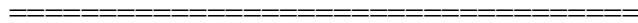


## **Kongregácia pre náuku viery**

O eutanázii

Texty a komentáre



© Libreria Editrice Vaticana, 2016

© Konferencia biskupov Slovenska, 2017

## Úvodná poznámka

Nový zväzok edície „Dokumenty a štúdie“ z Kongregácie pre náuku viery opätovne predkladá Deklaráciu o eutanázii *Iura et bona*, promulgovanú touto kongregáciou 5. mája 1980, po schválení pápežom Jánom Pavlom II.

Dokument, ktorý vzdialene inicioval ešte pápež Pavol VI., má v úmysle odpovedať na početné žiadosti prezentované Apoštolskej stolici biskupmi a kňazmi, ale aj lekármi a členmi nemocničného personálu. Aj keď ohľadom eutanázie zostávajú v platnosti princípy potvrdené predchádzajúcimi pápežmi, pokroky v medicíne počas neskorších rokov osvetlili nové aspekty samotnej eutanázie, ktoré si vyžadujú ďalšie upresnenia na etickej úrovni.

Deklarácia bola pripravená na rozličných úradoch kongregácie a podľa zvyčajnej metódy: predbežné skúmanie a vypracovanie projektu zo strany komisie odborníkov, štúdium zo strany konzultorov a kardinálov - členov riadneho zasadania, definitívna podoba a pápežské schválenie. Tak v predbežnom ako aj vo finálnom štádiu boli o pomoc požiadaní predstavitelia z oblasti zdravotníctva a predovšetkým eminentní odborníci na medicínu.

Deklarácia obsahuje štyri veľké časti. Po úvode, ktorý pripomína okolnosti jej vypracovania a označuje adresátov; prvý bod pripomína hodnotu ľudského života, založenú na náuke o stvorení. Druhý bod je venovaný eutanázii vo vlastnom zmysle slova kvôli precizovaniu jej presného významu v slovnej zásobe kresťanskej etiky a kvôli jednoznačnému odsúdeniu akéhokoľvek skutku eutanázie ako porušeniu Božieho zákona; urážky dôstojnosti ľudskej osoby; zločinu proti životu a atentátu na ľudskosť. Kresťanská náuka však nemôže ignorovať problémy, pred ktoré nás stavia utrpenie a ťažká choroba, a preto sa tretia časť venuje morálnym problémom, s ktorými je spojené používanie analgetík, zatiaľ čo štvrtá časť bez vstupovania do detailov kazuistiky vysvetľuje hlavné morálne princípy, ktoré riadia primerané užívanie terapeutických prostriedkov v priebehu ťažkých chorôb a v bezprostrednej blízkosti smrti. Text končí krátkou odvolávkou na kresťanský zmysel smrti a pozvaním pre všetkých, ktorí pracujú v zdravotníckej oblasti, aby služby chorým a zomierajúcim dali k dispozícii celú svoju kompetenciu a lásku.

Ako upresňuje samotný dokument, kongregácia sa obracia na prvom mieste na biskupov, a prostredníctvom nich na všetkých katolíkov. Je však jasné, že pri takom

závažnom probléme, ktorý súčasnosť stále znovu a neraz naliehavým spôsobom predkladá, kongregácia odporúča, aby daný poukaz na veľké morálne princípy, ktoré platia v tejto oblasti, prijali aj ostatní kresťania a veriaci, a tiež všetci ľudia dobrej vôle – najmä tí, ktorí by na základe svojej úlohy alebo politického mandátu mohli byť vedení k vytváraniu zákonov v tejto oblasti. Týmto spôsobom chce kongregácia poskytnúť človeku opravdivú službu, ako to svojou autoritou potvrdil aj pápež Ján Pavol II. v encyklike *Evangelium vitae*, ktorá preberá najdôležitejší obsah deklarácie. Okrem textu tejto deklarácie v taliančine a latinčine sú tu ďalej publikované aj *Odpovede na otázky Americkej biskupskej konferencie ohľadom umelej výživy a hydratácie*, tiež v taliančine a latinčine, z 1. augusta 2007, spolu s príslušným komentárom.

Ďalej je tu znovu predložený *Príhovor* Jána Pavla II. účastníkom medzinárodného kongresu na tému *Prístupy k udržiavaniu života a vegetatívneho stavu. Vedecké pokroky a etické dilemy*, z 20. marca 2004, na ktorý sa citovaný komentár explicitne a priamo odvoláva.

Napokon zväzok obsahuje niekoľko komentárov expertov, ktoré ilustrujú základnú tematiku nachádzajúcu sa v deklarácii. Ide o články, ktorých autormi sú kardinál Elio Sgreccia, emeritný predseda Pápežskej akadémie pre život („Utrpenie a smrť v súčasnej kultúre“); J. E. Mons. Carrasco de Paula, súčasný predseda toho istého vatikánskeho úradu („Hodnota ľudského života, základ všetkých dobier“); prof. André-Marie Jerumanis, z teologickej fakulty v Lugane („Významy termínu eutanázia“), prof. Antonio Spagnolo, vedúci Inštitútu bioetiky na Katolíckej univerzite Najsvätejšieho Srdca („Analgetiká, narkotiká a strata vedomia“) a prof. Gonzalo Miranda, profesor bioetiky na Pápežskom ateneu Regina Apostolorum („Terapeutická primeranosť v *Iura et bona*“).

Dúfam, že publikácia tohto zväzku napomôže všetkým, ktorí sa venujú daným problémom a predovšetkým tým, ktorí sú činní v službe chorým a zomierajúcim.

kardinál Gerhard Müller  
prefekt

# KONGREGÁCIA PRE NÁUKU VIERY

## Deklarácia o eutanázii

### Úvod

Práva a hodnoty vlastné ľudskej osobe zaujímajú v súčasnej diskusii dôležité miesto. Druhý vatikánsky koncil v tomto ohľade slávnostne potvrdil vznešenú dôstojnosť ľudskej osoby, osobitným spôsobom jej právo na život. Odsúdil zločiny proti životu, akými sú „vraždy každého druhu, genocídy, potraty, eutanázia, ako aj samovraždy“ (*Gaudium et spes*, 27).

Posvätná kongregácia pre náuku viery, ktorá prednedávnom pripomenula katolícku náuku o uskutočnenom potrate,<sup>1</sup> pokladá teraz za vhodné predložiť učenie Cirkvi o probléme eutanázie.

Zatiaľ čo princípy potvrdené v tejto oblasti pápežmi nedávnych období zostávajú stále v platnosti,<sup>2</sup> pokroky medicíny v posledných rokoch odhalili nové aspekty problému eutanázie, ktoré si na etickej rovine vyžadujú ďalšie upresnenia.

V dnešnej spoločnosti, v ktorej sa neraz spochybňujú aj základné hodnoty ľudského života, zmena kultúry často ovplyvňuje spôsob vnímania utrpenia a smrti; medicína zvýšila svoju schopnosť liečiť a predlžovať život v určitých podmienkach, ktoré však niekedy vyvolávajú problémy morálneho charakteru. V dôsledku toho sa ľudia, ktorí žijú v takejto atmosfére, s úzkosťou pýtajú na zmysel pokročilej staroby a smrti, a kladú si otázku, či majú právo zabezpečiť sami sebe alebo blízkym „sladkú smrť“, ktorá by skrátila bolesť a z ich pohľadu viac zodpovedala ľudskej dôstojnosti.

Rozličné biskupské konferencie položili v danom ohľade otázky posvätnéj Kongregácii pre náuku viery, ktorá – po tom, čo sa spýtala kompetentných na mienku ohľadom rozličných aspektov eutanázie – má v úmysle touto Deklaráciou odpovedať na žiadosti biskupov, aby im tak pomohla správne usmerniť veriacich a ponúkla

---

<sup>1</sup> Porov. *Declaratio de abortu procurato*, die 18 nov. 1974: AAS 66 [1974] 730 - 747.

<sup>2</sup> Porov. Pio XII, *Allocutio ad Delegatos Unionis Internationalis Sodalitatum mulierum catholicarum*, die 11 sept. 1947: AAS 39 [1947] 483; *Allocutio ad membra Unionis Catholicae Italicae inter obstetrices*, die 29 oct. 1951: AAS 43 [1951] 835-854; *Allocutio ad membra Consilii Internationalis inquisitionis de medicina exercenda inter milites*, die 19 oct. 1953: AAS 45 [1953] 744-754; *Allocutio ad participantes XI Congressum Societatis Italicae de anaesthesiologia*, die 24 febr. 1957: AAS 49 [1957] 146; cf. etiam *Allocutio circa queestionem de „reanimatione“*, die 24 nov. 1957: AAS 49 [1957] 1027-1033; Paolo VI, *Allocutio ad membra Consilii Specialis Nationum Unitarum versantis in quaestione „Apartheid“*, die 22 maii 1974: AAS 66 [1974] 346; Giovanni Paolo II, *Allocutio ad Episcopos Statuum Foederatorum Americae Septentrionalis*, die 5 oct 1979: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, II, 2 [1979] 629ss.

podklady na reflexiu, ktoré vzhľadom na tento veľmi vážny problém možno prezentovať občianskym autoritám.

Matéria predkladaná v tomto dokumente sa týka predovšetkým tých, čo vkladajú svoju vieru a nádej v Krista, ktorý svojím životom, svojou smrťou a svojím vzkriesením dal nový význam existencii a predovšetkým smrti kresťana, v duchu slov svätého Pavla: „Či žijeme, žijeme Pánovi, či umierame, umierame Pánovi. Či teda žijeme alebo umierame, patríme Pánovi“ (Rim 14, 8; porov. Fil 1, 20).

Čo sa týka tých, ktorí vyznávajú iné náboženstvá, mnohí, ak zdieľajú vieru v Boha Stvoriteľa, darcu a Pána života, spolu s nami priznávajú, že táto viera každej ľudskej bytosti prisudzuje osobitnú dôstojnosť a garantuje jej rešpektovanie.

V každom prípade dúfame, že táto Deklarácia sa stretne so súhlasom mnohých ľudí dobrej vôle, ktorí – napriek filozofickým a ideologickým rozdielom – majú živé povedomie o právach ľudskej osoby. Tieto práva boli napokon v priebehu posledných rokov veľmi často proklamované vyhláseniami medzinárodných kongresov;<sup>3</sup> a keďže tu ide o základné práva každej osoby, je zrejmé, že sa neslobodno odvolávať na argumenty politického pluralizmu či náboženskej slobody s cieľom, aby sa im odoprela univerzálna hodnota.

## I. HODNOTA ĽUDSKÉHO ŽIVOTA

Ľudský život je základom všetkých dobier, prameňom a nevyhnutnou podmienkou každej ľudskej činnosti a sociálneho spolužitia. Ak sa väčšina ľudí domnieva, že život má posvätný charakter a nik s ním nemôže disponovať ako sa mu zapáči, veriaci v ňom vidia aj dar Božej lásky, ktorý sú pozvaní uchovávať a privádzať k plodnosti. Z tohto uvažovania vyplývajú niektoré dôsledky:

1. Nik nemôže zaútočiť na život nevinného človeka bez toho, aby sa vzpriečil láske, ktorú k nemu prechováva Boh, bez toho, aby porušil základné, nenarušiteľné a neodcudziteľné právo, teda bez spáchania krajne závažného zločinu.<sup>4</sup>
2. Každý človek má povinnosť uspošobovať svoj život podľa Božieho plánu. Život je mu daný ako dobro, ktoré má prinášať svoje ovocie už tu na zemi, ale svoju plnú dokonalosť nachádza až vo večnom živote.

---

<sup>3</sup> Attendatur peculiari modo ad Admonitionem 779 [1976] de iuribus aegrotorum et morientium, quae acceptata fuit a Coetu Deputatorum Consilii Europae, in XXVII sessione ordinaria. cf. *SIPECA*, n. 1, mense martio 1977, pp. 14-15.

<sup>4</sup> Hic omnino praetermittuntur quaestiones de poena mortis et de bello, quae postulant ut aliae fiant peculiare considerationes, quae huius Declarationis argumento extraneae sunt.

3. Dobrovoľná smrť alebo samovražda je preto neprijateľná, rovnako ako vražda; takýto čin predstavuje zo strany človeka odmietnutie Božej zvrchovanosti a jeho plánu lásky. Samovražda je okrem toho často aj odmietnutím lásky k sebe, popretím prirodzenej túžby po živote, zanechaním povinností plynúcich zo spravodlivosti a lásky voči blížnemu, voči rozličným spoločnostiam a voči celej spoločnosti, i keď – ako je známe – neraz tu zohrávajú úlohu psychologické činitele, ktoré môžu zodpovednosť zmenšiť alebo celkom anulovať.

Od samovraždy však treba jasne odlíšiť obeť, ktorou sa pre vyšší dôvod – napríklad Božiu slávu, spásu duší alebo službu bratom – vlastný život obetuje alebo vystavuje nebezpečenstvu (porov. *Jn 15, 14*).

## II. EUTANÁZIA

Aby bolo adekvátnym spôsobom možné hovoriť o probléme eutanázie, treba predovšetkým upresniť význam používaných slov.

Etymologicky slovo eutanázia v staroveku znamenalo sladkú smrť – bez ukrutných trápení. Dnes sa už nemá na mysli pôvodný význam daného termínu, ale skôr zásah medicíny nasmerovaný na zmiernenie bolesti v chorobe a agónii, často spojený s rizikom predčasného ukončenia života. Okrem toho sa tento termín používa, v užšom zmysle, vo význame „spôsobenia smrti zo súcitu“, s cieľom dôrazne eliminovať posledné útrapy alebo predísť tomu, aby sa nezdravým deťom, duševne chorým či nevyliciteľným predlžoval nešťastný život, možno na mnoho rokov, čo by zároveň mohlo uvaliť príliš ťažké bremená na rodiny alebo spoločnosť.

Je preto potrebné jasne povedať, v akom zmysle sa daný termín chápe v tomto dokumente.

Eutanáziou sa rozumie také konanie alebo zanedbanie konania, ktoré vo svojej podstate alebo v úmysloch spôsobuje smrť, s cieľom eliminovať bolesť. Eutanázia je teda situovaná na úrovni úmyslov a použitých metód.

Tu je potrebné so všetkou rozhodnosťou zdôrazniť, že nič a nik nemôže autorizovať zabitie nevinné ľudskej bytosti, či už plodu alebo embrya, dieťaťa alebo dospelého, starého, nevyliciteľne chorého alebo zomierajúceho. Nik okrem toho nemôže žiadať toto vražedné gesto pre seba samého alebo pre niekoho, kto je zverený do jeho zodpovednosti, ani s ním nemôže explicitne alebo implicitne súhlasiť. Nijaká autorita ho nemôže legitímne prikázať, ani povoliť. Ide tu vskutku o porušenie Božieho práva, o urážku dôstojnosti ľudskej osoby, o zločin proti životu, o atentát proti ľudskosti.

Mohlo by sa tiež stať, že dlhá a neznesiteľná bolesť, dôvody citového charakteru alebo rozličné ďalšie príčiny privedú niekoho k domnienke, že môže legitímne žiadať smrť alebo ju spôsobiť iným. Aj keď v takýchto prípadoch môže byť osobná zodpovednosť umenšená alebo dokonca neprítomná, pochybenie úsudku svedomia – azda aj v dobrej viere – nemení podstatu vražedného činu, ktorý sám v sebe zostáva vždy neprijateľný. Prosby veľmi ťažko chorých, ktorí si niekedy žiadajú smrť, nesmú byť chápané ako vyjadrenie skutočného priania eutanázie; vskutku sú takmer vždy úzkostnými volaniami o pomoc a súcit. Okrem zdravotnej starostlivosti, ktorú chorý potrebuje, je tu ešte láska, ľudské i nadprirodzené teplo, ktorým ho môžu a majú obklopiť všetci, čo sú mu nablízku – rodičia a deti, lekári a zdravotníci.

### **III. KREŠŤAN ZOČI-VOČI UTRPENIU A POUŽITIU UTIŠIJÚCICH PROSTRIEDKOV**

Smrť neprichádza vždy za dramatických okolností, na konci neznesiteľných útrap. Ani netreba vždy myslieť len na extrémne prípady. Početné zhodujúce sa svedectvá umožňujú domnievať sa, že príroda sama zariadila v okamihu smrti uľahčenie rozpojenia, ktoré by pre človeka pri plnom zdraví boli veľmi bolestivé. Zdlhavá choroba, pokročilá staroba, situácia samoty a opustenia môžu vytvoriť psychologické podmienky, ktoré uľahčia prijatie smrti.

Treba však priznať, že smrť – často predchádzaná alebo sprevádzaná ukrutnými a dlhými útrapami – zostáva udalosťou, ktorá prirodzene sužuje srdce človeka.

Fyzická bolesť je iste nevyhnutnou súčasťou ľudskej situácie; na biologickej rovine predstavuje upozornenie, ktorého užitočnosť je nepopierateľná; avšak pretože sa dotýka aj psychologického života človeka, často prekračuje svoju biologickú užitočnosť a môže nadobudnúť také rozmery, že priam vzbudzuje túžbu eliminovať ju za každú cenu.

Podľa kresťanskej náuky však bolesť, predovšetkým v posledných okamihoch života, môže v Božom pláne spásy nadobúdať osobitný význam; je naozaj účasťou na Kristovom utrpení a zjednotením s obetou Vykupiteľa, ktorú priniesol v hlbokéj úcte k Otcovej vôli. Nemôže byť preto prekvapivé, ak niektorí kresťania chcú znížiť užívanie analgetík, aby tak dobrovoľne prijali časť svojich útrap a vedome sa spojili s útrapami ukrižovaného Krista (porov. *Mt 27, 34*). Nebolo by však rozumné ukladať hrdinské konanie ako všeobecnú normu. Naopak, ľudská rozvážnosť odporúča väčšine chorých použitie liekov, ktoré dokážu bolesť zmierniť alebo potlačiť, aj keď z

nich môže ako vedľajší účinok vyplývať napríklad strnulosť alebo menšia jasnosť myslenia. Čo sa týka tých, ktorí nie sú schopní vyjadriť sa, možno rozumne predpokladať, že by si takéto utišujúce prostriedky žiadali užiť – a poskytnúť im ich na základe odporúčania lekára.

Avšak intenzívne používanie analgetík nie je bez problémov, pretože fenomén návykovosti zvyčajne núti zvyšovať dávky na udržanie ich účinnosti. Je vhodné pripomenúť vyjadrenie Pia XII., ktoré si dodnes uchováva svoju platnosť. Skupine lekárov, ktorí mu predložili otázku: „Je potlačenie bolesti a vedomia prostredníctvom narkotík... dovolené z hľadiska náboženstva a morálky pre lekára a pre pacienta (aj pri blížiacej sa smrti a ak sa predpokladá, že použitie narkotík skráti život)?“, pápež odpovedal:

„Ak neexistujú iné prostriedky a ak to vzhľadom na okolnosti nebráni splneniu iných náboženských a morálnych povinností: Áno“.<sup>5</sup> V tomto prípade je vskutku jasné, že smrť nie je chcená ani akýmkoľvek spôsobom vyhľadávaná, i keď sa podstupuje jej riziko kvôli rozumnej príčine: chce sa jednoducho efektívnym spôsobom zmierniť bolesť, použivúc na tento účel tie analgetiká, ktorými medicína disponuje.

Utišujúce prostriedky, ktoré chorým spôsobujú stratu vedomia, si však žiadajú osobitnú úvahu. Je vskutku veľmi dôležité, aby ľudia mohli nielen zadostučiniť svojim morálnym záväzkom a rodinným povinnostiam, ale aj – a predovšetkým – pripraviť sa pri plnom vedomí na stretnutie s Kristom. Pius XII. preto upozornil, že „nie je dovolené pripraviť zomierajúceho o vedomie bez vážnej príčiny“.<sup>6</sup>

#### **IV. PRIMERANÉ POUŽITIE TERAPEUTICKÝCH PROSTRIEDKOV**

Dnes je veľmi dôležité v okamihu smrti chrániť dôstojnosť ľudskej osoby a kresťanskú koncepciu života pred technicizmom, ktorý v sebe nesie riziko zneužitia. Niektorí de facto hovoria o „práve na smrť“ – čo je však výraz, ktorý neoznačuje právo spôsobiť si alebo nechať si spôsobiť smrť tak ako človek chce, ale právo zomrieť vo všetkom pokoji, s ľudskou a kresťanskou dôstojnosťou. Z tohto pohľadu môže použitie terapeutických prostriedkov niekedy spôsobovať problémy.

V mnohých prípadoch môže komplexnosť situácií vyvolať pochybnosti o spôsobe aplikovania princípov morálky. Urobiť rozhodnutia prináleží v konečnom dôsledku

---

<sup>5</sup> Pio XII, *Allocutio*, die 24 febr. 1957: AAS 49 [1957] 147.

<sup>6</sup> Pio XII, *Allocutio*, die 24 febr. 1957: AAS 49 [1957] 145; cf. Pio XII, *Allocutio*, die 9 sept. 1958: AAS 50 [1958] 694.



svedomiu chorého alebo osôb, ktoré sú kvalifikované hovoriť v jeho mene, alebo aj lekárov – vo svetle morálnych povinností a rôznych aspektov daného prípadu.

Každý má povinnosť liečiť sa a nechať sa liečiť. Tí, ktorí sa starajú o chorých, majú svoju prácu konať so všetkou usilovnosťou a podávať tie liečivé prostriedky, ktoré pokladajú za nevyhnutné alebo užitočné.

Musí sa však za každých okolností pristúpiť k použitiu všetkých možných liečebných prostriedkov? Doteraz moralisti odpovedali, že nikdy nie je povinné použitie „mimoriadnych“ prostriedkov. Dnes sa však takáto odpoveď, i keď v princípe stále platná, môže javiť menej jasná – tak pre nepresnosť termínu, ako aj pre rýchle pokroky terapie. Preto niektorí radšej hovoria o „primeraných“ a „neprimeraných“ prostriedkoch. V každom prípade, prostriedky je možné dobre zhodnotiť konfrontáciou typu terapie, stupňa obtiaže a rizika, ktoré je s ňou spojené, nevyhnutných nákladov a možností aplikácie – s výsledkom, ktorý sa dá očakávať, berúc do úvahy stav chorého a jeho fyzických a morálnych síl.

Pre uľahčenie aplikácie týchto všeobecných princípov možno dodať nasledujúce upresnenia:

- Ak neexistujú iné liečebné prostriedky, je dovolené, so súhlasom chorého, použiť také prostriedky, ktoré sú k dispozícii vďaka najnovším pokrokom medicíny aj keď sú ešte len v experimentálnom štádiu a nie bez rizika. Ich prijatím chorý zároveň poskytuje príklad šľachetnosti pre dobro ľudstva.

- Je tiež dovolené prerušiť aplikáciu takýchto prostriedkov, keď výsledky nenapĺňajú nádeje, ktoré do nich boli vkladané. Avšak pri prijímaní rozhodnutia tohto typu je potrebné brať do úvahy oprávnenú túžbu chorého a jeho príbuzných, ako aj názor skutočne kompetentných lekárov; títo môžu bezpochyby posúdiť lepšie, než ktokoľvek iný, či investícia nástrojov a personálu je primeraná predpokladaným výsledkom a či použité techniky pacientovi nespôsobujú väčšie útrapy a ťažkosti než úžitky, ktoré je možné z nich získať.

- Je vždy dovolené uspokojiť sa s normálnymi prostriedkami, ktoré medicína môže ponúknuť. Nikomu teda nemožno vnucovať povinnosť, aby prijal také liečenie, ktoré – aj keď sa už používa – ešte nie je bez nebezpečenstiev, alebo spôsobuje prílišnú záťaž. Jeho odmietnutie sa nerovná samovražde: znamená skôr alebo jednoduché prijatie ľudskej situácie, alebo túžbu vyhnúť sa použitiu liečebného prípravku neprimeraného výsledkom, ktoré od neho možno očakávať, alebo vôľu nezaťažovať príliš ťažkými bremenami rodinu či spoločnosť.

- V bezprostrednej blízkosti neodvratnej smrti – napriek použitým prostriedkom – je dovolené urobiť vo svedomí rozhodnutie vzdať sa liečebných postupov, ktoré by spôsobili len neisté a bolestné predlžovanie života, avšak bez prerušenia normálnych terapií, ktoré chorému prináležia v podobných prípadoch. Lekár teda nemá dôvod sužovať sa, takmer akoby neposkytol starostlivosť osobe v nebezpečenstve.

## **ZÁVER**

Normy obsiahnuté v tejto deklarácii sú inšpirované hlbokou túžbou slúžiť človeku podľa plánu Stvoriteľa. Ak na jednej strane je život Božím darom, na strane druhej je smrť neodvratná; preto je nevyhnutné, aby sme – bez akéhokoľvek predbiehania času smrti – vedeli ju akceptovať, pri plnom vedomí našej zodpovednosti a so všetkou dôstojnosťou. Vskutku je pravda, že smrť ukončuje našu pozemskú existenciu, ale zároveň otvára cestu k nesmrteľnému životu. Preto sa všetci ľudia musia pripraviť na túto udalosť vo svetle ľudských hodnôt, a kresťania o to viac – vo svetle svojej viery. Tí, ktorí sa venujú starostlivosti o zdravie verejnosti, nech nič nezanedbajú, a služby chorým a zomierajúcim venujú všetku svoju kompetenciu; nech však tiež pamätajú na to, aby im poskytovali ešte potrebnejšiu útechu neskonalej dobroty a vrúcnej lásky. Takáto služba poskytovaná ľuďom je aj službou poskytnutou samotnému Pánovi, ktorý povedal: „*Čokoľvek ste urobili jednému z týchto mojich najmenších bratov, mne ste urobili*“ (Mt 25, 40).

V Ríme v sídle Posvätej kongregácie pre náuku viery 5. mája 1980

+ kardinál Franjo Seper  
prefekt

+ Fr. Jérôme Hamer OP  
titulárny arcibiskup diecézy Lorium  
sekretár

## KONGREGÁCIA PRE NÁUKU VIERY

### **Odpovede na otázky Konferencie biskupov USA ohľadom umelej výživy a hydratácie**

Prvá otázka: Je morálne povinné podávať potravu a vodu (prirodzenými alebo umelými spôsobmi) pacientovi vo „vegetatívnom stave“, okrem prípadu, že tieto živiny nemôžu byť telom pacienta prijaté alebo nemôžu byť podané bez toho, aby mu spôsobili značnú fyzickú ujmu?

Odpoveď: Áno. Podávanie potravy a vody, čo aj umelými spôsobmi, je v princípe riadnym a primeraným prostriedkom udržiavania života. Je teda povinné – v tej miere a dovtedy – kým dosahuje svoj vlastný cieľ, ktorý spočíva v zabezpečení hydratácie a výživy pacienta. Takýmto spôsobom sa zabráni útrapám a smrti vyvolanej podvýživou a dehydratáciou.

Druhá otázka: Ak sú výživa a hydratácia poskytované umelými spôsobmi pacientovi v „permanentne vegetatívnom stave“, môžu byť prerušené, keď kompetentní lekári s morálnou istotou posúdia, že pacient už nikdy nenadobudne vedomie?

Odpoveď: Nie. Pacient v „permanentne vegetatívnom stave“ je osoba s vlastnou základnou ľudskou dôstojnosťou, ktorej prináležia riadne a primerané spôsoby starostlivosti – ktorých súčasťou je v princípe aj podávanie vody a potravy, aj umelými spôsobmi.

Najvyšší veľkňaz Benedikt XVI. počas audiencie poskytnutej dolupodpísanému kardinálovi prefektovi schválil tieto odpovede, zostavené počas riadneho zasadania tejto kongregácie, a nariadil ich publikovanie.

V Ríme v sídle Kongregácie pre náuku viery 1. augusta 2007

kardinál William Levada  
prefekt

Angelo Amato SDB  
titulárny arcibiskup diecézy Sila  
sekretár

## KONGREGÁCIA PRE NÁUKU VIERY

### Poznámka s komentárom

Kongregácia pre náuku viery sformulovala odpoveď na dve otázky, ktoré prezentoval J. E. Mons. William S. Skylstad, predseda Konferencie biskupov USA, v liste z 11. júla 2005 – ohľadom výživy a hydratácie pacientov, ktorí sa nachádzajú v stave všeobecne označovanom ako „vegetatívny“. Predmetom otázok je, či výživa a hydratácia týchto pacientov, predovšetkým ak sú podávané umelým spôsobom, nepredstavujú nadmerne ťaživé bremeno pre pacientov, pre ich príbuzných alebo pre zdravotnícky systém – až do tej miery, že by sa mohli považovať – aj vo svetle morálnej náuky Cirkvi – za mimoriadny a neprimeraný prostriedok, ktorý nie je morálne povinný.

V prospech možnosti zanechať výživu a hydratáciu týchto pacientov sa často cituje Príhovor pápeža Pia XII. Anesteziologickému kongresu, prednesený 24. novembra 1957. V ňom pápež pripomína dva všeobecné etické princípy. Na jednej strane prirodzený rozum a kresťanská morálka učia, že v prípade vážnej nemoci pacient a tí, ktorí sa oňho starajú, majú právo a povinnosť využiť spôsoby liečenia nevyhnuté na zachovanie zdravia a života. Na druhej strane takáto povinnosť sa vo všeobecnosti týka len použitia prostriedkov, ktoré sú pri posúdení všetkých okolností riadne, teda nekladú na pacienta alebo na druhých mimoriadne ťažké bremeno. Prísnejšia povinnosť by bola príliš náročná pre väčšinu osôb a nadmieru by sťažila dosiahnutie dôležitejších dobier. Život, zdravie a všetky časné aktivity sú podriadené duchovným cieľom. To, samozrejme, nezakazuje robiť viac, než je striktné povinné pre zachovanie života a zdravia – pod podmienkou, že nedôjde k zanedbaniu rešpektu pre najväžnejšie povinnosti.

Predovšetkým je potrebné si všimnúť, že odpovede dané Píom XII. sa týkali použitia a prerušenia techník oživovania. Avšak študovaný prípad nemá s takýmito technikami nič spoločné. Pacienti vo „vegetatívnom stave“ dýchajú spontánne, prirodzene travia potravu, uchovávajú si ďalšie metabolické funkcie, a nachádzajú sa v stabilizovanej situácii. Nedokážu však sami prijímať potravu. Ak im jedlo a pitie nie sú poskytnuté umelým spôsobom, zomrú – a jedinou príčinou ich smrti nie je choroba alebo „vegetatívny stav“, ale podvýživa a dehydratácia. Okrem toho, umelé podávanie vody a jedla všeobecne nekladie ťažké bremeno na pacienta ani na jeho príbuzných.

