



Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE)
Community of Protestant Churches in Europe (CPCE)
Communion d'Eglises Protestantes en Europe (CEPE)

Čas žít, čas umírat

**Orientační pomůcka Rady
Společenství evangelických církví
v Evropě k rozhodnutím urychlujícím
smrt a k péči o umírající**



Čas žít, čas umírat

Orientační pomůcka Rady
Společenství evangelických církví v Evropě
k rozhodnutím urychlujícím smrt a k péči o umírající



Společenství evangelických církví v Evropě
Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa
Severin-Schreiber-Gasse 3, 1180 Wien, Österreich
office@leuenberg.eu
www.leuenberg.eu

Translation © Jan Zámečník, 2018

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| Předmluva | 6 |
| Přehled | 7 |
| 1 Úvod: protestantské církve o eutanazii a jiných rozhodnutích ohledně konce života | 13 |
| 2 Kontextualizace tématu I: smrt a umírání v současných společenských, klinických a právních souvislostech | 15 |
| 2.1 Socioekonomický a kulturní rozměr | 15 |
| 2.2 Klinický kontext | 17 |
| 2.3 Právní a politické aspekty..... | 18 |
| 2.4 Eutanazie v historickém kontextu německého národněsocialistického režimu | 21 |
| 3 Kontextualizace tématu II: ekumenické souvislosti | 23 |
| 4 Teologický a etický rámec | 24 |
| 4.1 Lidský život: stvořen k Božímu obrazu..... | 24 |
| 4.2 Morální odpovědnost: odpověď na Boží láskyplné skutky stvoření a vykoupení..... | 26 |
| 4.3 Lidský život: nárok na ochranu..... | 27 |
| 4.4 Péče o nemocné a umírající a soucit s nimi..... | 28 |
| 4.5 Úcta k pacientovi | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 5 Přerušení/neposkytnutí léčby prodlužující život | 32 |
| 5.1 Klinický kontext..... | 32 |
| 5.2 Etická diskuse: indikace k přerušení/neposkytnutí léčby | 33 |
| 5.3 Etická diskuse: pacientova vůle | 38 |
| 6 Paliativní péče, léčba a sedace | 43 |
| 7 Eutanazie | 46 |
| 7.1 Definice otázky..... | 46 |
| 7.2 Etická diskuse | 46 |
| 8 Asistovaná sebevražda..... | 57 |
| 8.1 Definice otázky..... | 57 |
| 8.2 Asistovaná sebevražda a eutanazie | 57 |
| 8.3 Morální právo na asistovanou sebevraždu..... | 59 |
| 8.4 Zákonné právo na asistovanou sebevraždu..... | 62 |
| 8.5 Asistovaná sebevražda: závěr | 62 |
| 9 Závěr | 65 |
| Literatura | 67 |
| Poznámky..... | 69 |
| Odborná komise pro etiku při Společenství evangelických církví v Evropě..... | 70 |

PŘEDMLUVA

Řada evangelických církví se v posledních letech zaměřuje etickými otázkami, které nastoluje medicína a její nové možnosti prodlužovat život. Obzvláštní pozornost se věnuje otázce ukončení vlastního života. Církev uveřejnila stanoviska, v nichž jsou patrné odlišné důrazy, ba dokonce rozdíly. Evangelická stanoviska k tomuto problému, jež by se vzájemně vylučovala, by nebyla uspokojivým příspěvkem ke společenské debatě.

Společenství evangelických církví v Evropě se proto v roce 2008 této otázce začalo věnovat. Expertní pracovní skupina pod vedením Odborné komise pro etiku posuzovala jednotlivá stanoviska, která vzešla z ekumenického prostředí. Ta jsou k dispozici v knize Stefanie Schardien (ed.) *Mit dem Leben am Ende*. Výsledná orientační pomůcka byla prodiskutována a přepracována v únoru 2011 na jednání členských církví, kterého se účastnili vrcholní církevní představitelé, univerzitní teologové a odborníci z oblasti lékařství, práva a nemocniční pastorační péče. Rada Společenství evangelických církví v Evropě diskutovala o různých stadiích vývoje textu a nyní tento výsledek coby evangelický příspěvek k rozhovoru o důstojném nakládání s koncem života předkládá veřejnosti.

Možnosti medicíny se budou v následujících letech dále rozšiřovat a legislativa v jednotlivých evropských zemích se mění. Tato orientační pomůcka se tedy jistě s konečnou platností nevyrovnává se všemi otázkami, které se vynoří. Debata bude pokračovat jak na evropské, tak na národní úrovni.

Na evropské úrovni mohou dosažené závěry poskytnout základ společného evangelického pojetí. Tato orientační pomůcka chce povzbudit církev, aby se těmito problémy dále zabývala ve vlastním kontextu.

Rada Společenství evangelických církví v Evropě děkuje všem, kdo ke vzniku tohoto textu přispěli, zejména pak oceňuje editorskou práci prof. Ully Schmidtové z Osla.

rev. Thomas Wipf, dr. theol. h. c.
předseda Rady

biskup Michael Bünker, dr. theol.
generální sekretář

PŘEHLED

Evangelické církve v Evropě vnímají výzvy a otázky, které se v současných evropských společnostech vynořují v souvislosti s procesy vážných nemocí, umírání a smrti. Nejenže stoupá počet lidí, jejichž život se chýlí k závěru ve zdravotnických zařízeních; jejich smrt je také stále více výsledkem rozhodnutí v rámci léčby. Pro naše chápání smrti a umírání i pro náš vztah k lidem, jejichž život spěje ke konci, to představuje velkou výzvu. Evangelické církve v Evropě, které čelí těmto složitým otázkám a dilematům, hledají konstruktivní vztahy mezi fundamentálními prvky a zdroji své víry a kontextem a podmínkami otázek, jež se týkají konce života.

Mezi hlavní prvky evangelických formulací křesťanské víry, které souvisejí s touto problematikou, patří chápání lidského života a jeho statusu. Základní hodnocení člověka coby bytosti stvořené k Božímu obrazu znamená jeho fundamentální odpovědnost vůči Bohu, jež tkví v tom, že život je přijat z Boží ruky. Tato odpovědnost vůči Bohu za přijatý život se na jedné straně uskutečňuje ve svobodě od naprosté určenosti pozemskými podmínkami a vrozenými vlastnostmi, na straně druhé je vykonávána - jakožto svoboda láskyplně sloužit bližnímu - v rámci pozemských situací a vztahů.

Dalším základním rysem lidského života obsaženým v myšlence Božího obrazu je jeho elementární důstojnost. Podle evangelických formulací křesťanské víry se lidská důstojnost vposledku zakládá na vztahu lidského života k Bohu. Právě vztahová povaha lidského života, která je v podstatě ustavena Božími láskyplnými činy stvoření a ospravedlnění člověka, mu dodává absolutní a neomezenou důstojnost. Lidská důstojnost je tudíž spjata s mnoha způsoby, jimiž každodenně přijímáme vlastní život a závisíme na podmínkách, jež jsou mimo naši kontrolu, a nespočívá ve vrozených schopnostech či vlastnostech.

Základní důstojnost lidského života netkví v jeho funkčnosti, užitečnosti nebo nezávislosti. Není narušena nedostatkem produktivity ani umenšena pocitem, že život již neskýtá žádné potěšení. Například život zasažený vážnou nemocí či postižením je, možná po celé své trvání, zcela odkázan na péči a pomoc druhých; to však není v rozporu s jeho fundamentální hodnotou a nic z ní neubírá, ani nejde o neautentickou či nedůstojnou podobu života.

Z tohoto uznání neomezené a absolutní důstojnosti založené na vztahu, který je ustaven Božími láskyplnými činy stvoření a ospravedlnění, pramení několik pohledů, které se týkají odpovědnosti za lidský život. Nejprve z něj vyplývá zásadní nárok lidského života na to, aby byl chráněn před poškozováním, zraňováním a ničením, jak je to také ustanoveno v pátém přikázání, které zapovídá zabíjení. Vyplývá z něj však i základní závazek pečovat o bližního, což také vidíme na příkladu Ježíšova života. Pozornost a soucitný příklon k bližnímu tu jdou ruku v ruce s konkrétním činem podpory a pomoci, zejména těm nejzranitelnějším: chudým, ovdovělým, bezprávným a sociálně znevýhodněným, zkrátka těm, kdo jsou příliš lehce ponecháváni na okraji společnosti a lidského společenství.

V této souvislosti si obzvláště připomínáme stálý a význačný prvek křesťanské morálky, kterým je péče o vážně nemocné a umírající, a to i v situaci, kdy již není žádná naděje na zlepšení nebo uzdravení. Závazek pečovat o vážně nemocné a umírající, o život poznamenaný bolestí, utrpením a bezmocí nevyplývá z vyhlídky na uzdravení či zlepšení stavu, ani na tomto očekávání nezávisí. Pramení ze základní důstojnosti lidského života, která se zakládá na Božím stvořitelším a ospravedlňujícím vztahu k člověku. Důležité rozměry tohoto chápání péče vidíme v myšlence a praxi paliativní péče coby stále více přirozené součásti služeb státní zdravotní péče. Chceme zdůraznit a podpořit jakékoli iniciativy, které upřednostňují kvalitní zařízení paliativní péče a zvyšují jejich počet.

Tato základní přesvědčení a důrazy, které jsou odvozeny z našeho chápání podstatných prvků křesťanské víry, můžeme vnést do rozhovoru s náročnými výzvami, které přinášejí rozhodnutí ohledně konce života.

Přerušení nebo neposkytnutí léčby prodlužující život

Přerušení nebo neposkytnutí léčby prodlužující život je za určitých okolností nejen dovoleno, ale mohlo by být jako prvek náležité péče o vážně, trvale či terminálně nemocného pacienta dokonce vyžadováno. Je důležité klást si otázku, zda pokračování v léčbě pacientovi nějak prospívá – tj. kurativně, paliativně nebo ve vztahu k prodloužení života, který má kvalitu v křesťanském smyslu, kvalitu, jež spočívá ve schopnosti přijímat či pociťovat projevovanou lásku nebo na ni nějak reagovat. Křesťanská tradice trvale zdůrazňuje povinnost pečovat o vážně nemocné a umírající, byť by neexistovala naděje na vyléčení či zlepšení stavu. Z toho vyplývá, že výraz-

nou přednost mají taková léčebná opatření, která dokážou v posledních hodinách života zmírnit bolest, nepohodlí a strádání. Lékařská, klinická a ošetrovatelská opatření, ať už vedou k prodloužení života, či nikoli, jsou na jedné straně zásadními morálními povinnostmi, které nás silně zavazují a nelze je jednoduše pominout kvůli jiným zájmům. Na straně druhé to ovšem nejsou požadavky absolutní, u nichž bychom nemuseli zvažovat jejich následky pro pacienta a jeho stav. Ačkoli jsou si evangelické církve vědomy těžkého morálního dilematu, obtížného posuzování a vážných morálních pochybností, nemíní odmítnout např. přerušení výživy pacientům ve stá-
lém vegetativním stavu jako vždy a naprosto špatně.

Morální pochyby a posuzování se netýkají pouze rozhodnutí, ale také procesu, jímž se k rozhodnutí dospěje. Pacientovo výslovné a na dobrých informacích založené přání, aby nebyl nadále léčen, je třeba respektovat. A pokud pacient s duševní poruchou předem vyjádřil přání ohledně léčby, má to značnou váhu, zejména nemůžeme-li se domnívat, že tato přání již pacientovu vůli neodrážejí. V případech, kdy takový předchozí pokyn chybí a pacient trpí nezvratnou duševní poruchou, je pro rozhodnutí obzvláště důležitá komunikace a konzultace. Měly by být inkluzivní a zahrnovat dostatečně široké spektrum profesí, ošetrovatelského personálu a poradců. Důkladně bychom se měli poradit s blízkými rodinnými příslušníky, příbuznými a přáteli, kteří pacienta dobře znají, a u nichž lze odůvodněně předpokládat, že jim leží na srdci jeho blaho, a dát jim dostatečný čas a prostor k tomu, aby se s rozhodnutím i s předpokládanou ztrátou svého milovaného vyrovnali. Konečné rozhodnutí by však na jejich bedrech spočívat nemělo.

Paliativní péče, léčba a sedace

Evangelické církve vítají velké pokroky, jichž se v rámci lékařského vzdělávání, výzkumu a klinické praxe dosáhlo v paliativní medicíně a péči. Rozvoj těchto oblastí nejen zásadně rozšířil možnosti účinné léčby a mírnění fyzické bolesti a nepohody, ale vnesl do řady dimenzí nemoci a blížící se smrti hledisko péče o končící život, a to včetně aspektů psychosociálních a duchovních. Nedošlo tím pouze ke zlepšení kvality života pacientů v posledních stadiích života, ale také se ukazuje, že život se tak spíše prodlužuje, než zkracuje, což dříve bývalo předmětem mnoha debat o zmírňování bolesti. Sem patří zřídka poskytování paliativní sedace, která léčebně

sníží pacientovu hladinu vědomí, aby nepocítoval jinak neutišitelnou bolest a utrpení.

Ačkoli jsou si církve vědomy toho, že paliativní medicína a péče nevyřeší všechny problémy, které se objevují v medicínských souvislostech na konci života, mají za to, že paliativní péče a značná zlepšení v této oblasti odrážejí absolutní a neomezenou důstojnost života, který je zasazen vážnou nemocí a chýlí se k závěru.

Eutanazie a asistovaná sebevražda

Evropské evangelické církve mají velkou starost o pacienty, kteří procházejí trýznivým procesem vážné a terminální nemoci a očekávají smrt, a o jejich příbuzné. Naše společnosti mohou být stále nedostatečně vybaveny k tomu, aby v těchto situacích poskytovaly pomoc, ale ani my sami coby společenství víry možná dosud neumíme nabídnout doprovázení, podporu, útěchu a naději, ke kterým povolává křesťanská víra. Právě proto bychom měli mít dané nedostatky ve vztahu k pacientům a rodinám na mysli dříve, než příliš unáhleně vyneseme jakýkoli morální soud. Základní odpovědnost společností, společenství a církví spočívá v tom, aby zajistily dostupnost náležitě péče, útěchu a mírnění bolesti a utrpení, stejně jako v podpoře společenství a hodnot, které dovolují vážně nemocným a umírajícím osobám vnímat svůj život jako nezrušitelně a neomezeně důstojný.

Eutanazii jakožto reakci na tuto situaci pokládají evangelické církve za vysoce problematickou, a to z několika důvodů. Je v rozporu s některými nehlouběji zakořeněnými morálními přesvědčeními, které nepatří pouze k specifické křesťanské tradici, ale k širšímu obecnému morálnímu dědictví, totiž že je třeba nevinný život zachovat, chránit jej, obzvláště je-li zranitelný a křehký. Obvykle předkládané argumenty, které mají toto základní morální přesvědčení vyvrátit, a sice autonomie a beneficence, nemají jako etické ospravedlnění eutanazie žádnou váhu. Eutanazie je těžko slučitelná s jedním z nejzávažnějších a nejtrvalejších přesvědčení a stanovisek křesťanské tradice, totiž že základní a nezcižitelná důstojnost lidského života nespočívá v jeho schopnosti nezávislého sebeurčení a činnosti, ale ve stvořitelské a ospravedlňující lásce, kterou lidské bytosti přijímají od Boha v Kristu.

To ovšem nelze chápat čistě jako záležitost osobního svědomí, jemuž by stát neměl bránit právním zákazem. Legalizace by znamenala jistou

normalizaci a schválení eutanazie, jež by se tak stala běžným a zavedeným prvkem lékařské a klinické praxe. Morálním tragédiím, situacím, v nichž se nijak nelze vyhnout hlubokému narušení ústředního a podstatného morálního dobra, by mohla být otevřena skulina v zákoně – jak se to stalo v některých zemích – spíše tím, že by v řídkých a krajních případech nebyla eutanazie trestně postihována, než že by byla legalizována.

Členské církve Společenství evangelických církví v Evropě spatřují svůj úkol v obhajobě kultury solidarity s umírajícími a v kritice sklonu k individualizaci utrpení a nedostatku lidské solidarity, které leží v základu současné diskuse o eutanazii. Největším společenským problémem není nadbytečná zdravotní péče, ale osamělost umírajících.

Členské církve Společenství evangelických církví v Evropě podporují ochranu lidských práv umírajících a terminálně nemocných. Jejich součástí je jak právo na život až do jeho konce, tak právo další léčbu odmítnout. Péče a vlastní rozhodnutí v léčbě nepokračovat v léčbě nejsou v protikladu. Členské církve Společenství evangelických církví v Evropě rovněž kritizují snahy oslabovat povinnost péče o umírající a terminálně nemocné abstraktním poukazováním na princip autonomie, jenž nezohledňuje, že právě umírající a terminálně nemocní potřebují obzvláštní pomoc a ochranu. Nejen z teologického, nýbrž i z filosofického hlediska je vysoce problematické vázat lidskou důstojnost na abstraktní princip autonomie, který zaměňuje individualitu za naprostou nezávislost, a naopak považuje jakoukoli formu závislosti, potřeby pomoci a odkázanosti na druhé za narcistickou poruchu osobnosti. Takové chápání autonomie vede k tomu, že utrpení a slabost jsou pokládány za nehodné člověka a jako přiměřené lidské důstojnosti se akceptuje pouze abstraktně chápání umírání na základě sebeurčení. Ve světle evangelia je proti tomu třeba namítnout, že lidská důstojnost spočívá ve skutečnosti, že Bůh je mocný ve slabých a že se lidské bytosti vyznačují stejně tak schopností milovat jako trpět.

Ačkoli podle názoru členských církví Společenství evangelických církví v Evropě nelze eutanazii, sebevraždu a asistovanou sebevraždu eticky ospravedlnit, uvědomují si široký požadavek veřejnosti, aby byla aktivní eutanazie právně dekriminována.

Členské církve Společenství evangelických církví v Evropě se zasazují o vytváření takových společenských podmínek, ale také medicíny a péče

v nemocnicích a pečovatelských domech, které respektují důstojnost člověka během života i při jeho umírání. Podporují hospicové hnutí a další koncepty paliativní péče, jejichž součástí je také rozměr péče pastorační a duchovní. Členské církve Společenství evangelických církví proto spatřují svůj úkol v popisu, navrhování a vytváření křesťanských podob doprovázení, včetně církevních rituálů, nejen během života, ale také při umírání, a v jejich rozvíjení takovým způsobem, aby chránily muže i ženy v posledním úseku jejich života před oněměním a poskytly jim při vyrovnávání se s konečností života pomoc a orientaci.

Péče o lidi a nabízení duchovní útěchy je podstatnou součástí toho, „co dělá církve církví“. Je to zřejmý úkol církví v občanské společnosti. Jsou povolány k tomu, aby protestovaly, když jsou odstraňována zákonná omezení, která chrání život. Jsou povolány k veřejné podpoře toho, aby měly nemocnice a hospice dostatečné ekonomické prostředky k zajištění co nejlepší možné péče o lidi ve smrtelném zápasu. Mají se zasazovat o vytváření společenského prostředí, které napomáhá každému členu společnosti, včetně lidí, kteří jsou blízko smrti, k naplněnému životu.

1 ÚVOD: PROTESTANTSKÉ CÍRKVE O EUTANAZII A JINÝCH ROZHODNUTÍCH OHLEDNĚ KONCE ŽIVOTA

Umírání je součástí života. V posledních desetiletích se však okolnosti umírání podstatně změnily. Není již pravidlem, že lidé spějí k závěru svého života v kruhu vlastní rodiny, přátel a sousedů. Mnoho lidí dnes umírá ve specializovaných pečovatelských domech nebo nemocnicích. Taková ošetrovatelská zařízení poskytují zdravotnickou péči, která byla v dřívějších staletích neznámá. Mění se uspořádání společnosti a neustálý medicínský pokrok však vzbuzují nové otázky. Lidé se ptají, zda intenzivní využívání veškerých medicínských možností opravdu znamená zlepšení kvality jejich života, nebo jen prodlužování již tak dlouhého a bolestného procesu umírání. Zdravotnický personál a rodinní příslušníci umírajícího kvůli tomu stojí před složitým rozhodováním ohledně dalšího medicínského postupu. Také to nutí politiky a společnosti k tomu, aby rozhodovali o problémech kvality péče, např. o tom, zda vše, co je z medicínského hlediska možné, má být v budoucnu společností financováno.

