCHA, Marek. Místo na němž stojíš, je posvátná země. Brno: Cesta, 2008.

ISBN 978-80-7295-104-8

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. Krizová intervence, Praha: Portál, 2002.

ISBN: 80-7178-696-9

VORLÍČEK; Jiří, ADAM, Zdeněk a kol. Paliativní medicína, Praha: Grada Publishing, 1998.

ISBN 80-7169-437-1

Internetové zdroje

Časopis The Lancet in: <http://aktualne.centrum.cz/report/stalo-se/clanek.phtml?id=634976>

JIRÁSKOVÁ Terezie: Euthanasie v České republice – ano či ne,
http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/433581

<http://tisk.cirkev.cz/z-domova/odmitnuti-lecby-za-kazdou-cenu-neni-eutanazie.html>

MUNZAROVÁ, Marta a kol.: Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?,
<http://hospice.cz/hospice1/data/munzarova-kol-eutanazie.pdf>

OPATRNÝ, Aleš: Pastorační péče v sociální práci, Praha: Pastorační středisko při
Arcibiskupství pražském, <http://hospice.cz/pastsoc.html>

ŠTAJER, Jindřich: Hodnocení suicidality v biblicko-křesťanském kontextu,
<http://www.tf.jcu.cz/getfile/21a6083261ba599d>

Přílohy

- Příloha I – Hippokratova přísaha
- Příloha II – Prohlášení k problematice eutanazie a doprovázení umírajících

Příloha I – Hippokratova přísaha

Přisáhám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu:

Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění – budou-li si to přát být tomuto učeni, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou.

Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.

Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací.

Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů ať se ženami nebo s muži, ať se svobodnými nebo s otroky.

Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.

Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi a na všechny časy, které přijdou; jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.

Příloha II – Prohlášení k problematice eutanazie a doprovázení umírajících

Dne 9. 12. 2005 vydali zástupci České biskupské konference, Ekumenické rady církví, Pražské židovské obce a Ústředí muslimských obcí v ČR společné Prohlášení k problematice eutanazie a doprovázení umírajících:

Otázka eutanazie a doprovázení umírajících se stává stále více předmětem celospolečenské diskuse. Jsme hluboce přesvědčeni o závažnosti tématu, které se týká kohokoliv z nás, protože každý člověk je ohrožen nemocí, bolestí, opuštěností a smrtí. Proto se k této diskusi chceme připojit i my.

V centru naší pozornosti je člověk a jeho život, který chápeme jako dar od Boha. Tento dar nezpochybňujeme ani ve chvíli nemoci a umírání. Umírání přijímáme jako součást života, proto je všestranná pomoc umírajícímu pomocí životu. Hájíme právo na důstojné umírání. Lidská důstojnost je pro nás zakotvena ve víře v Boha a v božský akt stvoření.

Plně soucítíme s člověkem, který trpí, a vnímáme utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasíme se snahou tuto situaci, která s sebou často nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku. To ovšem neznamená, že jsme pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomujeme si konečnost lidského života i meze možností léčby.

Chceme upozornit na nebezpečí, která by byla s uzákoněním eutanazie spojena, a sice její provedení proti vůli pacienta či na základě přání vynucené situací. Dále je nepřijatelné, aby byl u někoho vytvářen pocit, že je již jen břemenem, a on se musel sám před sebou či před druhými omlouvat, že ještě vůbec žije. Taková zákonná úprava by také podkopávala důvěru vůči zdravotnímu personálu v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců a dalších zařízeních. Eutanazii nepovažujeme za možnost volby ve výjimečných případech, ale za znevážení lidského života.

Vyzýváme k integrální péči o umírající a o ty, kteří je doprovázejí. Četné studie ze zemí, ve kterých byla eutanazie uzákoněna, zkušenosti zdravotního personálu i dalších asistujících osob ukazují, že lidé žádají takovéto řešení především z obavy ze ztráty důstojnosti a ze závislosti na druhých. Důvody, proč lidé často žádají eutanazii, nejsou pouze

lékařské, nýbrž i sociální. V těchto zemích také narůstá počet usmrcení pacientů bez jejich souhlasu. Paliativní medicína je schopna odstranit bolest nebo ji alespoň zmírnit na snesitelnou míru. Proto je třeba pro důstojné umírání zprostředkovat umírajícímu vědomí, že zůstává naším bližním, že není ponechán sám sobě a není opuštěn. Je důležité vytvořit mu rodinné prostředí, kde se cítí být doma, zasazen do osobních vztahů.