Neznamená prehnané náklady, je uskutočniteľné v akomkoľvek priemernom zdravotníckom zariadení; samo osebe si nevyžaduje hospitalizáciu pacienta a je primerané dosiahnutiu svojho cieľa: zabrániť, aby pacient zomrel pre podvýživu a dehydratáciu. Nie je to ani nemieni byť terapia na odstránenie choroby, ale riadna starostlivosť na zachovanie života.

Čo, naopak, môže znamenať značnú záťaž, je mať príbuzného vo „vegetatívnom stave“ – ak sa tento stav predlžuje v čase. Je to záťaž podobná starostlivosti o tetraplegika, o vážne mentálne chorého, o pokročilý Alzheimer atď. Sú to osoby, ktoré majú potrebu neustálej starostlivosti – po celé mesiace alebo aj roky. Avšak princíp sformulovaný Píom XII. nemôže byť – na základe zrejmých dôvodov – interpretovaný v tom zmysle, že je dovolené pacientov, pri ktorých riadna starostlivosť kladie na rodinu trvalé bremeno, nechať samých na seba, teda nechať zomrieť. Nie v tomto zmysle Pius XII. hovoril o riadnych prostriedkoch.

Všetko nasvedčuje tomu, že na pacientov vo „vegetatívnom stave“ má byť aplikovaná prvá časť princípu sformulovaného Píom XII.: v prípade ťažkej choroby existuje povinnosť použiť nevyhnutné prostriedky na zachovanie zdravia a života. Vývoj magistéria Cirkvi, ktorý zblízka sledoval pokroky medicíny aj z nich vyplývajúce pochybnosti, to naplno potvrdzuje.

*Deklarácia o eutanázii*, publikovaná Kongregáciou pre náuku viery 5. mája 1980, vysvetlila rozdiel medzi primeranými a neprimeranými prostriedkami i rozdiel medzi terapeutickými zásahmi a normálnymi formami starostlivosti, ktoré sú pre chorého povinné: „V bezprostrednej blízkosti neodvratnej smrti – napriek použitým prostriedkom – je dovolené urobiť vo svedomí rozhodnutie vzdať sa liečebných postupov, ktoré by spôsobili len neisté a bolestné predlžovanie života, avšak bez prerušenia normálnych terapií, ktoré chorému prináležia v podobných prípadoch“ (časť IV). O to menej možno prerušiť riadne formy starostlivosti o pacientov, ktorí čelia blížiacej sa smrti, ako to všeobecne býva pri tých, ktorí sa nachádzajú „vo vegetatívnom stave“ a pre ktorých by prerušenie riadnych foriem starostlivosti znamenalo smrť.

27. júna 1981 Pápežská rada *Cor unum* publikovala dokument nazvaný *Etické otázky týkajúce sa ťažko chorých a zomierajúcich*, v ktorom sa okrem iného písalo: „Zostáva však prísna povinnosť pokračovať za každú cenu v aplikácii tzv. „minimálnych“ prostriedkov, teda tých, ktoré sú normálne a vo zvyčajných okolnostiach určené na

zachovanie života (výživa, transfúzie krvi, injekcie, atď.). Prerušiť ich poskytovanie by v praxi znamenalo chcieť ukončiť život pacienta“ (č. 2.2.4.).

15. novembra 1985 v príhovore účastníkom Medzinárodného doškoloňovacieho kurzu o ľudských pre-leukémiách pápež sv. Ján Pavol II., odvolávajúc sa na *Deklaráciu o eutanázii*, jasne potvrdil, že na základe princípu primeranosti foriem starostlivosti nemožno oslobodiť od „terapeutickej povinnosti, ktorá je na podporu života, ani od starostlivosti, ktorá využíva normálne prostriedky na jeho udržiavanie“ – medzi ktoré určite patrí podávanie jedla a tekutín – a upozornil, že nie sú prípustné zanedbania, ktoré majú za cieľ „skrátiť život na ušetrenie útrap pacientovi alebo jeho príbuzným“. V roku 1995 Pápežská rada pre pastoráciu v zdravotníctve vydala *Chartu zdravotníckych pracovníkov*. V bode 120 sa explicitne hovorí: „Výživa a hydratácia aj keď sú umelo poskytované, patria medzi normálne formy starostlivosti, ktoré chorému vždy prináležia, ak preňho nie sú príliš ťaživé: ich nenáležité prerušenie môže znamenať opravdivú a skutočnú eutanáziu“.

Celkom explicitný je príhovor sv. Jána Pavla II. skupine biskupov USA na návšteve *ad limina* 2. októbra 1998: „Výživu a hydratáciu treba považovať za normálne formy starostlivosti a riadne prostriedky na zachovanie života. Je neprijateľné ich prerušiť alebo neposkytnúť, ak z takéhoto rozhodnutia plynie smrť pacienta. Bola by to eutanázia spôsobená zanedbaním“ (porov. č. 4).

V príhovore z 20. marca 2004, adresovanom účastníkom Medzinárodného kongresu na tému „Formy starostlivosti na udržiavanie života a vegetatívny stav. Vedecké pokroky a etické dilemy“, Ján Pavol II. veľmi jasne potvrdil, čo sa objavilo v citovaných dokumentoch, a ponúkol tiež adekvátnu interpretáciu. Pápež zdôraznil nasledujúce body:

- 1) „Na označenie situácie tých, ktorých ‚vegetatívny stav‘ trvá dlhšie než jeden rok, bol vytvorený termín *permanentný vegetatívny stav*. V skutočnosti však takejto definícii nezodpovedá odlišná diagnóza, ale len úsudok o konvenčnej prognóze, ktorý sa vzťahuje na fakt, že prebudenie pacienta je zo štatistického hľadiska čoraz náročnejšie – o čo viac sa jeho zotrvanie vo vegetatívnom stave predlžuje v čase“ (č. 2).<sup>7</sup>
- 2) Vzhľadom na tých, ktorí spochybňujú samotnú „ľudskú kvalitu“ pacientov v „permanentnom vegetatívnom stave“, je potrebné znovu potvrdiť, že „vnútorná

---

<sup>7</sup> Terminológia vzťahujúca sa na rozličné fázy a formy „vegetatívneho stavu“ je kontroverzná, ale to pre morálny úsudok nie je podstatné.

hodnota a osobná dôstojnosť každej ľudskej bytosti sa nemenia, bez ohľadu na konkrétne okolnosti jej života. Človek, aj keď je ťažko chorý alebo hendikepovaný v používaní svojich najvyšších schopností, je a vždy bude človekom: nikdy sa nestane ‚rastlinou‘ alebo ‚zvieratom‘“ (č. 3).

3) „Chorý vo vegetatívnom stave, v očakávaní uzdravenia alebo prirodzeného konca, má teda právo na základnú zdravotnícku starostlivosť (výživa, hydratácia, hygiena, teplo atď.), a na prevenciu pred komplikáciami spojenými s pripútaním na lôžko. Má tiež právo na cieleň rehabilitačný zákrok a monitorovanie klinických znakov eventuálneho prebudenia. Predovšetkým by som chcel zdôrazniť, že podávanie vody a potravy, aj keď sa uskutočňuje umelými spôsobmi, predstavuje vždy prirodzený prostriedok na zachovanie života, nie lekársky zákrok. Jeho aplikovanie treba preto v princípe pokladať za riadne a primerané, a ako také za morálne povinné – v takej miere a dovedy, pokiaľ preukazuje dosiahnutie vlastnej finality, ktorá vo svojej podstate spočíva v zabezpečení výživy pacientovi a v tlmení útrap“ (č. 4).

4) Predchádzajúce dokumenty treba prijať a interpretovať v spomenutom zmysle: „Povinnosť nezanedbať poskytnutie ‚normálnych terapií, ktoré chorému prináležia v podobných prípadoch‘ (Kongregácia pre náuku viery, *Deklarácia o eutanázii*, časť IV) zahŕňa aj aplikáciu výživy a hydratácie“ (porov. Pápežská rada *Cor unum, Etické otázky týkajúce sa ťažko chorých a zomierajúcich*, č. 2.4.4; Pápežská rada pre pastoračiu zdravotníckych pracovníkov, *Charta zdravotníckych pracovníkov*, č. 120). Zhodnotenie vyhládok, založené na mizivých nádejách na uzdravenie, keď vegetatívny stav trvá dlhšie než jeden rok, nemôže eticky zdôvodniť zanechanie alebo prerušenie minimálnych foriem starostlivosti o pacienta vrátane výživy a hydratácie. Smrť hladom a smädom je vskutku jediným možným výsledkom ich prerušenia. V danom zmysle sa táto smrť, ak je vedome a zámerne spôsobená, javí ako opravdivá a skutočná eutanázia zanedbaním“ (č. 4).

Odpovede, ktoré teraz dáva Kongregácia pre náuku viery, preto nasledujú líniu dokumentov Svätej stolice, ktoré tu boli citované, predovšetkým príhovor Jána Pavla II. z 20. marca 2004. Hlavné obsahy sú dva. Na prvom mieste je potvrdené, že podávanie vody a potravy aj umelými spôsobmi je v princípe riadnym a primeraným prostriedkom na udržiavanie života pre pacientov vo „vegetatívnom stave“. „Je preto povinné v takej miere a dovedy, pokiaľ preukazuje dosiahnutie vlastnej finality, ktorá vo svojej podstate spočíva v zabezpečení výživy pacientovi“. Na druhom mieste sa upresňuje, že tento riadny prostriedok na udržiavanie života treba zabezpečiť aj tým,

ktorí sa nachádzajú v „trvalom vegetatívnom stave“, keďže ide o osoby so základnou ľudskou dôstojnosťou.

Pri tvrdení, že poskytovanie potravy a vody je v princípe morálne povinné, Kongregácia pre náuku viery nevylučuje, že v niektorých izolovaných alebo extrémne chudobných regiónoch môžu byť umelá hydratácia a výživa fyzicky neuskutočiteľné, a teda platí *ad impossibilia nemo tenetur*; zostáva však povinnosť ponúknuť aspoň tie minimálne formy starostlivosti, ktoré sú k dispozícii – a ak je to možné, zaobstarat' nevyhnutné prostriedky na adekvátne udržiavanie života. Nevylučuje sa ani, že pre ďalšie komplikácie pacient môže byť neschopný prijímať potravu a tekutiny, čím sa ich podávanie stane úplne zbytočné. Napokon nie je úplne zavrhnutá ani možnosť, že v niektorých ojedinelých prípadoch môžu umelá hydratácia a výživa pre pacienta znamenať nadmernú záťaž a z nej vyplývajúce vážne fyzické nepríjemnosti, spojené napríklad s komplikáciami pri použití nástrojových pomôcok. Tieto výnimočné prípady však nič nemenia na všeobecnom etickom kritériu, podľa ktorého poskytovanie vody a jedla, aj keby sa uskutočňovalo umelými spôsobmi, vždy predstavuje *prirodzený prostriedok* na zachovania života, a nie *terapeutický zákrok*. Jeho aplikáciu preto treba pokladať za *riadnu a primeranú*, aj keď sa „vegetatívny stav“ predlžuje.



**Príhovor Jána Pavla II. k účastníkom medzinárodného kongresu „Formy starostlivosti o udržanie života a vegetatívneho stavu. Vedecké pokroky a etické dilemy“ (17. – 20. marca 2004, Augustinianum)**

Sobota 20. marca 2004

Ctihodné dámy a páni!

1. Veľmi srdečne pozdravujem všetkých vás, účastníkov Medzinárodného kongresu „*Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas*“. Osobitne chcem pozdraviť Mons. Elia Sgrecciu, viceprezidenta Pápežskej akadémie pre život a profesora Giana Luigi Gigliho, prezidenta Medzinárodnej federácie združení katolíckych lekárov a šľachetného ochrancu základného práva na život, ktorý sa láskavo ujal úlohy interpretovať spoločné dojmy.

Tento dôležitý kongres, organizovaný spoločne Pápežskou akadémiou pre život a Medzinárodnou federáciou združení katolíckych lekárov, sa venuje veľmi dôležitej téme: klinickej situácii nazývanej „vegetatívny stav“. Komplexné vedecké, etické, spoločenské a pastoračné aspekty tohto stavu si žiadajú hlbokú úvahu a náležitý interdisciplinárny dialóg, ako o tom svedčí aj intenzívny a členitý program vašich prác.

2. Cirkev so živou úctou a úprimnou nádejou povzbudzuje snaženia vedcov, ktorí denne, neraz s veľkými obetami, venujú svoje študijné a výskumné úsilie zlepšovaniu diagnostických, terapeutických, prognostických a rehabilitačných možností vzhľadom na týchto pacientov, ktorí sú celkom vydaní do rúk tých, čo sa o nich starajú a pomáhajú im. Osoba vo vegetatívnom stave vskutku neprejavuje nijaký evidentný znak vedomia seba samej alebo vnímania prostredia, a zdá sa neschopnou akejkoľvek interakcie s inými alebo reakcie na adekvátne podnety.

Odborníci upozorňujú, že je nevyhnutné predovšetkým stanoviť správnu diagnózu, ktorá si zvyčajne vyžaduje dlhé a starostlivé pozorovanie v špecializovaných centrách, berúc do úvahy aj vysoký počet diagnostických chýb popísaných v literatúre. Viaceré z týchto osôb sú potom – s použitím vhodných spôsobov liečenia a cielených rehabilitačných programov – schopné vyjsť z vegetatívneho stavu. Mnohí ďalší, naopak, žiaľ, zostávajú väzňami svojho stavu aj na dlhé časové obdobia, a aj bez nevyhnutnosti technologických podpôr.

Konkrétne, na označenie stavu tých, ktorých „vegetatívny stav“ sa predlžuje viac než na rok, bol vytvorený termín *permanentný vegetatívny stav*. V skutočnosti však

takejto definícii nezodpovedá odlišná diagnóza, ale len úsudok o konvenčnej prognóze, ktorý sa vzťahuje na fakt, že prebudenie pacienta je zo štatistického hľadiska čoraz náročnejšie – čím viac sa jeho zotrvanie vo vegetatívnom stave predlžuje v čase.

Netreba však obchádzať ani podceňovať skutočnosť, že existujú dobre zdokumentované prípady uzdravenia, aspoň čiastočného, a to aj po viacerých rokoch, takže možno tvrdiť, že lekárska veda ani dnes nie je schopná s istotou predpovedať, kto z pacientov v týchto stavoch sa môže prebrať, a kto nie.

3. Vzhľadom na pacienta nachádzajúceho sa v takýchto klinických situáciách, nájdu sa aj takí, čo spochybňujú prítomnosť samotnej „ľudskej kvality“ – takmer akoby prívlastok „vegetatívny“ (ktorého používanie sa už ustálilo), symbolicky popisujúci klinický stav, mohol alebo mal sa vzťahovať na chorého ako takého, degradujúc *de facto* jeho osobnú hodnotu a dôstojnosť. V tomto zmysle treba zdôrazniť, že termín obsiahnutý v danom slove, aj keď len v rámci klinického prostredia, vo vzťahu k ľudským osobám istotne nie je najšťastnejší.

V protiklade k takýmto myšlienkovým tendenciám cítim povinnosť dôrazne potvrdiť, že vnútorná hodnota a osobná dôstojnosť každej ľudskej bytosti sa nemenia, bez ohľadu na konkrétne okolnosti jej života. Človek, aj keď je ťažko chorý alebo hendikepovaný v používaní svojich najvyšších schopností, je a vždy bude človekom, nikdy sa nestane „rastlinou“ alebo „zvieratom“.

Aj naši bratia a sestry, ktorí sa nachádzajú v klinickej situácii „vegetatívneho stavu“ si uchovávajú celú svoju ľudskú dôstojnosť. Milujúci pohľad Boha Otca je na nich naďalej upretý a pokladá ich za svoje deti, ktoré obzvlášť potrebujú pomoc.

4. Voči týmto osobám majú lekári, zdravotnícki pracovníci, spoločnosť i Cirkev morálne povinnosti, ktorých sa nemôžu zrieknuť bez toho, aby sa tým nespreneverili požiadavkám tak profesionálnej deontológie, ako aj kresťanskej a ľudskej solidarity.

Chorý vo vegetatívnom stave, v očakávaní uzdravenia alebo prirodzeného konca, má teda právo na základnú zdravotnícku starostlivosť (výživa, hydratácia, hygiena, teplo atď.) a na prevenciu pred komplikáciami spojenými s pripútaním na lôžko. Má tiež právo na cieľový rehabilitačný záchod a monitorovanie klinických znakov eventuálneho prebudenia.

Predovšetkým by som chcel zdôrazniť, že podávanie vody a potravy, aj keby sa uskutočňovalo umelými spôsobmi, predstavuje vždy prirodzený prostriedok uchovávania života, nie *lekársky záchod*. Jeho aplikovanie preto treba v princípe

pokladať za riadne a primerané, a ako také za morálne povinné, v takej miere a pokiaľ preukazuje dosiahnutie vlastnej finality, ktorá vo svojej podstate spočíva v zabezpečení výživy pacientovi a v tlmení útrap.

Povinnosť poskytnúť „normálne terapie, ktoré chorému prináležia v podobných prípadoch“ (porov. Kongregácia pre náuku viery, *Iura et bona*, IV) zahŕňa aj poskytnutie výživy a hydratácie (porov. Pápežská rada pre zdravotníckych pracovníkov, č. 120). Zhodnotenie vyhládok, založené na mizivých nádejach na uzdravenie, keď vegetatívny stav trvá dlhšie než jeden rok, nemôže eticky zdôvodniť zanechanie alebo prerušenie *minimálnych foriem* starostlivosti o pacienta vrátane výživy a hydratácie. Smrť hladom a smädom je vskutku jediným možným výsledkom ich prerušenia. V danom zmysle sa takáto smrť, ak je vedome a zámerne spôsobená, javí ako opravdivá a skutočná eutanázia zanedbaním.

Vzhľadom na to pripomínam, čo som napísal v encyklike *Evangelium vitae*, vysvetľujúc, že „eutanáziou v pravom a vlastnom slova zmysle treba rozumieť čin alebo zanedbanie, ktoré zo svojej povahy a v úmysle konajúceho spôsobuje smrť kvôli odstráneniu akéhokoľvek utrpenia,“ takýto úkon vždy predstavuje vážne porušenie „Božieho zákona ako morálne neprípustné dobrovoľné zabitie ľudskej osoby“ (č. 65).

Okrem toho je známy morálny princíp, podľa ktorého aj v pochybnosti, či máme pred sebou živú osobu, máme povinnosť naplno ju rešpektovať a zdržať sa akejkolvek akcie zameranej na anticipovanie jej smrti.

5. Nad takýmto všeobecným ustanovením nemôžu prevládať úvahy o „kvalite života“, často v skutočnosti diktované nátlakmi psychologického, spoločenského a ekonomického charakteru.

Predovšetkým, nijaké zhodnotenie nákladov nemôže prevládať nad hodnotou základného dobra, ktoré sa snažíme chrániť, teda nad ľudským životom. Okrem toho pripustiť, že možno rozhodovať o živote človeka na základe vonkajšieho rozoznávania jeho kvality, je to isté ako prijať, že ktorémukoľvek subjektu možno zvonka prisúdiť rastúcu alebo klesajúcu úroveň kvality života a teda ľudskej dôstojnosti, čím sa do spoločenských vzťahov vovádza eugenický a diskriminačný princíp.

Navyše nie je možné *a priori* vylúčiť, že zastavenie výživy a hydratácie podľa toho, čo hovoria seriózne štúdie je príčinou veľkého utrpenia pre chorého človeka - aj keď sme schopní vidieť len reakcie na úrovni autonómneho nervového systému alebo

mimiky. Vskutku sa zdá, že moderné techniky klinickej neurofyziológie a mozgovej obrazovej diagnostiky naznačujú, že u týchto pacientov pretrvávajú elementárne formy komunikácie a analýzy podnetov.

6. Nestačí však potvrdiť len všeobecný princíp, podľa ktorého hodnota života človeka nemôže byť podriadená úsudku o jeho kvalite, vynesenu inými osobami; je nevyhnutné podporovať *pozitívne zásahy* na vyváženie tlakov na prerušenie hydratácie a výživy – ako prostriedku ukončenia života týchto pacientov.

Je predovšetkým potrebné podporovať rodiny, ktoré majú niekoho zo svojich drahých postihnutého týmto hrozivým klinickým stavom. Tieto rodiny nesmú zostať s daným ťažkým ľudským, psychologickým a ekonomickým bremenom opustené. Hoci starostlivosť o týchto pacientov vo všeobecnosti nie je príliš nákladná, spoločnosť musí vynaložiť dostatočné zdroje na starostlivosť o daný typ ochorenia – uskutočňovaním vhodných konkrétnych iniciatív, ako napríklad: vytvorením kapilárnej siete jednotiek starostlivosti so špecifickými programami pomoci a rehabilitácie; ekonomickou podporou a domácou pomocou rodinám vo chvíli, keď je pacient presunutý domov – na záver programov intenzívnej rehabilitácie; vytvorením štruktúr prijatia pre prípady, v ktorých chorý nemá rodinu schopnú čeliť problému, alebo ponúknutím období asistenčnej „prestávky“ rodinám, ktorým hrozí morálna a psychologická vyčerpanosť.

Vhodná starostlivosť o týchto pacientov a o ich rodiny by okrem toho mala predvídať prítomnosť a svedectvo lekára a asistenčného tímu, ktorí majú za úlohu pomôcť príbuzným pochopiť, že sú ich spojencami a bojujú za nich a spolu s nimi; aj účasť dobrovoľníkov tu predstavuje dôležitú pomoc – preto, aby rodina vyšla z izolácie a mohla sa cítiť ako hodnotná, a nie opustená súčasť spoločenského tkaniva.

V týchto situáciách má osobitnú dôležitosť duchovné poradenstvo a pastoračná pomoc – ako podpora pre znovunadobudnutie hlbšieho zmyslu v zdanlivo zúfalom stave.

7. Ctené dámy a páni, na záver vás povzbudzujem ako vedcov, zodpovedných za dôstojnosť lekárskeho povolania, aby ste horlivo chránili princíp, podľa ktorého je skutočnou úlohou „liečiť, keď je to možné, a vždy poskytovať starostlivosť“ (to cure if possible, always to care).

Na spečatenie a posilnenie tejto vašej autentickej humanitárnej misie útechy a starostlivosti o trpiacich bratov vám pripomínam Ježišove slová: „*Veru, hovorím*

*vám: čokoľvek ste urobili jednému z týchto mojich najmenších bratov, mne ste urobili“ (Mt 25, 40).*

V tomto svetle na vás zvolávam pomoc toho, ktorého sugestívna patristická formula nazýva „Christus medicus“, a zverujúc vašu prácu pod ochranu Panny Márie, Tešiteľky zarmútených a Útechy zomierajúcich, vám všetkým s láskou udeľujem osobitné apoštolské požehnanie.

## **KOMENTÁRE ODBORNÍKOV**

## Utrpenie a smrť v súčasnej kultúre

J. EM. kardinál Elio Sgreccia

### 1. Súčasná katolícka kultúra a sekularizácia

V encyklike *Centesimus annus* pápež Ján Pavol II. označil prítomnosť dominantnej kultúry v procese sekularizácie za *kultúru smrti*.

Spoločnosť inšpirovaná kresťanstvom bola ovplyvnená procesom sekularizácie nielen v európskych krajinách, ale aj v tých krajinách za hranicami Európy, ktorých sa postupne dotýkal európsky politický a ekonomický vplyv. Proces sekularizácie bol dlhý, od roku 1500 až do súčasnosti, a počas svojho rozvoja podľa odborníkov nadobúdal rozličné stupne a odtiene: od prehodnocujúceho potvrdenia humanistických hodnôt cez deistický racionalizmus, prijatie ideologických absolutizmov a ateizmu, až po fázu, ktorá sa dnes nazýva *exkluzívny humanizmus*, založený na morálnom princípe *autonómie človeka*, chápanej v plnom a absolútnom zmysle – ako je možné vidieť v „*Manifeste za eutanáziu*“,<sup>8</sup> ktorý bol publikovaný v roku 1974 v USA, s podpisom odborníkov z mnohých krajín, na prvom mieste medzi ostatnými Monodom a Paulingom, nositeľmi Nobelovej ceny.

V danom *Manifeste* sa tvrdí: „Nemôže byť humánna eutanázia okrem tej, ktorá vyvolá rýchlu a bezbolestnú smrť a pre daného človeka sa považuje za prospešnú“<sup>9</sup> – a navrhuje sa, aby tento princíp platil v legislatíve. Ale v mnohých, viac tradične katolíckych oblastiach, sa ako „dobrá smrť“ označuje tá, ktorú človek prijme, aj keď je sprevádzaná utrpením, ako Božiu vôľu, žiadajúc si len primerané formy terapie a paliatívnu starostlivosť. Je to tak preto, že „súčasná“ kultúra nie je uniformná ani sekularizáciu neprežívajú radikálne všetci. Aj v samotnom človeku, ktorý o sebe vyhlasuje, že je za eutanáziu a je pripravený hlasovať za ňu v parlamente, sa počas jeho vlastnej choroby môže objaviť návrat ku kresťanskej nádeji na večný život a k žiadosti o náboženskú posilu. Úsudok o súčasnej kultúre je teda zložitý, nielen v historicko-evolučnom procese, ale aj vzhľadom na súčasnosť a na hlboké pramene, z ktorých vychádza. Musíme preto prehĺbiť skúmanie, rozlíšiť aj dve ľudsky náročné skutočnosti: *utrpenie a smrť* vzhľadom na súčasnú kultúru.

---

<sup>8</sup> Vid' text vo zväzku E. Sgreccia, *Manuale di Bioetica*, vol. I, Vita e Pensiero, Milano 2007, str. 881-882.

<sup>9</sup> Tamže,

Predtým, než pristúpime k tejto analýze, rád by som urobil syntézu ešte jedného rozlišovania ohľadom procesov sekularizácie, ktorá bola predmetom pozornosti a špecializovaných štúdií v nedávnej dobe – od roku 1960 do súčasnosti – vo vzťahu ku katolíckej kultúre.

V historickom zmysle možno prostredníctvom retrospektívnych štúdií rekonštruovať etapy a motívy presadzovania humanizmu, chápaného ako postupné nastolenie *centrality človeka* a hodnôt, ktoré sú človeku vlastné – vzhľadom na kozmický poriadok a skutočnosť existujúcu mimo neho: autonómia rozumu vzhľadom na poznanie, autonómia politiky vzhľadom na morálku, autonómia vedy a rozumu vzhľadom na vieru a autonómia slobody vzhľadom na morálnu povinnosť. Podľa poslednej z týchto štúdií,<sup>10</sup> proces sekularizácie – chápaný ako pohyb smerom k exkluzívnemu a autonómnemu humanizmu – je výsledkom dvojakého prechodu: prvý sa definuje ako *intelektuálny odklon*, na základe ktorého sa kozmický poriadok chápe ako orientovaný na človeka a závislý od hierarchie hodnôt stanovenej samotným človekom: antropocentrický humanizmus „zbavený ilúzií“ posvätnosti a transcencie. V tejto optike sa tvrdí, že nemožno definovať ani problém nášho pôvodu, ani problém (čo aj limitovaného) poznania Boha. Druhý prechod je podľa tejto štúdie spôsobený protestantskou reformou, napredujúcou až po nastolenie primátu sociálnych a ekonomických vied, nazývaných *Veľká narácia reformy*, na základe ktorého sa už neuznávajú hierarchie, ale len vzťahy medzi rovnými v spoločnosti; súčasťou tohto prechodu je aj oslava sociológie ako poznania človeka a sociálne uznaných morálnych hodnôt; z nej by potom vyšla oslava marxizmu ako definitívneho oslobodenia od ekonomických potrieb a oslobodenia muža a ženy: počíta sa iba spoločnosť rovných, oslobodená od potrieb a nerovností.

Ako sme naznačili, Ján Pavol II. v encyklike *Centesimus annus* umiestnil do sekularizovanej kultúry *kultúru smrti*: mal tým na mysli mentalitu, ktorá v konečnom dôsledku presadzuje smrť človeka ako primárnu a základnú hodnotu. Keď je človek pokladaný viac za producenta alebo konzumenta dobier než za subjekt, ktorý produkuje a konzumuje pre život, stráca potrebný vzťah s ľudskou osobou a napokon sa jej odcudzí a začne ju utláčať. V encyklike *Evangelium vitae* pápež Ján Pavol II. obohacuje uvažovanie nad sekularizovanou spoločnosťou poukázaním na pastorálnu konštitúciu Druhého vatikánskeho koncilu *Gaudium et spes* - aby tak ilustroval škody neprítomnosti Boha vo svedomiach.

---

<sup>10</sup> CH. Taylor: *L'età secolare*, Feltrinelli, Milano 2008.



V materialistickej perspektíve *medziosobné vzťahy zažívajú veľké ochudobnenie*. Ako prví utrpia škodu žena, dieťa, chorý alebo trpiaci, starac. Vlastné kritérium osobnej dôstojnosti, teda kritérium rešpektu, bezplatnosti a služby je nahradené kritériom efektívnosti, funkcionality a užitočnosti: druhý je cenený nie preto, kým je, ale preto, čo má, robí, dáva. Je to nadvláda silnejšieho nad slabším.

A v *intimite morálneho svedomia* dochádza k zatmeniu zmyslu pre Boha a človeka, so všetkými mnohostrannými a neblahými dôsledkami pre život. Ide predovšetkým o *svedomie každej osoby*, ktorá sa vo svojej jedinečnosti a neopakovateľnosti nachádza sama pred Bohom. Ale v istom zmysle ide aj o morálne svedomie spoločnosti: tá je určitým spôsobom zodpovedná – nielen preto, že toleruje alebo podporuje správania nasmerované proti životu, ale aj preto, že žíví kultúru smrti tak, že vytvára a upevňuje skutočné štruktúry hriechu proti životu. Morálne svedomie, tak individuálne, ako aj spoločenské, dnes čelí – aj pre neodbytný vplyv mnohých nástrojov sociálnej komunikácie – vážnemu a smrteľnému nebezpečenstvu: popleteniu medzi dobrom a zlom vzhľadom na samotné základné právo na život.