V nedávných letech řada protestantských církví publikovala prohlášení o rozhodnutích, jež se vztahují ke konci života. Nabízejí úvahy a reflexe, které se týkají složitých a náročných situací a dilemat, kterým v současnosti čelí všichni, kdo stojí před rozhodováním o konci života. Ačkoli se církve opírají o mnoho společných hodnot a přesvědčení, na řadu konkrétních otázek odpovídají rozdílně; příčinou těchto odlišností jsou také specifická společenská a právní prostředí. Všechny církve zároveň zdůrazňují svou odpovědnost za co nejlepší péči o umírající a za podporu všech, kdo čelí výzvě smrti.

Společenství evangelických církví v Evropě prostřednictvím Odborné komise pro etiku tato prohlášení v poradním procesu posoudilo a debatovalo o jimi nastolených otázkách. V tomto dokumentu předkládá společný hlas evangelických církví v Evropě. Za prvé se snaží mít na paměti cennou a obsáhlou reflexi těchto složitých problémů, která vzešla z mnoha našich členských církví. Za druhé se pokouší uchopit a shromáždit přinejmenším některé důležité publikované důrazy a úvahy a rozšířit je a doplnit tam, kde to pokládá za užitečné. A za třetí zve – s nadějí, že přináší podklady pro další přemýšlení – členské i ostatní církve k tomu, aby se zapojily do dalšího dialogu o této složité problematice. Věříme, že církve mají v této

souvislosti dvojí mandát a úkol: veřejný a pastorační či církevní. Musejí se zabývat probíhajícími veřejnými debatami o legislativě a utváření politiky a podílet se na nich. Musejí však také nabídnout doprovázení svým členům, kteří jsou postaveni před složité problémy: těm, kteří čelí smrti, rodinám a přátelům lidí, jejichž život se chýlí k závěru, zdravotnickým odborníkům, politikům a zákonodárcům a farníkům, kteří se vyrovnávají s faktem své nastávající smrti. Při vykonávání těchto úkolů nemají církve k dispozici pouze bohaté zdroje pro morální reflexi, napájené křesťanským životem a myšlením. Mají také zkušenosti s poskytováním pastorační péče a duchovním vedením těch, kdo tento zápas podstupují, s vedením, jež je utvářeno rovněž liturgickým a rituálním jazykem, který pokrývá celou šíři lidské zkušenosti, radost stejně jako utrpení a úzkost. V neposlední řadě církve žijí slibem, který jim umožňuje hovořit o naději, která sahá za náš nynější, časný život.

V tomto textu se chceme zabývat některými zdroji evangelické tradice křesťanské víry a života. Poslouží nám to k reflexi určitých otázek a dilemat, se kterými jsme konfrontováni v závěru života, v medicínském a klinickém kontextu. Jde např. o neposkytnutí nebo ukončení léčby prodlužující život, analgetickou léčbu a paliativní péči, eutanazii a asistovanou sebevraždu. O příbuzných, ale specifických otázkách neonatální péče a sebevraždy zde samostatně nepojednáváme.

2 KONTEXTUALIZACE TÉMATU I: SMRT A UMÍRÁNÍ V SOUČASNÝCH SPOLEČENSKÝCH, KLINICKÝCH A PRÁVNÍCH SOUVISLOSTECH

Eutanazie a další otázky, které se týkají konce života - a obecněji to, jak se vztahujeme k umírání a smrti a jak je vnímáme -, se částečně vynořují v širším kontextu, který nemá pouze medicínský a klinický, ale také socioekonomický, kulturní a právní rozměr.

2.1 SOCIOEKONOMICKÝ A KULTURNÍ ROZMĚR

Otázka eutanazie a jiná dilemata, která se týkají konce života, jsou částečně utvářeny svým socioekonomickým a kulturním kontextem. Mezi jeho význačné rysy patří to, že procesy umírání a smrti dnes do velké míry probíhají v institucionálním a technicko-medicínském prostředí nemocnic, pečovatelských domů a jiných zařízení s ošetrovatelskou péčí. Až do raného 19. století se umírání a smrt odehrávaly v nejužším prostředí domova, rodiny, příbuzných a společenství. To všechno nicméně změnila směs nejrůznějších faktorů. Rodinu a úzké společenství coby rámec umírání a smrti proměnily socioekonomické faktory. Nejen skutečnost, že lidé nacházejí zaměstnání mimo domov a blízké společenství, ale také požadavek na flexibilní pracovní sílu, zvýšená mobilita, měnící se vzorce rodinného života a komunikace mezi generacemi jsou některé z faktorů, které transformovaly podmínky primární rodiny coby prostředí pro bydlení a pro podpůrné procesy při umírání a smrti. Urbanizace nejen zvyšuje mobilitu a mění vzorce celoživotních bydlišť, ovlivňuje také podmínky pro malá, pevná a stabilní společenství jakožto místa péče a starosti. Mění se sociální struktury v industriálních a postindustriálních společnostech zkrátka přispěly k přesunu procesů umírání a smrti z blízkého rodinného prostředí do institucionálního rámce zdravotnických zařízení.

Není žádný důvod k tomu, abychom nad tímto vývojem hořekovali. Zdravotnická zařízení mají obecně k dispozici odborné medicínské znalosti, technické vybavení a účinné prostředky pro paliativní léčbu. A zejména: zdravotnický personál má v péči o terminálně nemocné takové vzdělání a zkušenosti, jaké odpovídají důležitým standardům profesní etiky. Celkově tato zařízení také poskytují vážně a terminálně nemocným lepší záruku řádné péče, například v situacích, kdy rodiny a blízcí nejsou ochotni nebo

schopni se o nemocného člena rodiny náležitě starat, nebo v takových případech, kdy nemocní blízké rodinné příslušníky nemají. Přesto by forma útěchy, podpory a doprovázení, kterou mohou umírajícímu pacientovi poskytnut členové rodiny a blízcí příbuzní, měla být uznána za důležitý prostředek, nikoli za rušivý prvek profesionální zdravotní péče. Běžně ovšem za důležitý prostředek uznávána je. Za příznivých okolností by se mělo pacientovi, který si to přeje, umožnit zemřít v prostředí domova, kde jej mohou doprovázet jeho milovaní blízcí.

Demografické změny, jako je například větší průměrná délka života a nárůst počtu starších lidí v obyvatelstvu, vedou k tomu, že v mnoha evropských zemích se institucionalizované a do nemocnic lokalizované umírání dostává pod velký tlak. V posledních týdnech života je navíc na léčbu a zdravotní péči vynaloženo víc prostředků než za celou jeho předchozí část a provozní náklady zařízení pro paliativní péči jsou vyšší než u jiných nemocnic. Tato situace vede v mnoha zemích k rostoucímu politickému tlaku na snížení či omezení ekonomických nákladů na léčbu a paliativní péči v závěru života. Pečovatelské domy a zařízení paliativní péče čelí snižování rozpočtu, požadavkům na efektivní management a racionalizaci, což má za následek redukci jejich aktivit. To je někdy doprovázeno návrhy politiků, podle nichž umírající pacienti mohou být doprovázeni a podporováni stejně dobře, ne-li lépe, doma, ve svém rodinném prostředí. Je však třeba mít na mysli, že ačkoli rodiny a blízcí v mnoha případech pacientům poskytují neocenitelnou útěchu a podporu, mnoho sociálních pout a struktur, které kdysi tvořily základy rodiny coby bezprostředního kontextu péče v závěru života, je již dlouho narušeno. Rodina a pevná společenství nemohou nahradit nedostatek zdrojů investovaných do paliativní péče a zdravotnických a pečovatelských zařízení, která jsou vybudována k tomu, aby poskytovala náležitou péči o terminálně nemocné.

Nejde jen o tyto materiálnější socioekonomické podmínky. Někdy se také poukazuje na to, že mění se a stále shovívavější postoje evropského obyvatelstva k eutanazii a otázkám konce života rovněž odrážejí širší kulturní vzorce a hodnoty. Pomocí konceptů, které filosof Charles Taylor pokládá za charakteristické pro dominantní hodnotové vzorce v současných (západních) společnostech, můžeme říci, že postoje ke konci života a rozhodnutí, která se ho týkají, jsou rostoucí měrou určovány expresivitou a autenticitou. Vyjádřit (*express*) své pravé vnitřní já, jednat autenticky

v souladu s vlastními preferencemi a závazky má přednost před jednáním v souladu s vnějším, objektivně daným morálním řádem. Některé lidi to vede k závěru, že je třeba se vyhnout situacím, v nichž dochází ke ztrátě sebekontroly, nebo situacím, v nichž jsou naprosto bezmocní, zcela závislí na druhých a bez vyhlídky na to, že se budou těšit z věcí, které životu propůjčovaly hodnotu a důstojnost. Jiní lidé dokážou i ve chvílích závislosti a bolesti na sklonku života hledat jeho účel a zároveň strategie, jak se s nastalou situací vyrovnat. Ukazuje se, že otázka eutanazie je vsazena do hodnotových vzorců, které ovlivňují, jak jsou eutanazie, asistovaná sebevražda a jiné otázky týkající se konce života vykládány a popisovány. Posouzení těchto morálních dilemat netkví jednoduše v tom, že vyneseme morální soud a hodnocení. Důležité také je poskytnout výkladové klíče, které umožní interpretovat ztrátu kontroly a produktivity a dovolí chápat i zcela závislý lidský život jako život důstojný.

2.2 KLINICKÝ KONTEXT

Je zřejmé, že k přesunu umírání a smrti z intimního prostředí domova a rodiny do institucionálního a profesionálního rámce nemocnic a pečovatelských domů nevedly pouze socioekonomické faktory, ale také obrovské pokroky lékařské vědy. Rozvoj medicíny a zdravotní péče umožňuje mnohem déle udržovat při životě pacienty, kteří by dříve své nemoci či zranění nepřežili. Medicína a odborné medicínské znalosti začaly hrát daleko větší roli v péči o pacienty na sklonku života. Nejenže nás tento rozvoj nutí k tomu, abychom znovu promýšleli a reflektovali vlastní postoj ke smrti coby danosti lidské existence i svůj vztah k lidem, jejichž život se chýlí ke konci. Znamená i to, že smrt je do velké míry výsledkem výslovného medicínského a klinického rozhodnutí ohledně léčby a náležité zdravotnické péče, např. rozhodnutí o neposkytnutí či ukončení léčby nebo o nasazení intenzivnější analgetické léčby. Na rozdíl od tradičního úsloví, že můžeme vědět pouze to, že zemřeme, avšak nikoli kdy ani jak, se nyní ono kdy – jakkoli v jistých mezích – stává předmětem rozhodování a ovlivňování.

To samozřejmě staví ošetřovatelský personál, pacienty, jejich rodiny a poradce v konkrétní klinické praxi před mnoho složitých dilemat, která se týkají toho, jak se zodpovědně rozhodnout, např. kdy a za jakých podmínek upustit od další léčby. Tyto otázky jsou stále častěji zasazovány do širšího rámce, v němž jde o to, jak se řádně starat o pacienty, jejichž

život se chýlí k závěru, nejen jak jim prodloužit život. Stále více se předpokládá, že náležitá péče o umírajícího člověka nemusí zahrnovat pouze pokusy mu co možná nejvíce prodloužit život, nýbrž také rozhodnutí, kdy je oprávněné léčby zanechat. Rozrůstající se výzkum a zvýšená kompetence, jež se týkají praxe a priority péče o umírající, také podtrhly její interdisciplinární charakter. Řádná péče není zaměřená pouze na léčbu a kurativní snahy, ale musí rovněž věnovat pozornost širší škále pacientových fyzických a tělesných potřeb, jako je dobré zvládnání bolesti, a rovněž psychickým potřebám, sociálním a vztahovým záležitostem stejně jako problémům a potřebám duchovním. Roste zkrátka vědomí toho, že situace konce života, se kterými se setkáváme stále častěji v medicínském a klinickém prostředí, vyžadují nejen kurativní úsilí, ale také pečovatelskou činnost. A tak by za jistých okolností měla být léčba přerušena ve prospěch péče – a tato péče se musí zaměřit na řadu dimenzí lidského života, nejen na jeho fyzickou povahu.

2.3 PRÁVNÍ A POLITICKÉ ASPEKTY

Protože se umírání a smrt odehrávají stále více v rámci zdravotnických institucí, stávají se rostoucí měrou také tématem zákonodárství a politického rozhodování. Jak a na jaké úrovni se klinické postupy/praktiky regulují, se v evropských zemích značně liší.

Nizozemsko schválilo v roce 2002 Zákon o ukončení života na vlastní žádost a o asistované sebevraždě (přezkumné postupy). Podle tohoto zákona může být upuštěno od trestního stíhání lékaře, který provedl eutanazii nebo asistoval při sebevraždě, pokud kontrolní komise potvrdí, že tento čin splňuje určité podmínky, mezi něž patří to, že pacient nesnesitelně a trvale trpí a že soustavně a dobrovolně žádá o eutanazii. Pokud nedojde ke splnění těchto podmínek, jsou eutanazie i asistovaná sebevražda trestné činy. Tresty byly dokonce zvýšeny.

Belgický Zákon o eutanazii, schválený v květnu 2002, uvádí, že lékař, který provede eutanazii, se nedopouští trestného činu, pokud jsou splněny určité podmínky. Tyto podmínky jsou méně přísné než v Nizozemsku. Více-méně obdobný zákon byl v březnu 2003 schválen v Lucembursku.¹ I v něm se konstatuje, že lékaři, kteří provedli eutanazii či asistovali při sebevraždě, by neměli být trestně stíháni, pokud byly splněny určité podmínky (podobné těm, které jsme uvedli u belgického zákona).

Ve Švýcarsku je zakázáno zabití na vlastní žádost, ale asistence při spáchání sebevraždy je trestný čin pouze tehdy, vedou-li k ní sobecké důvody. Z toho zjevně vyplývá, že nejde o trestný čin a nemělo by dojít k trestnímu stíhání, pokud se podaří prokázat, že tato asistence byla motivována dobrým úmyslem vysvobodit pacienta požadovanou smrtí z utrpení, nikoli sobeckými důvody. Na základě tohoto ustanovení poskytují ve Švýcarsku organizace jako EXIT nebo DIGNITAS při sebevraždě legálně pomoc. Švýcarská akademie lékařských věd stále v zásadě odmítá zapojení lékařů do sebevraždy vážně nemocných pacientů, ale připouští, že existují individuální případy, ve kterých dochází ke konfliktu, kdy lékaři mohou rozhodnout jinak.

Také v Německu není asistence u sebevraždy trestný čin, ale platí zde určité podmínky - nesmí dojít k manipulaci a nesmí být zanedbána povinnost zachránit lidi v ohrožení.

V jiných evropských zemích (jako je Spojené království či Norsko) jsou eutanazie a asistovaná sebevražda zakázány či jinými zákonnými předpisy nepřímo zapovězeny, nebo o nich zákony mlčí. V několika zemích se rozpoutala velká veřejná a politická debata. Do určité míry ji rozdmýchaly případy ve veřejných médiích, které na sebe přitáhly pozornost. Ve Spojeném království vyvolal značnou diskusi případ Diane Prettyové, který se dokonce dostal až k Evropskému soudu pro lidská práva. A docela nedávno zavdal příčinu k návrhům na změnu právního stavu ve Spojeném království, která by poskytla prostor pro asistovanou sebevraždu, případ Debbie Purdyové. Právě tuto kauzu někteří lidé chápou jako bod zvratu. V létě 2009 rozhodla Sněmovna lordů (nejvyšší soud ve Spojeném království), že skutečně došlo k porušení lidských práv, když zemský státní zástupce nedokázal Debbie Purdyové (pacientce s progresivní roztroušenou sklerózou) a jejímu manželovi objasnit podmínky, za kterých by byl manžel trestně stíhán za asistenci u její sebevraždy, a tudíž nebyl schopen sdělit, zda by fakticky čelil, či nečelil trestnímu stíhání. Sněmovna lordů nařídila, že podmínky, za kterých bude někdo stíhán za asistenci u sebevraždy, musí být vyloženy. Ve Francii vzbudil před několika lety velkou pozornost případ Vincenta Humberta. Ten nakonec vedl k přijetí zákonů týkajících se ukončení či přerušování léčby udržující život. V Itálii byla Eluana Englarová, pacientka, která se celé roky nacházela v trvalém vegetativním stavu, převezena do jiného zdravotnického zařízení, které

jí na rozdíl od toho, do nějž byla umístěna původně, přestalo podávat na žádost jejího otce umělou výživu, což vedlo v několika dnech k její smrti. Tento případ vyvolal vášnivou debatu o tom, zda je takový způsob přerušování péče udržující život vůbec přijatelný.

V jiných zemích (např. v Německu, Dánsku či Norsku) je patrný menší politický tlak na legalizaci eutanazie, ale stále zde může probíhat výrazná debata a legislativní činnost, které se týkají jiných druhů rozhodnutí ohledně konce života. Jde například o zákony, jež regulují status dříve vyslovených přání či vytvářejí směrnice pro léčbu prodlužující život vážně nemocných a umírajících pacientů (Německo, Rakousko, Norsko).

V dalších evropských regionech je situace naprosto odlišná jak právně, tak mentálně. Například v Rumunsku neexistují zákony, které by se týkaly eutanazie a asistované sebevraždy, ani se o těchto otázkách, zejména z kulturních a náboženských důvodů, příliš nedisktuje. V současnosti zde nejsou žádné právní iniciativy a diskusi nepodnítila ani lékařská komora a lékařská společnost. Z toho samozřejmě nevyplývá, že péče o umírající a otázky, které v této oblasti vyvstávají, nepředstavují žádné téma. V rámci hospiců se problému asistované smrti čelí provizorním způsobem na konkrétní a regionální úrovni. Impulzy, které odtud vzešly, však vzbuzují malý zájem – nejspíše kvůli převládajícímu přesvědčení, že umírání patří domů, do rodinného kruhu. Zdá se, že velkou roli hrají kultura a náboženství, neboť na smrt se primárně hledí ze společenské perspektivy a je pokládána za společenský spíše než individuální a institucionální jev. Umírání je záležitost rodiny a teprve druhotně společnosti a církve. V tomto smyslu se situace v Rumunsku značně odlišuje od diskursu v západní Evropě.

V České republice není o eutanazii v zákonech žádná zmínka. Návrh zákona z roku 2004 sice obsahoval krátký odstavec, který ji zmiňuje a uvádí, že jde o zločin, konečná verze zákona (č. 40/2009) však tento bod neobsahuje, což znamená, že eutanazie je právně považována za vraždu. O návrhu na legalizaci eutanazie se v Parlamentu České republiky krátce hovořilo v roce 2008. Tato iniciativa vzešla od malého počtu jeho členů, nedošlo však ani ke schválení toho, aby byla projednána v parlamentním plénu. Průzkumy veřejného mínění ukazují, že většina obyvatelstva (55-60 %) se kloní k přípuštění eutanazie, zatímco menšina (25-30 %) se proti ní ostře staví. Lékaři ji téměř jednomyslně odmítají. Pro veřejnost nepředstavuje

eutanazie - kromě příležitostných okamžiků, kdy se objevují souhlasné či nesouhlasné iniciativy zájmových skupin - velké téma.

V Evropě se tedy setkáváme s velmi různorodou situací. V některých částech Evropy stejně jako na úrovni evropských institucí vyvolávají dilemata, která se týkají konce života v lékařské a klinické praxi, značnou politickou a právní debatu. V jiných částech, obzvláště ve střední a východní Evropě, hovoří zákony o tomto tématu jen zřídka, veřejně se o něm diskutuje málo a tlak na legislativní ošetření daných otázek, které jsou z větší míry chápány spíše jako věc rodiny a společenství než jako věc individuální nebo věc veřejných institucí, je nepatrný.