Navrhujeme proto věnovat větší pozornost integrální péči o umírající v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, domovech důchodců a dalších zařízeních. Tuto péči poskytuje nejen zdravotní a ošetřující personál, ale také rodina a další blízké osoby. Cennou zkušeností takového integrálního přístupu je hospicová péče, která se v České republice rozvíjí a potřebuje větší podporu, včetně domácí hospicové péče. Navrhujeme vzdělávání a doprovázení dobrovolníků, kteří jsou ochotni těžce nemocné a umírající doprovázet. Rovněž je třeba poskytnout finanční a legislativní podporu rodinám o umírající pečujícím.

arcibiskup Jan Graubner, Česká biskupská konference

Pavel Černý, Ekumenická rada církví v ČR

Karol Sidon, vrchní pražský a zemský rabín

Vladimír Sáňka, Ústředí muslimských obcí v ČR

Anotace

POPOVÁ, L. *Sebevražda, asistovaná sebevražda, zodpovědnost lékařů*. Praha 2009. Diplomová práce. Karlova univerzita v Praze. Katolická teologická fakulta. Katedra teologické etiky a spirituální teologie. Vedoucí práce PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

Klíčové pojmy: sebevražda, asistovaná sebevražda, zodpovědnost, volba, lékař, pacient

Po vymezení základních pojmů popisují sebevraždu z etického hlediska jako volbu mezi životem a smrtí. Zároveň vyjadřují úhel pohledu křesťanské etiky. Dalším tématem mé práce je asistovaná sebevražda, kterou se sebevraždou eticky úzce spojuje opět volba mezi životem a smrtí – ovšem která na druhé straně souvisí i s utrpením a bolestí v lidském životě, zvláště u lidí nemocných a při umírání. I zde popisují úhel pohledu křesťanské etiky. Vzhledem ke značné šíři problematiky asistované sebevraždy specifikuji v další samostatné kapitole podrobněji téma vztahu: lékař a pacient, s konkrétním zaměřením na míru jejich zodpovědnosti při léčbě i při umírání, a to jak v minulosti, tak v současné době. Další kapitolu věnuji paliativní léčbě, kterou vnímám nejen jako správnou „cestu“ současné medicíny ve vztahu lékař – pacient, ale i jako určité východisko při řešení otázek souvisejících s eutanazií či asistovanou sebevraždou. V poslední kapitole dávám na základě rozhovorů nahlédnout do životních příběhů tří lidí, kteří se pokusili o sebevraždu.

Annotation

POPOVÁ, L. *Suicide, Assisted Suicide, Physicians' Responsibility*. Prague 2009. Thesis. Charles University in Prague. Catholic Theological Faculty. Department of Theological Ethics and Theology of Spirituality. Supervisor PhDr.

Keywords: suicide, assisted suicide, responsibility, physician, patient

The thesis first defines the basic terms and then describes suicide from the ethical perspective as a choice between life and death. It also shows the Christian ethics point of view. Then it focuses on the assisted suicide, which ethically relates to the topic, being a choice between life and death – but also contains suffering and pain in peoples' lives, concerning mainly ill people and dying people. Here, Christian ethics point of view is described, as well. Due to the wide scope of the topic, the following chapter specifies the relation physician-patient, looking closely at the amount of their responsibility during the treatment and at the end of the patient's life, comparing the past and present situation. Then there is a chapter on palliative care, which is, in my opinion, the right approach to the physician-patient relation in the contemporary medicine, and also a kind of a solution when discussing euthanasia or assisted suicide issues. On the basis of interviews, the last chapter takes a look at lives of three people who attempted suicide.

Údaj o počtu znaků

POPOVÁ, L. *Sebevražda, asistovaná sebevražda, zodpovědnost lékařů*. Praha 2009. Diplomová práce. Karlova univerzita v Praze. Katolická teologická fakulta. Katedra teologické etiky a spirituální teologie. Vedoucí práce PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

Počet znaků včetně mezer – 135 060