## **2. Ľudské utrpenie v súčasnej kultúre**

Hovoríme o ľudskom utrpení používajúc nadbytočné adjektívum, lebo máme za to, že len človek je subjekt schopný trpieť, pretože môže nielen zažívať fyzickú bolesť tak ako zvieratá, ale – keďže má duchovný rozmer – môže trpieť a pýtať sa na zmysel utrpenia, predovšetkým toho utrpenia, ktoré nemá časný výsledok úžitku, ale javí sa ako deštruktívne, a okrem toho aj bezdôvodné a nezavinené.

Tým sa nechce povedať, že utrpenie zvierat'a nie je dôležité a netreba ho brať do úvahy, snažiť sa, aby sme ho zmierňovali a predchádzali mu. Avšak ľudské utrpenie pre svoj rozsah (nezdá sa, že by technický pokrok jeho prítomnosť vo svete umenšoval) a preto, že je často vôľovo zapríčinené samotným človekom (pomyslíme na to, koľko utrpenia sa spôsobuje deťom, pred i po narodení, vo vojnách, v užívaní drog alebo šírením aidsu a príčin, ktoré vyvolávajú prírodné kalamity, chudobou zapríčinenou nespravodlivosťou, v stále rozširujúcej sa a krutejších formách), predstavuje *mysterium iniquitatis*, ktoré vyvoláva otázky a nepokoj vo svete – ktorý je z inej strany plný komfortu a vyhľadávania blahobytu za každú cenu.

Odpoveď sekularizovaného sveta na utrpenie je veľmi presná: je ňou *odmietnutie*. To znamená, že proti utrpeniu treba bojovať a zvíťaziť nad ním všetkými spôsobmi, a keď už nie je možné dosiahnuť uzdravenie, treba odmietnuť život a spôsobiť smrť.

Citovali sme už *Manifest eutanázie* ako dovolávanie sa *rozhodovania o konci života*, keď je choroba neliečiteľná. V tom istom dokumente sa tvrdí: „Je kruté a barbarské vyžadovať, aby bola osoba udržiavaná pri živote proti svojej vôli a aby sa jej odmietalo vytúžené oslobodenie, keď jej život stratil akúkoľvek dôstojnosť, krásu, zmysel a perspektívu budúcnosti. Nepotrebné utrpenie je zlom, ktorému by sme sa mali v civilizovaných spoločnostiach vyhnúť.“

Na základe tejto orientácie na odmietnutie bolesti sa do medicínskej praxe zaviedlo kritérium *kvality života* – v kontrapozícii ku kritériu *práva na život*: život je hoden žitia len vtedy, ak má prijateľnú úroveň kvality života. Dôstojnosť osoby má nevyhnutný kvocient kvality. V okamihu, keď sa u dieťaťa pred narodením alebo u novorodenca objaví nejaké utrpenie, prestáva byť subjektom, mať biografiiu, ale predstavuje prípad deklasovaný na predmet. „Kvalita“ tak mení dôstojnosť osoby – z vnútorného „predpokladu“ na samotnú existenciu – na záver, založený na úsudku tretích. Identický jazyk používal celý jeden prúd bioetiky, ktorá sa definuje ako *laická* – v protiklade voči *katolíckej*: katolícku bioetiku treba definovať na základe „sakrality“ teda posvätnosti života, a preto je proti potratu a eutanázii, zatiaľ čo „laická bioetika“ je definovaná na základe „kvality“ života, a súhlasí tak s potratom, ako aj s eutanáziou.<sup>11</sup>

Laický a sekulárny prvok kultúry – s osobitným vplyvom v oblasti bioetiky a morálky – predovšetkým počas pokoncilového obdobia posilnili dva rozšírené filozofické prúdy, dobre známe v nedávnej histórii myslenia: *utilitarizmus* a *kontraktualizmus*. Oba tieto myšlienkové prúdy, aj keď vychádzajú z rozličných predpokladov, prichádzajú k tomu istému záveru – k relativizácii hodnoty ľudskej bytosti. Spoločným menovateľom týchto smerovaní je odmietnutie *akéhokoľvek metafyzického základu* v morálnych otázkach.

*Utilitarizmus*, predpokladajúc nedôveru ľudskeho rozumu voči možnosti dosiahnuť univerzálnu morálnu pravdu a normu platnú pre všetkých, nahrádza kritérium dobra kritériom užitočnosti. Základným princípom je *prepočet dôsledkov konania* v klinickej oblasti na základe pomeru cena/úžitok. Povedzme hneď, že tento pomer má svoju platnosť, keď sa vzťahuje na tú istú hodnotu a tú istú osobu v homogénnom a podriadenom zmysle, teda keď sa neberie ako posledný princíp, ale ako faktor usúdku

---

<sup>11</sup> C. Flamigni - M. Massrenti - M. Mori - A. Petroni, *Manifesto di bioetica laica*, *Notizie di Politeia*, XII, č. 41-42 (1996), str. 87-90. Porov. M. Mori, *Questioni di bioetica*, Ed. Riuniti, Roma, 1988; G. Fornero, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Mondadori, Milano, 2005.

vzťahujúceho sa na ľudskú osobu a jej hodnoty. Takýto princíp sa platne používa napríklad vtedy, keď ho aplikuje chirurg alebo lekár v perspektíve rozhodovania o výbere terapie, o ktorom správne uvažuje na základe rizík a prospechov predvídateľných pre život a zdravie pacienta. Nie je však eticky platný, keď sa hodnota života konfrontuje s ekonomickými nákladmi alebo s ušlým ziskom z práce. Starý utilitarizmus siahajúci až Humeovmu empirizmu prepočet nákladov/prospechov redukoval na zhodnotenie príjemného/nepříjemného pre jednotlivý subjekt. Neoutilitarizmus sa inšpiruje Benthamom a Stuartom Millom, a možno ho zhrnúť v trojitom imperatíve: maximalizovať potešenie, minimalizovať bolesť a rozšíriť sféru osobných slobôd pre čo najväčší počet osôb.

Na základe tejto premisy bol v medicínskej oblasti posilnený koncept „kvality života“ a vypracovali sa rozličné formuly na uskutočnenie rozhodnutí pre rôzne typy pacientov a v kritických situáciách aj s hodnotením vhodnosti prerušenia terapií, ktoré si vyžadujú vynaloženie ekonomických zdrojov. S najnovšou verziou utilitarizmu, pochádzajúcou od Petra Singera, sa prichádza k formulovaniu definície *pacienta* ako *cítiaceho*, ktorý v podstate nie je odlišný od zvierat, iba ak komplexnosťou a neuronálnym rozvojom – na základe čoho sa na jednej strane nárokuje „práva zvierat“ v morálnej ekvivalencii s právami človeka, a vzhľadom na človeka sa používa *postupné kritérium* zmyslového charakteru na zhodnotenie práv vrátane toho na život – v závislosti od schopnosti cítiť bolesť a potešenie.

Toto sú dôsledky: a) v oblasti ochrany záujmov – nebratie do úvahy jednotlivcov neschopných cítenia alebo nemajúcich pocitovú schopnosť (napríklad embryá), až po štádiu utvorenia nervovej štruktúry, tiež jednotlivcov vo vegetatívnej kóme atď.; b) ospravedlňovanie eliminácie cítiacich jednotlivcov, pre ktorých utrpenie prevyšuje (alebo je predvídateľné, že prevýši) nad potešením, alebo jednotlivcov, ktorí druhým spôsobujú kvalitatívne viac bolesti než potešenia (hendikepovaní, deformované plody, umierajúci atď.); c) ospravedlňovanie zásahov likvidujúcich ľudský život, aj v pokročilých štádiách tehotenstva, za predpokladu, že nespôsobujú bolesť plodu. Ak teda na jednej strane utilitarizmus vylučuje z rešpektovania života niektoré ľudské bytosti, ako embryá, na druhej strane, paradoxne, prichádza k uznaniu rovnakých práv pre zvieratá – na základe ich schopnosti cítiť, teda vnímať bolesť/potešenie.

Zostáva sa tak na utilitaristickom horizonte, v ktorom sa neupresňuje na koho užitočnosti by malo záležať a vzhľadom na čo. Argumentuje sa, že ľudský život má byť hodnotený vzhľadom na prítomnosť/nepítomnosť utrpenia a vzhľadom na

ekonomické kritériá výnosnosti alebo nevýnosnosti terapeutických nákladov. Peter Singer navrhuje nahradiť staré prikázania o hodnote života novými: a) hodnota života je variabilná (nie je rovnaká pri všetkých); b) privádzaj na svet deti, len ak po nich túžiš; c) nerob rozlišovania na základe druhov. Tento druh kultúry naberá na vplyve v medicínskej etike a v niektorých sektoroch ekológie.

*Teória etického kontraktualizmu* sa vzťahuje na bioetiku a je rozšírená predovšetkým v oblasti anglického jazyka, keďže sa zrodila s Tristanom Engelhardtom, doteraz aktívnym v USA. Je to teória týkajúca sa verejnej etiky a predpokladá rozdelenie medzi súkromnou a verejnou etikou: občan liberálnej spoločnosti môže byť osobne proti potratom vzhľadom na to, čo sa týka jeho osobnej zodpovednosti, ale môže mať opačný názor, keď ide o verejný život a zákon, ak si to žiada väčšina. Predpokladá sa, že v dnešnej spoločnosti existuje multikulturalizmus alebo lepšie povedané – aby sme použili jeden jeho výraz – „etický polyteizmus“, na základe ktorého je v liberálnych spoločnostiach nevyhnutné dosiahnuť verejný konsenzus, ktorý sa tiež môže v čase meniť.

Ďalším pevným bodom tejto teórie je, že takýto konsenzus je platný do tej miery, v akej je vyjadrený *subjektmi schopnými byť aktívnou súčasťou etickej spoločnosti*, teda schopnými rozumieť a chcieť, a ktoré chcú vyjadriť svoj vlastný súhlas. Dokonca len tieto možno definovať ako „osoby“, subjekty práva. Preto embryá, plody a deti pred užívaním rozumu nie sú „osoby“ a môžu len prijímať ochranu, ale nemajú na základe verejnej etiky skutočné právo na život. Okrem toho „nie sú viac osobami“ tí, ktorí nenávratne stratili užívanie rozumu. Rozširujú sa tak zóny spoločnosti, v ktorých ľudia „ešte nie sú“ a „už nie sú“ osobami – a na ktoré možno aplikovať zákony o potrate a o eutanázii. Toto je myslenie Tristana Engelhardta, zhustené v diele *The Foundation of Bioethics*.

Sociálny konsenzus etického spoločenstva pri tomto mysliteľovi ospravedlňuje podceňovanie tých, ktorí ešte súčasťou spoločenstva nie sú (embryá, plody a deti), a ktorých práva by zatiaľ záviseli od dospelých, pretože – v konečnom dôsledku nie sú pokladaní za osoby. Takisto sú podceňovaní na úroveň „už nie“ osôb tí, ktorí už nemajú spoločenské začlenenie, ako chorí bez sociálnych vzťahov alebo nevyliciteľne chorí trpiaci demenciou. V konečnom dôsledku, koncept osoby sa stáva sociologickým konceptom. Okrem toho autor v spoločnosti hypotetizuje prítomnosť technologických entít (umelá inteligencia), ktoré môžu byť uznané za osoby v širokom zmysle, pretože majú schopnosť „umelej inteligencie“.

Na toto laicistické a sekularizované myslenie sa vzťahuje to, čo napísal sv. Ján Pavol II. v encyklike *Evangelium vitae*. V skutočnosti, ak viaceré vážne aspekty súčasnej spoločenskej problematiky môžu v istom zmysle odôvodňovať klímu rozšírenej morálnej neistoty a niekedy aj umenšovať subjektívnu zodpovednosť jednotlivcov, je rovnako pravda, že tu stojíme zoči-voči širšej skutočnosti, ktorú možno pokladať za opravdivú a vlastnú *štruktúru hriechu, charakterizovanú* presadzovaním antisolidárnej kultúry, ktorá sa v mnohých prípadoch prejavuje ako skutočná *kultúra smrti*. Aktívne je presadzovaná silnými kultúrnymi, ekonomickými a politickými prúdmi, ktoré sú nositeľmi koncepcie spoločnosti založenej na eficientizme (výkonnosti).

Keď sa na veci pozeráme z tohto uhla pohľadu, možno v istom zmysle hovoriť o *vojne mocných proti slabým*: život, ktorý by si vyžadoval viac prijatia, lásky a starostlivosti, sa pokladá za neužitočný, alebo považuje za neznesiteľné bremeno, a preto sa mnohými spôsobmi odmieta. Ten, kto svojou chorobou, svojím hendikepom alebo – ešte jednoduchšie – svojím samotným jestvovaním spochybňuje blahobyť alebo životné zvyky tých, ktorí sú viac zvýhodnení, má tendenciu byť vnímaný ako nepriateľ, pred ktorým sa treba brániť alebo ktorého treba eliminovať. Tak sa rozpútava istý druh *sprisahania proti životu*. Netýka sa len jednotlivých osôb v ich individuálnych, rodinných či skupinových vzťahoch, ale siaha oveľa ďalej, až po nalomenie a prekrútenie vzťahov medzi národmi a štátmi na celosvetovej úrovni.

Postoj odmietnutia utrpenia – na spôsob jeho negácie – tak vedie kultúru k eliminovaniu trpiaceho ako nositeľa utrpenia, pozbaviac ho jeho dôstojnosti osoby. Takýto postoj bol do istej miery posilňovaný a podporovaný na globálnej úrovni utopickým konceptom „zdravia“ inšpirovaným hedonizmom, ktorý si osvojila aj definícia stanovená Svetovou zdravotníckou organizáciou: „Stav úplného fyzického, duševného a spoločenského blahobytu, a nielen neprítomnosť choroby“.<sup>12</sup> V takejto definícii prevláda dôraz na úplný blahobyť a nezmieňuje sa komponent zodpovednosti, ktorá sa ukladá samotnej osobe, aby spravovala svoju rovnováhu a vzťah so spoločnosťou a prostredím. Zdravie nie je najvyššie dobro osoby, ale predposledné v kresťanskom poriadku hodnôt. Tak sa zo strany Svetovej zdravotníckej organizácie prišlo k predpokladu legitímnej podoby potratu v oblasti tzv. „reprodukčného zdravia“.

---

<sup>12</sup> Svetová zdravotnícka organizácia, *Konštitučný protokol*, New York, 22. júla 1946. Porov. S. Privitera, heslo *Salute*, in *Dizionario di Bioetica*, EDB-ISP, Bologna 1994, str. 865-870.

Kultúra blahobytu v materialistickom zmysle teda predstavuje také poňatie zdravia, ktoré zdôrazňuje a posilňuje koncept „kvality života“ aj na úkor práva na život. Aj technologická kultúra poznamenáva súčasnú kultúru v globalizovanom svete a podčiarkuje jej „sekulárny“ charakter: predovšetkým navrhuje prostriedky na ovládnutie a potlačenie choroby a utrpenia. V technologickej ére je utrpenie objektivizované, definované a zhodnotené ako škoda, bez ohľadu na jeho subjektívnosť a interioritu, a je považované za objekt, ktorý treba ovládnuť prostredníctvom zdrojov blahobytu a medicíny. Farmaceutický priemysel a chirurgická a prokreatívna technológia rozvíjajú svoje zdroje, eliminujú utrpenie a ponúkajú blahobyť a sedáciu – uspanie (aj to finálne). To všetko v sociálnom kontexte, v ktorom hlavným cieľom je šťastie, čiže blahobyť. Zdá sa teda, že v tomto paradoxnom kontexte niet miesta pre pozitívne chápanie utrpenia.

### **3. Smrť v súčasnej kultúre**

Môžeme si na začiatok osvojiť vyjadrenie Schopenhauera, podľa ktorého je „smrť inšpirujúcim duchom filozofie“ a „všetky náboženstvá a filozofie sú protijedom istoty smrti“.

Kresťanstvo, ako je známe, vidí intímny a plný zmysel smrti vo svetle nadprirodzenej skutočnosti: život kresťana je účasťou na samotnom živote Boha, ktorý má počiatok na zemi v krste, a naplno rozkvitá vo videní Boha. Preto smrť, dôsledok hriechu, je koncom pozemskej skúšky, nie života – toho nadprirodzeného života, ktorý kresťan žije aj pred smrťou; smrť je *transitus* a začiatok večnosti. Ak už takto kresťan víťazí s Kristom nad smrťou (porov. *I Kor 15, 55*), úplné víťazstvo príde, keď aj samotné telo bude znovu oživené a oslávené tak, ako telo Kristovo (porov. *Fil 3, 21*). V tejto perspektíve význam smrti nie je naturalistický, ale duchovný, teda etický a soteriologický. Myslenie Cirkvi vkladá myšlienku smrti do rámca náuky o dedičnom hriechu (porov. *Gn 3*), pretože Boh nie je pôvodcom smrti; okrem toho ponúka víťazstvo nad smrťou v Pasche Krista, Božieho Syna, ktorý svojím vtelením núka vlastnú smrť ako poslušnosť, z ktorej vyviera vzkriesenie, a z neho sa rodí dar vzkrieseného života pre všetkých ľudí, ktorí majú na tomto víťazstve účasť.

Katolícka eschatológia nám hovorí, že každý vykúpený má počas pozemského života účasť na viere a sviatostiach – počiatočným spôsobom i na vzkriesenom živote Ježiša Krista – a je povolaný ku konečnému vzkrieseniu. Veriaci je teda od okamihu vykročenia na cestu viery povolaný víťaziť nad smrťou, majúc vo sviatosti účasť na

Božom živote, ktorý existuje v osobe spoliehajúcej sa na zomrelého a vzkrieseného Krista, prítomného v Cirkvi. Je tiež povolaný mať v momente vlastnej smrti účasť na smrti Krista, a urobiť zo svojej pozemskej skúsenosti svedectvo o poslušnom prijatí Kristovej vôle, i obeť svojich trápení a svojej smrti – kým je ešte nažive a v okamihu prechodu, predovšetkým ak je pri vedomí, a zároveň je povolaný počas pozemského putovania spolu s bratmi vo viere radostne žiť kresťanskú nádej.

Z tohto pohľadu je zaujímavé prečítať si debatu, ktorú spolu viedli kardinál Angelo Scola a filozof Emanuel Severino,<sup>13</sup> a kde je vykreslená táto transformácia *aktu smrti* jednotlivca, ktorému sa nik nevyhne a ktorý pôsobí zničujúco; na *akt slobody* – v rámci skúsenosti viery a nádeje – ponúkajúc vlastný život a vlastnú smrť Kristovi, ktorý sa v poslušnosti voči Otcovi rozhodol zomrieť pre vzkriesenie. Kardinál Scola píše: „V istom zmysle neexistuje taká udalosť, ktorá by si vyžadovala moju slobodu pozdĺž celého oblúka existencie, ako moja smrť - ako nás to učí kresťanská tradícia a ako mi o tom svedčia desiatky smrteľne chorých, ktorých mám počas týchto rokov možnosť navštevovať každý týždeň v rámci pastoračnej návštevy. Teda ako nás učí kresťanská tradícia a ako ma učia títo zomierajúci, sklňujúci hluk ‚podlahy‘, ktorá má tendenciu strácať sa spod našich nôh, teda smrti, sa žiada premeniť na slobodnú, bdelú schopnosť čeliť vlastnej smrti. Iste, mnohé rysy súčasnej spoločnosti môžu viesť k myšlienke na smrť ako na púhe umretie, ale ak sa pozrieme do tváre skutočnosti, práve preto, že smrť zasahuje celý horizont mojej slobody, nik ma o ňu nemôže pripraviť ani samovražedný atentátnik, ktorý by ma prekvapil celkom neočakávane, keď v bare pijem kávu. Takto v optike rozumnej kresťanskej viery, smrť ma nemôže vziať sebe samému. Naopak, pre vzkriesenie ma ‚vpraví‘ do môjho pravého tela, ako to výborne opisuje omšový veľkonočný kánon: ‚V presvätú noc, keď náš Pán Ježiš Kristus vstal zmŕtvych [vo svojom pravom tele]‘ (slovenský misál text v hranatých zátvorkách nemá, pozn. prekl.). Teda v akte môjho zomretia v Kristovi sa uskutoční môj *dies natalis* (deň zrodzenia)“.

V kresťanskom existencializme smrť patrí k základnému uvažovaniu a zdôrazňuje sa jej spojenie s osobnou spásou, ako v prípade Kierkegarda, pretože je úplným zastavením konečného a začiatkom večnosti: je to *dies natalis*, v ktorom kresťan môže uskutočniť úplnú obeť seba samého absolútnu. Aj Gabriel Marcel v smrti vidí vyvýšenie, to *najvyššie* možné.

---

<sup>13</sup> E. Severino - A. Scola, *La morte tra ragione e fede*, Marcianum Press, Venezia 2014.

Existencializmus, ktorý je poznačený sekularizáciou myslenia, napríklad u Heideggera, stále pokladá uvažovanie o smrti za podstatné – nielen preto, že máme bolestnú skúsenosť so smrťou druhého, ale najmä preto, že celý život je *bytím pre smrť* v existenciálnom zmysle: každý okamih spája spomienku na smrť druhého s úzkosťou (istým druhom hlbokého stavu poznania) vzhľadom na našu smrť. Horizont tejto úzkosti na jednej strane odráža náš pôvod z ničoho, a na druhej strane v nás vyvoláva obavy, že budeme vyhodení z nášho *Dasein*: núti nás myslieť na bytie, na ktorom nám bolo dané mať účasť, a dúfať v opätovné vstúpenie do kontaktu s Bytím. Analýza *Sein und Zeit*, zdá sa, vedie k tomuto záveru – ktorý zostáva vo svojej formulácii problematický: „Budúcnosť a súčasnosť úzkosti sú vo vzájomnom časovom odstupe kvôli pôvodnému stavu, ktorého zmyslom je smerovať späť k opakovaniu“. Je tiež pravda, že vedomie nám signalizuje také nevyhnutné spojenie negativity existencie (schránka ničoho) s nekonečnou diaľkou Bytia. Odtiaľto môže prameniť darovanie zmyslu.

Túto pozitívnu métu, vyplývajúcu zo skúsenosti smrti druhých a z prijatia smrti vpísanej do nášho bytia, nachádzame u Emmanuela Lévinasa, francúzskeho filozofa litovského pôvodu, židovského náboženstva. Takisto pozitívna je reflexia nad smrťou u Pavla Ricoeura: sčasti je to smrť druhých, ktorá si istým spôsobom osvojuje hrozbu „zvonka – dovnútra“. S hrôzou ticha neprítomných, ktorí už neodpovedajú, smrť druhého do mňa vstupuje ako zranenie nášho spoločného bytia. Smrť sa ma dotýka. A keďže som druhý pre druhých a napokon aj pre mňa samého, anticipujem moju budúcu smrť ako možnú neodpoveď mňa samého na všetky slová všetkých ľudí. Podobné uvažovania nájdeme u Karla Jaspersa, u ktorého skúsenosť smrti druhých môže viesť ku kontaktu s večnou skutočnosťou: takzvaný kruh transcencie prináša uvažovanie nad naším bytím na základe skúsenosti smrti druhého.

Aj fenomenológia od autorov, ako Edmund Husserl, Marx Scheller, Maurice Merleau-Ponty, Jacques Derrida, keď postupne obnovuje metafyziku, znovu objavuje hodnotu osoby, a ukotvenie vo večnosti jej umožňuje udržať otvorenú diskusiu s kresťanskou vierou, ktorá sa u Edity Steinovej stáva mystickou – v stretnutí so svätou Teréziou z Avily – korunovanou svedectvom mučeníckej smrti v koncentračnom tábore Auschwitz-Birkenau 9. augusta 1942.

Avšak v súčasnej dobe sú – predovšetkým v západnom svete – dve koncepcie, ktoré zaujali vzhľadom na smrť negatívne pozície: pozíciu, ktorú by sme mohli označiť za



*dialektickú* s materialistickou inšpiráciou, a pozíciu individualisticko-*scientistickú*, obe spočívajúce v najradikálnejšom a ateistickom sekularizme.

Dialektická pozícia inšpirovaná materializmom určuje – alebo lepšie povedané rozpúšťa – hodnotu jednotlivca v kolektíve, a nepripúšťa existenciu duchovnej duše, už vôbec nie jej nesmrteľnosť: hodnota jednotlivca je určená v jeho absorbovaní ľudstvom, ktoré má v sebe jeho osud. Toto dialektické riešenie pochádza z idealistickej filozofie Hegela a vzdialene z filozofie Epikura a Herakleita v klasickom svete. Smrť značí zmiznutie, znegovanie jednotlivca. Nemusí teda vyvolávať strach, pretože, ako hovorieval Epikuros: „Keď príde smrť, mňa už niet“. Hodnota jednotlivca by spočívala v tom, že slúžil mase – čo nie je to isté ako dobro ľudstva. Tam, kde chýba transcendencia, so smrťou mizne aj osobná subsistencia.

Filozofické základy scientistického, ako aj materialistického prúdu sa čiastočne prekrývajú, pretože sú založené na negácii stvorenia a na evolucionizme chápanom v absolútnom zmysle; z druhej strany sa však líšia, pretože scientizmus je založený na koncepte autonómie. Mohli by sme povedať, že v individualistickom scientizme je smrť ovládnutá v tom zmysle, že o nej rozhoduje sám subjekt. Je to filozofia *Manifestu za eutanáziu*, o ktorom som sa už zmienil pre jeho analogickú pozíciu k utrpeniu – podľa ktorej takisto, keď platí efektívnosť medicíny a vedy, o smrti musí rozhodnúť sám subjekt. *Manifest za eutanáziu* explicitne navrhuje zákonné uznanie *vôle žijúceho*, teda poslednej vôle podstúpiť eutanáziu. „Človek vie konečne byť sám, v nevšímavej nesmiernosti vesmíru, z ktorej sa náhodou vynoril“. „Je nemorálne prijímať alebo vnucovať utrpenie. Veríme v dôstojnosť jednotlivca: z toho vyplýva, že mu treba nechať slobodu rozumne sa rozhodnúť o vlastnom osude. Nemôže existovať humanitárna eutanázia okrem tej, ktorá preukazuje rýchlu a bezbolestnú smrť a je pre zainteresovaného pokladaná za prospešnú. Odporúčame všetkým, ktorí zdieľajú náš názor, aby podpísali posledné vôle o živote a svojej preferencii, kým sú ešte pri dobrom zdraví, vyhlásiac, že chcú, aby bolo rešpektované ich právo na dôstojnú smrť. Odsudzujeme necitlivú morálku a zákonné obmedzenia brániace výkonu etickej možnosti, ktorou je eutanázia.“

Na princíp autonómie sa dnes ľudia odvolávajú v mnohých dôležitých otázkach, ktoré sa týkajú samotného života osoby: nárokuje sa pre zákonné uznanie potratu i pre zákonné uznanie eutanázie a asistovanej samovraždy. Je možné si všimnúť, že v procesoch sekularizácie sa každý nový nárok odvoláva na humanistickú hodnotu, samu osebe pozitívnu. Aj autonómia je morálnou hodnotou vlastnou ľudskej osobe. Je

ale nevyhnutné vždy využiť príležitosť na prehĺbenie a upresnenie zmyslu tejto hodnoty. Naše skutky a rozhodnutia, ktoré ich usmerňujú, sú morálne do takej miery, do akej sú autonómnymi skutkami, uskutočňovanými pri plnom vedomí a premyslenom súhlase, s vonkajšou a vnútornou slobodou. Toto uznať je správne; avšak, čo sa týka bytia či nebytia nažive, to už nezávisí od nás; život sme dostali, je darom, a nepatrí nám. Okrem toho, vzhľadom na taký dar, akým je život, teda východisko slobody (nato, aby sme mohli žiť, musíme byť slobodní). /Podľa prekladateľa je v origináli chyba a má to byť presne naopak: „nato, aby sme mohli byť slobodní, musíme žiť“ - pozn. prekl./ Je nevyhnutné nielen cítiť sa autonómnymi, ale aj zodpovednými pred spoločnosťou a pred tým, kto nám život dal, pred Stvoriteľom. A tak je Cirkev vzhľadom na určité nároky, keď ide o hodnoty, povolaná prehľbovať a rozširovať uvažovanie.

*Manifest* stál za zrodom medzinárodnej organizácie *World Federation of Right to Die*, do ktorej patrí 32 spoločností v 21 krajinách, podporujúcich tak iniciatívy legalizácie [práva na smrť], ako aj procesy, ktoré môžu rozhodnúť isté prípady, a vytvoriť tak jurisprudenciu (precedens), a taktiež publikácie za samovraždu. Návrhy zákonov sú opakovane prezentované v takmer všetkých európskych krajinách a v mnohých krajinách *Common Law* sa periodicky opakujú procesy s výsledkami, ktoré majú účinok legalizácie – počnúc od štátu Oregon (1991), kde bol *Manifest* vydaný.

V oblasti lekárskej kultúry sa diskusia čoraz viac posúva k téme *zomierania*, aby sa našla cesta umožňujúca zachovať náležitosti takej smrti, ktorá sa na jednej strane vyhne eutanázii v zmysle predčasného konca, a na druhej strane aj úpornej terapie. V tejto oblasti sa už dlhší čas angažuje magistérium Cirkvi – v prospech terapie bolesti a sedácie, paliatívnej starostlivosti a služby zomierajúcemu, a za valorizáciu smrti – ako osobného otvorenia sa pre účasť na smrti Krista a na jeho vzkriesení.

## Hodnota ľudského života, základ všetkých dobier

J. E. Mons. Ignacio Carrasco de Paula

„Lebo kto môže mať nádej? (Iba) ten, kto je pripojený ku všetkým, čo žijú. Ved' živý pes je na tom lepšie ako lev, čo už dokonal“ (*Kaz 9, 4*). Touto stručnou frázou *Knihy Kazateľ* zachytáva všeobecne zdieľanú skúsenosť: život je prvým a základným dobrom každej živej bytosti; dokonca aj zvieratá – trebárs taký exemplárny obraz vitality a sily, akým je lev – ak nie je nažive, nemá hodnotu, a to pre jednoduchú skutočnosť – že neexistuje, niet ho.