Tato problematika je také předmětem jednání na celoevropské úrovni. V roce 1999 schválilo Parlamentní shromáždění Rady Evropy doporučení „O ochraně lidských práv a důstojnosti terminálně nemocných a umírajících“.² Jádrem tohoto dokumentu je otázka, jak daleko sahá právo na sebeurčení, které platí i pro poslední úsek života, a nakolik je omezeno právem na život, jež zahrnuje zákaz jakéhokoli záměrného zabíjení (Článek 2 Evropské úmluvy o lidských právech). V Radě Evropy se objevila iniciativa, která usilovala o zrušení tohoto doporučení z roku 1999 a jeho nahrazení dokumentem, který zdůrazňuje potřebu lepší paliativní péče, ale také hájí právo na eutanazii a sebevraždu, u níž asistuje lékař.³ V roce 2003 však Výbor Rady Evropy pro právní záležitosti a lidská práva tento návrh Výboru pro sociální, zdravotní a rodinné záležitosti a jeho předsedy Dicka Martyho ostře odmítl a znovu potvrdil doporučení Rady Evropy z roku 1999.⁴

2.4 EUTANAZIE V HISTORICKÉM KONTEXTU NĚMECKÉHO NÁRODNĚSOCIALISTICKÉHO REŽIMU

Národněsocialistický režim v Německu zavedl takzvané „programy eutanazie“, v jejichž rámci byli systematicky zabíjeni psychicky nemocní a postižení lidé. V současné debatě o eutanazii jsou tyto programy někdy užívány jako varování před eutanazií coby ohrožením jedinečné a stejné důstojnosti všech lidských životů. Je nezbytné, abychom nezapomínali na bezpráví, kterého se v minulosti dopouštěly zdravotnické a právní instituce; to, že si ho připomínáme, by mohlo ještě více ozřejmit zásadní a nepostradatelné hodnoty a důrazy, které musí současné společenské instituce a současná společenská praxe prosazovat. Německé národněsocialistické programy eutanazie by se však neměly zaměřovat s tím, o čem se dnes pod názvem

eutanazie hovoří. Šlo o státem organizované, systematické zabíjení lidí bez jejich souhlasu nebo proti jejich vůli. Toto zabíjení se opíralo o hodnocení politického vedení, které některé lidské životy prohlásilo za života nehodné nebo poškozující genetický fond společnosti. Dnešní diskuse se obvykle týká zákonného ukončení života osoby na její dobrovolnou a výslovnou žádost, která se zakládá na tom, že tato osoba svůj život považuje kvůli nemoci a bolesti za neúnosný.

3 KONTEXTUALIZACE TÉMATU II: EKUMENICKÉ SOUVISLOSTI

Evangelická diskuse o eutanazii musí zohlednit také to, že se do společné práce na etických otázkách (včetně rozhodnutí ohledně konce života) dali členové Konference evropských církví (CEC) a Rada evropských biskupských konferencí (CCEE). Křesťanské církve stojí před úkolem najít v diskusi o konci života úzkou cestu mezi společnými křesťanskými odpověďmi, které utvářejí společnost, a denominačním ražením vlastní etické pozice. Církve (například Evangelická církev v Německu, Německá [římskokatolická] biskupská konference či Ekumenická rada církví v Rakousku) dávají najevo ekumenickou jednotu, aniž by skrývaly svůj osobitý charakter.

Postoje, které při reflexi konce života zastává římskokatolická církev, jsou nápadně homogenitou argumentace. Ústřední roli vždy hraje chápání eutanazie jako zabití, které je jakožto provinění vůči přirozenosti a Božímu zákonu absolutně zakázáno. Formy pasivní a nepřímé eutanazie jsou od toho odlišeny tím, že jsou prohlášeny za výjimky. Navzdory základnímu souhlasu s požadavky evangelických církví se katolický postoj jasně liší svým rázem: předpokládá se optimistický náhled na člověka. Podle tohoto pojetí se věřící dokážou díky svému rozumu řídit Boží vůlí, a v důsledku toho nemohou eutanazii chtít. Z římskokatolického hlediska může mít navíc utrpení, které někdo snáší, potenciální smysl, neboť je zvláštním způsobem spjata s utrpením Krista. Z ekumenické perspektivy se tímto přístupem a jednoznačností a konečnou platností svého soudu katolický postoj zřetelně blíží pozici pravoslavné a pozicím svobodných církví. Jak pravoslavné, tak svobodné církve se intenzivněji zapojily do diskuse o eutanazii teprve nedávno. Zřetelnější oddělení života víry a společenských otázek vedlo v minulosti tyto církve k velké zdrženlivosti ohledně vydávání veřejných prohlášení.

Evangelické církve oproti tomu mohou a měly by do ekumenické debaty vnést zvláštní hlas. Ačkoli není pluralita etických soudů evangelické víře cizí a ani ji neohrožuje, stěžejí lze považovat za špatné, když poukážeme na základní rysy, jež vykrytalizovaly ve velkém množství evangelických prohlášení, deklarací a individuálních postojů, které se zabývají konflikty na konci života.

4 TEOLOGICKÝ A ETICKÝ RÁMEC

Tento dokument potvrzuje jako svůj základní teologický a etický rámec to, na čem se dříve shodly členské církve Společenství evangelických církví v Evropě a co vyjádřily v dokumentech „Evangelické texty o etickém rozhodování“ (Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung, Leuenberské společenství církví, 1997) a „Zákon a evangelium“ (Law and Gospel, Společenství evangelických církví v Evropě, 2007).

4.1 LIDSKÝ ŽIVOT: STVOŘEN K BOŽÍMU OBRAZU

Základní myšlenka křesťanského, evangelického chápání života zní, že lidé jsou v podstatě definováni svým vztahem k Bohu. Být stvořen, ospravedlněn a obnoven Božím láskyplným činem vposledku popisuje, co je být člověkem. Proto se základní postavení člověka, jehož rysem je vnitřní a absolutní důstojnost, zakládá také na něčem, co samotný lidský život přesahuje, totiž na jeho vztahu k vnější realitě. Vystihuje to také základní popis člověka jako toho, kdo byl stvořen k Božímu obrazu a kdo má nový život sjednocený se vzkříšeným Kristem jako svým konečným cílem – a to všechno se zakládá na Božích láskyplných činech vůči lidstvu a stvoření.

Z toho nejprve vyplývá, že člověk život nezískává v aktu lidské moci a kontroly, nýbrž dává jej Bůh. Aby se tento rozměr vyjádřil, bývá někdy život označován jako dar. Tato metafora vystihuje fakt, že život dostáváme bez ohledu na své zásluhy nebo kvality, a máme jej proto přijímat s vděčností. Avšak na rozdíl od jiných asociací, které tento pojem vyvolává, se život nestává volně disponovatelným majetkem lidského vlastníka. Odpovědností člověka se naopak stává to, aby jej s úctou, láskou a péčí střežil. Byla by však velká chyba, kdybychom status lidského života jako Božího obrazu vykládali jako morální úkol. V naprostém protikladu k tomu je pro protestantskou tradici zásadní poznání: to, že jsme Božím obrazem, se zakládá na Božím stvoření, a je proto pouze Božím darem. Nauka o ospravedlnění vírou dále podtrhává to, že postavení člověka coby před Bohem ospravedlněného je postavením, které dává Bůh ze své lásky a které se zakládá na Kristově smrti a vzkříšení. Není to něco, co vyplývá z lidské odpovědnosti nebo lidského morálního výkonu. To platí i pro morální otázky, kterými se v tomto textu zabýváme. Křesťané nezakládají či neudržují svůj status Božího obrazu či ospravedlnění před Bohem úspěšnou či neú-

spěšnou morální diskusi a praxí, nýbrž pouze tím, že přijímají dary života a odpuštění, jejichž zdrojem je Boží láska.

Stvořenost k Božímu obrazu svědčí o jedinečném postavení a důstojnosti lidského života, což odrážejí biblické texty, jako je žalm 8. Tato důstojnost nepramení z hodnoty, kterou v životě dokážeme najít nebo z něj odvodit. Přesahuje podmíněnou a nahodilou hodnotu, která se vyvozuje z lidské moci a preferencí.

Reformační učení skvěle vyjadřuje to, jak se Boží utváření lidského života děje mnoha konkrétními způsoby, které život udržují a vyživují. Příroda je základním zdrojem života a trvalým pramenem obnovy; blízké vztahy s druhými lidmi jsou zásadní složkou neustálého rozvoje života a přežití; zasazení do kultury a společnosti vybavené jazykem, kooperativními vzorci a institucemi poskytuje nezbytné prostředky nejen pro život ve společenství s ostatními, ale také pro sebereflexi a sebevyjádření. To svědčí o elementární závislosti života. Závislost na faktorech, které se vymykají řízení a kontrole lidského subjektu, je neodmyslitelným a podstatným rozměrem lidského života. Mezi fundamentální závislostí života a jeho důstojností není rozpor ani konflikt. Naopak: existuje mezi nimi vnitřní a těsné pouto v tom smyslu, že základní hodnota života je nutně spjata s jeho závislostí, tedy faktem, že není produktem, který člověk získal vlastními silami.

To podtrhává i základní vztahová povaha lidského života. Že jako lidé žijeme uprostřed vztahů a naše životy se díky nim rozvíjejí, není pouze nahodilým faktem těchto životů. Tato skutečnost tkví v samotné podstatě lidského života, který se zakládá na vztahu k Bohu. Tento fundamentální vztah se odráží v síti vztahů konkrétního lidského jednotlivce, nejzásadněji asi s biologickými rodiči, ale následně také v řadě nejrůznějších vztahů s rodinou, příbuznými, přáteli a kolegy, s lidmi z místního společenství apod. Všechny tyto vztahy, jejichž konkrétní podoba se u každého jednotlivce velice liší, jsou pro život, jak jej přijímáme, nezbytné, jsou zdrojem radosti a vděčnosti, ale také ztrát a frustrace. Tuto základní roli vztahovosti v lidském životě je třeba mít na paměti a zkoumat i tehdy, když se zabýváme problémy konce života.

4.2 MORÁLNÍ ODPOVĚDNOST: ODPOVĚĎ NA BOŽÍ LÁSKYPLNÉ SKUTKY STVOŘENÍ A VYKOUPENÍ

Lidská morální odpovědnost se zakládá na Božím láskyplném jednání vůči světu a člověku ve stvoření a vykoupení. Nejzákladnější vztah člověka k Bohu je ten, ve kterém přijímáme jeho dary ve stvoření a ospravedlnění, nikoli vztah morální odpovědnosti. Z přijetí těchto darů však odpovědnost vyplývá, a sice odpovědnost vůči Bohu. Lidé jsou v podstatě definováni svým vztahem k Bohu, nikoli svým vztahem ke světským autoritám či institucím, a je to vposledku Bůh, komu se lidé zodpovídají. Vůči Bohu jsme však náležitě zodpovědní tehdy, když na sebe bereme odpovědnost za světské záležitosti, např. v rámci společenských institucí, povolání a úřadů. Boží stvořitelské a vykupující jednání ve světě coby východisko morální odpovědnosti znamená, že hodnota a dobrota vposledku pocházejí z Boží lásky, nikoli z lidské moci či vůle. Hodnota nevplývá z lidského jednání nebo hodnocení. Nauka o ospravedlnění vírou připomíná věřícím, že dosažení konečného cíle a dobra lidského života a vytvoření láskyplného vztahu k Bohu, transcendentnímu základu našich životů, nezávisí na etických a morálních úspěších či selháních. Boží dar odpuštění zbavuje lidský život požadavku vykoupit se morálními skutky a osvobozuje ho: osvobozuje od břemene služby vlastním nejzazším záměrům a osvobozuje k službě pozemskému dobru bližního v láskyplné odpovědnosti. Fundamentální svoboda člověka tudíž není ekvivalent sebeurčení, ale je vnitřně spjata s odpovědností za vlastní život jako takový i za vlastní život ve vztahu k druhým. Evangelické pojetí zdůrazňuje nerozlučitelné pouto, které tvoří trojice odpovědnost, svoboda a láska.

Při úvahách o tom, jak tuto odpovědnost plnit, se evangelická tradice opírá o různé zdroje morálního poznání a různé morální schopnosti. Ačkoli jsou někdy formulovány jako alternativy, v Evangelických textech o etickém rozhodování jsou pokládány za komplementární. Na jedné straně evangelická tradice uznává lidský praktický rozum a jeho projevy v sdílených morálních hodnotách a přesvědčeních i ve společných praktikách morální komunikace a reflexe jako důležitý zdroj skutečného morálního poznání a základ spolupráce napříč různými oblastmi víry, kultury a tradice. Teologicky je to často spjata s myšlenkou dvojí Boží vlády, podle níž Bůh spravuje svět také zákonem, a sice mnoha druhy společenských, politických a kulturních činností, které udržují a rozvíjejí životaschopné lidské

společenství. Na druhé straně nás evangelická tradice zve k tomu, abychom skutečnost a lidskou existenci viděli ve světle Kristova vykupitelského díla a zaslíbení zvěstovaného evangeliem. Tím odmítá absolutizaci autonomie či dobra jakéhokoli pozemského řádu vytvořeného lidskou činností či morálním úsilím. Teologickým základem je zde panování Ježíše Krista, které, jak zvěstuje evangelium, rozbíjí moc zla (srov. Leuenberger Kirchengemeinschaft 1997, s. 25-37).

Lidé mají tuto odpovědnost vůči Bohu a je třeba považovat je za svobodné, a proto se nutně posilují jejich schopnosti a úsilí být co možná nejodpovědnějším za život svůj i druhých. Také při etickém a morálním rozhodování je lidská osoba zásadně zodpovědná Bohu a musí utvářet své soudy s osobní zodpovědností před Bohem (srov. Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa 2007, s. 285). V tomto základním rámci jsou jisté prvky křesťanské tradice a příběhu obzvláště důležité a vhodné k pochopení a vyložení reality konce života i k reflexi konkrétních otázek a dilemat, se kterými se v této oblasti setkáváme.

4.3 LIDSKÝ ŽIVOT: NÁROK NA OCHRANU

Z úcty k důstojnosti každého člověka a ze skutečnosti, že jsou lidé stvořeni k Božímu obrazu, vyplývá základní povinnost chránit lidský život. Lidský život je nutné chránit před zničením, zraňováním a omezováním ve všech jeho úsecích od narození až do smrti. Zraňování a poškozování člověka je v hlubokém rozporu s jedinečnou důstojností, kterou se lidský život vyznačuje. Tato povinnost chránit před zničením a poškozováním se netýká pouze lidského fyzického života, nýbrž i člověka coby osoby s vlastním životním příběhem. Povinnost chránit lidský život tedy zahrnuje ochranu těch aspektů lidského života a lidské osobnosti – a úcty k nim –, které nám dovolují utvářet životní příběh a uplatňovat odpovědnost vůči druhým i Bohu, např. autonomie a sebeurčení.

Závazek pečovat o lidi v jejich nouzi a zranitelnosti se vztahuje zejména na hranice života. Jasně to vyjadřuje tradiční rčení *in dubio pro vita* – „při pochybách pro život“. Tato zásada je v souladu s křesťanskou vírou i praxí a za svůj vznik vděčí Božímu přikázání „Nezabiješ“. Z této základní povinnosti chránit život osoby však nutně nevyplývá povinnost této osoby žít za každou cenu, ani legitimizace toho, abychom pacienty nutili k přijetí léčby nebo je zbavili jejich práva na odmítnutí další léčby. Uznat, že život

je vposledku dar, také znamená uznat a přijmout jeho konečnost, nikoli snahu překonat a potřít jeho hranice a konečnou povahu.

4.4 PÉČE O NEMOCNÉ A UMÍRAJÍCÍ A SOUCIT S NIMI

Povinnost pečovat o druhé lidi, zejména o ty, kteří jsou v nouzi, a ctnost soucitu s nimi jsou pro křesťanský život zásadní a od samého počátku jsou klíčovými složkami křesťanské morálky. Pavlovy dopisy několikrát popisují, jak by měl vypadat křesťanský život a jak musí upřednostňovat ideály, jako jsou péče a soucit. Také v životě Ježíše Krista nacházejí křesťané vzor života, který konkrétně, s péčí a soucitem slouží lidem v nouzi – chudým, nemocným, ovdovělým, těm, kteří se ocitli na okraji společnosti a lidského společenství. Jeho péče se zaměřuje přímo na různé rozměry lidského života v nouzi: syčením hladových a uzdravováním nemocných na jeho rozměr fyzický, pozváním vyloučených a marginalizovaných do společenství a společnosti na jeho rozměr vztahový a nabízením útěchy zoufalým na jeho rozměr duchovní.

Tento obraz křesťanského života, ztělesněný Ježíšem Kristem a popsaný Pavlem, podtrhává odpovědnost za péči o vážně nemocné a umírající lidi. Ta byla a je významnou součástí křesťanské morálky, a na rozdíl od dávných helénistických tradic, které ho obklopovaly, se křesťanství věnuje péči o nemocné i ve chvíli, kdy již vyléčení nebo zlepšení stavu není možné. Inspirací je tu vysoké postavení každého člověka jakožto milovaného Bohem a vzor a ideál, který zanechal Ježíš svým následovníkům – pečovat o nemocné a zranitelné a sloužit jim.

V posledních letech proběhly obsáhlé výzkumné, vzdělávací a školicí programy věnované péči v závěru života. Ty v souladu s tímto hlediskem zdůraznily svou interdisciplinární povahu a potřebu zabývat se všemi dotčenými rozměry lidského života.

Péče o umírající zahrnuje péči o pacientovy fyzické a tělesné potřeby i tehdy, když již vyléčení není možné a šance na další léčbu, která by zlepšila zdravotní stav, neexistuje. Její součástí je efektivní management bolesti, který má pacienta v co největší možné míře zbavit tělesné bolesti a nepohody a ulevit mu od dalších fyzických symptomů, které nepohodu působí, např. velké nevolnosti, dušení, svědění, proleženin atd. Stejně důležité ovšem je, že zahrnuje starost o další rozměry jeho života, které by mohly v jeho závěru a během vážné nemoci působit strádání: psychické

utrpení, jako je sklíčenost, úzkost a deprese, ztráta smyslu a významu, problémy s udržováním vztahů a pout s rodinou, příbuznými a přáteli stejně jako s nalezením vlastního místa ve společnosti; duchovní potřeby, které se týkají nakládání s nejzazší životní důvěrou a nadějemi. Církev se na všechny tyto rozměry péče a soucitu zaměřuje. Často provozují paliativní a diakonická zdravotnická zařízení, vytvářejí programy pro navštěvování vážně nemocných a starých lidí, kteří žijí doma, a poskytují pastorační služby lidem, kteří jsou umístěni do nemocnic a pečovatelských domů. Touto činností naplňují nejen fyzické a zdravotní potřeby vážně nemocných a umírajících, ale také nabízejí pastorační a duchovní vedení a útěchu. Díky svému bohatému liturgickému a rituálnímu jazyku a praxi dokážou církev a duchovní nabídnout doprovázení nemocných, které odpovídá na jiné než jen fyzické a zdravotní potřeby. Prostřednictvím modliteb křesťanského společenství, biblického čtení a církevních písní mohou nemocní a umírající vyjádřit své prožitky a pocity bolesti, zoufalství a nesmyslnosti, ale také důvěru a víru, a tak najít útěchu a duchovní sílu. Někteří mohou najít sílu také v posmrtné naději, jež se zakládá na zaslíbení, které nese církev a všechny věřící.