### 1. Hodnota ľudského života

Táto úvaha samozrejme platí pre život človeka aj keď si treba hneď všimnúť, že život má okrem biologickej a telesnej súčasti aj psychologický a duchovný rozmer. Žijúci človek vie ovládať svoj život a je si vedomý, že ho dokáže kontrolovať, nielen podstúpiť. Klasická aristotelovská definícia človeka *animal rationalis* uznáva racionalitu ľudskej prirodzenosti – teda nielen to, že človek je vybavený rozumom a slobodou, ale aj to, že vníma seba samého a vlastní „vnútorný život“ a „život vo vzťahu“, že má „príbeh“.

Z fenomenologického uhla pohľadu ľudský život obsahuje trvalé *zažitie*, značnej časti ktorého si je človek vedomý a dokáže ho dokonca odkomunikovať iným. Takéto *zažitie* sa opiera o pamäť minulých udalostí a je obohatené možnosťou rozvinutia domnienok o budúcnosti, ktorá príde, adaptujúc konanie spôsobom zodpovedajúcim cieľom a hodnotám, ktoré človek mieni realizovať. Povedať, že človek žije svoj život znamená, že má jeho skúsenosť, znáša ho, ale ho aj kontroluje, svojím spôsobom usmerňuje, rozhodujúc o štýle a dôvode jeho prežívania. Život človeka je životom živého jednotlivca, ktorý je neoddeliteľne osobou.<sup>14</sup>

Každý ľudský život je teda oveľa viac než to, čím sa javí byť, pretože istým spôsobom je už projektom toho, čím sa stane. Skutočnosť, že tento projekt môže byť v ktoromkoľvek okamihu a bez upozornenia dramaticky prerušený napríklad chorobou, nič nemení na transcendentnej prirodzenosti života, teda na fakte, že *život poukazuje čoraz viac na druhú stranu*. To, že život končí smrťou, znamená, že má

---

<sup>14</sup> V úvode k rozprave o morálke sv. Tomáš hovorí, že má v úmysle rozprávať o človeku ako o osobe, totiž „preto, že je sám princípom vlastného správania, ako ten, kto sa teší slobodnej vôle a je pánom nad vlastným konaním“ (*Summa theologiae*, I-IIae, prológ).

čas, čas nevyhnutný nato, aby sa mohli uskutočniť prísľuby vložené do bytia každého človeka.<sup>15</sup>

Ľudský život – a je vhodné nástožiť na tomto bode – už vo svojej biologickej dimenzii ukazuje svoj charakter prvotného dobra, nie odvodeného ani závislého od ktorejkoľvek inej skúsenosti. *Život sa javí byť a je prvým z dobier* – tým, ktoré je pred všetkými ostatnými dobrami – a predchádzajúc ich umožňuje im existovať a konať. Toto pozorovanie kladie prvý princíp bioetiky, podľa ktorého *ľudský život ako taký má hodnotu v sebe samom – hodnotu, ktorá predchádza a takpovediac podopiera každú inú hodnotu osoby*.<sup>16</sup>

Dnes väčšmi než kedykoľvek predtým treba zdôrazniť, že ľudský život je neustále otvorenou skutočnosťou, nikdy úplne nezavŕšenou, pretože *kým sa celkom nevytratí, potvrdzuje svoju nádejnosť*. I keď môže byť vystavený vážnym limitom – napríklad vinou ťažkej choroby alebo vrodenej disfunkcii, jeho nádejná dimenzia zostáva stále otvorená, prinajmenšom pre to, čo je najvznešenejšou a najprít'azlivejšou perspektívou existencie človeka, teda pre sebadarovanie: „Láska je hlavným a prirodzeným povolaním každého človeka“.<sup>17</sup> Vskutku chorý alebo hendikepovaný človek nie je menej „živý“, než zdravá osoba.

Potenciality ľudského života sú také široké, že môžu byť celkom zrušené len smrťou. V samotnom okamihu počatia sa človek javí redukovaný na jedinú bunku, ktorá hneď začína rásť a množiť sa, ale – objektívne – zdá sa takmer ničím: jeho súčasnosť je ohraničená, krehká. A predsa je plný prísľubov: dospelý človek, ktorý z neho bude, nádeje v predstavách rodičov, prekvapenia, ktoré si vyhradia dejiny a sloboda atď. *Každý nový osobný život sám csebe predstavuje hodnotu; nie zatvorenú, ale jedinečnú a neopakovateľnú hodnotu, vždy sľubnú, otvorenú pre transcendenciu*.

## 2. Dôstojnosť života, hodnota osoby

---

<sup>15</sup> Ak ľudský život smeruje k tomu, aby bol niečím viac než čím sa zdá byť, je to možné vďaka ďalším dvom základným vlastnostiam ľudskej osoby. Tieto dve vlastnosti sú integrita a identita. Integrita v osobe označuje jej prirodzenú plnosť. Identita zasa naznačuje vytrvalosť v bytí sama sebou počas napredovania v čase.

<sup>16</sup> Život sa však ukazuje limitovaným, prechodným dobrom. Ľudská existencia má mieru v čase, spotrebúva sa, nezastaviteľným spôsobom napreduje k smrti. Samotné žitie je namáhavou úlohou, neraz dokonca trpkou. A teda *niečo, čo sa spotrebúva a je prechodné, nemôže samo v sebe nájsť plný zmysel*. V dôsledku toho, zatiaľ čo život je prvým dobrom človeka, nie je posledným: život nie je totálne dobro, a nemôže ani dosiahnuť svoju plnosť nezávisle od iných dobier osoby. Nestačí žiť, je potrebné žiť dobre.

<sup>17</sup> *Familiaris consortio*, č. 11. (v talianskom origináli je chyba: nie *Gaudium et spes*, č. 12 – pozn. prekl.)

Na vyjadrenie hodnoty ľudského života a zdôraznenie jeho špecifickosti ako dobra osoby<sup>18</sup>, a teda jeho kvality *quid unicum* a s ničím neporovnateľnej, nám jazyk dáva k dispozícii slovo *dôstojnosť*. Dôstojný, hodný je ten, kto prirodzene vlastní hodnotu, šľachetnosť, výnimočnosť atď. Keď sa to však povie o človeku, označuje to dobro, ktoré sa nemôže porovnávať s inými dobrami. Ľudská osoba vskutku nemá cenu ani v ekonomických termínoch, ani v termínoch blahobytu, progresu či v sociálnych termínoch atď. Naopak, ona je mierou hodnoty pre všetky veci, ktoré sú k dispozícii pre človeka. Tento princíp dnes platí predovšetkým pre to, čo sa týka etiky používania biotechnológií aplikovaných na človeka: majú zmysel len v tej miere, v ktorej stoja v službe životu.

Koncept *dôstojnosti* má v súčasnej kultúre značný význam. Tu treba uznať veľkú zásluhu modernej doby. Avšak zatiaľ čo moderné myslenie dokázalo popísať indikátory dôstojnosti – napríklad dôstojné je to, čo nemôže byť nahradené; to je prípad syna, nie automobilu alebo ktoréhokoľvek iného konzumného dobra – nie vždy [dôstojnosti] dokázalo ponúknuť solídny základ. Dôstojnosť človeka nevyplýva z toho, že je najviac rozvinutým zvierat'om ani z nesprávne pochopenej autonómie atď., ale z jeho duchovnej podstaty, z toho, že je osobou.

Koncept dôstojnosti je na axiologickej rovine prekladom kresťanskej vízie, ktorá ľudskú osobu stavia do centra a na vrchol univerza, ako jediné stvorenie, ktoré Boh chcel preň samo.<sup>19</sup> Vyjadruje aj základný princíp etiky, ktorý vyžaduje zaobchádzať s osobou vždy ako s cieľom, a nikdy ako s prostriedkom, čím zakazuje akúkoľvek jej štrumentalizáciu.<sup>20</sup> Okrem toho, z teologického uhla pohľadu, dôstojnosť človeka je úzko spojená so slávou (*doxa*) Boha. Dôstojnosť je jasom dokonalosti bytia. Celý vesmír ohlasuje znamenitosť Pána (porov. *Žalm* 19, 2), avšak v celom kozme jedine živý človek má účasť na božskom jase, pretože „je obrazom a slávou Boha“ (*1 Kor* 11, 7) v Kristovi (porov. *2 Kor* 4, 4; *Kol* 1, 15). *Trvať na dôstojnosti ľudského života znamená uznávať unikátnu hodnotu žijúcej osoby ako jedinečného, konkrétneho a neopakovateľného prejavu jasu jej Stvoriteľa a Vykupiteľa.*<sup>21</sup>

<sup>18</sup> Porov. *Summa theologiae*, I. q. 29, aa. 1-3.

<sup>19</sup> Poro *Gaudium et spes*, č. 25.

<sup>20</sup> V *Základoch metafyziky mravov* (čl. III) Kant identifikuje rešpekt pre osobu s obsahom kategorického imperatívu: „Konaj tak, aby si k ľudstvu v sebe i v druhých vždy pristupoval ako k cieľu, a nikdy nie ako k prostriedku“.

<sup>21</sup> Najhlbší základ ľudskej dôstojnosti nespočíva v tom, že človek je jednotlivec (jedinečný a neopakovateľný) ani v tom, že je slobodný (pán nad sebou samým), ale v tom, že je transcendentným bytím: ako hovorievali scholastici – bytie *capax Dei* (schopné Boha). Na druhej strane, jedine Boh sám môže spoľahlivým spôsobom garantovať ľudskú dôstojnosť.

Na tomto mieste môžeme zdôrazniť, že ľudský život nie je vzácny len preto, že je nevyhnutným prológom k iným vyšším hodnotám, ale predovšetkým preto, že je dôležitou aktivitou niekoho, kto je živou osobou. Hovoríme o dôstojnosti života, pretože život má účasť na dôstojnosti alebo hodnote, ktorá patrí subjektu – osobe. Vyjadrenia ako *hodnota ľudského života* sú v skutočnosti len skrátene formy presnejšieho slovného vyjadrenia *hodnota živého človeka - vzhľadom na to, že je živý*. Predtým, ako skončím, rád by som sa v krátkosti dotkol súvisiacej morálnej otázky. Vskutku keď raz určíme reálny obsah a etický význam ľudského života, prvou morálnou požiadavkou je definovať, aký k nemu treba zaujať správny postoj alebo – inými slovami – určiť, ktorý vôľový akt adekvátne zodpovedá uvedomeniu si (viac či menej spontánnemu, viac či menej uváženenému, avšak stále racionálnemu) dôstojnosti každej ľudskej bytosti, vzhľadom na to, že je živá.

Táto otázka vôbec nie je nadbytočná. Vskutku i keď žiť je vždy a v každom prípade vzácnym dobrom, z toho nevyhnutne nevyplýva, že jediný morálne správny postoj voči ľudskému životu je túžiť po ňom a podporovať ho za každú cenu. V opačnom prípade by bola neprípustnou túžba zomrieť a nedalo by sa nájsť nijaké ospravedlnenie pre to, že osoby veľmi čnostné – spomedzi ktorých Cirkev mnohé uctieva ako sväté – obetovali svoju existenciu bez toho, aby ju bránili za každú cenu.

Dôležitosť týchto dilem sa objasňuje vo svetle niektorých pojmov základnej morálky.

*Prvý:* vôľa sa nenachádza v tej istej situácii vzhľadom na časné dobrá a vzhľadom na absolútne Dobro. Čiastočné dobrá si nevyžadujú, aby boli vždy objektom pozitívnej vôle – je to preto, že takáto požiadavka je *de facto* neuskutočniteľná (liečiť chorých je dobro, avšak normálne len lekári sú schopní to robiť), ako aj preto, že konkrétne dobrá sa niekedy navzájom vylučujú, takže človek je nútený vybrať si uskutočnenie jedného z nich (pomôcť obeti dopravnej nehody) na úkor druhého (prísť do práce na čas) – avšak predovšetkým preto, že samotná podstata „limitovaného“ dobra bráni tomu, aby k sebe bezpodmienečným a absolútnym spôsobom priťahovalo vôľu osoby.

*Druhý:* čiastočné dobrá práve preto, že sú to dobrá, nemôžu byť priamym cieľom pozitívnej činnosti zameranej proti nim: len zdravotnícki pracovníci majú povinnosť liečiť chorých, avšak všetci určite majú povinnosť nespôsobiť nijakú škodu zdraviu druhých a nebrániť lekárovi v práci.

*Tretí:* nestačí vybrať si jedno čiastkové dobro na to, aby rozhodnutie bolo dobré: je nevyhnutné, aby tento výber bol uskutočnený *secundum rationem*, berúc do úvahy nielen činnosť samu osebe dobrú, ak jej predmetom je dobro, ale aj účel, ktorý sa chce

dosiahnuť, a okolnosti, ktoré ju sprevádzajú. Nie je totiž morálne ekvivalentné podstúpiť riziko experimentálnej terapie, keď máme za cieľ, v prípade úspechu, zaplatiť dlh alebo sa pomstiť nepriateľovi.

Keďže život je pre človeka základným dobrom, avšak nie dobrom najvyšším, je žiaduce, aby morálne správny postoj obsahoval: *priamo, dispozície bezpodmienečného prijatia života ako daru, o ktorý je potrebné sa starať, podporovať ho a milovať; nepriamo, prijatie smrti, keď sa dostaví ako nevyhnutná.*<sup>22</sup>

Katolícka teológia prehĺbila toto prvé morálne jadro a – prepracujúc ho z rozličných perspektív – vyvodila z neho niektoré koncepty, ktoré dnes majú mimoriadny význam, ako posvätnosť ľudského života, vrodenu nedotknuteľnosť nevinného ľudského života a neodňateľnosť práva na život od okamihu počatia až po jeho prirodzený koniec.

---

<sup>22</sup> Táto formulácia zodpovedá pozitívnemu obsahu 5. Božieho prikázania v *Dekalógu*.

## Významy termínu eutanázia

André-Marie Jerumanis

### Úvod

Keď sledujeme súčasnú debatu o tom, ako prežiť posledné okamihy svojho života, nachádzame terminologický zmätok, ktorý spôsobuje ťažkosti pre pochopenie všetkým rozmerov problému týkajúceho sa konca života a zhodnotenia rozličných odpovedí ponúkaných súčasnou kultúrou vzhľadom na žiadosť dôstojnej smrti. Eutanázia aktívna alebo pasívna, priama alebo nepriama, asistovaná samovražda, úporná terapia, upustenie od terapie, kvalita života, dôstojnosť smrti, paliatívna starostlivosť, vopred určené pokyny – to všetko sú termíny, ktoré sa používajú vo vzťahu k otázke o konci života. *Deklarácia* o eutanázii *Iura et bona*, napísaná v roku 1980, avšak stále aktuálna, objasňuje rozličné významy termínu „eutanázia“, a radí sa do magisteriálnej tradície Pia XII.<sup>23</sup> a Druhého vatikánskeho koncilu,<sup>24</sup> ktorú následne prebral Pavol VI.<sup>25</sup> a Ján Pavol II.<sup>26</sup> *Katechizmus Katolíckej cirkvi* okrem toho katolícku doktrínu o eutanázii stručne zhŕňa v číslach 2276-2279.

### 1. Rozličné významy „eutanázie“

*Deklarácia* berie na vedomie zmenu v používaní termínu „eutanázia“, ktorý vo svojom pôvodnom význam znamenal „dobrú smrť“, „peknú smrť“ pripodobnenú sladkej smrti bez ukrutného utrpenia, inak povedané nebolestivú smrť. Termín však nemieni označovať spôsobenie smrti. Zavedenie „eutanázie“ do moderného jazyka treba pripísať filozofovi Francisovi Baconovi.<sup>27</sup> Avšak až na konci 19. storočia

---

<sup>23</sup> Porov. pápež Pius XII., encyklika *Mystici corporis*, 29. júna 1943; *Prihovor medzinárodnému biologicko-medicínskemu združeniu sv. Lukáša*, 12. novembra 1944; *Prihovor prvému medzinárodnému kongresu Histopatológie nervového systému*, 14. septembra 1952; *Prihovor talianskemu katolíckemu zväzu pôrodných asistentiek*, 29. októbra 1951; *Prihovor deviatemu kongresu talianskej anesteziologickej spoločnosti*, 24. februára 1957; *Prihovor medzinárodnému kongresu neuro-psycho-farmakologického medzinárodného kolégia*, 9. septembra 1958.

<sup>24</sup> Porov. Druhý vatikánsky koncil, pastorálna konštitúcia *Gaudium et spes*, č. 27; dogmatická konštitúcia *Lumen gentium*, č. 25.

<sup>25</sup> Porov. pápež Pavol VI., *Prihovor medzinárodnému Kolégiu psychosomatickej medicíny*, 9. septembra 1975.

<sup>26</sup> Porov. pápež Ján Pavol II., encyklika *Evangelium vitae* o hodnote e nenarušiteľnosti ľudského života, 25. marca 1995.

<sup>27</sup> Porov. F. Bacon, *Dignità del progresso del sapere divino e umano (De dignitate et augmentis scientiarum)*, in F. Bacon, *Scritti filosofici*, a cura di P. Rossi, UTET, Turín 2009 (1975) (*Of the Proficiency and Advancement of Learning*, 1605).



„eutanázia“ nadobudne význam lekárskeho zásahu, ktorý sa zameriava na zmiernenie utrpení chorého jeho zabitím.<sup>28</sup>

*Deklarácia* ponúka stále platné kritériá na rozlíšenie rôznych vmýznamov „eutanázie“. Týmto slovom je označované „konanie alebo zanedbanie konania, ktoré vo svojej podstate alebo v úmysloch spôsobuje smrť, s cieľom eliminovať bolesť“. *Katechizmus Katolíckej cirkvi* v čísle 2277 pridáva špecifikáciu „priama“: „Priama eutanázia – nech by na ňu boli akékoľvek dôvody a použili sa akékoľvek prostriedky – spočíva v usmrtení telesne alebo mentálne postihnutých, chorých alebo umierajúcich“. Z toho vyplýva, že slovo eutanázia je vo vlastnom zmysle ekvivalentné s *priamou eutanáziou*. Toto je význam, ktorý treba prisúdiť „eutanázii“ v bežnom zmysle. Ak však chýba úmysel spôsobiť smrť, ako pri použití utišujúcej terapie, ktorá vedie k urýchleniu príchodu smrti podľa princípu dvojitého účinku, nejde o eutanáziu, a preto použitie slova „eutanázia“ je nenáležité aj keď sa takéto konanie kvalifikuje ako „*nepriama*“ eutanázia.

*Deklarácia* je okrem toho nápomocná pri hodnotení eutanázie z hľadiska prostriedkov. Keď je skutok eutanázie dosiahnutý konaním, ktorým môže byť napríklad podanie nejakého farmaceutického prostriedku v smrteľnej dávke, ide o *aktívnu eutanáziu*. Ak je smrť, naopak, dôsledkom zanedbania alebo zastavenia nejakej činnosti nevyhnutnej pre život, hovoríme o *pasívnej eutanázii*. V oboch významoch, tak v aktívnom ako aj v pasívnom, však ide o skutok eutanázie vo vlastnom zmysle, keďže uskutočňuje úmysel spôsobiť smrť.

Niekedy sa možno stretnúť s ešte ďalším rozlíšením pre kvalifikovanie eutanázie: eutanázia dobrovoľná a nedobrovoľná.<sup>29</sup> Použitie výrazu „dobrovoľná“ eutanázia chce vyjadriť skutok eutanázie uskutočnený so súhlasom zainteresovaného, na rozdiel od skutku eutanázie uskutočneného bez súhlasu osoby „ako v prípade situácie kómy alebo psychického hendikepu“, čo možno skutočne definovať ako „nedobrovoľnú“ eutanáziu. Ak teda pacient vyjadril svoje odmietnutie, eutanázia sa nazýva „nedobrovoľná“.

## 2. Nová terminológia

### 2.1. Asistovaná samovražda

<sup>28</sup> Porov. G. Pelliccia, *L'eutanasia ha una storia?*, in AA.VV., *Morire sì, ma quando?*, Paoline, Rím 1977; H. J. Rose, heslo *Eutanasia*, in *Encyclopedia of Religion and Ethics*, V, T&T Clark, Edinburgh 1971.

<sup>29</sup> Porov. rozlíšenie používané P. Singerom v *Etica pratica*, Liguori, Neapol 1985, 131-142.

Treba upresniť, že vyjadrenie „asistovaná samovražda“ označuje skutok spočívajúci „v pomoci osobe, ktorá chce spáchať samovraždu, tak predpísaním alebo poskytnutím smrtiacej látky, ako aj vysvetlením toho, ako ju treba použiť. Keď ide o osoby v terminálnom štádiu alebo o chorých, ktorí veľmi trpia, pomoc k samovražde sa odlišuje od priamej aktívnej eutanázie.“<sup>30</sup> Toto rozlíšenie možno odôvodniť poukázaním na dve nuansy. Predovšetkým sa berie do úvahy, že „osoba, ktorá chce zomrieť, osobne vykoná rozhodujúci, finálny úkon“. Okrem toho treba vziať do úvahy aj chronologický rozdiel medzi eutanáziou a asistovanou samovraždou: „Zatiaľ čo zabitie na požiadanie sa pokladá za posledné riešenie vzhľadom na neznesiteľné útrapy, asistovaná samovražda prichádza do úvahy ďaleko pred koncom procesu, ktorý vedie k smrti – ako alternatíva foriem starostlivosti v prípade vážnej choroby (rakovina) alebo spoločensky útrpnej (aids), v perspektíve dlhého utrpenia či postupujúceho chradnutia“.<sup>31</sup>

Diskusia o pomoci k smrti a o dôstojnej smrti sa stáva znovu aktuálnou vo viacerých krajinách. Niektorí by chceli povoliť asistovanú samovraždu alebo eutanáziu s odvolaním sa na princíp autonómie, a to nielen na filozofickej rovine – vychádzajúc z individualistickej interpretácie slobody, ale aj náboženskej – v zmysle zodpovednosti, ktorá je Bohom udelená človeku aj vzhľadom na vlastný život (porov. Hans Küng).<sup>32</sup> Diskusia o asistovanej samovražde v nemocničnom prostredí sa znovu rozhorela aj v krajine ako Švajčiarsko, kde existuje možnosť jej využitia prostredníctvom organizácií pripravených poskytnúť asistenciu – ako *Exit* alebo *Dignitas*:<sup>33</sup> otázky o asistovanej samovražde v nemocničnom prostredí sú vskutku početné.

Asistovaná samovražda nie je lekárska činnosť. Povinnosť pomáhať zomierajúcemu neznamena poskytovanie pomoci k samovražde, ale zmierňovanie utrpenia. Samotná nemocnica by zmenila vlastné poslanie, ktoré nachádza svoj najhlbší zmysel v starostlivosti o pacientov a v ich liečení, nie v spôsobovaní smrti, takým priamym spôsobom, teda eutanáziou, ako aj prostredníctvom spolupráce, skrze pomoc k samovražde. Neslobodno okrem toho podceňovať riziko emulácie, ktorú samovražda spôsobuje na ostatných pacientoch. V skutočnosti, eutanázia a asistovaná samovražda

---

<sup>30</sup> *Dokumenty švajčiarskych biskupov*, Pastoračná nóta č. 9, *Zomierať s dôstojnosťou*, 2003, 28.

<sup>31</sup> *Tamže* 24.

<sup>32</sup> W. Jens - H. Küng, *Menschen-würdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, Piper Verlag, Mníchov 1995, 59-60.

<sup>33</sup> Porov. AA.VV., *Il suicidio assistito in ambito ospedaliero*, Quaderno della Comec, č. 2, Lugano 2005.

nepredstavujú pomoc chorému, ktorý zomiera, ale pomoc k smrti.<sup>34</sup> Rozdiel je podstatný. Úloha foriem paliatívnej starostlivosti však ponúka východisko z dilemy asistovanej samovraždy.<sup>35</sup>

## 2.2. *Formy paliatívnej starostlivosti*

Formy paliatívnej starostlivosti ponúkajú celkové sprevádzanie chorého v terminálnej fáze. Obsahujú predovšetkým tíšenie bolesti, ktoré – do tej miery, do akej je to možné – nemá pacienta zbaviť vedomia. „Ak je to možné, pacient musí mať možnosť vyjadriť sa a dať svoj súhlas na zákroky proti bolesti. Dobrá informovanosť posilňuje jeho dôveru k lekárom a k zdravotníckemu personálu, keď sa mu napríklad vysvetlí zmysel a dosah zákrokov a foriem paliatívnej starostlivosti alebo keď v prípade absencie zlepšenia má predtuchu, že smrť je blízka. Keď nie je možné získať súhlas pacienta, treba vziať do úvahy eventuálne dispozície, ktoré mohol vyjadriť vopred“. Upresníme, že „formy paliatívnej starostlivosti sa neobmedzujú len na samotné lekárske zákroky, ale ich súčasťou sú aj ďalšie aspekty (starosť o telo, psychologicko-sociologické a duchovné sprevádzanie v perspektíve dôstojnej smrti), ktoré sa týkajú aj príbuzných chorého, tak pred, ako aj po smrti“.<sup>36</sup>

Sú aj takí, čo pokladajú formy paliatívnej starostlivosti za nedostatočnú odpoveď vzhľadom na smrť – napríklad Hans Küng. V skutočnosti je to odpoveď „dôstojná“ ľudskej bytosti, ktorá rešpektuje jej autonómiu, avšak bez toho, aby ju v absolútnom zmysle pokladala za zbavenú vzťahovej dimenzie, ktorú autentická sloboda sama osebe predpokladá. Ľudská bytosť existuje ako ľudská skutočnosť, ktorá je štrukturálne vzťahová, keďže je ovocím daru, ktorý ju predchádza (ex-sistere): je dieťaťom na rovine prirodzenej i roviny stvorenia – a už na rovine stvorenia je dieťaťom povolaným k Božiemu synovstvu na rovine nadprirodzenej. Autonómia človeka je synovská a vyplýva z nej synovská zodpovednosť, aj vzhľadom na život. V nijakom prípade nemožno teologicky interpretovať jeho autonómiu ako možnosť disponovať so sebou samým absolútnym spôsobom. Hovoriť o práve na samovraždu

---

<sup>34</sup> K. Koch, *Mors certa-hora incerta, Vortrag im Römisch-katholischen Pfarrheim Rheinfelden am 24. April 2007* (por. [http://www.kath.ch/pdf/koch-morscerta\\_horaincerta.pdf](http://www.kath.ch/pdf/koch-morscerta_horaincerta.pdf)).

<sup>35</sup> Th. Klie - J. Christoph, *Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe*, Herder, Freiburg-Basel-Wien 2007.

<sup>36</sup> *Dokumenty švajčiarskych biskupov, Pastoračná nóta č. 9, Zomierať s dôstojnosťou*, 2003, 26.

je hlboko protirečivé z teologického pohľadu, a rovnako aj – ako ukázal Immanuel Kant – z pohľadu filozofického.<sup>37</sup>

### 2.3. *Le direttive anticipate*

Viaceré krajiny právne uznávajú vopred určené pokyny pacienta, známe tiež pod menom biologický testament alebo *Living will*. Strach z úpornej terapie, obavy vyvolané pri debate o nedávnych prípadoch niektorých chorých v permanentnom vegetatívnom stave a tiež otázky o eutanázii senzibilizovali širokú verejnosť na otázku dôstojnej smrti. Nijakej osobe nemožno uprieť právo vyjadriť vlastné túžby, a to aj anticipovaným spôsobom, vo vzťahu ku všetkým terapeutickým postupom a všetkým lekárskeým zákrokom, ku ktorým možno vlastnú aktuálnu vôľu oprávnene vyjadriť. Treba však vylúčiť akýkoľvek úmysel eutanázie. „Biologický testament“ má svoju hodnotu aj napriek pochybnostiam, ktoré môžu vzniknúť. Je pravda, že jednou z najčastejšie znepokojivých črt pri týchto anticipovaných deklaráciách je abstraktnosť, ktorou tieto dokumenty nevyhnutne trpia: abstraktnosť a všeobecnosť spôsobená psychologickou a časovou vzdialenosťou medzi situáciou, v ktorej sa deklarácia zostavuje a reálnou situáciou choroby, v ktorej by mala byť aplikovaná. Treba však taktiež zdôrazniť, že jej zostavovanie sa môže stať dôležitým momentom reflexie nad vlastnými hodnotami, vlastnou koncepciou života a zmyslom smrti, čím sa človek vyhne „potláčaniu smrti“, ktoré je jednou z črt našej kultúry.

### 2. 4. *Upustenie od terapie*

V diskusii o otázkach týkajúcich sa konca života treba rozlišovať medzi legitímnym upustením od terapie a eutanáziou. Vstutku „*je dovolené urobiť vo svedomí rozhodnutie vzdať sa liečebných postupov, ktoré by spôsobili len neisté a bolestné predlžovanie života*“ (porov. *Deklarácia o eutanázii*, časť IV). Ide o legitímne upustenie od neúčinného a disproporčného terapeutického pôsobenia. Aplikácia takéhoto terapeutického pôsobenia sa definuje ako *úporná terapia*. V skutočnosti, keď sa zákroky ukazujú ako „márne“, a teda nemajú vitálnym spôsobom vplyv na prirodzený priebeh patológie ani nespôsobujú zlepšenie kvality života, hovoríme o legitímnom upustení od terapie, ktoré nemožno kvalifikovať ako eutanáziu. Takisto sa hovorí o legitímnom upustení od terapie v prípade odmietnutia „mimoriadnych“ a

---

<sup>37</sup> Porov. *Lekcie etiky*, v *Základoch metafyziky mravov* (časť II); *Metafyzika mravov*, časť II, „Metafyzické princípy náuky o čnosti“, 1, I, § 6.

„neprimeraných“ zákrokov. *Katechizmus Katolíckej cirkvi* v bode 2278 hovorí: „Prerušenie nákladných, nebezpečných, mimoriadnych alebo vzhľadom na očakávané výsledky neúmerených liečebných procedúr môže byť oprávnené“. V *Evangelium vitae* Ján Pavol II. upresňuje: „Samozrejme, že jestvuje morálna povinnosť liečiť sa a podrobiť sa liečeniu. Takúto povinnosť však treba definovať v konkrétnych situáciách: treba totiž zhodnotiť, či aplikované liečebné prostriedky sú objektívne proporcionálne predpokladanému zlepšeniu zdravia. Zrieknutie sa mimoriadnych a prehnaných prostriedkov nie je totožné so samovraždou alebo eutanáziou; vyjadruje skôr prijatie postavenia človeka vzhľadom na smrť“ (EV 65). Disproporčnosť zákrokov vzhľadom na predpokladateľné výsledky a obtiažnosť zákroku pre pacienta sú teda prvky, ktoré treba vziať do úvahy v prípade upustenia od terapie.