Multidisciplinární a celostní přístup k paliativní péči, který se netýká pouze terminálně nemocných pacientů, výslovně potvrzuje definice Světové zdravotnické organizace: „Paliativní péče je přístup, jenž zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, které čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Paliativní péče spočívá v předcházení utrpení a jeho zmírňování pomocí včasného odhalení a dokonalého vyhodnocení a léčby bolesti a dalších potíží – fyzických, psychosociálních i duchovních“ (World Health Organisation 2007, s. 3). Definice pokračuje konkretizací různých stránek paliativní péče, mezi něž mimo jiné patří:

- poskytnutí úlevy od bolesti a dalších symptomů strádání;
- přitakání životu a chápání smrti jako přirozeného procesu;
- neurychlování ani neoddalování smrti;
- propojení psychologických a duchovních aspektů péče o pacienta;
- podporování pacientů v tom, aby žili až do smrti co neaktivněji;
- nabídka podpory, která by rodinám pomohla vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem nad jeho smrtí;
- využití týmového přístupu k plnění potřeb pacientů a jejich rodin;
- zlepšování kvality života.

Paliativní péče obecně a řádná péče o umírající obzvláště tudíž zahrnují množství dovedností, kompetencí a disciplín.

Tyto základní výklady o morální odpovědnosti, jedinečném postavení a důstojnosti lidského života stejně jako o povinnostech i ideálech péče o lidi v nouzi a soucitu s nimi poskytují interpretační rámec, jehož prostřednictvím lze zkoumat specifičtější otázky konce života a diskutovat o nich. Definitivní a absolutní řešení však z tohoto interpretačního rámce přímo nevyplývají. Odpovědi na specifické otázky lépe získáme v dialogickém procesu, kdy je spolu s tímto interpretačním rámcem do vzájemné konverzace vnesena i konkrétní realita.

4.5 ÚCTA K PACIENTOVI

Z výše řečeného vyplývá, že hlavním zájmem a ústředním bodem péče musí být úcta k pacientovi, který prodělává vážnou nemoc, a nečelí pouze tlaku silné fyzické bolesti, nýbrž musí se rovněž vyrovnat s psychickou zátěží stejně jako s trýzní a bolestí existenciální a duchovní. Evangelická tradice nás neučí tomu, abychom se zaobírali vlastní morální dokonalostí, úspěchy a selháními, ale abychom se v lásce, přikázané Pánem, zabývali službou bližnímu a nasměrovali k ní své snahy a prostředky. Abstraktní rozvažování a úvahy o morálních pravidlech, ideálech a normách, které se vztahují k otázkám konce života, tudíž nemohou být nikdy cílem o sobě. Jsou důležité jen potud, pokud poskytují lepší pochopení a kritické vyhodnocení toho, co znamená v konkrétní situaci sloužit s odpovědnou láskou bližnímu. Neodmyslitelným rámcem a těžištěm našich reflexivních snah musí být vždy služba bližnímu a úcta k němu. Toto povolání k láskyplné úctě k bližnímu s sebou nese pozornost vůči němu a uznání jedinečnosti jeho příběhu, vztahů a sebezpochopení. Úcta k bližnímu vyžaduje, abychom ho neredukovali na jeho nemoc, stávající vyhlídku na délku života, fyzický stav či funkčnost nebo na rodinný a společenský status. Ústřední myšlenkou našeho evangelického dědictví je to, že lidského jednotlivce nelze redukovat na jeho nahodilý stav, ať už je to vážná nemoc, úzkost, konfliktní vztahy či pocit samoty a opuštěnosti.

Úcta k druhému tedy vždy vyžaduje, abychom věnovali pozornost jedinečnému charakteru konkrétního života. Lidé se smířují – nebo se o to s neúspěchem pokoušejí – se svým fyzickým utrpením a nastávající smrtí zcela různými způsoby. Obklopují se blízkou rodinou nebo příbuznými,

či se tomu naopak vyhýbají, nebo musejí projít etapami vážné nemoci bez doprovázení blízkých a důvěrně známých. Rozmanitě se vyrovnávají se zranitelností, která běžně patří k těžké nemoci a bližícím se posledním úsekům života. Úcta k druhému, kterou přikazuje láska k bližnímu, se musí vyhnout zevšeobecňujícím a standardizovaným představám o osobních životních příbězích a o tom, co znamená procházet obdobím vážné a terminální nemoci a zápasit s fyzickou, psychickou či duchovní trýzní. Musí být pozorná ke konkrétnímu lidskému jednateli. Zajímá se o to, jak je život této osoby zasazen do vztahů či jejich ztrát, jak je tím ovlivněn a jak tento rozměr života působí na možnost smířit se s vlastní nemocí a smrtí. Znamená to vzít vážně mnohé a vzájemně rozporné pocity, které se v takovém stavu objevují, jako je zoufalství, úzkost, ztráta, naděje, smutek, hněv či zármutek, a nechat je zaznít. A dále to znamená zůstat u člověka a doprovázet ho, neopouštět ho ani tehdy, když jeho rozhodnutí či životní směřování církev bezpodmínečně neschvaluje či netoleruje. Povolání církvi a křesťanů pečovat o člověka a mít s ním soucit není závislé na morální přijatelnosti rozhodnutí či charakteru tohoto člověka. To je obzvláště důležité tehdy, když církev působí v prostředí, kde jsou zásadně podporovány jednání a zákony neslučující se s tím, co církev obvykle považují za ideální a chvályhodnou praxi. V takových situacích církev, sbory a křesťané stojí před výzvou, kdy na jedné straně zvažují své povolání k věrnosti vlastnímu chápání dobrého lidského života, a na straně druhé své povolání setrvat soucitně a s péčí u konkrétního jednatelce, který je veden jinou vizí toho, co může být dobrý lidský život. Za takových okolností a za cenu opuštění trpícího a zoufalého člověka by církev neměla hájit a hlásat své představy o odpovědném morálním životě.

5 PŘERUŠENÍ/NEPOSKYTNUTÍ LÉČBY PRODLUŽUJÍCÍ ŽIVOT

5.1 KLINICKÝ KONTEXT

V jakých situacích je správné neposkytnout či přerušit léčbu prodlužující život? S touto otázkou jsou často konfrontováni vážně nemocní či zranění pacienti, členové jejich rodiny a zdravotníci profesionálové. V nemocnicích a pečovatelských domech se vynořuje v souvislosti s terminálně nemocnými pacienty, například těmi, kdo trpí rakovinou nebo závažnými neurologickými onemocněními, či se starými pacienty, jejichž zdravotní stav je obecně velmi špatný. Objevuje se i ve spojitosti s pacienty, kteří se - například kvůli vážnému poškození mozku následkem nemoci či úrazu - trvale a nezvratně nacházejí ve stavu silně omezené funkčnosti (např. pacienti v trvalém kómatu či pacienti v trvalém vegetativním stavu), přičemž léčba by je mohla při životě zachovat měsíce, ba dokonce roky.

Léčbu prodlužující život lze definovat jako „jakoukoli léčbu a opatření, které oddalují pacientovu smrt. Příkladem je použití přístroje pro mimotělní oběh, jiné formy podpory dýchání, podávání umělé výživy, tekutin (intravenózně nebo pomocí PEG sondy) a antibiotik, dialýza či chemoterapie.“⁵ Je to léčba, která udržuje život, ale nemá již žádnou kurativní funkci. Přerušeni či neposkytnutí takovéto léčby prodlužující život je v zásadě akceptovaným a nutným prvkem klinicko-medicínské praxe, u jednotlivých pacientů však s sebou nese obtížná rozhodnutí a posuzování. Podobně existuje mezi křesťanskými církvemi a v křesťanské etice široká shoda v tom, že povinnost chránit a respektovat lidský život nezahrnuje povinnost učinit vždy vše, co může být učiněno k tomu, aby byl život prodloužen tak dalece, jak to jen medicínsky lze. Tato obecná možnost upuštění od léčby prodlužující život nechává nerozřešené otázky okolností a podmínek, za kterých by se v léčbě mělo, či nemělo pokračovat.

Tyto otázky se obvykle vynořují v souvislosti s pochybami o tom, zda pokračování v léčbě prodlužující život přináší pacientovi jakýkoli prospěch, nebo zda je zbytečné a zatěžující. Pokus rozlišit různé indikace k upuštění od další léčby kvůli potenciální zbytečnosti a zátěži pro pacienta by mohl vypadat takto:

- Pacienti, u nichž léčba prodlužuje obtížný a bolestný proces umírání, například oddaluje smrt o hodiny, dny či pár týdnů, přičemž jsou ve stavu

bolesti a nepohody, které nelze zmírnit, a není vyhlídka na takové vedení života, které by jim mohlo být ku prospěchu.

- Pacienti, u nichž léčba prodlužuje život doprovázený velkým utrpením a bolestí, tj. ti, u kterých by léčba mohla vést k přežití, ale s vyhlídkami na život s fyzickými a/nebo psychickými následky, které pro ně budou velmi neblahé.
- Pacienti v trvalém vegetativním stavu (PVS), tj. s rozsáhlým a nenapravitelným poškozením mozku. Ačkoli jsou přítomny vitální funkce (dýchání, krevní oběh, schopnost přijímat výživu), pacienti jsou zcela závislí na péči a chybí jim jakékoli vědomí jejich „já“ a schopnost interagovat s ostatními. Mohou u nich nastat fáze, kdy se jim otevrou oči a kdy vykazují reflexivní reakce a reakce na bolest (liší se to tudíž od mozkové smrti, kdy v mozku ustaly veškeré funkce a zastavila se mozková cirkulace).
- Pacienti v kómatu, tj. ti, kteří nereagují na jakýkoli druh stimulace, žijí se zavřenýma očima, bez vědomí sebe samých nebo svého okolí. Přežívající komatózní pacienti zůstávají v tomto stavu zřídka déle než 2–4 týdny. Prognóza zní pravděpodobně tak, že stav je nezvratný a bez vyhlídky na zlepšení.⁶

5.2 ETICKÁ DISKUSE: INDIKACE K PŘERUŠENÍ/NEPOSKYTNUTÍ LÉČBY

Hlavní důvody, jež vedou k upuštění od léčby prodlužující život, jsou dvojího druhu: první souvisí s posouzením situací či typu indikace, které umožňují přerušit léčbu, nebo v ní pokračovat, druhý je spjatý s rozhodováním – obzvláště s tím, jak do něj zahrnout pacientovu vůli. První důvod nastoluje otázky, které se týkají kvality života a potenciálního rozlišení mezi péčí a léčbou.

Kvalita života a upuštění od léčby prodlužující život

Jedním ze základních důrazů lékařské etiky, který se těší široké podpoře, je tvrzení, že silně zatěžující, bolestivá a trýznivá léčba je oprávněná jen tehdy, je-li toto břemeno vyváženo dobrem nebo prospěchem, které přináší pacientovi. Léčbu, která je nadměrně zatěžující a bolestivá, aniž by přinášela pacientovi úměrně větší dobro, nelze obhájit. Tato zásada platí také pro léčbu prodlužující život v jeho závěru, a sice v tom smyslu, že léčba, která přispívá pouze k pokračování bolesti a trýzně, avšak žádným způsobem

neprospívá pacientovi ani kurativně, ani paliativně, je těžko ospravedlnitelná.⁷ Je tudíž zapotřebí zhodnotit, jak léčba ovlivňuje k lepšímu či horšímu kvalitu pacientova života. Problematická je přitom taková léčba, jejímž důsledkem je méně kvalitní život, než jaký by byl, kdybychom od léčby upustili. V křesťanské etice a církevních prohlášeních panuje určitá nechuť k odkazování na kvalitu života. Zakládá se na podezření, že z takového odkazování vyplývá tvrzení, že lidský život, který klesne pod jistou hranici kvality, již není hoděn žití. Pokud je v něm takové tvrzení obsaženo, jsou argumenty opírající se o kvalitu života jistě problematické. V tuto chvíli však nehovoříme o kvalitě života proto, abychom posuzovali, zda je nějaký lidský život hoděn žití, či nikoli, ale proto, abychom posoudili, zda má smysl určitá léčba (Keown 2002, s. 44). Nejde o soud, že konkrétní lidský život není hoděn žití, ale o úsudek, že v dané situaci určitá léčba - ve srovnání s tím, když od ní upustíme - stav člověka nezlepšuje, nýbrž ve skutečnosti zhoršuje, a je proto bezdůvodná.⁸

Tato úvaha naznačuje, že léčbu prodlužující život, která jednoduše oddálí smrt o pár dnů či týdnů, avšak zbývající úsek života činí bolestnějším a obtížnějším, než by jinak byl, bychom poskytovat neměli nebo bychom ji měli přerušit. Nejenže by mohla poškodit pacienta tím, že vystupňuje bolest, trýzeň a nepohodu, které souvisejí s intenzivní lékařskou péčí. Tím, že pacientovu pozornost a zbývající energii přeměrovává k přijímání léčby, mu může také mařit možnost připravit se na smrt, uzavřít příběh svého života, smířit se se svým okolím a vypořádat se tváří v tvář smrti s vlastním strachem, důvěrou a nadějemi. Tato léčba pacientům zjevně neprospívá, ale prodlužuje nevyhnutelný, obtížný a vposledku nezastavitelný proces umírání a přidává k němu bolest, zátěž a nepohodu. Máme-li na paměti dříve uvedený popis prvků paliativní péče na konci života, je intenzivní lékařská péče, která pouze prodlužuje proces umírání plný bolesti a trýzně, aniž by poskytla jakoukoli úlevu, ulehčení a útěchu, s řádnou péčí o umírající ve skutečnosti v rozporu.

Pokud jde o další možné indikace, které jsme zmínili výše, je posouzení toho, jak (ne)pokračování v léčbě prodlužující život ovlivňuje jeho kvalitu, komplikovanější. Někteří lidé pochybují o tom, že by léčba, která prodlužuje život za podmínek, které jsme zde popsali, mohla být jakkoli prospěšná. Může mít léčba, která nepřináší nic jiného než prodlužování života zbaveného základních funkcí, smysl?

Na jedné straně nejsou, jak jsme uvedli výše, udržování biologického života a maximalizace jeho délky samy o sobě absolutním dobrem, které má ve všech situacích přednost před veškerými ostatními zájmy. Stejně tak je na druhé straně jasné, že rozumíme-li člověku jako někomu, kdo přijímá život z láskyplné Boží ruky a je povolán k tomu, aby na Boha i svět, obklopující život, reagoval, neznamená kvalita života jednoduše to, že celkový souhrn potěšení převyšuje bolest či celkový souhrn splněných přání převyšuje nesplněná. Kvalitu života musíme chápat v souvislosti se závislostí coby základní charakteristikou lidského života a s jeho základním předpokladem, že na tuto závislost a dobro, které díky ní přijímá, nějak reaguje. Z tohoto hlediska je kvalita života velmi dobře slučitelná se životem, který - například kvůli vážnému poškození mozku, postižení či demenci - postrádá rysy, jako jsou kontrola, intencionalita, racionalita či subjektivní aktivita, nebo trvalé vědomí sebe sama. Ačkoli těmto podobám života může chybět schopnost činnosti v obvyklém slova smyslu, i ony mohou být stále schopny vztahovat se k věcem ve svém okolí přinejmenším s určitým stupněm vědomí a reakce na smyslové podněty, jako jsou doteky, zvuk, světlo a podobně. A život, který se ještě nerozvinul, nebo který dočasně ztratil schopnost tohoto druhu vědomí a reagování, ji může (znovu) získat. Léčba, která udržuje takovýto život, by tedy mohla pacientovi velmi prospět v tom smyslu, že kvalita jeho života bude lepší, než by byla bez léčby. Existují i jiné způsoby vedení odpovědného života jakožto života reagujícího na to, co je přijímáno z Boží ruky a ze světa, který nás obklopuje, než životní příběh, jehož výrazem je sebeprosazení, kontrola, intencionalita a racionalita.

Něco jiného je však lidský život, který existuje pouze jako biologická entita a u něž se zcela a nezvratně ztratila schopnost vědomí. Typickým příkladem je většina pacientů v trvalém vegetativním stavu (kteří se liší, jak jsme ukázali výše, od pacientů v kómatu). Dokonce i za těchto podmínek je lidský život stále předmětem Boží lásky a může být nadále předmětem lásky přátel a rodiny i celého lidského společenství. Patrně zde ale chybí základní předpoklad možné reakce na tuto lásku, receptivní a senzorké schopnosti spjaté se sebeuvědomováním, a to nejen dočasně, ale trvale a nezvratně. V této situaci je méně jasné, jak život prodlužující léčba pacientovi prospívá.

Odlišení péče a léčby?

Součástí některých přístupů, jejichž výrazným příkladem je papežská promluva Jana Pavla II. z roku 2004, je požadavek, aby se rozlišovalo mezi léčbou a péčí, mezi medicínskými postupy a přirozenými prostředky k zachování života, mezi mimořádnými a řádnými nástroji intervence. Medicínské postupy a mimořádné nástroje intervence nemusí být užity nebo lze s jejich užíváním skončit, když se stanou pro pacienta zbytečnými a zatěžujícími. Přirozené prostředky péče nicméně odpovídají na nejzákladnější potřeby všech lidí, na něco, co je pro nás nezbytné, a čeho by tudíž neměl být za jakýchkoli okolností žádný člověk zbaven.

Přínos tohoto rozlišení závisí částečně na tom, jak definujeme rozdíl mezi péčí (řádnými prostředky) a léčbou (mimořádnými prostředky). Zatímco panuje široká shoda v tom, že život prodlužující „mimořádná“ léčba zahrnuje postupy, jako podávání antibiotik, podpora dýchání a dialýza, typickou součástí „běžných prostředků“ je základní péče, jako je hygiena, ošetřování proleženin, podávání tekutin a ulevování od fyzického a psychického nepohodlí. Ve většině případů zabraňují tomu, aby se pacientovo nepohodlí stupňovalo a stalo neúnosným, a jsou proto garantovány a vyžadovány nejen morálně, ale často i právně.

Otázka, do jaké kategorie zařadit umělou výživu, je spornější. Zatímco směrnice v mnoha zemích a klinických prostředích ji uvádějí jako léčbu prodlužující život, která by mohla být ukončena, jakmile není opodstatněná, potvrzuje výše uvedená papežská promluva katolické učení, neboť se v ní říká, že i výživa je běžným prostředkem základní péče, a dokud je ji pacient schopen trávit, nesmí být za žádných okolností ukončena.

Zde je třeba učinit několik poznámek. Nejprve je důležité neztratit ze zřetele trvalý požadavek křesťanského učení, abychom pečovali o život i tehdy, když již není možné zlepšení zdravotního stavu nebo vyléčení. Veškerému lidskému životu – i životu nevyléčitelně a terminálně nemocných – jsme dlužni základní péči, a to nikoli proto, že by byla prostředkem k jeho uzdravení a vyléčení, ale protože odráží status, důstojnost a nárok na úctu, které přísluší každému člověku na základě toho, že je milovaným Božím stvořením. Zachování základní péče o člověka má tedy v křesťanské etice velmi silný předpoklad, což vnáší do diskuse rovněž otázku, jak se starat o pacienty, kteří nemají naději na zotavení z vážné nemoci či úrazu. Tento předpoklad, který mluví pro udržení základní péče včetně výživy,

nelze oddělit od souvislosti mezi péčí a pacientovým základním blahem. Právě proto, že tyto formy péče obvykle přispívají během vážné a terminální nemoci k pacientovu relativnímu pohodlí a pocitu pohody – i tam, kde není naděje na uzdravení či zlepšení stavu –, je povinnost péče morálně závažná. Ačkoli zde máme silný předpoklad, který mluví pro zachování základní péče včetně výživy, neměli bychom ho absolutizovat a oddělovat od zvažování toho, jaký má pokračující léčba ve skutečnosti na pacienta vliv, a zda jen nezhoršuje a neprodlužuje pacientovu trýzeň a bolest, aniž by mu prospívala.