Upresníme, že upustenie od terapie nie je to isté ako terapeutické zanedbanie. Zanedbanie nejakého terapeutického zákroku nevyhnutného pre život alebo patriaceho do oblasti normálnej starostlivosti vedie samo osebe k smrti pacienta, a je eutanáziou, zatiaľ čo upustenie od terapie necháva pacienta nažive s jeho chorobou – aj keď i to povedie k jeho smrti, avšak na základe prirodzeného priebehu. Upresníme ale, že Deklarácia *Iura et bona*, zdôrazňujúc nevyhnutnosť pokračovania v normálnych formách terapie, dáva nasledujúcu indikáciu pre zastavenie terapie v bezprostrednej blízkosti smrti: „V bezprostrednej blízkosti neodvratnej smrti – napriek použitému prostriedkom – je dovolené urobiť vo svedomí rozhodnutie vzdať sa liečebných postupov, ktoré by spôsobili len neisté a bolestné predlžovanie života, avšak bez prerušenia normálnych terapií, ktoré chorému prináležia v podobných prípadoch“ (4). Normálnymi spôsobmi starostlivosti sa tu myslia hydratácia a výživa, hygiena, ošetrovanie rán a tiež podávanie prostriedkov paliatívnej starostlivosti. V tomto zmysle je osobitným spôsobom poučný dokument Pápežskej rady *Cor unum* pod názvom *Etické otázky týkajúce sa ťažko chorých a zomierajúcich* (27. júna 1981), v ktorom sa píše: „Zostáva však prísna povinnosť za každú cenu pokračovať v aplikácii tzv. ‚minimálnych prostriedkov‘, teda tých, ktoré sú za normálnych okolností a v bežných podmienkach určené na udržanie života (výživa, transfúzie krvi, injekcie atď.). Prerušiť ich podávanie by v praxi znamenalo chcieť ukončiť život pacienta“ (2.4.4). V *Charte zdravotníckych pracovníkov*, publikovanej Pápežskou radou pre pastoračiu zdravotníckych pracovníkov v roku 1995 sa zdôrazňuje: „Výživa a hydratácia, aj umelo podávané, patria medzi normálne spôsoby starostlivosti, vždy povinné pre chorého, ak preňho nie sú príliš obtiažne: ich nenáležitý prerušenie môže

znamenat' skutočnú a opravdivú eutanáziu“ ( 120). Aj v odpovediach na otázky Konferencie biskupov Spojených štátov z roku 2007 ohľadom podávania potravy a vody (prirodzenými alebo umelými spôsobmi) pacientovi vo „vegetatívnom stave“ je jasne upresnené, že „podávanie potravy a vody, čo aj umelými spôsobmi, je v princípe riadnym a primeraným prostriedkom udržiavania života. Je teda povinné – v tej miere a dovtedy – kým dosahuje svoj vlastný cieľ, ktorý spočíva v zabezpečení hydratácie a výživy pacienta“. A toto platí aj pre pacienta v „permanentne“ vegetatívnom stave, ako je uvedené v tom istom dokumente. Ján Pavol II. vskutku správne pripomenul vo svojom príhovore 20. marca 2004, že „vnútorná hodnota a osobná dôstojnosť každej ľudskej bytosti sa nemenia, bez ohľadu na konkrétne okolnosti jej života. *Človek, aj keď je ťažko chorý alebo hendikepovaný v používaní svojich najvyšších schopností, je a vždy bude človekom, nikdy sa nestane „rastlinou“ alebo „zvieratom“*“ (č. 3). Upresňuje, že „zhodnotenie vyhlíadok, založené na mizivých nádejach na uzdravenie, keď vegetatívny stav trvá dlhšie než jeden rok, nemôže eticky zdôvodniť zanechanie alebo prerušenie *minimálnych foriem* starostlivosti o pacienta, vrátane výživy a hydratácie. Smrť hladom a smädом je vskutku jediným možným výsledkom ich prerušenia. V danom zmysle sa takáto smrť, ak je vedome a zámerne spôsobená, javí ako opravdivá a skutočná eutanázia zanedbaním“ (4). Zdôraznime však, že Ján Pavol II. špecifikuje, že podávanie vody a jedla „treba v princípe pokladať za riadne a primerané, a ako také za morálne povinné, v takej miere a pokiaľ preukazuje dosiahnutie vlastnej finality, ktorá vo svojej podstate spočíva v zabezpečení výživy pacientovi a v tlení útrap“ ( 4). S týmto cieľom je osobitným spôsobom užitočný komentár Kongregácie pre náuku viery – pre pochopenie vyjadrenia „v línii princípu“ Jána Pavla II.: „V niektorých izolovaných alebo extrémne chudobných regiónoch môžu byť umelá hydratácia a výživa fyzicky neuskutočniteľné, a teda platí *ad impossibilia nemo tenetur*; zostáva však povinnosť ponúknuť aspoň tie minimálne formy starostlivosti, ktoré sú k dispozícii – a ak je to možné, zaobstarat' nevyhnutné prostriedky na adekvátne udržiavanie života. Nevylučuje sa ani, že pre ďalšie komplikácie pacient môže byť neschopný prijímať potravu a tekutiny, čím sa ich podávanie stane úplne zbytočné. Napokon nie je úplne zavrhnutá ani možnosť, že v niektorých ojedinelých prípadoch môžu umelá hydratácia a výživa pre pacienta znamenať nadmernú záťaž a z nej vyplývajúce vážne fyzické neprijemnosti, spojené

napríklad s komplikáciami pri použití nástrojových pomôcok.<sup>38</sup> Je však povinné klásť si otázku, či v prípade pacienta, ktorý stratil chuť do jedla a pitia a vyjadruje svoje odmietnutie, treba niekoho nútiť piť a jesť prostredníctvom umelej nútenej základnej výživy, alebo či sa takýto stav neukazuje prirodzeným vývojom osoby, ktorá dosiahla koniec vlastného života a ktorá viac alebo menej vedomým spôsobom prostredníctvom tohto odmietnutia vyjadruje svoju túžbu ísť k Otcovi – v zmysle pápeža Jána Pavla II. V tomto prípade platí princíp sebaurčenia, interpretovaný správnym spôsobom.

Upresnime však, že *zanechanie terapie* ako skutočný akt *pasívnej eutanázie*, predstavuje opačný postoj k úpornej terapii a spočíva nielen v prerušení neprimeraných foriem starostlivosti, ale aj foriem riadnych a foriem paliatívnej starostlivosti. Ak teda pacient má právo netrpieť, právo prijímať riadne formy starostlivosti, právo nezostať opustený, má aj právo nebyť vnímaný ako príťaž pre spoločnosť a právo nechať si pomôcť nájsť zmysel každej fázy života.<sup>39</sup>

### 3. Kvalita života a dôstojnosť osoby

Kritérium kvality života, ktoré sa zvykne používať na kvalifikovanie takeého života, ktorý sa ešte oplatí žiť, na rozdiel od života, ktorý už zo subjektívneho hľadiska pacienta alebo jeho blízkych, alebo spoločnosti nemá hodnotu – a teda na spustenie riešenia eutanázie alebo na navrhnutie asistovanej samovraždy, protirečí správne mu chápaniu ľudskej dôstojnosti. Pápež František sa prednedávnom kriticky vyjadril proti takémuto výrazu, označiac ho za klamstvo. „Aká veľká lož sa ukrýva za istými výrazmi, ktoré toľko nástoja na ‚kvalite života‘, aby ľudí presvedčili, že životy vážne postihnuté chorobou nie sú hodné žitia!“<sup>40</sup> Ten istý pápež vo svojom príhovore pri príležitosti 70. výročia založenia organizácie katolíckych lekárov povedal: „V mnohých prípadoch je kvalita života prevažne spojená s ekonomickými možnosťami, s ‚blahobytnom‘, s krásou a užívaním fyzického života, zabúdajúc na ďalšie, hlbšie rozmery existencie – vzťahové, duchovné a náboženské. V skutočnosti, vo svetle viery a zdravého úsudku, je ľudský život vždy posvätný a vždy ‚kvalitný‘. Neexistuje jeden ľudský život posvätnější ako druhý, ako ani neexistuje jeden ľudský život

<sup>38</sup> Kongregácia pre náuku viery, *Odpovede na otázky Konferencie biskupov Spojených štátov ohľadom umelej výživy a hydratácie*, 1. augusta 2007, *Poznámka s komentárom*.

<sup>39</sup> Por. G. Zeppigno, *Dovere di cura e accanimento terapeutico*, 1. *Aspetti etici*, in AA. VV., *Dalla parte della vita. Itinerari di bioetica - I*, Effatà, Turín 2007, 425-436; M. Calipari, *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2006.

<sup>40</sup> Pápež František, *Príhovor na 23. svetový deň chorých*, 2015, č. 3.

kvalitatívne významnejší ako druhý, len vzhľadom na lepšie prostriedky, práva, ekonomické či spoločenské príležitosti.<sup>41</sup>

V Inštrukcii *Dignitas personae* o niektorých otázkach bioetiky Kongregácia pre náuku viery kladie za základ bioetiky princíp *dôstojnosti osoby*: „Dôstojnosť osoby patrí každej ľudskej bytosti od počatia až po prirodzenú smrť“ ( 1).<sup>42</sup> „Človek sa teší ušľachtilosti osoby stvorenej na obraz živého Boha.“<sup>43</sup> Avšak teologické čítanie, ktoré zostane na tejto úrovni, je ešte neúplné. Vskutku je potrebná hermeneutika dôstojnosti, ktorá ide od *eschatológie k protológii* (smerovanie odhora dole, od *božského k ľudskému*): „Ľudské bytie treba od jeho počiatku čítať podľa Človeka završenia, Krista, a pôvodná *dôstojnosť* človeka je obsiahnutá v jeho ‚posvätnom charaktere‘.“<sup>44</sup> Týmto spôsobom rozum osvietený vierou vníma posvätnosť človeka a „neporušiteľnú hodnotu človeka: *vlastní večné povolanie a je povolaný mať účasť na trojičnej láske živého Boha*“ (*Dignitas personae*, 8).

Táto dvojité viziá, ktorá ponúka integrálnu hermeneutiku vzťahu existujúceho medzi každou ľudskou bytosťou a Božím Synom, musí usmerňovať náš spôsob chápania smrti hodnej človeka, ktorý sa necháva viesť „synovsko-trojičným povolaním, odjakživa vpísaným do každého *humanum*, skvejúci sa vo viere vždy a všade tam, kde biomedické vedy spoznávajú ľudský život, kvalifikujú ho podľa dôstojnosti, ktorá sa prekrýva s ontologicky-synovskou význačnosťou, vlastnou každému človeku v Synovi, a práve preto črty *humanum*, každej jeho stopy, čo aj minimálnej, od svojho počiatku až po prirodzený koniec majú svoj pôvod v božskom bytí, a teda predstavujú prameň nového konania medzi ľuďmi. Otvára sa tým horizont, kam možno umiestniť časné situácie, v ktorých sa definujú kontúry rozhodujúce pre mimoriadne závažné, osobitne naliehavé a zaväznú morálne hodnotenie predovšetkým biomedických vied.“<sup>45</sup>

Nieto pochyb o tom, že v súčasnom kontexte antropologickej slabosti existuje naliehavá potreba určiť kritérium schopné viesť svedomie zdravotníckych pracovníkov, vedcov a zákonodarcov v biomedickej oblasti. Synovská príslušnosť je

<sup>41</sup> Pápež František, *Prihovor účastníkom spomienkového stretnutia Združenia talianskych katolíckych lekárov pri príležitosti 70. výročia založenia*, 15. novembra 2014.

<sup>42</sup> Kongregácia pre náuku viery, Inštrukcia *Dignitas personae*, o niektorých otázkach bioetiky, LEV, Città del Vaticano 2008.

<sup>43</sup> R. Tremblay, *Cristo, chiave di volta della dignità e della sacralità della vita umana secondo l'Istruzione Dignitas personae*, in Idem, *Prendete il mio giogo. Scritti di teologia morale fondamentale*, LUP, Roma 2011, 178.

<sup>44</sup> *Tamže*, 178.

<sup>45</sup> A. Chendi, *La filiazione nel vaglio di alcune questioni di bioetica*, in *PATH* 10 (2011), 361.



veľmi sľubným kritériom, za predpokladu, že dokážeme vidieť všetky jej potenciality, tak pre bioetiku v teologickej perspektíve, ako aj pre jej poňatie čisto filozofické, založené na vzťahovom charaktere ľudskej bytosti, ktorý možno pochopiť len v dynamizme „daru“ a spoločenstva.

Vychádzať zo synovskej antropológie znamená chápať človeka na základe synovského srdca, ktoré má na život synovský pohľad, schopný pochopiť vlastnú vnútornú hodnotu a základnú krásu, ktorá, naopak, akoby unikala „matematickému“ pohľadu súčasného človeka, ktorý poslúcha viac zákon vypočítavosti, výkonnosti, prospechu, užitočnosti a individuálneho dobra.<sup>46</sup> Synovský pohľad zahŕňa ľudské bytie v jeho úplnosti, rodí sa zo srdca, v ktorom Duch Syna volá: „Abba“; ide o srdce schopné synovskej „*pietas*“ – „*pietas*“, ktorá už v rímskom *ethose* predstavuje najvyššiu hodnotu, základnú podmienku na zaslúženie si mena „*homo humanus*“. Synovská „*pietas*“, ktorá charakterizuje synovské srdce, spočíva vo vzdávaní povinnej úcty a náležitej poklony tajomstvu života, ktorý je darom, vnímajúc jeho posvätný charakter.<sup>47</sup> Synovské srdce so synovským pohľadom umožňuje človeku neskĺznuť do „zabúdania na bytie“, a vykonať základnú povinnosť stvorenia – povedať bytiu svoje áno – a stať sa ochrancom metafyzického úžasu nad „darovaným“ a nedisponovateľným životom – v ktoromkoľvek štádiu jeho vývoja, od počatia, až po finálnu fázu.

Ak dáme a priori bytiu, ponúkne nám to kľúč k tomu, aby sme sa vyhli uvažovaniu nad ľudským životom podľa „prítomnosti“, teda tak, že by život mal rozličnú hodnotu na základe prítomnosti určitých funkcií. To umožňuje klásť si otázku o pravde ľudského života, ktorý nezískava hodnotu preto, že je mu priznaná zákonom, ale preto, že ho predchádza. Nie náhodou, ale podľa logiky daru, ktorý hlboko poznačuje život, Ján Pavol II. spája kultúru života so zmenou postoja a – pozývajúc, aby sme začali postojom obráteným na Boha života, hovorí: „Na tento účel je dôležité predovšetkým pestovať si postoj kontemplácie (porov. *Centesimus annus*, 37). Tento

---

<sup>46</sup> Pápež František naznačil prvky na múdrosť srdca: „Takáto ‚múdrosť‘ nie je teoretickým, abstraktným poznaním, teda plodom uvažovania [...]. Ide tu o *postoj vliaty Duchom Svätým* do mysle a srdca toho, kto sa dokáže otvoriť utrpeniu bratov a spoznať v nich Boží obraz. Toto sú 4 prvky, ktoré vymenúva múdroslovná gnozeológia: *Múdrosťou srdca je slúžiť bližným. Múdrosťou srdca je byť s bližným. Múdrosťou srdca je vychádzať zo seba smerom k bližným. Múdrosťou srdca je byť solidárny s bližným bez toho, aby sme ho odsudzovali*“ (Príhovor na 23. svetový deň chorých, 2015).

<sup>47</sup> Synovské srdce ako miesto poznania (porov. *Dt 2*, 30) „presahuje rozum, no tento presah sa nechápe v zmysle hrozby – teda odňatia toho, čo je špecifické pre rozum – ale v zmysle rozšírenia rozumu, jeho dilatácie v harmónii s Božou láskou, ktorá sa prejavila v dejinách“ (R. Tremblay, *Quale antropologia? L'uomo dal cuore filiale*, in IDEM, *Prendete il mio giogo*, cit., 66).

sa rodí z viery v Boha života, ktorý stvoril každého človeka a utvoril ho zázračne (porov. *Žalm* 139 (138),14). Je to postoj toho, kto vidí život v celej jeho hĺbke, kto rozpoznáva jeho nezištnosť, ako aj krásu a prijíma ich ako výzvu k slobode a zodpovednosti. Je to postoj toho, kto si nenárokujúce vlastní skutočnosť, ale prijíma ju ako dar; pritom v každej veci nachádza odraz Stvoriteľa a v každej osobe jeho živý obraz (porov. *Gn* 1,27; *Žalm* 8,6). Kto si zachováva takýto postoj, nepodľahne znechuteniu, keď vidí človeka chorého, trpiaceho, odstrčeného alebo na prahu smrti; všetky tieto situácie prijíma ako výzvu hľadať zmysel, a práve v týchto okolnostiach sa disponuje objaviť v tvári každého človeka pozvanie na stretnutie, dialóg, solidaritu. Je tu čas, aby sme všetci zaujali takýto postoj a znovu sa učili ctíť si a vážiť každého človeka so srdcom plným nábožného úžasu“ (*Evangelium vitae*, 83). Je to však postoj zároveň kristologický, obrátený smerom ku krížu (porov. *Evangelium vitae*, 50 – 51).

## **Záver**

Treba si osvojiť pozvanie Jána Pavla II. zmeniť postoj – pozvanie, ktoré dáva dôraz na synovský rozmer pohľadu vychádzajúceho zo synovského srdca, schopného čítať črty Syna v tvári každej ľudskej bytosti, predovšetkým v tvári trpiaceho človeka, ale aj v tvári každej bytosti, v jej slabosti a krehkosti. Len tak je možné pochopiť skutočný zmysel „dobrej a peknej smrti“. Tento postoj nielen umožňuje zdravotníckemu pracovníkovi vo svetle Syna pochopiť život trpiaceho, ale aj trpiacemu dáva možnosť správne interpretovať vlastnú ľudskú slobodu, neredukovanú na neviazanú svojvôľu, ale zahŕňajúcu slobodu pre dobro určené vlastnou synovskou identitou.

*Deklarácia o eutanázii – Iura et bona*, nanovo čítaná v synovskej perspektíve, sa aj dnes ukazuje ako prekvapivo aktuálna, ba z mnohých pohľadov prorocká. Riziko odstránenia človeka – ako by to povedal Clive Staples Lewis, ktorý ešte v roku 1943 pozýval brániť hodnotu každého ľudského bytia proti moci človeka – sa týka nielen rodiaceho sa života, ale aj každého života na horizonte odchodu a osobitne v našich časoch, keď sa eutanázia rozširuje aj na deti, každého života, ktorého hodnota je zneužívaná.

## **Analgetiká, narkotiká a strata vedomia**

Antonio G. Spagnolo

### **Úvod**

Tretia časť *Deklarácie o eutanázii – Iura et bona* špecifickým spôsobom skúma situáciu kresťana – a pacienta vo všeobecnosti – konfrontovaného s bolesťou, utrpením a s použitím utišujúcich prostriedkov. Tíšiť bolesť je jednou z hlavných úloh lekárskej profesie, ako to hovorí aj známy Hipokratov aforizmus: *Divinum opus est sedare dolorem*, a účinne zmiernovanie fyzickej bolesti je základným cieľom klinickej praxe, predovšetkým súčasnej medicíny, ktorá má k dispozícii prostriedky a konkrétne možnosti na jeho uskutočnenie. V posledných desaťročiach sa v klinickej oblasti usadila opravdivá „kultúra boja proti bolesti“: stačí pomyslieť na zrod a rozvoj foriem paliatívnej starostlivosti a na hnutie hospicov (v roku 1967 vznikol prvý – *Saint Christopher's* – v Londýne, ako dielo Cecily Saundersovej), ale aj na celú sériu iniciatív politického, kultúrneho a sociálno-sanitárneho charakteru<sup>48</sup>, zameraných na zavedenie v plnom zmysle „chorobopisného“ charakteru bolesti, ktorú nemožno vnímať ako nevyhnutnú (s postojom rezignácie, ktorý takéto vnímanie so sebou prináša), ale ktorej treba čeliť a podľa možnosti ju eliminovať – v plnom rešpekte voči dôstojnosti a blahobytu chorej ľudskej osoby. *Deklarácia* tu pripomína, že aj keď na biologickej rovine bolesť predstavuje varovanie, o ktorého užitočnosti nemožno pochybovať, „pretože sa dotýka aj psychologického života človeka, často prekračuje svoju biologickú užitočnosť a môže nadobudnúť také rozmery, že priam vzbudzuje túžbu eliminovať ju za každú cenu.“

Takáto žiadosť a možnosť dať na ňu odpoveď na medicínskej rovine však musí byť založená na adekvátnej reflexii antropologického charakteru, schopnej odôvodniť vlastné „miesto“, ktoré bolesť a utrpenie majú v komplexnosti ľudskej situácie, a ktorému každá osoba prisudzuje subjektívny význam. V iných častiach tohto zväzku je o tomto aspekte systematickým spôsobom ponúknutá širšia reflexia, filozofická i teologická, a na ňu sa odvolávame. Tu na ňu len krátko nadviažeme – v presvedčení, že má kľúčové miesto pri hľadaní odpovede na etické otázky vyvolané používaním

---

<sup>48</sup> Viaceré krajiny pre túto materiu vytvorili zákony; v Taliansku je od roku 2001 *Dohoda medzi Ministerstvom zdravotníctva, regiónmi a autonómnymi provinciami o orientačnom dokumente týkajúcom sa projektu „Nemocnica bez bolesti“*; v roku 2003 sa zrodilo Talianske združenie na boj proti bolesti AILAD a v roku 2010 bol schválený *Zákon 38* o prístupe k formám paliatívnej starostlivosti a k terapii bolesti.

utišujúcich prostriedkov a hlbokoj paliatívnej sedácie, ktorá spôsobuje prechodnú alebo definitívnu stratu vedomia, čo je špecifickým predmetom nášho príspevku.

### **1. Bolesť a utrpenie v kresťanskej vízii: za dobrú klinickú prax**

Bolo by nemožné citovať všetky nespočetné literárne, filozofické a teologické diela, ktoré sa venovali bolesti a/alebo ľudskému utrpeniu. Tieto dve „skúsenosti“ – spolu s témou smrti – napokon predstavujú jedno z najstrmšších „argumentačných úskalí“ filozofického uvažovania; istý druh „lakmusového testu“ na overenie správnosti akéhokoľvek uvažovania o ľudskom bytí a zmysle jeho existencie. Téma utrpenia sa týka všetkých, a každý bez výnimky musí dať „odpoveď“ na tento vnútorný stav.

Kresťanské myslenie bolo osobitne podnietené témou bolesti a utrpenia, ktoré – ako pripomína *Deklarácia* – najmä v posledných okamihoch života nadobúda osobitný význam v spásonosnom pláne Boha. Dôvody sú koniec koncov samozrejme: vykúpenie a spása boli ľudstvu darované skrze Ježišovo utrpenie a smrť na kríži, keď celkom „vzal na seba“ krehkosť, ohraničenosť a komplexnosť ľudskej prirodzenosti, vrátil jej zmysel a ponúkol definitívne výkupné.<sup>49</sup> Problematickosť a dramatickosť skúsenosti „utrpenia“ neboli Kristom popreté: žiadal, aby mu bol odňatý horký kalich – až po hrôzostrašný výkrik na vrchole pozemskej skúsenosti: „Bože môj, prečo si ma opustil?“ Vďaka Kristovi však utrpenie a smrť vlastné celému ľudstvu boli *zhodnotené*. V utrpení je ľudská bytosť naozaj pozvaná nasledovať Krista, vstúpiť do neustále sa obnovujúcej dynamiky vykúpenia: „Kristus si nevybral cestu bolesti preto, že by bolesť bola dobrá; bolesť je pre neho ako pre človeka zlom, tak ako pre všetkých; chcel ju však objasniť, aby si do hĺbky osvojil univerzálnu ľudskú skúsenosť – takú nezmyselnú – a naplnil ju zmyslom“.<sup>50</sup> Aj kresťan môže zakúsiť, ako dopĺňa na vlastnom „*tele, čo ešte chýba Kristovmu utrpeniu*“ (Kol 1, 24). V utrpení je každý povolaný milovať, je povolaný sa posväcovať. Spásu nám neprináša utrpenie ako také, ale schopnosť človeka, napomáhaná nebeskou milosťou, urobiť z neho nástroj spásy pre seba i pre druhých. V tomto spočíva *zhodnotenie* bolesti, fyzickej aj existenciálnej. Ale takéto zhodnotenie nie je absolútne v protiklade s celkom

---

<sup>49</sup> „Kristus kráča v ústrety svojmu utrpeniu a smrti s plným vedomím poslania, ktoré má splniť práve týmto spôsobom. Vlastne týmto svojím utrpením musí dosiahnuť, aby človek nezahynul, ale mal večný život. Práve svojím krížom musí zasiahnuť koreň zla, zapustený do dejín človeka a do ľudských duší. Vlastne prostredníctvom kríža musí dokončiť dielo spásy. V pláne večnej Lásky má toto dielo výkupný charakter“ (Ján Pavol II., Apoštolský list *Salvifici doloris*, 11. februára 1984: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, VII/1 [1984], 335-336).

<sup>50</sup> M. T. Russo, *Corpo, salute, cura*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2004, 146.

ľudským, kresťanským a zmysluplným *bojom proti utrpeniu* – ako legitímnym, ba niekedy aj povinným rozmerom individuálnej existencie a sociálnej angažovanosti lekára *in primis*.

Autentická kresťanská odpoveď, v ktorej sa bez protirečenia spája *zhodnotenie utrpenia a boj proti bolesti*, prekonáva istú konkrétnu antropologickú víziu, ktorá, žiaľ, našla živnú pôdu aj v kresťanskej kultúre a prostredí. Tu máme na mysli fakt, že ľudské dejiny a dejiny medicíny boli (ba dodnes čiastočne sú) poznačené a podmienené rozšírením tzv. *dolorizmu*, teda výrazu označujúceho intelektuálny prístup, ktorý v konečnom dôsledku oslavuje utrpenie a bolesť, a vníma ich nie ako negatívne situácie trpiaceho subjektu, ale takmer ako hodnoty, štrukturálne prepojené s ľudským stavom, a teda dobré a samy osebe pozitívne.<sup>51</sup>

Dôsledky „doloristického“ prístupu napriek tomu, že de facto zrádza evanjeliové poslanstvo,<sup>52</sup> nepochybne prenikli kresťanskú – a všeobecnejšie aj západnú kultúru, vytvoriac: mylnú ideu rezignácie; prekrútený pohľad na chorobu, vnímanú takmer ako prejav Božieho zaľúbenia; všeobecný pesimizmus voči životu opísanému v temných odtieňoch – s opomenutím „povolania k radosti“ a k plnosti, ktorého hlavným ohlasovateľom je Kristus. V medicínskej oblasti potom dolorizmus nepopierateľne prispel k tomu, že niektorí profesionálni zdravotnícki pracovníci zaujímali – a ešte i dnes zaujímajú – váhavý postoj k náležitému použitiu utišujúcich prostriedkov v klinickej praxi.

Aby bolo možné do hĺbky pochopiť protirečenia dolorizmu, ktorého dôsledky cítiť aj v klinickej oblasti, je nevyhnutné ísť k antropologickým koreňom, z ktorých vyrástol. V základe tohto všetkého je prekrútená idea ľudskej telesnosti, posudzovanej (podľa fundamentálne dualistickej perspektívy) v zmysle „menejcennej“ skutočnosti vzhľadom na duchovný rozmer ľudského bytia, a teda takej, voči ktorej sa pri jednotlivých existenčných rozhodnutiach subjektu treba správať s odmietnutím, či dokonca s opovrhnutím. Dejiny kresťanského myslenia poznačili súvislosti a dynamiky, ktoré kvôli určitým aspektom posilnili túto víziu, na základe ktorej bolo v

---

<sup>51</sup> Porov. aj G. Cavalcoli, *Dolorismo e concezione cristiana della sofferenza*, Libertà e Persona, 16. februára 2012, in <http://libertaepersona.org/wordpress/2012/02/dolorismo-e-concezione-cristiana-della-sofferenza/> (prístup 25. júna 2015).

<sup>52</sup> „Dolorizmus sa mohol opierať o kresťanstvo, nie je však jeho legitímnym dieťaťom. Pozícia kresťanskej doktríny stojí v rovnováhe medzi fetišizmom tých, ktorí bolesť pokladajú za najvyššiu hodnotu, a fóbiou z bolesti, ktorá vedie k vyhýbaniu sa jej ako absolútnej nehodnote. Kresťanská teológia zhodnocuje utrpenie, pripisuje mu vážny antropologický a spásny význam; avšak bez toho, aby z neho robila idol, pretože nie bolesť sama osebe očisťuje a prináša spásu, ale len milosť, ktorá produkuje lásku“ (S. Spinsanti - F. Petrelli, *Scelte etiche ed eutanasia*, Paoline, Milano 2003, 25-26).

mnohých textoch a tradíciách chvályhodné a spásonosné „posilňovanie ducha“ nelegitímnym a z antropologického hľadiska chybným spôsobom spojené s nutnosťou „umŕtvovania tela“. Fyzická bolesť v tejto vízii reprezentovala „požehnanú“, chvályhodnú cestu pre vlastné morálne zdokonaľovanie.

Preto – vzhľadom na problematickosť tohto modelu – niektorí zdôrazňujú, že už nastal čas „znovu premyslieť telesnú askézu podľa nových paradigiem, kde telo už nie je nepriateľom, proti ktorému treba bojovať na oslobodenie ducha, ale spojencom, ktorého treba nanovo objaviť vo vzostupnom eláne ponímajúcom osobu v jej globalite a jednote“.<sup>53</sup> Ľudská osoba je v skutočnosti telesno-duchovná jedno-celkovosť, jedna jediná skutočnosť, v ktorej sú telesný a duchovný rozmer spoločne prítomné. Dôstojnosť osoby je dôstojnosťou, ktorá určite vyplýva z jej racionálnej podstaty a z toho, že je na „Boží obraz a podobu“, je však zároveň dôstojnosťou telesného, a preto krehkého, limitovaného bytia, ktoré je vystavené chorobe a smrti. Samotná sloboda, „duchovná“ charakteristika ľudského bytia, je „celkom ľudská sloboda“, podmienená, nestála, nedokonalá a poznačená „závislosťou“ – aj preto, a predovšetkým preto, že je poznačená telesnosťou. Sme (aj) telo, a náš smrteľný osud je bez diskusie spojený s týmto rozmerom. A teda, keď trpí telo, trpí aj osoba. Poškodenie alebo okyptenie tela je poškodením osoby a atentátom proti nej. Hodnoty ľudskej osoby, usporiadané hierarchicky, môžu niekedy zahrňovať „cestu“ a prijatie situácie fyzického a/alebo duševného utrpenia, nie však nevyhnutne a nie bez poranenia, ktoré samo osebe nemožno čítať v zmysle prostoduchého, neprijateľného „velebenia bolesti“.