Riziko nadměrné léčby

Se závažnými morálními otázkami a riziky poškození pacienta je spjat nejen problém, kdy upustit od léčby prodlužující život. Existuje i riziko „nadměrné léčby“. Nadměrná léčba představuje značné nebezpečí morálního poškození pacienta a v klinických prostředích je možná větším problémem než neoprávněné přerušování léčby. Dochází k ní tehdy, kdy nemístná dychtivost udělat toho pro pacienta co nejvíce vede lékaře k tomu, že se zaměřují výhradně na zavádění a zkoušení stále nové léčby, ačkoli se pacient blíží terminálnímu stadiu a pravděpodobnost jakéhokoli kurativního či paliativního účinku je téměř nulová. Bez ohledu na to, zda je předepisován z odborného zápalu, nebo skutečného, avšak špatně uplatněného, soucitu s pacientem, může pacienta tento druh léčby vážně poškodit.

Tím, že přistoupí k operacím, které vyžadují bolestivou rehabilitaci, popřípadě zanechají pacienta připojeného po velmi dlouhou dobu na lékařské přístroje, mohou takové medicínské terapie přivodit silné útrapy a utrpení. Mohou však mít i vážné a trýznivé vedlejší účinky. Protože pacientův zájem, zbývající energii, pozornost a soustředění přesměrovávají k podstupování a přijímání léčby (možná plnému nových nadějí a očekávání), mohly by také zamezovat tomu, aby se vyrovnal s vlastní smrtí, svým životním příběhem, vztahy, místem ve světě, nadějemi a přesvědčeními. Mohly by tedy pacientovi zabraňovat v tom, aby se smířil se smrtí. Tento druh nadměrné léčby by mohl poškodit i rodinu a příbuzné, kteří jsou zbaveni jakékoli možnosti rozloučit se s milovaným v „klidu a pokoji“ – ten je místo toho pohlcen léčbou a lékařskými přístroji.

Neměli bychom přehlížet ani vliv na důvěru pacientů stejně jako široké veřejnosti, že pokud by se dostali do stavu terminální nemoci, bude

o ně náležitě pečováno jako o lidské bytosti a nebudou proměněni v pouhé předměty potenciálně reagující na léčebné snahy - lékařské případy.

Je proto nutné zdůraznit, že je nejen dovoleno nečinit pro pacienta, jehož život se chýlí k závěru, vše, co je medicínsky možné. Zajisté by se mělo vyžadovat, aby se v případě fyzické nemoci nepokračovalo v léčbě, a prostředky, znalosti a energie se místo toho zaměřily na péči o pacienta jakožto osobu, která má kromě fyzického rozměru také rozměr citový, duševní a duchovní.

5.3 ETICKÁ DISKUSE: PACIENTOVA VŮLE

Důležitým předpokladem lékařské etiky, předpokladem, který se může opřít o křesťanskou, evangelickou tradici, je to, že bychom neměli nikoho léčit proti jeho vůli. Při posuzování, zda by měla, či neměla být přerušena léčba prodlužující život, je tedy pacientova vůle očividně zásadní. To vede k otázce, jak co nejlépe zohlednit pacientovu vůli, pokud ji neznáme přímo.

Vůle vyjádřená pacientem

V některých případech lze pacientovu vůli zjistit přímo. Pacienti jsou při vědomí, dobře informovaní, uvědomují si svou situaci a mohou výslovně vyjádřit svou vůli ohledně terapeutických zásahů, které by jim mohly prodloužit život. Autonomii obecně a zásadu informovaného souhlasu obzvláště pokládá lékařská etika za zásadní. Pokud pacienti nemají duševní poruchu, netrpí psychickou nemocí ani nemají bludné představy o své situaci, považuje se za vážný prohřešek podrobit je léčbě, k níž nedali souhlas. A ještě závažnější je podrobit je léčbě, které se výslovně bránili a odmítli ji. Autonomie v tomto smyslu, tedy svoboda bránit se nechtěnému narušování vlastního života a těla, je také důležitým důrazem z evangelického hlediska, neboť chrání osobní integritu a umožňuje odpovědnost.

Tato základní norma informovaného souhlasu coby nutného předpokladu zavedení léčby platí i pro nezbytnou, život prodlužující léčbu. Dobře informovaní a svéprávní pacienti mají nárok na to, aby byla respektována jejich rozhodnutí, pokud odmítají další léčbu, i kdyby to znamenalo zkrácení jejich života.

U léčby prodlužující život však mnohdy nemůžeme pacientovu vůli zjistit přímo. Jak se máme s takovými situacemi vypořádat?

Dříve vyslovená přání

Jedním nástrojem jsou takzvaná *dříve vyslovená přání*. Osoba, která je duševně zdráva, podepíše prohlášení, v němž vyjádří svou vůli ohledně léčby prodlužující život pro případ, že nebude následkem budoucí nevyléčitelné nemoci nebo zranění vůbec schopna vědomě vnímat život, nebo bude další život poznamenán silnou bolestí, trvalým poškozením a bezmocí.⁹

Zde je důležitá otázka, zda by dříve vyslovený pokyn či přání měly být závazné pro rozhodnutí zdravotnického personálu. Pro tuto otázku je klíčové, zda jsou lidé skutečně schopni opravdu informované a autonomní volby ohledně potenciálního budoucího stavu vážné nemoci či zranění. Mohou jednotlivci vědět předem, jak budou v takovém stavu vnímat život, a mohou vědět, jaké potom budou mít ústřední hodnoty a přání? Mnozí lidé souhlasí s tím, že dříve vyslovená přání by měla mít, pokud jde o léčbu prodlužující život, značnou váhu. Námitka proti jejich chápání jako absolutně závazných však zní tak, že u jednotlivců nepočítají se změnami přesvědčení, hodnot a celkového posuzování života. Jedním ze způsobů, jak se s tím vyrovnat, je požadavek, aby neexistovaly žádné rozumné důvody, které by vedly k názoru, že přání již nevyjadřuje pacientovu vůli.¹⁰ Jiným způsobem by byl požadavek, aby byla přání dokládána „obnoveními“, například každoročně potvrzována.

Zdá se, že existují dva poněkud rozdílné postoje k dříve vysloveným přáním a otázce jejich postavení coby závazných vyjádření vůle osoby, která již není svéprávná. Jednak je lze chápat ve smluvním či právním smyslu jako stanovení souboru práv pacienta a povinností lékaře a jako zproštění lékařů nařčení z přečinů, pokud přání vyhoví. A jednak je lze pokládat za jeden z řady faktorů při zjišťování pacientovy vůle. Dříve vyslovené přání by tedy bylo zásadní, a to tím více, čím je aktuálnější, ale nebylo by při stanovení pacientovy vůle jediným prvkem.

Pacienti s duševní poruchou/nesvéprávní pacienti

V některých situacích nejsou pacienti schopni zformulovat a nebo vyjádřit svá přání, avšak dříve je nesepsali. Jak se potom lze odpovědně rozhodnout ohledně léčby prodlužující život? Zdá se, že jediným řešením je snaha dopřít – tak dalece, jak to jen lze – k pacientovu přání nepřímou a propojit je s medicínským zhodnocením toho, co je v jeho nejlepším zájmu.

Členové rodiny

Snaha o prověření pacientova přání v takových případech se obvykle neobejde bez nějakého druhu zmocněnce, který dbá na pacientovy zájmy. Často je to blízký člen rodiny, například manžel, manželka či partner, partnerka, dospělé dítě, rodič nebo sourozenec. Protože pacienta dlouho důvěrně znají, mohou hovořit o takovéto situaci i o tom, co by si pacient přál. Mohli by znát pacientovy obecnější názory a hodnoty a vyvodit z nich, co by pacient chtěl. Navíc od nich lze obvykle očekávat, že jim zájmy člena rodiny leží na srdci.

Mohou tedy existovat dobré důvody k tomu, abychom při rozhodování ohledně léčby chápali názory členů rodiny jako důležité. V této souvislosti bychom však měli mít na paměti několik věcí. Zaprvé nesmí existovat důvodné podezření, že člen rodiny či zmocněnec toho ve skutečnosti o pacientovi ví málo, nebo mu neleží na srdci jeho nejlepší zájmy. Zadruhé by měla mezi lékaři či zdravotnickým personálem a členy rodiny probíhat obšírná a důkladná debata, aby se zajistilo zapojení rodiny do rozhodovacího procesu. A konečně – finální rozhodnutí by mělo spočívat na lékaři. Členové rodiny by nikdy neměli nést břemeno konečného rozhodnutí o ukončení léčby milovaného. Navíc by měl být odpovědný zdravotnický personál obzvláště obezřetný v případech, kdy mezi členy rodiny nevládne v otázce pokračování léčby shoda.

Opatrovník

Zmocněncem může být v některých případech ustanovený opatrovník (např. právník), který je ze zákona pověřen a povinován dbát na pacientovy zájmy. Tato osoba může být samotným pacientem jmenována dříve, než se tento stane nesvéprávným (analogie k dříve vyslovenému přání), anebo určena poté, co nesvéprávnost nastane. Může se tak dít z několika důvodů: například když neexistují žádní blízcí členové rodiny; když pacient nechce, aby členové rodiny hovořili jeho jménem v situacích nesvéprávnosti; když jsou okolnosti v rodině takové, že její členové nejsou schopní či způsobí dbát na pacientovy nejlepší zájmy; nebo když pacient či rodina chtějí odlišit formální roli opatrovnictví od milující a pečující rodiny. Pokud nemáme důvod domnívat se, že členové rodiny neznají pacientova přání a jeho nejlepší zájmy nebo se o ně nestarají, a je-li ustanoven opatrovník, může být také vhodné, aby se se členy rodiny poradil.

Právě proto, že konečné rozhodnutí je na lékaři, je důležité, aby odpovědný lékař před tím, než rozhodne, diskutoval s příslušnými lidmi a radil se tak účelně a široce, jak to jen lze, aby co možná nejlépe určil, jaké rozhodnutí odpovídá pacientovu přání a slouží pacientovým nejlépeším zájmům.¹¹

Dobrá komunikace a zvažování, které napomáhají odpovědné a kvalitní péči o pacienty s duševní poruchou a týkají se potenciálních rozhodnutí ohledně konce života, by měly být: a) transparentní: pro členy rodiny a příbuzné, zdravotnický personál a odpovědného lékaře i širokou veřejnost/případné pacienty - v tom smyslu, že je známo, s kým by měla proběhnout konzultace a jaký význam bude jeho rada mít; b) inkluzivní, tj. měly by být zapojeny všechny profese/skupiny/oddělení a personál, které se podílejí na léčbě pacienta (různé skupiny, jako jsou lékaři, zdravotní sestry či poradci mohou mít různé znalosti a informace o pacientových hodnotách, názorech a úmyslech), a náležitým způsobem jsou zapojeni i členové rodiny, dostávají dostatečné informace a jsou přizváni do rozhodovacího procesu; c) neuspěchané: je třeba se co možná nejvíce vyhnout tomu, aby byl rozhodovací proces kvůli výhodnosti či prostředkům nepřiměřeně urychlován. Měli bychom být obzvláště pozorní a vnímaví k členům rodiny, kteří se snaží vyrovnat s blížící se smrtí milovaného člověka, jenž je vážně nemocný nebo zraněný, a dopadem, jaký má tato situace a její očekávaný průběh na jejich i pacientův život. Členům rodiny by měl být - také v prostředí sboru - poskytnut dostatečný čas ke zvažování, k poradě a podpoře. Než se dospěje k závěru o léčbě prodlužující život, je třeba naslouchat jejich starostem a obavám a pomáhat jim smířit se se situací a předpokládanou ztrátou milovaného. Před mimořádnými výzvami stojíme tehdy, když je dotyčným pacientem dítě. V takových situacích je obzvláště důležité, abychom členům rodiny, například rodičům, dali dostatečný čas a prostor na rozhovory, aby se vyrovnali s traumatickou situací, kterou není pouze ztráta dítěte; musí být také schopni pochopit, jak je tato ztráta provázána s rozhodnutím ukončit léčbu, a musí jim být umožněno, aby se sami na tomto rozhodnutí podíleli.

Přerušeni nebo neposkytnutí léčby prodlužující život: závěr

Přerušeni nebo neposkytnutí léčby prodlužující život je za určitých okolností nejen dovoleno, ale mohlo by být jako prvek náležité péče o vážně, trvale či terminálně nemocného pacienta dokonce vyžadováno. V každém případě

to platí vždy, když pokračování v léčbě pacientovi neprospívá kurativně, paliativně ani neprodlužuje život, který má kvalitu v křesťanském smyslu, kvalitu, jež spočívá ve schopnosti přijímat či pociťovat projevanou lásku nebo na ni nějak reagovat. Křesťanská tradice trvale zdůrazňuje povinnost pečovat o vážně nemocné a umírající, i když neexistuje naděje na vyléčení či zlepšení stavu. Z toho vyplývá, že výraznou přednost mají taková léčebná opatření, jež dokážou v posledních hodinách života zmírnit bolest, nepohodlí a strádání. Lékařská, klinická a ošetrovatelská opatření, ať už vedou k prodloužení života, či nikoli, jsou na jedné straně zásadními morálními povinnostmi, které nás silně zavazují, a nelze je jednoduše pominout kvůli jiným zájmům. Na straně druhé to ovšem nejsou požadavky absolutní, u nichž bychom nemuseli zvažovat jejich následky pro pacienta a jeho stav. Z toho vyplývá konkrétně to, že evangelické církve, ačkoli jsou si vědomy těžkého morálního dilematu, obtížného posuzování a vážných morálních pochybností, nemíní odmítnout např. přerušení výživy pacientům v trvalém vegetativním stavu jako vždy a naprosto špatné.

Morální pochyby a posuzování se netýkají pouze rozhodnutí, ale také procesu, kterým se k rozhodnutí dospěje. Pacientovo výslovné a na dobrých informacích založené přání, aby nebyl nadále léčen, je třeba respektovat. A pokud pacient s duševní poruchou předem vyjádřil přání ohledně léčby, má to značnou váhu, zejména chybí-li důvody myslet si, že tato přání již pacientovu vůli neodrážejí. V případech, kdy takový předchozí pokyn chybí a pacient trpí nezvratnou duševní poruchou, je pro rozhodnutí obzvláště důležitá komunikace a konzultace. Ty by měly být inkluzivní, tj. zahrnovat dostatečně široké spektrum profesí, ošetrovatelského personálu a poradců. Důkladně bychom se měli poradit s blízkými rodinnými příslušníky, příbuznými a přáteli, kteří pacienta dobře znají a u nichž lze odůvodněně předpokládat, že jim leží na srdci jeho blaho, a dát jim dostatečný čas a prostor k tomu, aby se s rozhodnutím i s předpokládanou ztrátou svého milovaného vyrovnali. Konečné rozhodnutí by však na jejich bedrech spočívat nemělo.

6 PALIATIVNÍ PÉČE, LÉČBA A SEDACE

Argument, který často užívají zastánci legalizace eutanazie a sebevraždy, zní, že existují případy, ve kterých pacient nevidí žádný jiný schůdný způsob, jak se vyrovnat se svou situací, než že se mu umožní asistence při ukončení života. Jejich odpůrci mnohdy poukazují na přednosti paliativní péče coby alternativy. Paliativní péče však může nastolovat vlastní otázky, a je proto nezbytné uvažovat o ní důkladněji.

Paliativní péči, jak jsme zmínili výše, definuje Světová zdravotnická organizace jako přístup, jenž zlepšuje kvalitu života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a jejich rodin prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení, což zahrnuje léčbu bolesti stejně jako řešení fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (viz výše část 4.4). Zabývá se mnohem širším spektrem problémů, než je zmírňování symptomů, které se obvykle objevují v posledních stádiích života. Pokouší se doprovázet pacienty v posledním úseku života a hledá způsoby, jak jim zlepšit kvalitu života.

Paliativní medicína a péče se v nedávných letech značně rozvinuly. Zesílený zájem je věnován interdisciplinaritě, zapojení a přispívání různých profesních skupin, a vedle jejího fyzického rozměru jsou do pochopení vážné nemoci zahrnuty také dimenze psychosociální a duchovní. Díky rozsáhlým výzkumným programům se zlepšily poznatky i praxe a tento předmět se postupně stává součástí vzdělávacích programů pro lékaře. Církve by měly prosazovat, aby tato oblast byla v našich zdravotnických službách i medicínském vzdělávání a výzkumu upřednostňována.

Ačkoli tento vítaný rozvoj změnil kontext otázek konce života obecně a eutanazie a asistované sebevraždy obzvláště, jak o tom budeme hovořit podrobněji níže, žádné jednoduché řešení, které by všechny obtíže a etická dilemata odstranilo, neexistuje.

Jedna otázka byla díky pokrokům a rozvoji paliativní péče do velké míry překonána. Jde o z mnoha učebnic lékařské etiky známou tradiční otázku zesílené analgetické léčby, jejímž vedlejším účinkem by mohlo být urychlení smrti. Ačkoli se tato léčba stala součástí běžné praxe, otázka, jak rozlišit mezi tímto druhem léčby a eutanazií a proč může být ono první tak snadno přijímáno, zatímco druhé zjevně nikoli, se po léta objevovala v etických debatách.

Dnes však tento problém ztratil mnoho ze své naléhavosti. Díky rozvoji paliativní medicíny a vylepšené léčbě symptomů bolesti je nepravděpodobné, že účinná analgetická léčba bude mít vliv na zkrácení života. Ve skutečnosti má často opačný efekt - život prodlužuje a jeho kvalitu zlepšuje.

Pacient osvobozený od silné bolesti a nepohody se může například uvolnit a spát lépe, je méně vystaven psychickému a fyzickému vyčerpání a může zakoušet zvýšenou kvalitu života, což v úhrnu život spíše prodlužuje, než zkracuje. To je silný argument pro to, abychom účinnou analgetickou léčbu rozšiřovali a nehleděli na ni skepticky.

Navzdory značným zlepšením paliativní medicíny a péče existují krajní případy, kdy umírající pacienti trpí strašnými bolestmi, dušností, nevolnostmi, neklidem a křečemi, na které nezabírá žádný druh léčby. Nabízí se tak otázka, zda by k omezení pacientova vědomí byla přijatelná paliativní sedace. Paliativní sedaci lze předběžně definovat jako zavedení a udržování sedace (podáváním léčiv) za účelem úlevy od bolesti a dalších druhů utrpení u pacienta, jenž je blízek smrti, s výlučným záměrem utišit nezvladatelnou bolest. Hloubka stejně jako trvání sedace by se lišily v závislosti na pacientově stavu, avšak se záměrem zmírnit bolesti, nikoli ukončit život.

Podmínkou pro toto opatření by byl obvykle předpoklad, že pacient bude žít pouze několik málo dní, ačkoli prognostické odhady jsou obtížné a musí se opírat o co nejlepší klinický úsudek lékaře, jeho zkušenosti a konzultaci s kolegy. Měla by být dokončena veškerá relevantní diagnostika, aby se rozlišilo mezi vedlejšími účinky léčby a symptomy nemoci, a vyzkoušena všechna další náležitá léčiva. Kromě toho by měla být zohledněna veškerá relevantní medicínská kompetence, jako jsou odborné znalosti v paliativní péči. Mělo by být provedeno i důkladné psychiatrické posouzení, aby se adekvátně naložilo s psychiatrickými symptomy, o kterých je známo, že se objevují v terminálním stadiu a reagují na jiné formy léčby.

Pokud obdržíme pacientův informovaný souhlas, ať již přímo nebo prostřednictvím zmocněnce, což v těchto situacích samo o sobě očividně představuje výzvu, je záměrná sedace, jejímž účelem je zbavit pacienta vědomého vnímání a zakoušení nezvladatelných a nesnesitelně bolestivých symptomů, stěží nepřijatelná.

Za povšimnutí stojí zprávy, které zprvč ukazují, že existuje málo důkazů pro to, že tato praxe zkracuje život. Zdá se, že - stejně jako účinná

paliativní léčba obecně - život nezkracuje, nýbrž spíše prodlužuje. Z druhého se zdá, že je toto opatření ojedinělé a sahá se k němu pouze v krajních případech, zejména proto, že roste kompetence v paliativní péči a zlepšuje se management bolesti a zmírňování symptomů.

7 EUTANAZIE

7.1 DEFINICE OTÁZKY

Výše uvedená diskuse ukazuje, že péče o umírající v některých případech zahrnuje přerušení či neposkytnutí léčby prodlužující život. Naléhavou a nevyřešenou otázkou však samozřejmě je, zda do tohoto repertoáru péče o vážně nemocného a umírajícího pacienta může patřit i eutanazie a asistovaná sebevražda. Zaměříme se nejprve na otázku eutanazie, zatímco příbuzným, třebaže odlišným problémem asistované sebevraždy se budeme zabývat později.

Ačkoli definici eutanazie nelze oddělit od teoretické a normativní diskuse o tomto předmětu, popis uvedený níže pokrývá nejtypičtější a paradigmatické případy, a je proto užitečný pro následující diskusi: „Záměrné usmrcení osoby podáním léčiv lékařem na její dobrovolnou a právně platnou žádost“¹² (EAPC 2004).

Při diskusi o eutanazii je třeba rozlišit dva rozměry problému. Jeden se týká eutanazie jako etického problému a zabývá se interpretací tohoto jevu ve všeobecnějším rámci (například tom, který jsme nastínili výše) a normativním ospravedlněním této praxe, přičemž zkoumá, zda mohou být pro nebo proti eutanazii uvedeny normativně platné důvody. Další rozměr se zabývá eutanazií jako právním problémem. Táže se, jak bychom se s ní měli vypořádat legislativně a ve veřejné politice. Je důležité si povšimnout, že tyto dva rozměry nejsou identické, ačkoli zjevně nejsou oddělené. Zákony neurčují, které etické nároky jsou normativně platné a legitimní, a to, co je eticky normativní, nemůže být přímo přeneseno do zákonů a politické regulace.

7.2 ETICKÁ DISKUSE

Na první pohled se zdá, že z křesťanského, evangelického hlediska existují dobré důvody eutanazii odmítnout: jeví se jako přímé ukončení života jiné osoby, a to takové, na které se nevztahují výjimky ze zákazu zabití, které křesťanská etika obvykle uznává (sebeobrana či obrana druhého). A očividně narušuje základní status lidského života coby nedotknutelného, když odmítá povinnost jej nepoškozovat či nezničit. To, že je eutanazie zjevně v rozporu s těmito fundamentálními morálními normami, podle všeho poskytuje silný předpoklad proti jejímu přijetí. Mohly by navzdory tomuto

zřejmému předpokladu existovat platné etické důvody, který by eutanazii ospravedlnily?

Zastánci eutanazie se obvykle odvolávají na kombinaci dvou typů důvodů: zprvė na autonomii a zadruhé na beneficenci (či pacientovy nejlepší zájmy). Obė představuje hluboce zakořenėné a široce přijímanė morální důrazy. Opodstatněně jsou považovány za platné etické ideály. Avšak poskytují odůvodněný a přesvědčivý argument, který převáží výše zmíněný předpoklad proti přijetí eutanazie?

Autonomie a eutanazie

Myšlenka autonomie hraje v lékařské etice význačnou roli a často je v ní traktována. Je ovšem komplexním pojmem s mnoha různými významy, které od sebe nelze vždy snadno oddělit. V sekulární, filosofické lékařské etice převládají dva poněkud rozdílné významy autonomie. Oba jsou pro diskusi o eutanazii důležité, avšak mnohdy vedou k různým závěrům. Kantovské pojetí chápe autonomii jako sebezákonnodárství a schopnost jednat podle rozumového zákona univerzálních principů, nikoli podle nahodilých podnětů či vnějšího tlaku. Daná schopnost tohoto druhu autonomního jednání navíc definuje účel o sobě, a proto přikazuje, aby se s člověkem zacházelo vždy také jako s účelem o sobě, a nikdy pouze jako s prostředkem k nějakému účelu. Druhé pojetí považuje autonomii za schopnost jednat na základě osobních priorit, zájmů a plánů. Takto chápaná autonomie dovoluje člověku vyjádřit a uskutečnit vnitřní potenciál a jednat podle individuálních aspirací a hodnot. Autonomie, tak jak figuruje v sekulární lékařské etice, jistě není pro evangelickou etiku nedůležitá, je zde však ještě jiný pojem, totiž pojem svobody, který je podstatnější. Tento pojem se vztahuje na člověka jako v podstatě definovaného vztahem k Bohu, nikoli světskými, vnějšími autoritami. Protože ospravedlnění vírou osvobozuje člověka od úmyslu uskutečnit konečný význam života morálním úsilím a výkonem, je také osvobozen k tomu, aby s odpovědnou láskou a péčí bližnímu sloužil. Evangelický pojem svobody se tudíž nejprve zakládá na předcházející a elementárnější dimenzi daru, přijetí a závislosti. Zadruhé nemůže být svoboda, ačkoli je dána Bohem a nikdy ji nelze uskutečnit nebo manifestovat v morálním výkonu, oddělena od odpovědnosti.

Nejprve si musíme uvědomit, že přijetí eutanazie jednoznačně nevyplývá ani ze sekulárních či filosofických pojetí eutanazie. Řada vykladačů

by popřela, že kantovská verze autonomie jako sebezákonodárství a schopnosti jednat na základě rozumového, univerzálního zákona eutanazii ospravedlňuje. Praxe eutanazie by podle jejich mínění byla v rozporu se základní morální povinností nepovažovat člověka – ať už jde o vztah k sobě samému nebo k někomu jinému – za pouhý prostředek, ale vždy také za účel o sobě. Podryla by samotný předpoklad autonomie, totiž existenci lidské osoby. Jiní by však možná měli tendenci začít argumentovat spíše se souborem základních práv, která by ostatní měli naprosto respektovat, a do tohoto souboru zahrnout také právo na asistenci při umírání, kterou by poskytl druhý, souhlasící člověk. To ovšem stále ponechává otevřenou paradoxní otázku, jak může bezrozporně existovat právo na odstranění sebe sama coby nositele práv.

Pojem autonomie coby sebeurčení a možnosti věnovat se vlastním aspiracím, zájmům a prioritám je k obhajobě eutanazie jako morálně přijatelné praxe užíván jednotněji. Je toto pojetí autonomie, pokud ho převezmeme, samo o sobě přesvědčivý argument? Vzbuzuje přinejmenším několik otázek. Nejprve je tu opět otázka rozsahu autonomie. Sahá tak dalece, že může rozhodnout o vlastním zničení?

V některých interpretacích autonomie se tvrdí, že nemůže být užita pro rozhodnutí, která v budoucnu umenší nebo zničí autonomii ve smyslu schopnosti osoby řídit samu sebe. Někteří lidé by navíc pochybovali o možnosti s jistotou získat trvalé a rozhodné přání vážně a možná terminálně nemocného pacienta. Studie prokázaly, že vůle žít u vážně nemocných a umírajících pacientů je značně proměnlivá (Chochinov et al.); navíc může řada stavů, které se v tomto stadiu u pacientů pravděpodobně objeví (únavy, úzkost, deprese), snížit autonomii ve smyslu schopnosti učinit informované, uvážené a záměrné rozhodnutí nenarušené vnějším vlivem (Johansen et al.). Někdo by na to mohl namítnout, že není konzistentní přiznávat pacientově autonomii tolik váhy v rozhodnutích ohledně upuštění od léčby (srov. výše kap. 5) a zároveň na ni pohlížet s takovým podezřením, když jde o otázku eutanazie. Jedna odpověď zní, že autonomní rozhodnutí odmítnout zásahy a zákroky například v podobě nechtěné léčby má větší váhu než autonomní nárok na přijetí jistých druhů služeb, podpory, pomoci atd., jako je asistence u umírání. Studie také ukázaly, že žádosti o eutanazii ve smyslu přímého a záměrného ukrácení života do velké míry souvisejí s paliativní péčí a léčbou. Přímých žádostí o eutanazii totiž značně ubývá,

zatímco žádosti o to, aby nebyla zaváděna léčba udržující životní funkce, jak se zdá, přetrvávají (Neudert et al. 2001). Měli bychom si však povšimnout i toho, že se o eutanazii někdy žádá i tehdy, když se pacientovi dostalo adekvátní paliativní péče. Z toho vyplývá, že zlepšená, účinná a adekvátní paliativní medicína a péče mohou do značné míry žádosti o eutanazii ovlivnit, ale zcela je neodstraní.

Tuto interní kritiku může evangelický přístup, který se zakládá na úplně jiném pojetí svobody coby něčeho, co předchází etický koncept autonomie, doplnit v první řadě zpochybněním těchto filosofických pojmů autonomie. Podle evangelické tradice, jak jsme uvedli výše, se svoboda zakládá na vztahu člověka k Bohu ve stvoření a ospravedlnění: člověk dostává život z Boží ruky. Svoboda je tudíž vnitřně spjata s odpovědností a povoláním k tomu, abychom se Bohu za život přijatý z jeho ruky zodpovídali, ačkoli není obojím podmíněna. Tento pojem svobody zjevně není ekvivalentní vlastnímu určování či řízení života, který člověku náleží, nýbrž je spojen právě se zodpovědností Bohu za přijatý život. Zpochybuje využití autonomie pro ospravedlnění eutanazie, když tvrdí, že svoboda neznamená absolutní sebeřízení či sebevlastnění, ale je nerozlučitelně spjata s odpovědností za vlastní život, a to vůči sobě, ostatním, stvořenému světu a vposledku Bohu.

Beneficence a eutanazie

Ti, kteří se domnívají, že existují situace, v nichž by eutanazie mohla být povolena, často tvrdí, že v případech, kdy má pacient silné bolesti, velmi trpí a nemá naději na uzdravení či úlevu, by mohlo být ukončení života v pacientově nejlepším zájmu. Za předpokladu, že si to pacient výslovně přeje, by mu tedy nemělo být zabráněno v přístupu k eutanazii.

To, zda pacientovi eutanazie může prospět, či nikoli, nelze rozhodnout bez zvážení dostupných alternativ. Studie o důvodech, které pacienty vedou k žádosti o eutanazii, ukazují, že pohnutkou je zřídka pouze fyzická bolest; spíše jde o častou kombinaci s bolestí duševní a jejími důsledky, jako je ztráta smyslu a významu, pocit, že se člověk stal břemenem nebo že zakouší nedůstojný stav života.

To odpovídá studiím, které tvrdí, že pacienti upřednostňují takzvaná individuální měřítka kvality života, tj. měřítka kvality života určená jejich individuálními prioritami, aspiracemi a hodnotami (Neudert et al. 2001).

Pacientova zkušenost silně snížené kvality života, která potenciálně vede k žádosti o eutanazii, pravděpodobně vyplývá z kombinace faktorů, které se neskládají pouze z fyzického rozměru nemoci a doprovodných symptomů bolesti, ale také z dalších dimenzí, jako je dimenze sociální a existenciální. Paliativní medicína a péče, které dokážou lépe uchopit tuto šíři dimenzí s ohledem na pacientovu individuálně vnímanou kvalitu života, by tím rovněž byly lépe vybaveny k reagování na žádosti o eutanazii a jejich snižování.

Přiměřené odpovědi na otázku eutanazie by také měly korespondovat s kontextovou závislostí a sebeinterpretací povahou, které důvody žádosti o eutanazii mají. Sebeinterpretace, to, jak člověk vnímá a chápe svůj život jakožto mající (či nemající) určitý smysl a jakožto utvářený kolem jistých narativů, je také zprostředkována zdroji, které jsou k dispozici v kultuře a společnosti, jež ho obklopuje: například obrazy, symboly, metaforami a hodnotovými systémy, skrze něž si vytváříme představy o lidském životě a rozumíme sociální interakci. Pokládat svůj život za nehodnotný a bezcenný ve stavu vážné a terminální nemoci, při závislosti na péči a pomoci ostatních a neschopnosti projevit a kontrolovat základní lidské vlastnosti a funkce, je interpretace, která je rovněž zprostředkována zdroji dostupnými v pacientově okolí. Odpověď, která na žádost o eutanazii v této situaci jednoduše přijme jako daný fakt sebeinterpretaci pacienta, který zakouší konec života jako nehodnotný, nejde dost daleko. Je nezbytné zkoumat možnosti nalezení a etablování zdrojů, díky kterým lze dospět v terminálním stadiu života k jinému pohledu na sebe sama. Již zmíněné silné zlepšení možností paliativní medicíny a péče nás vede dalece tímto směrem, a proto je nezbytné, aby se církve zasazovaly o další zvýšené úsilí v této oblasti. Zároveň by mělo být řečeno, že paliativní péče nevyřeší všechna dilemata a problémy na tomto poli. Mohou zde být pacienti, kteří trpí neuctěšitelnou bolestí, a obzvláště je pravděpodobné, že existují pacienti, kteří nadále vnímají svůj život a stav terminální nemoci jako neúnosný a nejsou v něm schopni nalézt jakékoli potěšení či hodnotu. Situace, které jsou z hlediska medicínské a fyzické dimenze relativně podobné, mohou různí pacienti hodnotit co do individuální kvality života velmi odlišně.

V této souvislosti je třeba zmínit jednu konkrétní věc. V prohlášeních evangelických církví, která se týkají rozhodování o konci života, občas stojí, že nemoc, bolest a utrpení jsou nevyhnutelnou a neodmyslitelnou součástí lidského života, jak jej známe. Jakkoli to může být pravdivé, je

toto tvrzení někdy užíváno argumentačně tak, že to vzbuzuje obavy. Církev zřídka kdy zkoumá potenciální význam rozlišování mezi utrpením, kterému se skutečně lze vyhnout nebo ho je možné zmírnit, a utrpením, které je vůči lidskému jednání a tišení odolné. To, že samotný jev utrpení, včetně nemoci a fyzické bolesti, se bude na světě, jak jej známe, vyskytovat vždy, neumenšuje povinnost tišit a léčit fyzické bolesti, od nichž lze pomoci, jak jen to je možné. Ačkoli některé vážně nemocné osoby, které trpí silnými bolestmi, mohou i za těchto podmínek nacházet smysl, neexistují důvody nemoci a smrti přitakávat, či je dokonce glorifikovat. Mnohým – pacientům i příbuzným – se vážná nemoc a blížící se smrt jeví jako něco naprosto bolestného a nesmyslného. Církev by tyto zkušenosti neměla pomíjet, ani by se neměla vyhýbat morálním výzvám, které představují, tím, že se příliš rychle uchýlí k tvrzení, že nemoc, utrpení a bolest jsou neodmyslitelnou součástí života a mohou být oblastmi významu.

Křesťanský, evangelický pohled na lidský život zdůrazňuje, že závislost na péči druhých – zdravotnického personálu, rodiny či přátel – není neautentickou či nedůstojnou podobou lidské existence. Závislost lze lépe popsat jako neodmyslitelný rys lidského života, úzce spjatý se skutečností, že život lidé nezískávají sami, ale přijímají jej ze zdrojů, které jsou mimo ně. Nejenže je tedy zkušenost závislosti slučitelná s důstojností, která se projevuje v lidském životě; může nás také upomenout na jednu z elementárních podmínek lidského života, ve kterých všichni žijeme, totiž jeho základní a nevyhnutelnou vztahovost. Důležitým úkolem církve je tyto interpretační prostředky vážně nemocným a umírajícím lidem zpřístupnit a umožnit a podpořit vlastní chápání života jako něčeho, v čem se projevuje lidská důstojnost. Rozvoji a politickému upřednostňování paliativní péče ve všech jejích formách, ať už v hospicích, na odděleních paliativní péče, v domácí péči nebo v denních stacionářích, se tak přiznává její důležitost.

Dobrá paliativní péče usiluje nejen o zmírnění fyzické bolesti, ale také psychického strádání, sociálních a vztahových potíží stejně jako duchovních problémů, které souvisejí s nedostatkem smyslu a naděje, a tak značně přispívá k pacientovým možnostem prožít konec života jako projev důstojnosti, nikoli jako nedostatek hodnoty. Na tomto místě si chtějí evropské evangelické církve připomenout doporučení Rady Evropy k uspořádání paliativní péče, které dala svým členským státům (Council of Europe 2003b). Studie provedené ve spojitosti s touto zprávou dokládají, že v celé

Evropě existuje rozsáhlý zájem a úsilí o zakládání služeb paliativní péče, ale také to, že jsou „značné rozdíly v míře dostupnosti paliativní péče pro ty, kdo ji potřebují“ (Council of Europe 2003b, s. 22). Mezi doporučení, která stojí za připomenutí, patří to, které vyzývá vlády členských zemí k „přijetí politických, legislativních a jiných opatření nutných k vytvoření uceleného a komplexního národněpolitického systému paliativní péče“ (Council of Europe 2003b, s. 8).

Eutanazie a upuštění od léčby: podstatný rozdíl

Argument, který často používají ti, kdo věří, že eutanazie může být morálně přijatelná, praví, že neexistuje morálně podstatný rozdíl mezi přerušением léčby a eutanazií, a je tudíž nedůsledné přijímat první a odmítat druhé. Zdá se, že daný argument se zakládá na tomto předpokladu: protože výsledek – pacientova smrt – je v obou situacích stejný, situace jsou, co se týče jejich morálně relevantních kvalit, podobné.

Výsledky však nejsou jedinými morálně relevantními kvalitami takovýchto situací. Jiným aspektem, na který se často poukazuje, aby se obhájil rozdíl mezi eutanazií a přerušением či neposkytnutím léčby, je úmysl. Zatímco přerušением léčby chce zamezit prodloužení procesu umírání, který pacientovi způsobuje silnou bolest, aniž jsou patrné nějaké kladné účinky nebo zlepšení jeho situace, je záměrem eutanazie pacientův život ukončit. Užívání úmyslu k obhájení tohoto rozdílu v morální kvalitě nicméně naráží na některé problémy. Především je poněkud obtížné vypořádat se s ním v praxi. Naše úmysly jsou děravé a proměnlivé, jsou značně náchylné k tomu, aby se utvářely podle našich přání a potřeb, a do určité míry jsou nejasné i nám samotným. To, zda je skutečně mým úmyslem v daném okamžiku neposkytnout léčbu, kterou pokládám za zbytečné prodlužování pacientova umírání, nebo je mým záměrem ukončit pacientovo trápení, nelze s naprostou jistotou určit. A navíc – i pokud to do jisté míry možné je, úmysl bývá málokdy chápán jako rozhodující měřítko pro posuzování přijatelnosti nějakého jednání. Zřídka se má za to, že jinak problematické jednání je ospravedlněno a lze jej přijmout jednoduše na základě argumentu, že úmysl byl dobrý.

Dalším a přesvědčivějším argumentem, jenž tento rozdíl mezi eutanazií a upuštěním od léčby obhájí důsledněji, je rozlišení mezi „jednáním“ a „zdržením se jednáním“. V tom, zda ke konkrétní situaci – řekněme ke smr-

ti nějaké osoby - dojde na základě toho, že se člověk zdrží jednání, nebo toho, že jedná, je morální rozdíl. Podle tohoto argumentu existuje zkratka podstatný rozdíl mezi tím, zda něco činíme, nebo pouze připustíme, aby se něco stalo. Tento rozdíl nespočívá v subjektivním stavu mysli jednajícího, nýbrž se zakládá na rozdílu v objektivní účasti jednajícího prostřednictvím jeho činů a zásahů. Pokud jde o morální hodnocení, „konání“ a „připuštění“ není totéž, byť je výsledek v obou situacích stejný. Jde o to, že jsme zodpovědní nejen za výsledky, ale také za to, jak jsme se na nich podíleli svým jednáním a chováním. Pro morální posuzování není lhostejné, zda se něco stane kvůli mému nezasahování, či zda se tak stane, protože něco udělám. Jistě mohou nastat situace, kterým lze rozumět tak, že pouhé nezasahování nečiní osobu méně vinnou, než kdyby jednala přímo. Pasivní přihlížející se nevyhne morální vině, když nezasahováním připustí, aby zemřelo dítě, které ve vaně sklouzlo pod vodu. Takové příklady však nejsou analogické s rozdílem mezi nezavedením léčby prodlužující život a eutanazií. Navíc neruší skutečnost, že morálně záleží na našich činech, praktikách a chování, nikoli jen na výsledcích, které z nich vyplývají. Některé evangelické církve užívají toto rozlišení mezi „očekáváním“ smrti a „urychlováním“ smrti jako pomůcku k vysvětlení rozdílu, který spatřují mezi upuštěním od další, zbytečné léčby a eutanazií. Tento rozdíl zachycuje důležitý rozměr odpovídající myšlenky morální subjektivity a činnosti.