Na rozdiel od *dolorizmu* existuje naozaj pôvodný a originálny kresťanský prístup *valorizácie* (zhodnotenia) utrpenia, ktoré – ako už bolo povedané – samo osebe sa zďaleka nepovažuje za pozitívnu skutočnosť; predkladá sa však ako možný „nástroj“ dobra a vykúpenia – pre seba i pre druhých. V tomto zmysle nemôže prekvapiť – ako pripomína *Deklarácia* –, „že niektorí kresťania chcú znížiť užívanie analgetík, aby tak dobrovoľne prijali časť svojich útrap a vedome sa spojili s útrapami ukrižovaného Krista“ (porov. *Mt* 27, 34). Avšak, ani v tejto „hrdinskej“ perspektíve, ktorú by nebolo rozumné vnucovať ako všeobecnú normu pre všetkých, fyzická bolesť nenadobúda nevyhnutne význam „očistenia“, ba ako Pius XII. vysvetľoval lekárom resuscitačných oddelení, môže sa veľmi často stať prekážkou na ceste spásy danej osoby. A v takom prípade je nielen legítimne, ale aj povinné zasiahnuť na jej zmiernenie a utíšenie.<sup>54</sup> Treba predovšetkým bolesť a utrpenie v kresťanskej skúsenosti „vrátiť na správne

<sup>53</sup> Porov. S. Leone, *Nati per soffrire? Per un'etica del dolore*, Città Nuova, Rím 2007, 66.

miesto“, odstrániac nebezpečné teoretické excesy, ktoré namiesto toho, aby veriacemu pomohli na jeho ceste posvätenia, mohli skôr spôsobiť pád a duchovnú skazu. Nepokladáme okrem toho za zbytočné poznamenať, že samotný pozemský život Ježiša Krista, tak ako ho opisujú evanjeliá, je emblematický vo vzťahu k téme choroby a bolesti – a utrpenia, ktoré spôsobujú. Ježiš bol pri viacerých príležitostiach svedkom bolesti chorých a trpiacich, nikdy však nevyriekol slová odsúdenia voči niekomu, kto prosil o uzdravenie ani nikdy nikoho nepozval k rezignácii: naopak, mnohokrát uzdravuje a lieči – aj v tomto spočíva jeho misia vo svete – a dištancuje sa od chápania tých čias, hlboko zakoreneného v presvedčení o úzkom súvisе medzi vinou (predovšetkým osobnou) a chorobou, zdôrazňujúc, naopak, súvis medzi fyzickým uzdravením a spásou osoby.<sup>55</sup> Okrem toho kresťanstvo je skúsenosťou neustáleho oslobodzovania sa od oveľa nebezpečnejšieho zla. „Človek ‚zahynie‘, keď stratí ‚večný život‘. Opakom spásy nie je už iba dočasné utrpenie, akékoľvek utrpenie na ujmu zdravia, ale opravdivé a nezmeniteľné utrpenie, totiž strata večného života, odmietnutie z Božej stránky, zatratenie.“<sup>56</sup> A práve do tohto kontextu patrí skúsenosť utrpenia vo svojej časnej i dejinnej dimenzii, ktorej centrálnymi „kapitolami“ sú choroba a bolesť. Kapitولami, ktoré treba čítať vo svetle veľkého posolstva spásy, ktorá je univerzálna, ale ktoré treba interpretovať, alebo ešte lepšie kalibrovať podľa neredukovateľnej skúsenosti jednotlivcej osoby: „[...] neslobodno zvelebovať bolesť ani vlastnú, ani druhého. Bolesť možno jedine zvnútorniť. Bolesť sa nevysvetľuje, bolesti sa hľadá do tváre a každý sa musí rozhodnúť, čím sa chce alebo môže stať v bolesti a prostredníctvom bolesti.“<sup>57</sup> Zdôrazňovať hodnotu skúsenosti poznačenej bolesťou neznamená strácať angažovanosť za zmiernenie alebo odstránenie bolesti

---

<sup>54</sup> „[...] Človek musí prijať a piť z kalicha bolesti vždy, keď si to Boh žiada. Ale neslobodne veriť tomu, že si to Boh žiada zakaždým, keď sa dostaví nejaká bolesť, ktorú treba zniesť, nech už sú jej príčiny a okolnosti akékoľvek. Slová evanjelia a Ježišovo správanie nenaznačujú, že Boh to žiada od každého človeka a v každom okamihu, a Cirkev vôbec neponúkala takúto interpretáciu. [...] Príklad Krista na Golgote, jeho odmietnutie zmierniť vlastné bolesti, je prameňom útechy a sily. Okrem toho Pán napomenul svojich, že ich všetkých čaká tento kalich. Apoštoli, a po nich tisíce mučeníkov, o tom vydali svedectvo a pokračujú v jeho slávnom vydávaní až po dnes. Často však prijatie utrpenia bez jeho zmiernenia nepredstavuje nijakú povinnosť, a nezodpovedá norme dokonalosti. Bolesť sa teda možno vyhnúť, bez toho, aby sa človek akýmkoľvek spôsobom dostal do sporu s náukou evanjelia“ (Pius XII., *Tre quesiti religiosi e morali concernenti l'analgesia*, 24. február 1957, in IDEM, *Discorsi ai medici*, Orizzonte Medico, Rím 1959, 573-574).

<sup>55</sup> Por. S. Leone, *Nati per soffrire?*, cit.

<sup>56</sup> Ján Pavol II., Apoštolský list *Salvifici doloris*, cit., 333 č. 14.

<sup>57</sup> S. Messina, *Senza rancori, rimpianti e rimorsi. Riflessioni per „vivere il morire“*, Effatà, Turín 2013, 91.

tam, kde je to možné.<sup>58</sup> Spolu s talianskym Národným výborom pre bioetiku teda môžeme tvrdiť, že „boj proti bolesti vnímanej v zmysle choroby tela a mysle, patrí medzi primárne úlohy medicíny a spoločnosti“.<sup>59</sup>

## 2. Použitie analgetík

Uvažovanie (tak antropologické, ako etické) nad témou bolesti istotne zažilo – teoreticky aj prakticky – vážny obrat v okamihu, keď medicína začala byť schopná chorým ponúknuť oveľa viac než len – čo aj esenciálne „čeliť“ utrpeniu prostredníctvom použitia utišujúcich prostriedkov. V skutočnosti neprimeraná pozornosť medicíny voči cieľom liečenia a uzdravovania, v pomere k tíšaniu a zmierňovaniu bolesti a trápenia spôsobeného chorobami, je ešte stále veľmi rozšíreným javom. Ani nie pred dvadsiatimi rokmi známa správa Hastingsovho centra - *Ciele medicíny: nové priority* – vyzdvihla, že „zmierňovanie bolesti a trápenia je jednou z najstarších povinností lekára a tradičným cieľom medicíny. V celom svete však súčasná medicína túto svoju úlohu adekvátnym spôsobom nezastáva. Mnoho rokov rozličné štúdie ukazujú, že lekári chápu alebo sa snažia o zmierňovanie bolesti na veľmi rozličných stupňoch účinnosti. Neadekvátne alebo nenáležité zákroky na zmierňovanie bolesti sú ešte aj dnes veľmi bežné.“<sup>60</sup>

Okolo konca 40. rokov minulého storočia s príchodom klinickej dispozície lieku fenylobutazón (ktorý bol v podstate prvým analgetikom použitým s uspokojujivými výsledkami v klinickej praxi) a prípravkov FANS (nesteroidných antiflogistík), začala intenzívna diskusia o prípustnosti ich používania. Aj dnes má vzhľadom na tieto problémy svoj význam príhovor Pia XII. nazvaný *Tri morálne a náboženské otázky týkajúce sa analgézy*, z 24. februára 1957, ktorého sme sa už dotkli a ešte sa širšie dotkneme v tomto príspevku. Prvý dotaz, ktorým sa pápež zaoberal, bol práve odpoveďou na otázku: „Existuje všeobecná morálna povinnosť odmietnuť analgetiká a prijať fyzickú bolesť v duchu viery?“.

Slová Pia XII. boli v tomto ohľade veľmi jasné: *neexistuje nijaká povinnosť odmietnuť analgetikum, ak by len fyzická bolesť, ktorá sa chce zmierniť, nebola nevyhnutná nato, aby človek zostal verný Bohu* (stačí tu pomyslieť na príklad

<sup>58</sup> To, že dolorizmus ako postoj bol v katolicizme do značnej miery prekonaný, je zrejmé práve z „pozícií avantgardy“, ktoré v téme paliatívnej medicíny zastávajú štruktúry a hospice kresťanskej inšpirácie.

<sup>59</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *La terapia del dolore: orientamenti bioetici*, 30. marca 2001, <http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/45.pdf> (navštívené 12. júla 2015).

<sup>60</sup> Hastings Center, *Gli scopi della medicina: nuove priorità*, in „Notizie di Politeia“ (1997), č. 45.



mučeníctva, z určitého pohľadu extrémny, ale jasný). V analógii s tým, čo už bolo povedané v predchádzajúcich príhovoroch<sup>61</sup> ohľadom bezbolestného pôrodu, Pius XII. napísal: „Už sme odpovedali, že neexistuje nijaká povinnosť tohto druhu. Človek si zachováva aj po svojom páde právo vládnuť nad silami prírody a používať ich na svoje služby, a teda s prospechom využívať všetky zdroje, ktoré mu ona ponúka na to, aby sa fyzickej bolesti vyhol alebo ju potlačil.“<sup>62</sup>

Avšak argumentačne rozhodujúca pasáž, z ktorej vyniká srdce kresťanskej antropológie a morálky vo vzťahu k preberanej téme, je táto: „V tej miere, do akej je nemožné získať nadvládu nad sebou samým a nad vlastnými neusporiadanými tendenciami bez pomoci fyzickej bolesti, stáva sa táto nevyhnutnosťou a treba ju akceptovať; avšak vzhľadom na to, čo sa nežiada s týmto cieľom, nemožno tvrdiť, že v danom ohľade existuje striktná povinnosť. Kresťan teda nikdy nemá povinnosť chcieť utrpenie pre utrpenie samotné; pokladá ho za prostriedok viac alebo menej primeraný, podľa okolností a cieľa, ktorý sleduje. Namiesto toho, aby sa naň díval z pohľadu striktnej povinnosti, môže ho vnímať skôr zo strany *nárokov, ktoré kladie kresťanská viera, ako pozvanie k väčšej dokonalosti*, nie však ukladané pod hriechom. Je kresťan povinný prijať fyzickú bolesť, aby sa nedostal do protirečenia s ideálom, ktorý mu predkladá viera? Nevyplyva z jeho odmietnutia nedostatok ducha viery? [...] Keď kresťan deň po dni, od rána do večera plní všetky povinnosti, ktoré mu vyplývajú z vlastného stavu a povolania, prikázania Božie i ľudské, keď sa sústredene modlí, zo všetkých síl pracuje, odoláva zlým vášňam, prejavuje blízkemu lásku a oddanosť, ktorá mu prináleží, statočne, bez hundrania znáša všetko, čo mu Boh zosiela – jeho život je vždy pod znakom Kristovho kríža, či už v ňom je alebo nie je prítomné fyzické utrpenie, či ho znáša alebo sa mu vyhýba s použitím dovolených prostriedkov. Aj keď sa vezmú do úvahy len povinnosti, ktoré spadajú pod hriech, človek nemôže žiť a konať svoju každodennú prácu ako kresťan bez toho, aby bol neustále pripravený na obeť, takpovediac bez toho, aby sa neustále obetoval. Prijatie fyzickej bolesti je len jedným z možných spôsobov na vyjadrenie toho, čo je podstatné: vôle milovať Boha a slúžiť mu vo všetkých veciach. Predovšetkým v dokonalosti tejto dispozície vôle spočíva hodnota kresťanského života a jeho hrdinstvo.“<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Pius XII., *I dettami morali e religiosi circa il parto naturale indolore*, 8. januára 1956, in Pius XII., *Discorsi ai medici*, cit., 419-438.

<sup>62</sup> Pius XII., *Tre quesiti religiosi*, cit., 560.

<sup>63</sup> *Tamže*, 561-563.

Prijatie bolesti a ešte všeobecnejšie utrpenia je jedna možnosť, ktorá sa ponúka kresťanovi ako cesta osobného posvätenia. Bolesť ani utrpenie neprinášajú spásu samej osebe, ale tým, že môžu byť zhodnotené, valorizované v jednotlivej osobnej skúsenosti – aby osoba, ktorá ich podstupuje, našla v nich „cestu“ k vlastnému morálnemu a duchovnému zdokonaleniu. To však, samozrejme, bude závisieť od jedinečnej a neopakovateľnej skúsenosti jednotlivca, ktorý v boji proti bolesti môže, naopak, objaviť prekážku dosiahnutia vyšších záujmov a dobier. Práve preto Pius XII. naznačuje, že rozhodnutie nebrániť sa fyzickej bolesti určite nie je voľbou, ktorú možno pokladať za „zvyčajnú“. „Môže sa stať, že [znášanie bolesti] má pre danú konkrétnu osobu v danej konkrétnej situácii prednosť; avšak – vo všeobecnosti – škody, ktoré spôsobuje, nútia ľudí, aby sa pred ňou bránili; bezpochyby nikdy sa nepodarí dosiahnuť, aby celkom zmizla spomedzi ľudí; možno však ráznejšie obmedziť jej škodlivé vplyvy.“<sup>64</sup> Z tohto vychádza pozvanie pápeža: „Aby každý prijal riešenia vhodné pre svoj osobný prípad, podľa daných zvyklostí a dispozícií, v tej miere, v ktorej – bez toho, aby sa prekážalo iným záujmom a iným vyšším dobrám – predstavujú prostriedok pokroku vo vnútornom živote; prostriedok dokonalejšieho očistenia, vernejšieho príľnutia k povinnostiam a väčšej ochoty nasledovať Božie podnety.“<sup>65</sup>

Argumentácia Pia XII. vedie k nasledujúcim záverom morálneho poriadku: „1) Základné princípy anesteziológie ako vedy a techniky, i cieľ, ku ktorému smeruje, nevyvolávajú námietky. Bojuje proti silám, ktoré z viacerých pohľadov spôsobujú škodlivé vplyvy a bránia väčšiemu dobru. 2) Lekár, ktorý prijíma jej metódy, neprotirečí ani prirodzenému morálnemu poriadku, ani špecificky kresťanskému ideálu. Snaží sa podľa poriadku Stvoriteľa (porov. *Gn* 1, 28) podriadiť bolesť moci človeka, a využíva na to výdobytky vedy a techniky, podľa nami uvedených princíпов, ktoré budú riadiť jeho rozhodnutia v jednotlivých prípadoch. 3) Pacient, ktorý sa chce vyhnúť bolesti, alebo ktorý ju chce utíšiť, môže bez výčitiek svedomia využiť objavy vedy, ktoré samej osebe nie sú nemorálne. Určité okolnosti si môžu vyžiadať odlišnú líniu správania; avšak povinnosť zriekania sa a vnútorného očisťovania, ktorá prináleží kresťanom, nie je prekážkou nasadenia anestézy, pretože

---

<sup>64</sup> *Tamže*, 563n.

<sup>65</sup> *Tamže*.

ju možno splniť aj iným spôsobom. To isté pravidlo sa tiež aplikuje na požiadavky prevyšujúce kresťanský ideál."<sup>66</sup>

To sú závery, ktoré nepotrebujú ďalšie komentáre, pretože predstavujú jasnú a nepochybnú pozíciu – ktorú k otázke zaujíma pápež, ktorú preberá *Deklarácia*, a ktorá si dodnes uchováva všetku platnosť.

Podozrievavý pohľad na používanie takýchto farmaceutík teda nemôže nájsť nijaké odôvodnenie v etickom prístupe, ktorý sa zameriava na ochranu dôstojnosti osoby – o to menej, ak sa dívame z kresťanskej perspektívy. Naopak, je ľahko dokázateľné, že vo väčšine prípadov práve adekvátna terapia bolesti pacientovi umožňuje plynulejší „postup“ k osobnému očisteniu – napríklad tým, že spôsobuje psychické a organické uvoľnenie, uľahčuje modlitbu a umožňuje ušľachtilejšie sebadarovanie.

Legitimita – ktorá sa neraz stáva náležitosťou – používania analgetík v klinickej praxi je potom jasne podmienená tým, čo platí na etickej rovine pre podávanie akéhokoľvek lieku. To predovšetkým znamená, že analgetiká musia byť podávané podľa adekvátnej typológie a dávkovania, podľa platných, nie svojvoľných liečebných protokolov. Tieto farmaceutiká, osobitne opiáty, špecifickým spôsobom vplyvajú na centrálny nervový systém, ovplyvňujúc – najmä v prípade vysokých dávok – psychofyzickú integritu pacienta, čím zapríčiňujú napríklad stuhnutie, motorické spomalenie, eufóriu, dysfóriu, ba môžu dokonca úplne pozbaviť vedomia (k téme hlbokéj sedácie viď nasledujúcu časť). O týchto vedľajších účinkoch treba informovať pacienta a podľa možnosti aj jeho rodinných príslušníkov. A klinické rozhodovanie sa musí zakladať na rozumnom skúmaní výhod liečebného postupu, s ohľadom na riziká, ktoré z neho vyplývajú.

Vzhľadom na použitie opiátov sa niekedy hovorí o obavách z dvoch aspektov: je tu riziko vytvorenia závislosti u pacientov (často sprevádzané postupnou návykovosťou, ktorá si vyžaduje zvyšovanie dávky) a možnosť, že dôjde k predčasnému príchodu smrti v dôsledku respiračnej depresie, ktorá predstavuje potenciálnu kontraindikáciu týchto prípravkov.<sup>67</sup> Vedecká literatúra však, zdá sa, ukazuje, že pacienti so silnými bolesťami a v terminálnej fáze choroby, ktorí dostávajú primerané a efektívne dávky opiátov, veľmi zriedkavo trpia fyzickou závislosťou alebo nepriaznivými účinkami

---

<sup>66</sup> *Tamže*, 564 s.

<sup>67</sup> Porov. napríklad P. Romualdi - S. Candeletti, *La gestione del dolore cronico: farmacologia degli analgesici oppiacei*, „Giornale di Gerontologia“ 52 (2004), 253-258; P. Preziosi, *Use and Abuse of Analgesics in Palliative Care*, in I. Carrasco de Paula - R. Pegoraro (Eds.), *Assisting the Elderly and Palliative Care. Proceedings of the XXI General Assembly of Members (Vatican City, Pontifical Academy for Life, March 5-7, 2015)*, Rím 2015.

(predovšetkým respiračnej povahy). Samozrejme, komplexnejšou je otázka terapie chronickej bolesti vo fázach, ktoré nie sú terminálne, keď sú javy ako tolerancia, závislosť či poškodenie respirácie (ale aj pečene, atď.), naopak, predpokladateľné, a teda náležia do kontextu klinického úsudku.

Na morálnej rovine, vo všetkých týchto prípadoch, pri ktorých sa aplikuje zákrok – v úmysloch a spôsoboch konania primeraný liečeniu daného symptómu – sa často hovorilo o známom „princípe s dvojakým účinkom“, prostredníctvom ktorého je možné dôjsť k morálnemu odôvodneniu daných zákrokov. V tradičnej morálnej vízii sa tento princíp aplikuje v situáciách, v ktorých z jedného konania môžu vyplývať dva dôsledky, jeden pozitívny a jeden negatívny, práve tak ako vo vyššie uvedenom prípade. Podľa tohto princípu sa teda môže legitímne vykonať činnosť zameraná na dosiahnutie dobra, s prijatím – popri pozitívnych a chcených účinkoch – aj negatívnych, vedľajších účinkov, ktoré môžu z výberu daného dobra vyplývať; ale to všetko len za veľmi presných podmienok:<sup>68</sup> 1) hlavná činnosť je sama v sebe dobrá alebo prinajmenšom indiferentná na morálnej rovine; 2) i keď sa predvída aj negatívny účinok, vôľa musí smerovať priamo k dobrému účinku, bez zamerania na zlý – či už ako na prostriedok, alebo ako na cieľ; 3) dobrý účinok nesmie byť dosiahnutý prostredníctvom zlého, ktorý musí z konania vyplývať len sekundárnym alebo paralelným spôsobom k dobrému účinku; 4) dobrý účinok musí byť propročne väčší alebo aspoň ekvivalentný k negatívnemu; 5) skutok s dvojakým účinkom nemá účinné alternatívy, z ktorých nevyplývajú negatívne účinky. Práve odvolávka na terapeutickú primeranosť (proporcionalitu) je rozhodujúca aj v kontexte teórie dvojitého účinku, aby sa zabránilo spomínanému zmätku medzi náležitým zákrokom paliatívneho typu, a nedovoleným zákrokom s povahou eutanázie.

### **3. Hlboká „paliatívna“ sedácia a strata vedomia**

Osobitnú pozornosť treba venovať otázke hlbokej sedácie v prípadoch na konci života, čiže klinickému zákroku, ktorý pre mnohých dokonale zapadá do kontextu „paliatívnych foriem starostlivosti“, avšak vyvoláva pomerne páľčivú diskusiu na etickej rovine, predovšetkým kvôli presvedčeniu, ešte aj dnes veľmi rozšírenému, že neexistujú jasné hranice medzi samotnou sedáciou aplikovanou na pacientov v

---

<sup>68</sup> Tento princíp sme zhrnuli pod heslom *Dvojité účinko (Princíp dvojitého účinku)*, in M.L. Di Pietro - A.G. Spagnolo, *Il dolore: punti fondamentali di bioetica*, in P.L. Zucchi (a cura di), *Compendio di Semantica del Dolore*, vol. II, Istituto per la Terapia del Dolore, Florencia 1992, 20-21.

terminálnom štádiu (nazývanou nejednoznačným spôsobom „terminálna“ sedácia) a praktikami eutanázie. Dokonca hlboká „paliatívna“ sedácia<sup>69</sup> bola často obvinená z toho, že je formou „pomalej eutanázie“ alebo „maskovanej eutanázie“. Podľa autorov ako Ten Have a Welie, ktorí prednedávnom zrekonštruovali etickú debatu o paliatívnej sedácii v špecializovanej literatúre<sup>70</sup>, sa táto problematickosť vyskytuje z dvoch dôvodov: na jednej strane (tej, ktorú autori definujú ako *moral experience*) medzi zdravotníckymi pracovníkmi existuje rozšírené vnímanie sedácie ako praxe podobnej eutanázii aj kvôli bezprostrednej blízkosti smrti pacienta vystaveného sedácii. Na druhej strane (*practice variation*), terminálna sedácia je stále viac používaná aj nenútené, v kontextoch a situáciách nie priamo spojených s tými, pre ktoré bola pôvodne mienená. Dokonca sedácia často nie je používaná na liečenie symptómov (nezvratných, v terminálnej fáze atď.), ale jednoducho na vytvorenie stavu bezvedomia a/alebo na urýchlenie smrti – a často nie pod dohľadom tímu lekárov – paliatívnych špecialistov. „Prax“ naznačuje príliš blízku „príbuznosť“ medzi eutanáziou a paliatívnou sedáciou až do tej miery, že možno hypotetizovať podstatnú neuskutočiteľnosť oddeľovania a vzájomného rozlišovania týchto dvoch praktík – v tom zmysle, že druhá de facto odkazuje na prvú, súc vlastne jej formou. Je zrejmé, že ak by sa veci mali naozaj takto, paliatívnu sedáciu by bolo treba odmietnuť – vychádzajúc z neochvejného odsúdenia, ktoré je nevyhnutné vyjadriť voči každej forme eutanázie.

Myslím si však, že je, naopak, potrebné doplniť reflexiu, pretože hlboká paliatívna sedácia (správne chápaná) nevyhnutne spojená so stratou vedomia pacienta, nielenže nie je prirovnateľná k „činnosti, ktorá svojou vlastnou povahou a vo svojich zámeroch spôsobuje smrť“, ale je dokonca dôležitým a účinným „klinickým nástrojom“ v starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu a nemá nič spoločné s eutanáziou.

---

<sup>69</sup> V tomto príspevku budem hovoriť o sedácii s prívlastkom „paliatívna“ – podľa môjho názoru uprednostnenej pred ostatnými vyjadreniami, pretože lepšie zhodnocuje špecifický cieľ takéhoto klinického zásahu. Osobitne problematické je, naopak, používanie prívlastku „terminálny“ – práve preto, že je ľahšie interpretovateľný v smere podstatnej ekvivalencie s praxou eutanázie. V skutočnosti skôr než by sa vzťahoval na záverečnú fázu choroby, v ktorej sa pristupuje k sedácii, mohol by odhaľovať priamy úmysel a reálny cieľ zásahu, teda „ukončiť“ („terminovať“) život samotného pacienta. Pre túto nejednoznačnosť sa v literatúre v priebehu rokov objavujú výrazy ako „kontrolovaná sedácia“, „hlboká sedácia“, sedácia kvôli neznesiteľnej bolesti v procese zomierania“. Aj keď vnímame (na opisnej rovine) dielčiu vhodnosť každého z nich, predsa pokladáme výraz „paliatívna sedácia“ za najlepšiu definíciu danej záležitosti v sebe samej (a ktorá sa - nie bez dôvodu - najčastejšie používa v medzinárodných dokumentoch a smerniciach). Pre pojednanie o kritických témach, ktoré vyvoláva paliatívna sedácia, viď: L. Sangalli - A. Turriziani, *La sedazione palliativa: I temi caldi*, „Medicina e Morale“ LXII/1 (2013), 113-153.

<sup>70</sup> H. Ten Have - J.V.M. Welie, *Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment*, „Journal of Pain and Symptom Management“ 47/1 (2014), 123-136.

Definícia „paliatívnej sedácie“ navrhnutá Bertom Broeckaertom a Juanom Manuelom Nunez Olartem veľmi jasne vysvetľuje špecifický cieľ tohto postupu: „Zámerné podanie sedatív v dávkach a v kombináciách potrebných na umenšenie vedomia pacienta v terminálnej fáze – ako adekvátny spôsob starostlivosti o jeden či viacero nezvratných symptómov.“<sup>71</sup> V tejto definícii, ktorá – ako uvidíme – nehovorí všetko o istých veľmi komplexných otázkach na etickej rovine, sa však nachádza prvok, ktorý jasným spôsobom dôkladne rozlišuje sedáciu od eutanázie: kritérium terapeuticko-jej proporcionality (primeranosti).<sup>72</sup> Vskutku neexistujú klinické dôvody pre zabitie pacienta alebo urýchlenie jeho smrti; avšak ako adekvátny sa môže ukázať zákrok, ktorý – aj keď so sebou prináša problémy či vážne protichodné účinky (napríklad v špecifickom prípade stratu vedomia alebo možné urýchlenie smrti) – je koherentný (i nevyhnutný) na etickej rovine na dosiahnutie určitého cieľa terapeutického či asistenciálneho typu, ktorý by sa inak dosiahnuť nedal.

Cielom *skutočne* paliatívnej sedácie je teda odpovedať primeraným spôsobom na útrapy (*distress*) spôsobené jedným alebo viacerými inak neliečiteľnými symptómami. V odporúčaníach pre smernice ohľadom sedácie, ktoré vypracovala *European Association for Palliative Care* (EAPC) v roku 2009,<sup>73</sup> sa veľa pozornosti venuje indikáciám na spôsob liečenia, identifikovaným v stave úzkosti, ktorý pacient prežíva pre fyzické symptómy (ako dýchavičnosť, veľká bolesť, kŕče, krvácanie, dusenie) – tam, kde sa iné paliatívne možnosti ukázali ako neadekvátne.

Je zrejmé, že takáto indikácia predpokladá, aby paliatívna sedácia bola charakterizovaná úmyslom (pacienta, ktorý si ju žiada alebo s ňou súhlasí, a zdravotníckeho tímu, ktorý ju navrhuje a uskutočňuje) utíšiť bolesť, ktorú inak nemožno liečiť a zároveň aplikovaním série obozretných zákrokov zameraných na tento cieľ. To predovšetkým znamená, že úroveň sedácie musí byť najnižšia možná na dosiahnutie úľavy, z čoho vyplýva jasné uprednostnenie ľahkých alebo prerušovaných dávok sedatív (pri ktorých môže byť žiaduce udržanie, alebo, pokiaľ je to možné,

---

<sup>71</sup> B. Broeckaert – J.M. Nunez Olarte, „Sedation in Palliative Care: Facts and Concepts“ in H. Ten Have - C.D. Buckingham (a cura di), *The Ethics of Palliative Care: European Perspectives. Facing Death series*, Open University Press, London 2002, 167. V podstate rovnaký obsah má definícia, ktorú navrhujú Katherine Hauser a Declan Walsh v editoriáli „Palliative Medicine“ 2009, 23 (7): „Paliatívna sedácia spočíva v použití medikamentov na utlmenie vedomia s cieľom utíšiť neznesiteľné a nezvratné symptómy u pacientov s obmedzenými životnými vyhliadkami“.

<sup>72</sup> Pre pojednanie o „primeranom použití“ terapeutických prostriedkov vid' špecifický príspevok v tomto zväzku.