Eutanazie a společenské dopady

Vedle těchto námitek vůči argumentům autonomie a beneficence, uváděným na podporu eutanazie, se vcelku pochopitelně poukazuje na obavy z potenciálně rozkladných společenských účinků legalizace eutanazie. Někteří se bojí efektu „kluzkého svahu“, kdy by se eutanazie stala běžným řešením případů vážné nemoci. Bez ohledu na to, zda přijímáme „kluzký svah“ jako platnou formu etické argumentace, dokumentace z národní legislativy s nejdelší zkušeností s povolováním eutanazie - z Nizozemska - ukazuje její stálý nárůst od roku 2006. V roce 2006 bylo nahlášených případů 1900, v roce 2010 přibližně 3100. Před rokem 2006 však patrně na několik let počet případů klesl, takže obrázek stálého a trvalého vzestupu není jednoznačný. Měli bychom mít také na paměti, že eutanazie je stále výjimečnou příčinou smrti. Přistupuje se k ní takřka výlučně v oblasti rakoviny v terminálním stadiu, u pacientů, u nichž se očekává, že nebu-

dou žít déle než několik málo týdnů. Lékaři zjevně vnímají eutanazii jako neobvyklou a obtížnou stránku své praxe, rozhodně ji neberou na lehkou váhu a nezvykají si na ni. Společenské dopady bychom mohli měřit pomocí různých indikátorů. Jedním z nich by zjevně byl každoroční počet případů eutanazie. Jak se zdá, Nizozemsko v tomto ohledu vzbuzuje obavy, že je obtížné udržet počet případů v určitých mezích. Na druhé straně bychom mohli měřit společenské dopady z hlediska schopnosti zajistit dodržování zákonných nařízení a celkově řádné praxe. V tomto případě není nizozemská situace pravděpodobně tak špatná. Zdá se, že podmínky, které musí být splněny, aby nebyly případy eutanazie trestně stíhány, obvykle splněny jsou, a že kontrolní komise zřízené k tomu, aby přezkoumaly dodržování nařízení v konkrétních případech, skutečně dokážou zabránit neblahému užívání a rozšiřování eutanazie z jiných důvodů a jinými způsoby, než určuje zákon.

Eutanazie a legalizace

Předcházející oddíl objasňuje, že evangelické církve chápou z různých důvodů eutanazii jako eticky hluboce problematickou. Je v rozporu s některými nejhluběji zakořeněnými morálními přesvědčeními, které nepatří pouze k specifické křesťanské tradici, ale k širšímu obecnému morálnímu dědictví, totiž že je třeba nevinný život zachovat, chránit jej, obzvláště je-li zranitelný a křehký. Obvykle předkládané argumenty, které mají vyvrátit toto základní morální přesvědčení, totiž autonomie a beneficence, nemají jako etické ospravedlnění eutanazie žádnou váhu. To však samo o sobě nevyřeší otázku zákonů a toho, zda by eutanazie přece jen nemohla být legalizována - navzdory faktu, že ji nelze obhájit na základě křesťanské etiky. Očividně existují praktiky a ideály, které křesťanská etika zavrhuje, avšak zákon je povoluje.

Otázka legalizace eutanazie je spjata s komplexním problémem vztahu etiky a práva. Na rozdíl od otázky, je-li eticky přijatelná, jde o to, zda je možno eutanazii pokládat za záležitost, u níž má legitimní autoritu společnost, politická vláda a zákonodárná moc, či zda autorita spočívá v individuálním svědomí. Ohledně otázky eutanazie a její legalizace je důležité zvážit následující skutečnosti. Legalizace eutanazie především znamená normalizaci opatření k ukončení života vážně nemocného a neuzdravitelného člověka schválenou státem a společností. Bez ohledu na tvrzení zastánců lega-

lizace, že budou existovat přísné právní požadavky a podmínky a že bude vyhrazena pouze pro výjimečné a řídké případy, to stále znamená zavedení eutanazie jako součásti zákonů a právní praxe. Toto řešení se zřetelně odlišuje od toho, k němuž se v jistých situacích uchylují některé národy, a je dalekosáhlejší. V ojedinělých případech, kdy lékaři (nebo jiní lidé) otevřeně přiznali, že vykonali eutanazii, nebo to o nich bylo známo, bylo upuštěno od stíhání. Stalo se tak na základě toho, že – ačkoli byl spáchán podle zákona trestný čin – bylo jasné, že eutanazie byla provedena na žádost terminálně nemocného pacienta se záměrem, aby byl vysvobozen z neutišitelné bolesti a obtíží v posledních hodinách života, a se skutečným vysvobozujícím účinkem. Tuto zákonnou možnost trestně nestíhat v krajních a velmi výjimečných případech bychom mohli chápat jako výsledek dvojí úvahy: 1) mohou nastat situace, ve kterých se stíhání jeví jako nepatřičná reakce, 2) není porušen základní princip, že státem schválené ukončení života vážně nemocných pacientů by nemělo být normalizováno a včleněno do běžných zákonů. Toto východisko nám umožní uznat existenci morálních tragédií, situací, v nichž se nelze vyhnout porušení jedné ze dvou nebo více velmi hluboce zakořeněných a ústředních morálních hodnot a ve kterých bude bez ohledu na to, co učiníme, pokříváno základní morální dobro. Uznat možnost morální tragédie také znamená něco zcela jiného než eticky schválit jediné řešení. Tragédie tkví právě v tom, že způsob, jak se vyhnout morálnímu provinění, neexistuje.

Eutanazie: závěr

Evangelické církve mají velkou starost o pacienty, kteří procházejí trýznivým procesem vážné a terminální nemoci a očekávají smrt, a o jejich příbuzné. Naše společnosti mohou být stále nedostatečně vybaveny k tomu, aby v těchto situacích poskytovaly pomoc, ale ani my sami coby společenství víry možná dosud neumíme nabídnout doprovázení, podporu, útěchu a naději, ke kterým povolává křesťanská víra. Právě proto bychom měli mít dané nedostatky ve vztahu k pacientům a rodinám na mysli dříve, než příliš unáhleně vyneseme morální soud. Základní poslání společností, společenství a církví spočívá v tom, aby zajistily dostupnost náležitě péče, útěchu a mírnění bolesti a utrpení, stejně jako v podpoře společenství a hodnot, které dovolují vážně nemocným a zcela závislým osobám přijímat život jako nezrušitelné a neomezeně důstojný.

Eutanazii jakožto reakci na tuto situaci pokládají evangelické církve za vysoce problematickou, a to z několika důvodů. Je v rozporu s hluboce zakořeněnými morálními přesvědčeními, které nepatří pouze k specifické křesťanské tradici, ale k širšímu obecnému morálnímu dědictví, totiž že je třeba nevinný život zachovat, chránit jej, obzvláště je-li zranitelný a křehký. Obvykle předkládané argumenty, které mají toto základní morální přesvědčení vyvrátit, a sice autonomie a beneficence, nemají jakožto etické ospravedlnění eutanazie žádnou váhu. Eutanazie je těžko slučitelná s jedním z nejzávažnějších a nejtrvalejších přesvědčení a stanovisek křesťanské tradice, totiž že základní a nezcizitelná důstojnost lidského života nespočívá v jeho schopnosti nezávislého sebeurčení a činnosti, ale ve stvořitelské a ospravedňující lásce, kterou lidská bytost přijímá od Boha v Kristu.

To ovšem nelze chápat čistě jako záležitost osobního svědomí, kterou by měl stát legalizovat. Legalizace by znamenala jistou normalizaci a schválení eutanazie, jež by se tak stala běžným a zavedeným prvkem lékařské a klinické praxe. Skutečnost, že může dojít k morálním tragédiím, např. k situacím, v nichž se nelze nijak vyhnout hlubokému narušení ústředního a podstatného morálního dobra, by mohla poskytnout omluvu pro skulinu v zákoně - jak se to skutečně stalo v některých zemích - tím, že by v řídkých a krajních případech nedocházelo k trestnímu stíhání, a tudíž by se upustilo od řádných právních procedur.

8 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA

8.1 DEFINICE OTÁZKY

Spolu s omezením léčby, paliativní sedací a zabitím na vlastní žádost (eutanazií) patří do kategorie „rozhodnutí ohledně konce života“ i asistovaná sebevražda. Na rozdíl od eutanazie není v tomto případě smrt způsobena přímo někým druhým, ale osobou, která si přeje zemřít. Nezbytné prostředky k tomu jsou však poskytnuty druhou stranou. Typickým příkladem je situace, kdy lékař dá pacientovi k dispozici smrtící lék, který si pacient sám vezme.

Jak bylo uvedeno dříve, právní předpisy, které se týkají asistované sebevraždy, se v evropských zemích značně liší.

Některé země zakazují jak eutanazii, tak asistovanou sebevraždu, zatímco jiné - známými případy jsou Německo a Švýcarsko - považují za trestný čin eutanazii, nikoli však asistovanou sebevraždu, jsou-li splněny určité podmínky (srov. 2.3).

Výše jsme obšírně dokládali, že nenacházíme žádné přesvědčivé důvody či úvahy, na jejichž základě by mohl být ponechán stranou silný morální předpoklad, že nelze pomocí eutanazie ukončit něčí život. Otázkou proto je, zda je asistovaná sebevražda podobná eutanazii a musí být odmítnuta z těchto důvodů. Pokud není asistovaná sebevražda s eutanazií srovnatelná, znamená to, že je asistovaná sebevražda v některých situacích skutečně přijatelná? A také - není-li asistovaná sebevražda totéž co eutanazie, jak ji potom hodnotit? V tomto okamžiku narážíme na problém morálního a nebo zákonného práva na sebevraždu a možná práva na asistenci při sebevraždě u osob, které nedokážou tento čin vykonat samy.

8.2 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA A EUTANAZIE

Zastánci asistované sebevraždy obvykle stanovují podmínky podobné těm, které se často uvádějí v případě eutanazie, a požadují, aby byla omezena pouze na jisté situace a okolnosti. K hlavním podmínkám patří, že dotyčná osoba je vážně nemocná a nemá naději na uzdravení ani na účinnou kurativní léčbu. Čin asistované sebevraždy stejně jako eutanazie připadá v úvahu tam, kde je hlavním zájmem uchránění vážně nemocného pacienta před další bolestí, trýzní a soužením. Je to snaha soucitně reagovat na pacientovo utrpení, úzkost a fyzické i psychické strádání. (Proto také

nevěnujeme pozornost asistované sebevraždě v jiných situacích, než je vážná a terminální nemoc, např. v existenciálním zoufalství a beznaději či při psychickém onemocnění, jako je těžká deprese.) A stejně jako u eutanazie bychom, bez ohledu na to, zda si myslíme, že jde o nepatřičnou reakci, měli mít na paměti, že jsou tyto činy spjaty se zájmem, soucitem a empatií, jejichž předmětem je vážně nemocná a trpící osoba. Jak asistovaná sebevražda, tak eutanazie tudíž označují smrt podnícenou mimořádně tragickými okolnostmi a jsou s nimi neodlučitelně spojeny. Tento neodmyslitelný kontext tragédie lidského utrpení a strádání nás očividně nutí k tomu, abychom se zdrželi unáhleného morálního odsuzování, a obzvláště abychom požadovali velkou zdrženlivost v soudu nad těmi, kdo na této cestě nedokážou vidět žádné jiné východisko ze své agonie a utrpení než snahu zemřít. Také odmítnutí asistované sebevraždy s sebou může nést morální břemeno, jehož se nelze lehce zbavit.

Dalším předpokladem, společným pro eutanazii i asistovanou sebevraždu, je to, že žádost o pomoc musí být dobrovolná a stálá. Nemělo by docházet k žádnému nátlaku od manžela, manželky, přátel a zdravotnického personálu, měly by být využity ostatní možnosti léčby i péče a mělo by se prokázat, že jsou marné a bez podstatného účinku. Stejně jako u eutanazie to nastoluje otázku, jak lze zjistit, že se tyto podmínky opravdu dodržují. Jak je například s dostatečnou jistotou možné určit, že se členové rodiny – přestože mají ty nejlepší úmysly – nechovají způsobem, který by pacient vnímal jako tlak a manipulaci nebo měl pocit, že je ohledně konce svého života veden jistým směrem?

V jiných ohledech se však asistovaná sebevražda od eutanazie zjevně liší. V případě asistované sebevraždy vykoná čin, který přivodí konec života, samotný pacient, zatímco v případě eutanazie jej provede jiná osoba. Právě tento rozdíl asi vedl některé právní systémy (jako ve Švýcarsku a státech Oregon a Washington v USA) k povolení asistované sebevraždy, zatímco eutanazie byla postavena mimo zákon. Právě na základě rozdílu, který spočívá v tom, že „příhlížející“ pouze poskytuje prostředky nezbytné k ukončení života a dotyčná osoba musí tyto prostředky použít k ukončení svého života sama, považují někteří lidé asistovanou sebevraždu za skutečně autonomní čin, kdežto u eutanazie nikdy pochybnost nezmizí. Tento argument prý stačí k přijetí asistované sebevraždy, aniž by bylo nutné akceptovat eutanazii. Ačkoli rozlišení mezi poskytnutím prostředků k tomu,

aby nějaká osoba ukončila vlastní život, a skutečným ukončením života této osoby přímým a úmyslným činem se teoreticky zdá být docela jasné, ve skutečnosti mohou být tyto hranice mlhavější. Napsat předpis na smrtící lék, opravdu vyzvednout tento lék v lékárně, potom jej položit jako obvykle na noční stolek, otevřít víčko a podat pilulky pacientovi nebo je skutečně dát do pacientových úst, aby je aktivně spolkl, nikoli vyplivl – to vše představuje formy poskytnutí nezbytných prostředků, na které musí pacient navázat nějakým činem, aby svůj život ukončil. A přece se zdá, že jde o zcela odlišné podoby participace ve smyslu aktivního zásahu a účasti na pacientově vlastním konci, přičemž některé z nich se zjevně dost silně blíží eutanazii.

8.3 MORÁLNÍ PRÁVO NA ASISTOVANOU SEBEVRAŽDU

Některé námitky proti ospravedlňování eutanazie na základě autonomie a beneficence tudíž platí i pro asistovanou sebevraždu. Zaprvé: autonomní rozhodnutí ohledně přijetí určité formy asistence či služby (a samozřejmě i jejich odmítnutí) mohou být zastřena a zatemněna pacientovým stavem utrpení, bolesti a úzkosti i v případech asistované sebevraždy. I když to není nemožné, je skutečně těžké dopátrat se v praxi dobře uváženého autonomního rozhodnutí, které není deformované či zkreslené podmínkami situace, jež k této žádosti vedou. Obhájci asistované sebevraždy s jistotou tvrdí, že tato může být a má být omezena na případy, kdy přání přijmout asistenci vyplývá z dobře uváženého rozhodnutí, nenarušeného psychickou nemocí a diagnózami. Ve švýcarském kontextu to má zaručovat praxe, kdy asistující osoba obvykle obšírně vysvětlí následky, jaké bude mít pro pacienta vypití barbiturátů. Objevuje se však také kritika stávající praxe, a to včetně péče a psychologické kvality rad a podpory, kterých se dostává od organizací, jako je EXIT a DIGNITAS, těm, kdo chtějí spáchat sebevraždu.

Zadruhé: autonomie a autonomní rozhodování o asistované sebevraždě, stejně jako rozhodování o eutanazii, budou pravděpodobně ovlivňovány a utvářeny hodnotovými souvislostmi, názory na důstojný a hodnotný život i společenskými a kulturními vzorci, které se týkají otázky, jak si vážně nemocný a umírající život může, či nemůže důstojnost a hodnotu zachovat. Je známo, že žádosti o pomoc při ukončování života vznikají na základě pacientova posouzení mnoha faktorů, které pokládá pro zakoušení kvality života za ústřední. Fyzické determinanty jsou těmito faktory pouze do ur-

číté míry. Významnou roli pravděpodobně hrají také jiné dimenze, jako je vztahová, psychologická, existenciální a duchovní. Takové faktory jsou však snadno ovlivnitelné jinými podobami reakcí a doprovázení než pouhou pomocí při ukončování života. Zatřetí: jak jsme to již obšírně rozebrali v souvislosti s eutanazií (srov. výše), křesťanský názor na svobodu se odlišuje od autonomie chápané jako sebeurčení a suverénní a svobodné rozvrhování a řízení vlastního života. Její podstatou je přijetí života jako stvořeného k Božímu obrazu a ospravedlněného vírou a na tomto základě povolání k odpovědné péči o Boží milostivý dar. Ačkoli by se tedy asistovaná sebevražda v běžném významu mohla jevit jako autentičtější a nespornější autonomní čin, křesťanský pojem svobody může asistovanou sebevraždu ospravedlnit sotva více než eutanazii.

Obhájci asistované sebevraždy se také někdy uchylují k argumentaci, že pro lékaře je tato menším břemenem než eutanazie. V případě asistované sebevraždy může asistující osoba poté, kdy pacientovi poskytla nezbytné prostředky (jako jsou smrtící léky, které si má vzít), odejít (z čehož nevyplývá, že tak nutně učiní), neboť samotný čin ukončení života provede pouze pacient. Lékaře to osvobozuje od těžkého břemene, že je to on, kdo přímo ukončí pacientův život. Možná to tak je. Avšak spíše než důvod pro asistovanou sebevraždu se tu ukazuje, jak hluboce opuštěná je osoba, která je nemocná, trpící, zoufalá a nevidí žádné jiné východisko než vzít si život. Soucit a péče vyžadují právě to, aby osoba nebyla opuštěna a ponechána sama se strašlivou volbou, zda vlastní život ukončit, nebo neukončit – s tím, že účinné prostředky k provedení tohoto činu možná leží na nočním stolku. Asistovaná sebevražda by jistě mohla probíhat i jinak a mohla by zahrnovat přítomnost milovaných, kteří by pacienta podporovali a doprovázeli. Avšak argument, že asistovaná sebevražda je autentičtější autonomní čin, jak se zdá, předpokládá, že je spáchána v osamění a zcela samostatně; pacient není rušen, ale ani doprovázen ostatními. Křesťanské pojetí soucitu a péče o nemocné a umírající tomu nikdy nemůže přitakat, natož to vyžadovat.

Otázku, zda existuje morální právo na asistovanou sebevraždu, nebo ne, nelze oddělit od etického posouzení sebevraždy jako takové. Je dobře známo, že sebevražda je ve většině případů tragickým výsledkem psychických potíží a nemocí, jako je těžká deprese, a jako taková není primárně předmětem etického či morálního soudu. Je třeba vyvarovat se morálního

hodnocení těch, kteří se pokusili vzít si život, nebo se jim to skutečně podařilo, natož abychom je soudili či odsuzovali. Zde je namíště péče, soucit a útěcha, nebo zármutek a lítost, že jim před jejich smrtí nebyla poskytnuta náležitá pomoc. Spolu s Bonhoefferem bychom mohli říci, že jde o mezní situaci, která nedovoluje hodnocení a posuzování od ostatních.