<sup>73</sup> N.I. Cherny - L. Radbruch, et. al., *European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care*, „Palliative Medicine“ 2009, 23 (7), 581-593.

opätovné nadobudnutie stavu vedomia). Spoliehať sa pri klinickom rozhodovaní na primeranosť ako na etické kritérium teda znamená dať význam predovšetkým otázke „stupňa“ sedácie, „príjemného pokoja“ až po skutočnú stratu vedomia. Sedácia uskutočnená s cieľom tíšenia bolestí obvykle znamená stratu vedomia pacienta iba ako poslednú možnosť. A aj keď sa stav bezvedomia stane „nevyhnutným“ (pretože len týmto spôsobom je možné úspešne menežovať a tíšiť útrapy pacienta), na klinickej rovine by sa mala vyvinúť snaha, aby sedácia bola dočasná a reverzibilná –, aby tak bolo možné klinickú situáciu po uplynutí istého obdobia nanovo zhodnotiť. V skutočnosti je táto možnosť zväčša neuskutočniteľná až v terminálnych fázach choroby (tie sú potom fázami, pri ktorých sa de facto najčastejšie používa hlboká sedácia). V týchto prípadoch lekársky tím a pacient môžu zvážiť, že jediným spôsobom ako čeliť situácii veľmi veľkého utrpenia je zachovať kompletnú sedáciu, až kým nedôjde k smrti, ktorá sa zvyčajne dostaví za krátky čas, niekoľko hodín alebo dní,<sup>74</sup> a určite nie v dôsledku sedácie, nakoľko tu ide o bezprostrednú blízkosť *exitu* v dôsledku patológie pacienta. Pacient teda zomiera pre patológiu, a sedácia je realizovaná výlučne kvôli starostlivosti o nezvratné symptómy, a teda s paliatívnym cieľom.

Keď sa vyjasní, aspoň na teoretickej rovine, vzdialenosť, ktorá oddeľuje paliatívnu sedáciu od eutanázie, zostáva ešte potreba predniesť argumenty ohľadom druhého, eticky zložitého prvku tejto klinickej praxe: straty vedomia. Zárok zameraný na stratu vedomia ľudskej bytosti je vskutku vždy problematický, vzhľadom na základné uznanie toho, že samotné vedomie je „dobrom“ osoby a prejavom jednej z jej podstatných a charakteristických činností. Pius XII. v tomto ohľade povedal: „Pre ocenenie prípustnosti potlačenia a umenšenia vedomia treba vziať do úvahy, že racionálny skutok, slobodne orientovaný na nejaký cieľ, predstavuje charakteristiku ľudskej bytosti. Jednotlivec napríklad nebude môcť konať svoju každodennú prácu, ak zostane natrvalo ponorený do súmráčneho stavu. Okrem toho pri všetkých svojich činnostiach sa musí prispôbovať nárokom morálneho poriadku. Pretože je isté, že prírodné dynamizmy a slepé inštinkty nedokážu samej osebe zaručiť usporiadané konanie, užívanie rozumu a vyšších schopností je nepostrádateľné tak pre pochopenie presných pravidiel povinnosti, ako aj pre ich aplikáciu v konkrétnych prípadoch. Z

---

<sup>74</sup> V nedávnej štúdií (V. Da Costa Miranda et al., *Doctor, How Long?*, „European Journal of Cancer Care“ 20 [2011], 50-55), bolo napríklad predstavené, že v prípade onkologických ochorení priemerný čas, ktorý uplynie medzi použitím hlbkej sedácie a smrťou pacienta, je približne 27 hodín.

toho vyplýva *morálna povinnosť nezriekať sa vedomia seba samého bez skutočnej nevyhnutnosti*.<sup>75</sup>

Vedomie „nerobí“ ľudskú osobu – v tom zmysle, že osoba existuje (so všetkou svojou axiologickou „váhou“) aj tam, kde nemôže – nikdy už viac, alebo v „danom konkrétnom“ okamihu – pri plnom vedomí vykonávať racionálne aktivity. Avšak byť pri vedomí umožňuje ľudskej osobe vlastné morálne a duchovné zdokonaľovanie, dáva jej možnosť realizovať sa, vstupovať do vzťahu, vykonávať typické ľudské aktivity, „prežívať naplno“ vlastnú ľudskosť. A teda zámerné pripravenie ľudskej bytosti (alebo seba samého) o vedomie predstavuje mimoriadne problematický čin, vo všeobecnosti nedovolený. Preto je na klinickej rovine potrebné hľadať k sedácii alternatívne cesty a v tom prípade, keď pripadá do úvahy, kalibrovať ju postupne, ako už bolo povedané. Avšak tam, kde „ľahká“ sedácia neumožňuje uspokojivú kontrolu symptómov („nevyhnutnosť“, o ktorej sa zmieňuje Pius XII.), oprávnené možno aplikovať hlbokú a eventuálne aj trvalú. To je prípad niektorých situácií na konci života, v ktorých pacient zakusuje intenzívne, definitívne nezvratné bolesti v očakávaní okamihu smrti, ktorá sa dostaví do niekoľkých hodín/dní. V týchto prípadoch vzdanie sa takého vzácneho dobra, akým je vedomie, spadá do kontextu globálnej starostlivosti o pacienta, pri ktorom je terapeutickému priradeniu učinenej zadosť, aj keď sa predvída obetovanie dobra, ktoré sa uznáva ako podstatné.<sup>76</sup>

Zdá sa teda, že môžeme uzavrieť, že vo všeobecnosti paliatívna sedácia, ktorá sa uskutočňuje v poriadku terapeutického priradenia, teda jej výlučným cieľom je efektívna starostlivosť o nezvratný symptóm, a to so súhlasom pacienta, je nielen dovolená, ale v niektorých okolnostiach absolútne náležitá, keďže sa stáva jedinou účinnou klinickou možnosťou pre starostlivosť o určitého pacienta – i keď je potrebné vzdať sa (dočasne alebo definitívne) toho „dobra“, ktorým je vedomie. Keď už je toto objasnené, treba ešte prehĺbiť niektoré otázky, ktoré vychádzajú na povrch na etickej rovine.

---

<sup>75</sup> Pius XII., *Tre quesiti religiosi*, cit., 571.

<sup>76</sup> „Pýtali ste sa nás: ‚Tlmenie bolesti a vedomia prostredníctvom narkotík (keď si ju vyžaduje liečebná indikácia) je z hľadiska náboženstva a morálky dovolené pre lekára a pre pacienta (aj v prípade blížiacej sa smrti a keď sa predvída, že použitie narkotík skráti život)?‘ Treba odpovedať: ‚Ak neexistujú iné prostriedky, a ak to za daných okolností nebráni naplneniu iných morálnych a náboženských povinností: áno.‘ Ako sme už vysvetlili, ideál kresťanského hrdinstva neukladá, prinajmenšom všeobecným spôsobom, odmietnutie narkózy, ktorá je napokon oprávnená, aj v prípade blížiacej sa smrti; všetko závisí od konkrétnych okolností. Najdokonalejšie a najhrdinskejšie riešenie môže spočívať tak v prijatí, ako aj v odmietnutí“ (Pius XII., *Tre quesiti religiosi*, cit., 580s).



A) Predovšetkým je tu téma *úmyslu* lekára alebo zdravotníckeho pracovníka. Ktorýkoľvek ľudský čin musí byť hodnotený v prvom rade podľa *finis operantis*, teda cieľa (ktorý môže byť viac alebo menej správny) toho, kto koná. V tomto zmysle sa adjektívum „paliatívna“, ktoré pokladám za najvhodnejšie pre definovanie sedácie a jej odlišenie od eutanázie, vzťahuje predovšetkým na úmysel toho, kto uskutočňuje daný klinický postup – s cieľom uľahčiť chorej osobe od neznesiteľnej bolesti. Avšak v momente, keď sa lekár rozhoduje pre sedáciu, môže byť v skutočnosti motivovaný úmyslom s povahou eutanázie: sedácia by v tomto zmysle bola príležitosťou na urýchlenie smrti pacienta. Etické zhodnotenie sedačného zákroku by s prihliadnutím na takýto úmysel bolo jednoznačne negatívne. Je však zrejmé, že ak by úmysel toho, kto koná, bol naozaj takýto, na rovine prostriedkov by šlo o podanie dávky liekov citeľne vyššej, než sa žiada pre paliatívne účely. Viaceré výskumu totiž preukázali, že keď sa používa dostatočná dávka na dosiahnutie sedácie – ako primeraná odpoveď na potrebu terapie nezvratného symptómu – vôbec neprichádza ku skráteniu života človeka (k tomuto aspektu sa ešte vrátíme neskôr). Úmysel vykonať eutanáziu pri aplikovaní hlbkej sedácie sa teda musí viazať na klinické konanie, pri ktorom je daný úmysel sledovaný konkrétnym spôsobom a adekvátnymi prostriedkami. Avšak v tom okamihu by už paliatívna sedácia viac nemala svoju charakteristiku, a stávala by sa („pomalou“) skutočnou eutanáziou, teda nielen na rovine úmyslu, ale aj vzhľadom na samotný predmet daného činu (predávkovanie sedačným farmaceutikom). Samotná EAPC, ktorú sme už spomínali, keď popisuje tento spôsob konania, definuje ho ako „zneužitie“: sedácia by v tomto prípade vskutku mala ako principiálny cieľ urýchlenie smrti, a nie starostlivosť o nezvratné symptómy (ktoré niekedy ani neexistujú) – prostredníctvom podávania takých dávok lieku, ktoré nie sú nevyhnutné (pre utíšenie bolesti), ale kalibrované tak, aby narušili určité fyziologické funkcie (zvyčajne respiračné), a spôsobili smrť pacienta.

Ak by teda úmysel eutanázie mohol byť ľahko rozpoznateľný kvôli klinickým rozhodnutiam, ktoré z neho vyplývajú, zložitejšie je rozpoznať, ale aj zhodnotiť úmysel (lekára, ale i pacienta) iného druhu, ktorý sa však zároveň nezdá úplne kvalifikovateľný ako „paliatívny úmysel“. Ide tu o rozhodnutie pre sedáciu učené s cieľom potlačiť stav vedomia pacienta, keď tento účinok nie je na klinickej rovine celkom nevyhnutný (teda keď to pre starostlivosť o symptómy evidentne nie je nezvratné – stačia analgetiká alebo „ľahké“ sedatíva – alebo keď symptómy, ktoré možno pokladať za nezvratné, nie sú fyzickej povahy, ale iného pôvodu, a teda

liečiteľné prístupom psychologickej alebo psychiatrickej povahy). Rozhodnutie pre „hlbokú“ sedáciu (alebo vyvolanie stavu úplného bezvedomia pacienta), motivované takýmto úmyslom, sa nejaví ako bezprostredne zodpovedajúce logike terapeutickej a asistenčnej primeranosti. Naopak, mohlo by de facto predstavovať nie celkom nevedomú vôľu vyhnúť sa – v prípade všetkých, ktorí prichádzajú do styku s chorým (lekári, zdravotnícki pracovníci, príbuzní)– často namáhavému a náročnému vzťahu s osobou blížiacou sa smrti. Tak píše Pápežská rada *Cor unum*: „Pri systematickom používaní hlbkej sedácie by už nešlo o snahu pre dobro chorej osoby – predovšetkým preto, že by bola pripravená o možnosť ‚zažiť vlastné umieranie‘, dospieť k pokojnému prijatiu, k pokoju, k niekedy intenzívnemu vzťahu, ktorý sa môže vytvoriť medzi ňou a jej príbuznými. Ak je zomierajúci kresťan, prichádza o možnosť prežiť smrť v spoločenstve s Kristom. Treba preto bojovať proti systematickému redukovaniu ťažko chorých do stavu bezvedomia, a skôr pozývať lekárov a zdravotníckych pracovníkov, aby nadobúdali potrebnú formáciu pre načúvanie chorým a pre vytváranie takých vzťahov, ktoré im umožnia vzájomne sa podporovať v prístupe ku chorým a pomáhať rodinám sprevádzať chorého príbuzného v poslednej fáze jeho života“.<sup>77</sup>

A ešte skôr aj Pius XII., vo svojom príhovore z roku 1957, bol v tomto bode celkom jasný: „Anestéza použitá pri blížiacej sa smrti s výlučným cieľom predísť tomu, aby chorý zomrel pri vedomí, by už nebola pozoruhodným výdobytkom modernej terapie, ale skutočne odsúdeniahodnou praxou. Zhrnujúc, mohli by sme teda povedať, že použitie sedácie môže ukrývať sledovanie troch cieľov, vzhľadom na tri rozličné úmysly: jeden výlučne paliatívny, jeden zrejmej povahy eutanázie a tretí, ktorý by sme mohli umiestniť do „šedej zóny“, kde sa lekár domnieva, že bezvedomie je najlepšou odpoveďou vzhľadom na stav pacienta, ktorý vykazuje bolesti a útrapy, aj keď nie skutočne nezvratné. Ak v prvom i druhom prípade je morálne hodnotenie dosť jednoduché (vzhľadom na dovoľenosť a nedovoľenosť činu), osobitne zložitou sa javí tretia situácia, v ktorej umenšenie stavu vedomia a predovšetkým uvedenie do stavu bezvedomia v daných situáciách predstavuje vysoko problematické klinické rozhodnutie, ktoré treba hodnotiť jednotlivo, v rámci a s podporou poradenstva klinickej etiky.

---

<sup>77</sup> Pápežská rada *Cor Unum*, *Questioni etiche relative ai malati gravi e morenti*, 27. júna 1981, č. 4.4, in *Enchiridion Vaticanum. Documenti ufficiali della Santa Sede*, Edizioni Dehoniane, Bologna 1991.

B) Podstatným pre etickú diskusiu o paliatívnej sedácii je potom definícia *nezvratného symptómu*. Medzinárodné spoločenstvo lekárov (predovšetkým paliatívneho zamerania) sa viac-menej zhoduje v pohľade na použitie sedácie výlučne s cieľom zmiernenia intenzívnych bolestí, ktoré nemožno inak liečiť. Ako už bolo povedané, úroveň a dávkovanie sedácie musia byť jasne primerané k liečeniu symptómu, čo znamená, na teoretickej rovine, použite najnižšej úrovne sedácie potrebnej na dosiahnutie adekvátneho zmiernenia útrap. Teda predtým, než príde k hlbokaj a trvalej sedácii, v mnohých prípadoch nezvratnej, dobrá klinická prax predpokladá typ „ľahkej“ (*mild sedation*) a/alebo „prerušovanej“ (*intermittent sedation*) sedácie. Hlboká a trvalá sedácia – so stratou vedomia – je zasa adekvátnou klinickou odpoveďou v situácii, keď sa „ľahká“ stane neúčinnou, pre nezvratné alebo inak neliečiteľné symptómy. Znovu je tu evidentný dôvod: popri eventuálnych vedľajších účinkoch je tu náležité prihliadnutie na „primárne dobro“ vedomia jednotlivca, o ktorom sme sa už zmienili, teda na dobro, ktorého sa možno vzdať len vtedy, ak sa dostavia veľmi vážne a inak neliečiteľné stavy bolesti a utrpenia.

Čo teda chápať pod výrazom „nezvratný symptóm“? Je správne povedať, že je výlučne fyzickej podstaty alebo je možné rozšíriť túto definíciu aj na situácie utrpenia psychicko-existenciálnej povahy? Otázka je nielenže komplexná, ale zatiaľ ani nebola definitívne vyriešená na etickej a klinicko-procedurálnej rovine (samotná EAPC podčiarkuje jej zložitosť, avšak neposkytuje riešenia). Klinická skúsenosť celkovo naznačuje, že nezvratnosť symptómov sa vzťahuje na situácie fyzickej podstaty, ktoré, samozrejme, majú dosah aj na psychický – všeobecnejšie existenciálny – stav pacienta. Okrem toho, takéto symptómy sa objavujú predovšetkým v pokročilých a terminálnych štádiách choroby – až do tej miery, že popri nezvratnosti symptómov býva za kritérium pre použitie paliatívnej sedácie označovaná aj samotná terminálnosť chorobného stavu (ale k tomu sa onedlho vrátíme).

Zároveň však práve vedecká literatúra odporúča venovať viac pozornosti situáciám nepohody (*distress*), ktoré nie sú fyzickej, ale inej povahy.<sup>78</sup> Pri pacientovi, ktorý kvôli degeneratívnej terminálnej chorobe či kvôli chorobe spôsobujúcej ťažké zneschopnenie prežíva psycho-existenciálnu ťarchu, nie nevyhnutne sprevádzanú fyzickou bolesťou, môže byť hlboká sedácia eticky prijateľným klinickým riešením? Problém je extrémne komplexný a nesprávne vystavovaný zovšeobecneniam. Príklad

---

<sup>78</sup> T. Morita et al., *Terminal Sedation for Existential Distress*, "Am J Hosp Palliat Care" 17/3 (2000), 189-195.

schválenia niektorých dodatkov k francúzskemu zákonu o konci života zdá sa naznačuje, že zavedenie nie lepšie generalizovanej definície utrpenia ako indikácie pre sedáciu (keď sa rozhodnutie *de facto* vyžaduje len od pacienta) vytvára podmienky na podporu situácií „zanechania terapie“, ak nie otvorenej eutanázie (v prípade francúzskeho zákona by hlboká sedácia okrem iného mala byť nevyhnutne sprevádzaná aj zastavením akejkoľvek podpory života, predovšetkým teda umelej výživy a hydratácie).

C) Osobitne delikátna je otázka *urýchlenia smrti*, ako možný argument, ktorý treba vziať do úvahy vzhľadom na posúdenie prípustnosti paliatívnej sedácie. Viackrát citovaný príhovor Pia XII. sa do značnej miery venoval práve tejto otázke – a uvažovanie, ktoré navrhol pre „omilostenie“ (a povzbudenie) používania sedácie, bol klasický princíp „dvojakého účinku“, ktorý sme už naznačili pri etickom hodnotení analgézy v klinickej praxi.<sup>79</sup>

Pozorné štúdium literatúry ale naznačuje, že toto je dnes skôr falošný problém - alebo celkovo kritika, ktorá sa v klinickej praxi vyskytuje len veľmi zriedkavo. Nejaví sa, že by existovali dôkazy o skrátení života (alebo o urýchlení smrti) pacientov v terminálnej fáze, vystavených hlbokkej sedácii paliatívneho typu, v porovnaní s dĺžkou života pacientov v tých istých situáciách terminálnosti, avšak nevystavených hlbokkej sedácii (zatiaľ čo platí, že predpokladanou dĺžkou života pacientov v týchto stavoch sú naozaj len hodiny alebo krátke dni, ako už bolo povedané).<sup>80</sup> Nie je teda nevyhnutné odvolávať sa na princíp s dvojakým účinkom, keďže tu reálne

---

<sup>79</sup> „Predovšetkým každá forma priamej eutanázie, teda podanie narkotika na vyvolanie alebo urýchlenie smrti, je nedovolená, pretože by to bolo nárokovanie si priameho disponovania so životom. Jedným z hlavných základov prirodzenej a kresťanskej morálky je, že človek nie je pánom a vlastníkom, ale len užívateľom vlastného tela a vlastnej existencie. Právo priameho disponovania sa nárokuje vždy, keď sa žiada skrátenie života ako cieľ alebo ako prostriedok. V hypotéze, ktorú beriete do úvahy, ide jedine o to, aby sa pacient vyhol neznesiteľným bolestiam, napríklad v prípade neoperovateľných typov rakovín alebo neliečiteľných chorôb. Ak medzi narkózou a skrátením života neexistuje nijaká priama kauzálna spojitosť, daná vôľou zainteresovaných alebo povahou vecí (bolo by to tak, ak by potlačenie bolesti mohlo byť dosiahnuté jedine skrátením života), a ak, naopak, podanie narkotík samo osebe spôsobuje dva rozličné účinky, na jednej strane utíšenie bolesti, a na strane druhej skrátenie života, je dovolené; treba ešte dať pozor na to, či je medzi dvomi danými účinkami rozumný pomer a či výhody jedného kompenzujú nevýhody toho druhého. Okrem toho si treba predovšetkým klásť otázku, či aktuálny stav vedy neumožňuje dosiahnuť ten istý výsledok použitím iných prostriedkov, a potom neprekročiť, pri použití narkotík, limity toho, čo je prakticky nevyhnutné (Pius XII., *Tre quesiti religiosi*, cit., 580).

<sup>80</sup> Porov. M. Maltoni et al., *Palliative Sedation Therapy does not Hasten Death: Results from a Perspective Multicenter Study*, "Annals of Oncology" 20 (2009), 1163-1169.

nedochádza k urýchleniu smrti pacientov vystavených hlbokoj sedácii v terminálnych štádiách choroby.<sup>81</sup>

D) Ďalší bod, často spojený s paliatívnou sedáciou, je zastavenie (alebo neaktivovanie) umelej výživy a hydratácie (alebo iných zákrokov na udržanie života) u pacientov podstupujúcich sedáciu. V skutočnosti však tento problém, čo aj komplexný, často vychádza z metodologickej chyby: totiž z presvedčenia, že sedácia a zastavenie umelej výživy a hydratácie sú výrazmi toho istého klinického rozhodnutia. Veci sa však majú inak: ide o dve jasne nezávislé klinické rozhodnutia, aj keď z viacerých aspektov spojené. *De facto* však neexistuje nijaký klinický dôvod, ktorý by nám umožňoval tvrdiť, že pri pacientovi, ktorý je pod vplyvom sedatív a v bezvedomí, je nutné systematicky pristupovať k zastaveniu (avšak diskusia by bola platná aj v opačnom smere, teda k aktivovaniu) umelej výživy a hydratácie. Je isté, že kvôli tomu, že smrť pacientov (ktorí už sami osebe nie sú schopní normálne prijímať tekutiny alebo potraviny, čo je typické pre terminálne štádiá) podrobených hlbokoj paliatívnej sedácii je „očakávanou“ udalosťou v rámci niekoľkých hodín/dní, možno evidentne predpokladať, že umelá výživa a hydratácia budú tak či tak neúčinné, ak nie dokonca škodlivé pre samotného pacienta v týchto okolnostiach.<sup>82</sup>

EAPC pri tejto otázke, predovšetkým ak nie sú prítomné špecifické kontraindikácie medicínskej povahy, povzbudzuje k tomu, aby rozhodnutie vychádzalo z konfrontácie lekárov, pacienta a rodiny. Je tiež zrejmé, že bez nej by rozhodnutia o zastavení výživy navodzovali alebo vyvolávali dojem úmyslu eutanázie (hoci smrť v dôsledku podvýživy, nasledujúca po zastavení umelej výživy a hydratácie, sa dostavuje po niekoľkých týždňoch, čo je časový rámeč, ktorý nemožno aplikovať na ten, v ktorom sa aplikuje paliatívna sedácia, teda na rámeč niekoľkých hodín alebo dní). Kontextualizácia a diskusia o jednotlivom klinickom prípade je teda vyjadrením úprimného hľadania dobra pacienta, ktoré je vzdialené od úchyľky eutanázie, ale aj od neužitočných klinických úporných terapií.

---

<sup>81</sup> H. Ten Have - J.V.M. Welie, *Palliative Sedation Versus Euthanasia*, cit.

<sup>82</sup> Existuje aj určitá debata ohľadom povinnosti zabezpečiť samotnú umelú hydratáciu zomierajúcemu pacientovi v stave bezvedomia. Nie je totiž známe, či títo pacienti môžu alebo nemôžu trpieť smädom, rovnako ako nie je známe aké veľké je riziko preťaženia tekutinami alebo do akej miery môže dehydratácia reálne ovplyvniť priebeh choroby – a naopak, koľko prospechu spôsobí hydratácia. Nemožno preto v danom stave poznania dospieť k posúdeniu povinnosti takejto praxe (por. L. Gormally, *Palliative Treatment and Ordinary Care*, in J. Vial Correa - E. Sgreccia [a cura di], *The Dignity of the Dying Person*, LEV, Città del Vaticano 2000, 266).

E) Posledným, ale nie menej dôležitým prvkom diskusie, je *súhlas* zo strany pacienta – k rozhodnutiu pristúpiť k hlbkej sedácii, ktorá bude pravdepodobne znamenať nezvratnú stratu vedomia. Je evidentné, že vzhľadom na podstatu sedácie, osobitným spôsobom zneschopňujúcu a závažnú, dôraz (prítomný prakticky vo všetkých medzinárodných dokumentoch o paliatívnej sedácii) sa kladie na to, aby bol súhlas pacienta explicitne formulovaný vždy, keď je schopný úsudku. Rozhodnutie vzdať sa – dočasne alebo trvalo – vyšších racionálnych funkcií, treba v konečnom dôsledku určite žiadať od pacienta, a bezpochyby by bolo vážne nespravodlivé použiť sedáciu bez súhlasu pacienta tam, kde tento súhlas ešte môže byť vyjadrený.

Existuje však aj ďalší aspekt, ktorý treba vziať do úvahy – a to, keď sám pacient žiada, aby podstúpil sedáciu, i keď nie sú prítomné všetky vyššie zmienené klinické indikácie. Dokument Pápežskej rady *Cor unum*, pripomínajúc príhovor Pia XII.,<sup>83</sup> tvrdí, že lekár, ktorý by bol požiadaný chorým, aby ho vystavil hlbkej sedácii, „predovšetkým, ak je kresťan, neprepožičia sa na takýto zákrok bez toho, aby ho najskôr osobne, alebo ešte lepšie prostredníctvom druhých, nepozval najskôr naplniť vlastné povinnosti“. Táto okolnosť nám umožňuje podčiarknuť, že „požiadavka“ sedácie nie je jediným kritériom na zhodnotenie vhodnosti použitia tohto klinického prostriedku. Význam medicíny nie je len v jednoduchom vykonávaní prianí alebo žiadostí pacienta. Medicína má úlohu budovať vzťah, ba čo viac, medicína je napokon sama osebe vzťahom medzi lekárom (a jeho tímom) a pacientom (podporovaným rodinou), v ktorom sa rozhodnutia iste uskutočňujú s načúvaním pacienta a interpretáciou jeho potrieb a túžob. Pius XII. v každom prípade upresňuje, že ak chorý odmieta a nalieha na svojej žiadosti o hlbokú sedáciu, lekár ju môže splniť: „Lekár môže súhlasiť, bez toho, aby sa stal vinným z formálnej spolupráce na spáchaní zanedbania. Toto [zanedbanie] totiž nezávisí od narkózy, ale od nemorálnej vôle pacienta; či už si navodí alebo nenavodí analgézu, jeho správanie zostáva rovnaké: nesplní svoju povinnosť“.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> Pápežská rada *Cor unum*, *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti (Etické otázky týkajúce sa ťažko chorých a zomierajúcich)*, cit., č. 4.5; por. aj Pius XII., *Tre quesiti religiosi*, cit.

<sup>84</sup> *Tamže*.

## Terapeutická primeranosť (proporcionalita) v *IURA ET BONA*

Gonzalo Miranda LC

### Úvod: Z pacientovej perspektívy

„Nikomuto nemožno [...] vnucovať povinnosť, aby prijal také liečenie, ktoré – aj keď sa už používa – ešte nie je bez nebezpečenstiev, alebo spôsobuje prílišnú záťaž. Jeho odmietnutie sa nerovná samovražde.“<sup>85</sup> [...] Text *Deklarácie o eutanázii Iura et bona* je jasný a zrejмый. Štvrtá kapitola *Deklarácie* je venovaná vysvetleniu „primeraného použitia terapeutických prostriedkov“. Avšak napriek tomu, že bolo publikované už v roku 1980, jej učenie o tomto delikátnom probléme mnohí tak katolíci, ako aj nekatolíci, stále ignorujú.

Často možno vnímať, že mnohí autori a mnohé osoby si vo všeobecnosti myslia, že učenie Cirkvi je poznačené „vitalizmom“: ľudský život treba vždy podporovať, a teda existuje morálna povinnosť použiť všetky dostupné lekárske prostriedky na jeho predĺženie za akúkoľvek cenu. V skutočnosti ako uvidíme, toto nie je doktrína predstavovaná stáročnou tradíciou katolíckej morálnej teológie a vyučovaná súčasným magistériom.

Táto problematika sa takmer vždy preberá z *pohľadu lekára*: jeho povinnosti vzhľadom na chorého, povinnosť urobiť všetko, čo je možné pre záchranu a predĺženie života, nebezpečenstvo upadnutia do tzv. „úpornej terapie“ atď. Odvtedy, čo po druhej svetovej vojne medicína zrýchlila svoj progres a znásobila svoje potenciality, etická pozornosť sa sústredila na správanie lekárskeho personálu, zabúdajúc niekedy na etické uvažovanie o pacientovi ako subjekte. „Lekárska etika“ zažila znovuzrodenie a znovuzrodená „bioetika“ (sedemdesiate roky) sa pozerala na problémy biomedicíny predovšetkým alebo takmer výlučne z tohto uhla pohľadu. Aj keď sa hovorí o „informovanom súhlase“, nástojí sa predovšetkým na povinnosti lekára žiadať ho a konať s rešpektom voči autonómii pacienta.

*Iura et bona* sa naopak zásadne stavia do *perspektívy pacienta*. Vskutku vyššie citovaný text sa vzťahuje na eventuálnu povinnosť pacienta využiť spôsoby liečenia, ktoré sú k dispozícii (prirodzene, ide o morálnu, nie zákonnú povinnosť). Aj dlhá tradícia katolíckej morálnej teológie sa zaoberala týmto problémom, berúc do úvahy predovšetkým pacienta a jeho morálnu povinnosť využiť prostriedky, ktoré sú k dispozícii pre jeho vlastné zdravie.

---

<sup>85</sup> Kongregácia pre náuku viery, *Deklarácia o eutanázii Iura et bona*: AAS 72 (1980), 542-552, IV.

V tomto zmysle môžeme analyzovať problém „terapeutickej primeranosti“, vezmúc do úvahy najmä to, čo možno nazvať „*terapeutická povinnosť*“. Vychádza sa teda z predpokladu, že každá ľudská bytosť má morálnu povinnosť chrániť a udržiavať vlastný život a vlastné zdravie; a preto existuje povinnosť využiť prostriedky, ktoré medicína postupne dáva k dispozícii. Potom sa kladie otázka, aká je povaha tejto morálnej povinnosti a či ukladá záväzok tieto prostriedky vždy a v každom prípade využiť.

Majúc na mysli túto perspektívu, predstavím predovšetkým spomínanú tradíciu katolíckej morálnej teológie, konštatujúc pôsobivú jednotu a priamočiarosť všetkých autorov naprieč stáročiami. Potom budem analyzovať „logickú štruktúru“ tejto doktríny, zdôrazniac dôležitosť rozlišovania medzi „negatívnymi“ a „pozitívnymi“ morálnymi povinnosťami. Následne predstavím kľúčové texty katolíckeho učiteľského úradu na túto tému – tie, ktoré stoja v kontinuite s teologickou tradíciou; kvôli zrozumiteľnosti ich uvediem na báze „logickej štruktúry“ zhrnutej v predchádzajúcom odseku. Potom sa pristavím pri koncepte „terapeutickej primeranosti“, na ktorý sa odvoláva tradícia i magistérium.