Přesto existuje široký konsenzus, že Bible a základní prvky křesťanské morální tradice, jako je myšlenka nezcizitelné důstojnosti každého člověka coby Božího obrazu, nezakládají či nevytvářejí právo na sebevraždu. Zjména nejsou sebevražda a okolnosti, které k ní vedou, morálně neutrální oblastí v tom smyslu, že druzí smějí někomu při pokusu o sebevraždu asistovat. Jak jsme v tomto textu zdůraznili jinde, křesťanský pohled na svobodu znamená odpovědnost za přijatý život, nikoli suverénní ovládnání, sebeurčování či vlastnění tohoto života. Pokud někdo ze zoufalství či deprese uvažuje o sebevraždě, není odpovědností okolí, aby toto rozhodnutí stvrzovalo či schvalovalo, ale aby život chránilo a nabízelo útěchu a péči trpícím.

To platí i pro hodnocení asistence při sebevraždě. Jakkoli ti, kdo při ní pomáhají, sami nezpůsobují smrt, aktivně podporují úmysl osoby spáchat sebevraždu, ukončit vlastní život. To je v zásadě v rozporu s křesťanským postojem, podle něhož je třeba život chránit a zachovat. Naším úkolem je v podstatě povzbudit ostatní k životu, podporovat je, a pokud je to možné, od sebevraždy je odradit. Nikdo však nemá právo odsoudit někoho, kdo kvůli nezvratnému zhoršení zdravotního stavu a strádání a utrpení, které jsou s tím spojené, už nedokáže vnímat svou životní situaci jako smysluplnou a nemá již sílu či vůli v tomto životě pokračovat.

Zároveň by se měly církve vyhnout tomu, aby tyto těžké a tragické situace interpretovaly jako volbu mezi spolupachatelstvím sebevraždy a opuštěním pacienta, který je po dlouhých konzultacích a vyhodnocování své situace odhodlán setrvat u svého rozhodnutí pro sebevraždu. Obzvláště ní výzvu to představuje tam, kde byla asistovaná sebevražda legalizována a těší se u obyvatelstva nesmírné podpoře. V takových prostředích se církve nemohou jednoduše zbavit své odpovědnosti tím, že praxi odsoudí. Musí také najít způsoby, jak v podmínkách, kdy velká většina obyvatelstva podporuje zpřístupnění asistované sebevraždy či eutanazie, zachovat věrnost svému povolání.

Pacienti, kteří trvají na svém svědomitě promyšleném rozhodnutí spáchat sebevraždu a možná procházejí trýznivou bolestí, utrpením, úzkostí,

strádáním a osamělostí, by zajisté neměli být svým křesťanským společenstvím opuštěni. Opravdovým výrazem křesťanského povolání k prokazování soucitu a péče o ty, kdo trpí, je to, že jáhni, faráři a dobrovolníci z našich sborů vážně nemocné a zoufalé doprovázejí a slouží jim útěšným slovem Božím, radami a modlitbami, a to i tehdy, když se vydají na cestu, kterou církev nemusejí chápat jako eticky ideální a dobrou. Být nadále s těmito osobami nemá být eticky zavržováno jako asistování při sebevraždě, ale spíše pokládáno za doklad křesťanského soucitu s bratrem či sestrou, kteří jsou ve stavu silné agonie a utrpení a nevidí žádné jiné východisko.

8.4 ZÁKONNÉ PRÁVO NA ASISTOVANOU SEBEVRAŽDU

Z dekriminalizace sebevraždy či pokusu o sebevraždu nebo z možné dekriminalizace asistované sebevraždy nemůže být eticky ani právně odvozeno žádné pozitivní právo na sebevraždu a asistovanou sebevraždu. Právní předpisy, které označují asistovanou sebevraždu za trestný čin, tedy nejsou v rozporu s Evropskou úmluvou o lidských právech.

Důležitý je zde rozsudek Evropského soudu pro lidská práva v kauze Diane Prettyové z jara 2002. Paní Prettyová chtěla, aby Evropský soud pro lidská práva zaručil, že její manžel nebude stíhán, pokud by asistoval při její sebevraždě, což je ve Velké Británii v zásadě trestný čin. Žalobkyně již nebyla fyzicky schopna kvůli své nemoci (amyotrofické laterální skleróze) spáchat sebevraždu a argumentovala tím, že je v porovnání s těmi, kdo se stále dokážou zabít, diskriminována. Evropský soud pro lidská práva však rozhodl, že právo na život (Článek 2 Evropské úmluvy o lidských právech) a právo na ochranu soukromí (Článek 8 Evropské úmluvy o lidských právech) nezahrnuje právo na sebevraždu či zabití na požádání. Jinak by platilo, že pacientům, kteří již nejsou s to se zabít, byla odepřena výhoda.

V každém případě se tím ukázalo, že z možné dekriminalizace sebevraždy (pro další rozbor právní situace týkající se eutanazie a asistované sebevraždy srov. oddíl 2.3 výše) nelze odvodit žádné pozitivní právo na sebevraždu, a tudíž ani žádné právo na asistovanou sebevraždu.

8.5 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA: ZÁVĚR

Otázka asistované sebevraždy stejně jako eutanazie se obvykle vynojuje v tragických situacích, v nichž pacienti procházejí strašlivým utrpením a útrapami, a to nejen fyzicky, ale také psychicky, existenciálně a du-

chovně. Tento tragický kontext, který znejišťuje morální hodnoty, jež nemohou být nikdy plně zohledněny, bychom neměli nikdy ztratit ze zřetele. Asistovaná sebevražda není totéž co eutanazie. Osoba asistující při sebevraždě se na pacientově smrti podílí jiným způsobem, nikoli úmyslným a přímým ukončením života, nýbrž poskytnutím nezbytných prostředků k tomu, aby pacient svůj život ukončil sám. V praxi nicméně nemusí být hranice mezi obojím tak zřetelná. Proto jsme také přesvědčeni, že některé námitky proti eutanazii, o kterých jsme pojednali výše, se týkají rovněž asistované sebevraždy. Problémy plynoucí z argumentace autonomií a autonomního rozhodování coby důvodu, který údajně mluví ve prospěch eutanazie, jsou stejné jako u asistované sebevraždy. Asistovaná sebevražda je sice formálně a v teoretickém smyslu autonomním činem, vykonaným samotným pacientem, ale skutečnost, že stejně jako eutanazie bývá spjata s opuštěním pacienta tam, kde je namíste útěcha, společenství a péče, zůstává závažným problémem a námitkou. V tuto chvíli je podstatné, aby bez ohledu na jakékoli etické hodnocení této otázky církve a sbory působící v prostředích, kde je asistovaná sebevražda legalizována a pravidelně vykonávána, pacienta neopouštěly, ale nadále jej doprovázely, povzbuzovaly a podporovaly, a to i tehdy, když se jednoznačně rozhodne pro asistovanou sebevraždu. Služebnou účast sborových pracovníků a dobrovolníků, kteří přicházejí s radami, slovy Božím a modlitbami, není namíste zavrňovat jako napomáhání sebevraždě, ale spíše podporovat jako naplňování povolání církve a křesťanů.

Jelikož asistovaná sebevražda nezahrnuje pouze asistenci při smrti jiné osoby, ale také sebevraždu, musíme vzít v potaz samotný problém sebevraždy. Uvědomíme-li si, že sebevražda obvykle pramení z vážných psychických útrap a těžké deprese, jistě se po nás neždá v první řadě morální soud. Pokud jde o otázku asistované sebevraždy, je třeba si povšimnout, že myšlenka svobody a odpovědnosti v křesťanské etice a evangelické tradici nezahrnuje takovou suverenitu nad vlastním životem, jež by akceptovala rozhodnutí život ukončit. Neexistuje ani zákonné právo na spáchání sebevraždy, ani nárok na to, aby druzí přestali zabraňovat pokusu o sebevraždu, nemluvě o tom, že by cokoli povolovalo člověku poskytnout k ní nezbytné prostředky.

Ačkoli tedy existují mezi asistovanou sebevraždou a eutanazií zjevné rozdíly, nejsou takové, aby námitky proti eutanazii vymazaly u asistované

sebevraždy. Naopak zjišťujeme, že hlavní argumenty proti eutanazii, uvedené výše, platí stejnou měrou pro asistovanou sebevraždu. Trpící a strádající pacient, který čelí konci života s veškerou fyzickou, psychickou, existenciální a duchovní bolestí a trýzní, kterou s sebou tato fáze života může přinášet, nemá být ponechán sám, ale měl by mít možnost, aby jej křesťanské společenství, k němuž náleží, doprovázelo a utěšovalo.

9 ZÁVĚR

Otázky života a smrti, jimiž se zabývá tento dokument, se dotýkají nejhlubších rozměrů lidské existence. Pacienti, kteří zápasí s přijetím těžké situace, jsou si plně vědomi toho, že na ni neexistuje snadná odpověď. Příbuzní, kteří vidí, že jejich drazí trpí, se zmítají mezi přáním ukončit jejich utrpení smrtí a nadějí na další život s nimi. Lékaři, kteří musí učinit konečné rozhodnutí o životě a smrti, vnímají břemeno této odpovědnosti.

Morální vnímavost vyžadovaná v těchto situacích nás staví před obtížné volby. Nelze je vyřešit poukázáním na určitý výčet morálních hodnot s předem definovanou posloupností jejich užití. Musíme k nim přistupovat s empatickým postojem, který je patrný v Ježíšově životě. Evangelické církve v Evropě jsou si vědomy mnohorozměrnosti morálních důrazů a soudů v otázkách života a smrti. Toto vědomí nelze zaměňovat za relativistický nebo čistě situační přístup. Tento dokument ukazuje, že v lidských rozhodnutích o životě a smrti, důkladně promyšlených na základě biblické tradice a lidského rozumu, se odráží jasné pověření oslavovat a bránit Stvořitelův dar života. To zahrnuje úsilí o důstojnou a naplněnou existenci pro každého člověka a podporu těch, kdo procházejí těžkou zkušeností utrpení. Morální rozhodnutí, která podrývají úctu k životu, jsou neslučitelná s křesťanskou vírou.

Zatímco rozhodnutí o konkrétním způsobu, jakým lze takové ocenění života podpořit, musí vzít v úvahu specifické okolnosti každého případu, existuje nesporné pověření křesťanské víry, aby se věnovala praxi péče o každou jednotlivou lidskou bytost. Kromě rozhodování o životě a smrti křesťané udělají vše pro to, aby zmírnili lidské utrpení a stáli při těch, kdo v posledním stadiu svého života zápasí s bolestí a zoufalstvím. Lékaři a sestry vynaloží veškeré úsilí, aby ulehčili bolest paliativní péčí. Příbuzní a přátelé věnují svůj čas, aby byli s takto postiženými. Duchovní přijmou povinnost doprovázet terminálně nemocné jakožto ústřední rozměr své služby.

Péče o lidi a nabízení duchovní útěchy je podstatnou součástí toho, „co dělá církev církví“. To je zřejmý úkol církví v občanské společnosti. Jsou povolány k tomu, aby protestovaly, když jsou odstraňována zákonná omezení, která chrání život. Jsou povolány k veřejné podpoře toho, aby měly nemocnice a hospice dostatečné ekonomické prostředky k zajištění co

nejlepší možné péče o lidi ve smrtelném zápasu. Mají se zasazovat o vytváření společenského prostředí, které napomáhá každému členu společnosti, včetně lidí, kteří jsou na pokraji smrti, k naplněnému životu.

LITERATURA

Council of Europe 1999. Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. Recommendation 1418 (1999) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 25. 6. 1999.

Council of Europe 2003. Euthanasia. Document 9898 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 10. 9. 2003.

Council of Europe 2003a. Euthanasia. Opinion of the Committee on Legal Affairs and Human Rights. Document 9923 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 23. 9. 2003.

Council of Europe 2003b. Recommendation Rec (2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies.

Council of Europe 2009. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Resolution 1649 (2009) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 28. 1. 2009.

European Association for Palliative Care. Definition of palliative care. <http://www.eapcnet.eu/Themes/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>

Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa / Community of Protestant Churches in Europe 2007. *Gesetz und Evangelium. Eine Studie, auch im Blick auf Entscheidungsfindung in ethischen Fragen. Law and Gospel. A Study, also with reference to decision-making in ethical questions.* Leuenberger Texte 10. Bünker, M., Friedrich, M. (eds.). Frankfurt am Main: Verlag Otto Lembeck.

Glover, J. 1997. *Causing Death and Saving Lives.* London: Penguin Books.

Helsedirektoratet 2008. Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Helsedirektoratet. [Norwegian Directorate of Health.]

Chochinov, H. M., Tataryn D. et al. 1999. Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354:816–819.

Johansen, S., Hølen Ch. et al. Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine*. 19(6):454-460.

John Paul II 2004. Care for Patients in a „Permanent“ Vegetative State. *Origins* 33(43):737, 739-740.

Keown, J. 2002. *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation*. Cambridge: Cambridge U.P.

Leuenberger Kirchengemeinschaft 1997. *Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung. Protestant Texts on Ethical Decision-Making*. Leuenberger Texte 3. Hüffmeier, W. (ed.). Frankfurt am Main: Verlag Otto Lembeck.

Onwuteaka-Philipsen, B. D. et al. 2007. Evaluation - Summary. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. Hague.

World Health Organisation 2007. World Health Organisation. Palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en> [9. 10. 2008]

World Medical Association statement 2003.

POZNÁMKY

¹ V okamžiku žádosti musí být pacient svéprávný a při vědomí, plnoletý a musí podat dobrovolnou, dobře uváženou a opakovanou žádost, která není výsledkem vnějšího tlaku. Zároveň se musí nacházet ve stavu trvalého a nesnesitelného fyzického či psychického utrpení, které není možné zmírnit a je důsledkem vážných a nevléčitelných potíží způsobených nemocí či nehodou. Lékař by se měl poradit se svým kolegou. Pro tyto účely zřízená Národní/Federální kontrolní a evaluační komise má posoudit, zda případy ohlášené lékaři splňují tyto podmínky beztravnosti.

² Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying (Recommendation 1418 [1999]).

³ Euthanasia (dokument Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 9898), 10. 9. 2003.

⁴ Dokument Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 9923, 23. 9. 2003.

⁵ Tato definice je převzata z návrhu národních směrnic pro rozhodnutí ohledně život prodlužující léčby vážně nemocných a umírajících pacientů. Tento návrh nedávno zveřejnilo norské Ředitelství pro zdraví (Helsedirektoratet 2008). To, jak definovat léčbu prodlužující život, je evidentně otázka k diskusi. Později ukážeme, že některé (obzvláště katolické) přístupy vyřazují z kategorie léčby výživu a podávání tekutin, a místo toho je definují jako péči, která nemůže být za žádných okolností pacientům upřena.

⁶ Tato rozlišení jsou převzata ze směrnic pro léčbu prodlužující život, které navrhlo norské Ředitelství pro zdraví (Helsedirektoratet 2008).

⁷ Např. doporučení k paliativní péči připravené Evropským zdravotnickým výborem a přijaté Výborem ministrů Rady Evropy prohlašuje, že paliativní péče by neměla smrt ani urychlovat, ani oddalovat, a požaduje, aby „technika, která je dnes k dispozici v moderní medicínské praxi, nebyla používána k nepřirozenému prodlužování života“ a aby „lékaři nebyli povinni pokračovat v léčbě, která je zjevně zbytečná a pacienta nadměrně zatěžuje“ (Coe Committee of ministers 2003, no. 50). Toto doporučení však nerozebírá, v čem by „nepřirozené prodlužování života“ mohlo spočívat nebo kdy je léčba „zjevně zbytečná a nadměrně zatěžuje“. Tato rozhodnutí mají být objasněna podrobnějšími směrnicemi či jsou ponechána klinickému a medicínsko-etickému úsudku.

⁸ Toto rozlišení mezi užíváním kvality života ve spojitosti s posouzením toho, zda má, či nemá léčba smysl, a ve spojitosti s posouzením toho, zda lidský život je, či není hodnotný, je také důvodem, proč tento argument není považován za platný v souvislosti s eutanazií, kde se ve skutečnosti stává otázkou posouzení to, zda lidský život je, či není hodnotný.

⁹ Formulace jsou převzaty z norské verze.

¹⁰ Doporučeno Světovou zdravotnickou asociací (2003).

¹¹ Můžeme se také ptát, zda by místo odpovědnému lékaři nemělo být konečné rozhodnutí ve skutečnosti svěřeno nezávislému výboru či komisi.

¹² Vytvořeno Evropskou asociací paliativní péče (European Association for Palliative Care 2004).

ODBORNÁ KOMISE PRO ETIKU PŘI SPOLEČENSTVÍ EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ V EVROPE

Členové:

prof. dr. Heinrich Bedford-Strohm, Bamberk

Laura Casoriová, Řím

prof. dr. Sándor Fazakas, Debrecín

univ. prof. dr. Ulrich H. J. Körtner, Vídeň

prof. Sergio Rostagno, Pinerolo

prof. dr. theol. Ulla Schmidtová, Oslo

prof. dr. Jurjen Wiersma, Brusel

Koordinace:

rev. dr. Dieter Heidtmann, Brusel

Odborní spolupracovníci:

prof. dr. Theo A. Boer, Utrecht

dr. Frank Mathwig, Bern

prof. dr. Stefanie Schardien, Hildesheim

LEUENBERSKÉ SPOLEČENSTVÍ CÍRKVÍ

Společenství evangelických církví v Evropě (SECE) sdružuje 103 reformovaných, luterských, metodistických a spojených církví z více než třiceti zemí Evropy a Jižní Ameriky. SECE tak zastupuje přibližně padesát milionů protestantů.

Před rokem 2003 se SECE nazývalo Leuenberské společenství církví podle Leuenberské konkordie z roku 1973. Tento zakládající dokument stvrdil, že rozdíly mezi církvemi nemají evangelické křesťany rozdělovat, neboť církve mají společný základ v evangeliu. Toto prohlášení o společenství v praxi znamená, že luterský farář může kázat v reformovaném kostele anebo že česká farářka může vést sbor ve Švýcarsku.

SECE má jasnou strukturu. Valné shromáždění se schází jednou za šest let a určuje priority práce. Třináctičlenná rada pod vedením tříčlenného prezidia řídí práci, kterou vykonává kancelář SECE ve Vídni.

Členské církve SECE v České republice

Členskými církvemi SECE v České republice jsou v současné době:

Církev bratrská (<https://portal.cb.cz/>)

Církev československá husitská (www.ccsch.cz)

Českobratrská církev evangelická (www.e-cirkev.cz)

Evangelická církev metodistická v ČR (www.umc.cz)

Slezská církev evangelická a.v. (www.sceav.cz)

Členské církve v České republice založily Synod leuenberských církví v České republice, který má pětičlenné předsednictvo. Synod se schází zpravidla jednou za dva roky. První synod leuenberských církví v ČR se sešel v listopadu 2000 v Praze, od té doby se synody pravidelně střídají na půdě členských církví po celé republice a zabývají se tématy evropského společenství evangelických církví i specifickými otázkami tohoto společenství v České republice.

Více informací: www.leuenberg.cz

Z anglického originálu
A TIME TO LIVE, AND A TIME TO DIE:
An aid to orientation of CPCE Council
on death-hastening decisions and caring for the dying
přeložil Jan Zámečník.

Překlad vznikl za finanční podpory
Nadačního fondu Věry Třebické-Řivnáčové.
<http://www.nfvtr.cz>

Odpovědný redaktor: Michal Plzák.
Jazyková korektura: Pavel Šidák.

Čas žít, čas umírat je dokument

Společenství evangelických církví v Evropě, který pojednává o teologických, etických a právních aspektech eutanazie a asistované sebevraždy. Zdůrazňuje, že člověk je definován zejména svým vztahem k Bohu, má nezrušitelnou důstojnost a jeho život je dar, o nějž je třeba pečovat. Uznává, že někdy čelíme tragickým situacím, ale i v nich má být základem našeho rozhodování láska k bližnímu. Své základní přesvědčení autoři dokumentu vyjadřují následovně: „Trpící a strádající pacient, který čelí konci života s veškerou fyzickou, psychickou, existenciální a duchovní bolestí a trýzní, kterou s sebou tato fáze života může přinášet, nemá být ponechán sám, ale měl by mít možnost, aby jej křesťanské společenství, k němuž náleží, doprovázelo a utěšovalo.“