## **1. Tradícia morálnej teológie**

Od začiatku svojej histórie Cirkev hlásala posvätnosť ľudského života a dôstojnosť osoby. Kvôli týmto dvom úzko spojeným princípom sa starostlivosť o vlastný život vždy chápala ako povinnosť, a samovražda ako vážne nemorálny čin. Život sa však nepokladal za najvyššiu hodnotu, ktorej sa musia podriadiť všetky ostatné hodnoty osoby. Príklad Ježiša Krista a mnohých mučeníkov pomáhal chápať, že možno prijať smrť kvôli vyššej hodnote.<sup>86</sup>

V polovici XVI. storočia sa začalo formovať morálne uvažovanie o povinnosti využiť dostupné prostriedky na vlastné zdravie, a o hraniciach tejto povinnosti. Počiatkový impulz vyšiel od Francisca de Vitoriu (+ 1546). Vo svojom vplyvnom teologickom traktáte, vydanom až po jeho smrti, tento dominikánsky teológ komentuje sentenciu sv. Tomáša Akvinského o morálnej povinnosti prijímať výživu. Tomáš učil, že „človek má povinnosť užívať to, čo dáva obživu vlastnému telu, inak by bol vrahom

---

<sup>86</sup> „Telesný život vo svojom pozemskom stave zaiste nie je pre veriaceho absolútnou hodnotou, takže možno od neho žiadať, aby ho pre vyššie dobro opustil“. Ján Pavol II., Encyklika *Evangelium vitae*, 1995, č. 47; porov. aj Ján Pavol II., 1993, Encyklika *Veritatis splendor*, č. 90-94.



seba samého. [...] Preto sa domnievame, že človek má morálnu povinnosť živiť vlastné telo a využívať všetky tie veci, bez ktorých telo nemôže žiť.“<sup>87</sup>

Francisco de Vitoria sa pýta, či táto povinnosť platí vždy a za každých okolností. A odpovedá: „... ak chorý môže prijímať potravu alebo výživu s nejakou nádejou na život, musí to robiť; i potrava by sa mu mala dávať. [...] Ak pokles odvahy je veľký a úbytok sily apetítu taký, že by chorý mohol prijímať potravu len s veľkou námahou, takmer ako tortúru, vtedy sa to dá pokladať za druh nemožnosti, a teda ospravedlniť, najmä ak nádej na život je nepatrná alebo žiadna.“<sup>88</sup> Ďalej potom nástojí na tom, že nik nemá povinnosť prijímať „delikátne a vzácne“ potraviny alebo žiť na „najzdravšom“ mieste pre zachovanie zdravia.<sup>89</sup> A v ďalších dielach sa vracia k téme, vysvetľujúc, že nejestvuje povinnosť využiť „všetky prostriedky“ na zachovanie života, ale stačí použiť prostriedky samy osebe riadne a zodpovedajúce.<sup>90</sup>

Onedlho potom Domingo Soto aplikoval myslenie Francisca de Vitoriu na niektoré lekárske zákroky: „Nik nemôže byť nútený k amputácii údu alebo rezaniu tela, ktoré spôsobuje veľkú bolesť: pretože nik nemá povinnosť udržiavať život s veľkými mukami, ani sa to nemá pokladať za samovraždu“.<sup>91</sup> Od tých čias poprední teológovia predkladajú podobné uvažovania, čím vznikol opravdivý myšlienkový prúd, či tradícia.<sup>92</sup>

<sup>87</sup> Sv. Tomáš Akvinský, *Super epistolas S. Pauli*, II Thess., lec. 11, č. 7.

<sup>88</sup> F. de Vitoria, *Relectiones Theologiae*, P. Laundry, Lugduni 1587, č. 1 (môj preklad). De Vitoria učil budúcich spovedníkov, a preto hovoril, že „sa ospravedľňuje“ od hriechu „saltem a mortali“.

<sup>89</sup> *Tamže*, 12.

<sup>90</sup> Porov. *Relectiones de Homicidio*, č. 35. Tie isté koncepty sa nachádzajú v jeho *Comentarium Secunda Secundae de Sancte Tomae*, in II:II, q. 147, art. 1.

<sup>91</sup> D. Soto, *Theologia Moralis, Tractatus de Justitia et Jure*, Lib. V, q. 2. art. 1.

<sup>92</sup> Tu je zoznam niektorých z najdôležitejších, až po 19. storočie: L. Molina, *De Justitia*, Tom. IV, Tract. IH, disp. I, col. 514; G. Sayrus, *Clavis Regia Casuum Conscientiae*, Lib. VII, Cap. IX, n. 28; D. Bañez, in II:II, q. 65, art. 1; Sánchez, *Consilia*, Tom. II, Lib. V, Cap. 1, dub. 33; F. Suárez, *Opera Omnia* (Paris, ed. Berton, Vives, 1858), Tom. XII, disp. 9, sect. 3; L. Lessius, *De Justitia et Jure*, II, Cap. 9, dub. 14. n. 96; M. Bonacina, *Moralis Theologica*, Tom. II, Disp. 2, Quaest. Ultim., Sect. 1, Punct 6, n. 2; P. Laymann, *Theologia Moralis*, Lib. Ili, Tract. 3, p. 3, cap. 1, n. 4; Gabrielis a S. Vincentio, *De justitia et Jure*, Disp. 6; *De restitutione*, q. 6, n. 86; J. De Lugo, *De Justitia et Jure*, Disp. 10, Sect. I, n. 21; A. Diana, *Coordinatus*, per R.P. Martinun de Alcolea (Lugduni, 1667) Tom. VIII, Tract. V, Resol. 53 (ex Diana, p. 5, tr. 4, res. 33); H. Toumely, *Theologia Moralis* (Venetiis, 1756), Tom. III, Tract. de Decalogo, cap. 2, de Quinto Praec., Alt. I, conc. 2; Salmanticenses, *Cursus Theologiae Moralis*, Tom. III, Tract. XIII, de restit., Cap. II, Punct. 2, Sect. 2, n. 26; S. Alphonsus, *Theologia Moralis*, Lib. III, Tract. IV, cap. 1, n. 371; A. De Escobar, *Universae Theologiae Moralis* (Lugduni, 1663), IV, Lib. 32, Sect. Cap. V, Prob. XXIV, n. 128; T. Tamburini, *Explicatio Decalogi* (Venctus, 1719), Lib. VI, Cap. II, Sect. II, n. 11; A. Holzmann, *Theologia Moralis* (Benevento, 1743), Vol. I, Pars II, Traci. II, Disp. V, Cap. III, Cas. II; P. Sporer, *Theologia Moralis*, Tom. I, Tract. V, Cap. III, Sect. I, n. 13; A. Reiflenstuel, *Theologia Moralis* (Mutinac, 1740), Tract. IX, Distinc. III, Quaes II, n. 14; C. La Croix, *Theologia Moralis* (Ravennie, 1761), Vol. I, Lib. III, Parsi, Tract. IV, Cap. I, dub. I; C. Roncaglia, *Theologia Moralis* (Lucae, 1730), Vol. I, Tract. XI, Cap. I, Q. III; N. Mazzotta, *Theologia Moralis* (Venetiis, 1760), Tbm. I, Tract. II, Disp. II, Quaest. I, Cap. I; B. Elbel, *Theologia*

S Domingom Báñezom sa začína hovoriť o „mimoriadnych prostriedkoch“, za ktoré sa pokladajú prostriedky nadmerne bolestivé alebo nákladné.<sup>93</sup> Tento teológ pripomína, že jedna vec je predlžovať život, a úplne iná život skracovať. Veľký Francisco Suárez hlása, že zatiaľ čo pre človeka nikdy nie je dovolené sa zabiť, nemá povinnosť udržiavať život vždy a akýmkoľvek prostriedkom a spôsobom, pretože môže dať prednosť životu blížneho alebo vlasti.<sup>94</sup> Je zaujímavé si všimnúť, že niektorí autori pokladajú za dostatočný dôvod pre odmietnutie lekárskeho zákroku aj čosi tak veľmi subjektívne ako pocit studu. Leonardus Lessius sa zmieňuje o prípade ženy, osobitne zasvätenej panny, ktorá by ako urážku svojej slušnosti pociťovala, keby jej intímne partie mal ošetrovať muž. A zastáva sa oprávnenosti odmietnuť lekársky zákrok tvrdiac, že „nik nemá povinnosť prijať spôsob liečenia, ktorý nenávidí rovnako ako samotnú chorobu alebo smrť“.<sup>95</sup> Dôležitý príspevok priniesol prestížny morálny teológ Juan De Lugo, ktorý tejto téme venoval širokú reflexiu, a takisto jasne tvrdil, že „človek nemá povinnosť udržiavať život mimoriadnymi a veľmi náročnými prostriedkami“,<sup>96</sup> avšak musí použiť riadne prostriedky, pretože kto tieto odmieta, ukazuje tým, že chce vlastnú smrť.<sup>97</sup> Podobným spôsobom sa vyjadrujú *Salmanticenses*, ako aj svätý Alfons Maria di Liguori (patrón katolíckych morálnych teológov) a mnohí ďalší.

Táto konštantná náuka, jednomyselne prítomná u všetkých morálnych teológov rozličných krajín, siaha až do našich čias. V päťdesiatych rokoch 20. storočia, keď rovnaký postoj vyučoval napríklad Marcelino Zalba,<sup>98</sup> morálny teológ na Gregoriánskej univerzite v Ríme, pápež Pius XII. predniesol dôležitý príhovor, v ktorom zhromaždil a zhrnul celú túto tradíciu. Ale pred prezentáciou textov magistéria sa na chvíľu zastavíme pri analýze logickej štruktúry, ktorá podopiera túto pozíciu.

---

*Moralis per modum Conferentiarum*, ed. I Bierbaum (Paderbomae, 1891-1892), II, n. 25 and n. 27; C. Billuart, *Summa S. Theologiae* (Parisiis, 1852), Tom. VI, Dissert. X, Art. Ili, Consect. n. 3; V. Patuzzi, *Ethica Christiana sive Theologia Moralis*, Tom. III, Traci. V, Pars V, Gap. X, Consect. sept.; P. Scavini, *Theologia Moralis*, II, n. 649; J. Gury, *Compendium Theologiae Moralis* (ed. 17; Romae, 1866), I, n. 391.

<sup>93</sup> D. Báñez, in II:II, q. 65, art. 1. Možno sa domnievať, že jeho použitie tejto terminológie vyplýva z výrazov používaných Franciscom de Vitoriom, keď hovorí o prostriedkoch, ktoré sú samy osebe „riadne“ pre život. *De facto*, tesne predtým, ako hovorí o mimoriadnych prostriedkoch, Báñez sa vyjadruje k „riadnym a primeraným“ („ordinata et proportionata“).

<sup>94</sup> Porov. Suárez, *Opera Omnia*, cit., Tom. XII, Tract. Ili, Disp. 9, Sect. 3, condii. 3.

<sup>95</sup> L. Lessius, *De Justitia et Jure*, Lib. IV, Cap. 3, dub. 8, n. 60.

<sup>96</sup> J. De Lugo, *De Justitia et Jure*, Disp. 10, Sect. I, n. 21.

<sup>97</sup> *Tamže*, 29.

<sup>98</sup> M. Zalba, *Theologiae Moralis Compendium*, BAC, Madrid 1958, 864.

## 2. Logická štruktúra morálneho uvažovania

Keď čítame texty uvedených teológov, môžeme v nich nájsť istý druh „usporiadania etického uvažovania“, v podstate zloženého zo štyroch prvkov, okolo ktorých by sme mohli štruktúrovať aj texty súčasného magistéria.

a) *Každá ľudská osoba má morálnu povinnosť* na základe svojej dôstojnosti využívať prostriedky nevyhnutné pre svoj život a svoje zdravie. Na tomto mieste si nebudeme nárokovať dokazovanie tohto tvrdenia. Môžeme ho pokladať za daný východiskový princíp. Bez neho by celá etická problematika, ktorou sa zaoberáme, nemala nijaký zmysel: každý by si so svojím telom a životom mohol robiť absolútne čokoľvek, čo sa mu zachce.

b) Táto morálna povinnosť *nie je absolútna, ale relatívna*. Morálna povinnosť využívať prostriedky nevyhnutné pre život a pre zdravie je na subjekt kladená vždy, keď nejde o zákroky, ktoré znamenajú nadmernú a neprimeranú „záťaž“ vzhľadom na predpokladateľné úžitky. Pre lepšie pochopenie tohto tvrdenia treba vziať do úvahy jedno základné rozlišovanie intenzívne prítomné v myslení citovaných autorov, a intenzívne neprítomné v uvažovaní súčasných bioetikov a moralistov. Ide o rozlišovanie medzi „negatívnymi morálnymi povinnosťami“ a „pozitívnymi morálnymi povinnosťami“.<sup>99</sup>

*Negatívne morálne povinnosti* sa vzťahujú na konanie, ktoré sa morálne nesmie uskutočniť: nesmie sa vraždiť, nesmie sa kraďnúť, nesmie sa mučiť atď. Tieto povinnosti na jednej strane *zaväzujú vždy*, keďže vždy sa musíme vyhnúť konaniu toho, čo konať nesmieme; na druhej strane *môžu byť vždy splnené*, keďže vždy sa môžeme zdržať konania toho, čo nesmieme konať. Tieto povinnosti preto zaväzujú „*semper et pro semper*“.

*Pozitívne morálne povinnosti* sa vzťahujú na konanie, ktoré sa morálne musí uskutočniť, minimálne v princípe: musí sa pomáhať blížnemu, musia sa platiť dane, musia sa vychovávať deti atď. Človek musí využiť disponibilné prostriedky na zachovanie vlastného života a zdravia. V tomto prípade človek na jednej strane *nie je vždy povinný* uskutočniť každé možné dobro alebo všetko dobro, ktorého je schopný; na druhej strane *nie je vždy možné splniť* niektoré pozitívne povinnosti, ktoré

---

<sup>99</sup> Porov. Ján Pavol II., Encyklika *Veritatis splendor*, č. 52.

sú vo všeobecnosti záväzné, kvôli nejakému typu „nemožnosti“. Tieto povinnosti zaväzujú „*semper sed non pro semper*“.

Už Francisco de Vitoria v prvom citovanom texte vyvodzoval, že prijímanie potravy, keby bolo možné „len s veľkou námahou, takmer ako tortúra, vtedy sa to dá pokladať za *druh nemožnosti*“. Teda, ako hovorí klasická sentencia: „*Ad impossibilia nemo tenetur*. Tvrdiť, že subjekt je morálne povinný realizovať niečo, čo realizovať nedokáže, by bolo ako povedať, že je nútený konať nemorálnym spôsobom. Nemožnosť konania môže byť rozličných druhov, predovšetkým *fyzického, psychologického a etického* charakteru.

Teda chorá osoba, ktorá má vo všeobecnosti povinnosť využívať prostriedky nevyhnutné pre obnovu zdravia a zachovanie života, sa môže ocitnúť v situáciách, v ktorých sú dostupné lekárske zákroky „príliš zaťažujúce“, takmer „neprijateľné“, „nezniesiteľné“. Subjekt nie je nevyhnutne povinný ich podstupovať.

c) *Povinnosť rozlišovať*, či určitý lekársky zákrok je alebo nie je primeraný, je alebo nie je prijateľný, *prináleží samotnému pacientovi*. Prirodzene, toto platí len v prípadoch, keď je pacient schopný vyhodnotiť terapeutické ponuky a vyjadriť vlastnú vôľu. To neznamená, že by pacient musel byť ponechaný rozhodovať sa sám. Ďalej uvidíme aké dôležité je udržať spolu to, čo môžeme nazvať „objektívnou dimenziou“ a „subjektívnou dimenziou“ hodnotenia v perspektíve terapeutického rozhodovania.

d) Napokon eventuálne rozhodnutie zo strany pacienta nepodstúpiť lekársky zákrok, keďže ho pokladá za neprimeraný a neprijateľný, *sa nevyhnutne nerovná správaniu samovražedného charakteru*. A rešpektovanie takéhoto rozhodnutia zo strany lekárskeho personálu sa nevyhnutne nerovná správaniu s charakterom eutanázie. Hovorím „nie nevyhnutne“ v tom zmysle, že pacient by mohol eventuálne odmietnuť lekársky zákrok aj s vôľou ukončiť vlastnú existenciu; a lekár by mohol akceptovať jeho odmietnutie – azda aj príliš urýchlene a bez snahy priviesť pacienta k uvažovaniu s vôľou privodiť smrť. Avšak, s výnimkou situácií, v ktorých existujú motívy pre podozrenie z úmyslu spáchať samovraždu alebo eutanáziu, musíme sa pridržiavať toho, čo pacient *de facto* vyjadruje a odmieta. Jedna vec je odmietnuť život a konať so zámerom ukončiť existenciu, a druhá – z morálneho hľadiska úplne odlišná – je odmietnuť lekársky zákrok pokladaný za neprimeraný. Život je „nedisponibilné

dobro“, terapia zasa „dobro disponibilné“, a eventuálne, pre tohto konkrétneho pacienta, môže predstavovať aj „zlo, ktorému sa treba vyhnúť“.

### 3. Texty magistéria

Učenie magistéria o našej téme sa v podstate nachádza v nasledujúcich textoch: Príhovor pápeža Pia XII. z 24. novembra 1957 o náboženských a morálnych problémoch resuscitácie<sup>100</sup> (text budem citovať ako *Pius XII.*); Deklarácia *Iura et bona*, ktorú komentujeme; <sup>101</sup> dokument Pápežskej rady *Cor unum Etické otázky týkajúce sa ťažko chorých a zomierajúcich* z roku 1981;<sup>102</sup> *Katechizmus Katolíckej cirkvi* z roku 1992;<sup>103</sup> encyklika *Evangelium vitae* pápeža Jána Pavla II.<sup>104</sup> Pozrime sa teda na doktrínu vyjadrenú v týchto textoch, vložiac ich obsah do štruktúry štyroch prvkov etického usporiadania, o ktorých sme uvažovali.

a) *Existuje morálna povinnosť využívať prostriedky nevyhnutné pre život a zdravie:*

Prirodzený rozum a kresťanská morálka učia, že pacient [...] má právo a povinnosť, v prípade ťažkej choroby, využiť spôsoby liečenia nevyhnuté na zachovanie zdravia a života (*Pius XII.*).

Každý má povinnosť liečiť sa a dať sa liečiť. Tí, ktorí sa starajú o chorých, majú svoju prácu konať so všetkou usilovnosťou a podávať tie liečivé prostriedky, ktoré pokladajú za nevyhnutné alebo užitočné (*Deklarácia*).

Samozrejme, jestvuje morálna povinnosť liečiť sa a podrobiť sa liečeniu (*Evangelium vitae*).

b) *Táto morálna povinnosť nie je absolútna, ale relatívna. Nejestvuje morálna povinnosť prijímať prostriedky považované za neprimerané:*

Avšak to [vyššie zmienená povinnosť] nezaväzuje vo všeobecnosti k inému než k použitiu riadnych prostriedkov (podľa okolností osôb, miest, času a kultúry) alebo tých prostriedkov, ktoré neukladajú nadmernú záťaž sebe samému či druhým. Prísnejšia povinnosť by bola príliš zaťažujúca pre väčšinu ľudí... Keďže tieto formy

---

<sup>100</sup> Pius XII., „Problemi religiosi e morali della rianimazione. 24. novembre 1957“ *AAS* 49 (1957), 1027-1033.

<sup>101</sup> Kapitola IV.

<sup>102</sup> Pápežská rada „Cor unum“ „Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti, 1981“, in S. Spisanti, *Documenti di deontologia ed etica medica*, Edizioni Paoline, Rím 1985, 91-110.

<sup>103</sup> *Katechizmus Katolíckej cirkvi*, č. 785.

<sup>104</sup> Sv. Ján Pavol II., Encyklika *Evangelium vitae*, č. 65.

starostlivosti<sup>105</sup> prevyšujú riadne prostriedky, ktoré je človek povinný využívať, nemožno tvrdiť, že je povinné využívať takéto formy, a teda autorizovať lekára na ich aplikáciu (*Pius XII.*).

Je vždy dovolené uspokojiť sa s normálnymi prostriedkami, ktoré medicína môže ponúknuť. Nikomu teda nemožno vnucovať povinnosť, aby prijal také liečenie, ktoré – aj keď sa už používa – ešte nie je bez nebezpečenstiev, alebo spôsobuje prílišnú záťaž (*Deklarácia*).

Termín „mimoriadny“ kvalifikuje také prostriedky, ktoré človek nikdy nemá povinnosť využiť... Život v čase je základná, ale nie absolútna hodnota, preto je nevyhnutné určiť hranice povinnosti udržiavať sa nažive... Kritériá na rozlíšenie mimoriadnych prostriedkov od riadnych sú viaceré... niektoré sú objektívneho poriadku, iné poriadku subjektívneho... Vždy pôjde o určenie pomeru medzi prostriedkom a sledovaným cieľom... Princíp je teda ten, že nejestvuje morálna povinnosť využívať mimoriadne prostriedky (*Cor unum*).

Prerušenie nákladných, nebezpečných, mimoriadnych alebo vzhľadom na očakávané výsledky neúmerných liečebných procedúr môže byť oprávnené. Je to odmietnutie „liečby za každú cenu“ (*Katechizmus*).

Treba rozlišovať medzi eutanáziou a rozhodnutím zrieknuť sa takzvanej „úpornej terapie“ to jest istých lekárskeho zásahov, ktoré prestali byť primerané reálnej situácii chorého, lebo už nie sú úmerné výsledkom, aké možno očakávať, alebo sú aj príliš zaťažujúce pre samého chorého a pre jeho rodinu. V takýchto situáciách, keď je smrť blízka a neodvratná, je možné v zhode so svedomím „zriecť sa zákrokov, ktorými by sa dosiahlo len dočasné a bolestné predĺženie života, nemá sa však prerušovať normálna terapia, aká sa v podobných prípadoch vyžaduje“. [...] „Takúto povinnosť však treba definovať v konkrétnych situáciách: treba totiž zhodnotiť, či aplikované liečebné prostriedky sú objektívne proporcionálne predpokladanému zlepšeniu zdravia“ (*Evangelium vitae*).

c) *Pacient musí rozhodnúť, či sa podrobí alebo nepodrobí navrhovaným terapeutickým prostriedkom:*

Lekár vzhľadom na pacienta nemá zvláštne alebo nezávislé právo; vo všeobecnosti nemôže konať, ak ho pacient explicitne alebo implicitne nepoverí (priamo alebo

---

<sup>105</sup> Ide o umelý respirátor, zavedený v 50. rokoch.

nepriamo). [...] Práva a povinnosti rodiny vo všeobecnosti závisia od predpokladanej vôle chorého v bezvedomí (*Pius XII.*).

Urobiť rozhodnutia prináleží v konečnom dôsledku svedomiu chorého alebo osôb, ktoré sú kvalifikované hovoriť v jeho mene, alebo aj lekárov – vo svetle morálnych povinností a rôznych aspektov daného prípadu. Pri prijímaní rozhodnutia tohto typu je potrebné brať do úvahy oprávnenú túžbu chorého a jeho príbuzných, ako aj názor skutočne kompetentných lekárov (*Deklarácia*).

d) *Odmietnutie terapie považovanej za neprimeranú sa nevyhnutne nerovná samovražde:*

Odmietnutie sa nerovná samovražde: znamená skôr alebo jednoduché prijatie ľudskej situácie, alebo túžbu vyhnúť sa použitiu liečebného prípravku neprimeraného výsledkom, ktoré od neho možno očakávať, alebo vôľu nezaťažovať príliš ťažkými bremenami rodinu, či spoločnosť (*Deklarácia*).

... Nechce sa tým spôsobiť smrť, iba sa prijme, že jej nemožno zabrániť (*Katechizmus*).

Zrieknutie sa mimoriadnych a prehnaných prostriedkov nie je totožné so samovraždou alebo eutanáziou; vyjadruje skôr prijatie postavenia človeka vzhľadom na smrť (*Evangelium vitae*).

#### **4. Princíp „primeranosti“ (proporcionality)**

Majúc na pamäti texty teologickej tradície i magistéria, môžeme sa teraz zastaviť a vziať do úvahy centrálny koncept „terapeutickej primeranosti“, úzko spojený s princípom „terapeutickej povinnosti“.

Často sa používa výraz „riadne prostriedky“ alebo „mimoriadne prostriedky“ na označenie lekárskeho zákroku, ktoré treba vykonať alebo ktorým sa treba vyhnúť v situáciách na konci života. Deklarácia *Iura et bona* však upozorňuje že „niektorí radšej hovoria o ‚primeraných‘ a ‚neprimeraných‘ prostriedkoch“, skôr než by rozlišovali medzi „riadnymi“ a „mimoriadnymi“.<sup>106</sup> Dôvodom pre túto preferenciu je „... nepresnosť termínu“ ako aj „rýchle pokroky terapie“.<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> Deklarácia *Iura et bona*, IV.

<sup>107</sup> *Tamže*.

Problém spočíva v tom, že význam termínu „mimoriadny“ je dnes iný, než ten, ktorý mu bol pripisovaný v tradícii a v magistériu.<sup>108</sup> Normálne sa termín „riadny“ vzťahuje na to, čo je „riadnej správy“. Predovšetkým medzi lekármi je „riadnosť/mimoriadnosť“ často chápaná v technicko-aplikačnom zmysle: vzťahuje sa na novosť, náročnosť aplikácie, experimentálny stav terapie atď.

V tomto zmysle je používanie daného termínu problematické. Vskutku to, čo sa v určitom čase a na určitom mieste pokladá za mimoriadne, môže byť riadne na inom mieste – alebo sa riadnym môže stať onedlho. V našich krajinách sú dnes vecami „riadnej správy“ prostriedky monitorovania, ako vnútrocievne katétery, transformátory, elektródy, monitory, počítače; a sú nimi aj určité prostriedky na nástrojové terapie, ako mechanický ventilátor, elektrický defibrilátor atď.<sup>109</sup> V iných oblastiach sú mnohé z týchto prostriedkov veľmi alebo úplne „mimoriadne“, teda zriedkavé.

Avšak ešte dôležitejšie je vziať do úvahy, že v určitých podmienkach môže byť použitie prostriedku – považovaného v danom zmysle za mimoriadny – oprávnené, pretože je užitočné na záchranu života; zatiaľ čo v iných podmienkach môže byť nesprávnou aplikácia riadneho prostriedku, pretože by slúžil iba na predlžovanie ťaživého procesu umierania, alebo by dokonca neúžitečne zväčšoval trápenia pacienta.

Naopak, ako sme videli vyššie, v tradícii morálnej teológie, počnúc Domingom Báñezom, sa normálne používa termín „mimoriadny“ ako synonymum pre „príliš ťaživý“. A toto je tiež význam termínu v citovanom príhovore Pia XII.: „... riadne prostriedky... teda tie prostriedky, ktoré neukladajú prílišnú záťaž“...<sup>110</sup> Podľa môjho názoru terapeutickú „riadnosť“ ako etické kritérium, možno previesť na terapeutickú „primeranosť“.

---

<sup>108</sup> Porov. J. Haas, „Proporzionalità terapeutica e accanimento terapeutico nei documenti del Magistero“, in E. Sgreccia - J. Laffitte (a cura di), *Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi*, LEV, Città del Vaticano 2009, 90; P. Taboada, „Mezzi ordinari e straordinari di conservazione della vita: l'insegnamento della tradizione morale“, in E. Sgreccia - J. Laffitte (a cura di), *Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi*, LEV, Città del Vaticano 2008, 75-77.

<sup>109</sup> R. Proietti, „Eutanasia e accanimento terapeutico: considerazioni mediche“, in A. Tarantino - M.L. Tarantino (a cura di), *Eutanasia e diritto alla vita*, Edizioni del Grifo, Lecce 1994, 183-189.

<sup>110</sup> V skutočnosti sa môže zdať, že v tom istom diskurze sa termín používa aj v inom význame – keď len o trochu neskôr pápež hovorí, že „tieto formy starostlivosti prekračujú riadne prostriedky, ktorých použite je povinné“, vo vzťahu k umelému respirátoru. Avšak vo všeobecnosti by mimoriadnym bolo použitie novej terapie, nie prípadná záťaž, ktorú by jej aplikovanie mohlo znamenať pre určitého pacienta.



Niektorí autori navrhujú priradenie rozličných významov každej z nich. Napríklad<sup>111</sup> „primeranosť“ sa rezervuje pre *objektívne* zhodnotenie technicko-lekárskej *adekvátnosti* alebo *neadekvátnosti* terapeutického zákroku – v pomere k dosiahnutiu presného, vopred určeného medicínskeho cieľa (berúc do úvahy napríklad dostupnosť a aplikovateľnosť prostriedku, účinnosť, škodlivé vedľajšie účinky, riziká, využitie zdravotníckych zdrojov). Naopak, „riadnosť“ sa týka *subjektívneho zhodnotenia* terapeutického zákroku zo strany pacienta – vo vzťahu k bremenám, ktoré zákrok na neho kladie (napríklad nadmerné úsilie, bolesť, ekonomické náklady, strach alebo odpor, riziká).

Myslím si však, že je vhodnejšie považovať oba výrazy za ekvivalentné, a používať napokon len „primeranosť“ ako jednotné etické kritérium zahrnujúce všetky premenné, ktoré treba brať do úvahy v každom prípade, tak v objektívnej, ako aj v subjektívnej dimenzii. V tomto zmysle pokladám za správny názov IV. kapitoly Deklarácie *Iura et bona*: „*Primerané* použitie terapeutických prostriedkov“.

Celkovo vzaté morálna povinnosť využiť istý prostriedok pre svoje zdravie a život zo strany pacienta a správnosť návrhu a uskutočnenia zákroku zo strany lekárskeho personálu závisia od toho, či ide o *skutočné dobro* pre samotného pacienta.<sup>112</sup>

Lekársky zákrok nemá cieľ v sebe samom. Jeho jediným zmyslom je napomôcť čo najlepšie dobru pacienta z pohľadu jeho zdravia a života. Avšak pacient, tento pacient, musí sa brať do úvahy vo svojej osobnej celistvosti a nielen ako organizmus, ktorý treba udržať pri živote za každú cenu.

Lekárske zákroky a aplikácie určitých terapeutických prostriedkov často so sebou prinášajú „záťaž“ pre pacienta (a aj pre iné osoby). Pamätajúc na to, že povinnosť liečiť sa a podstúpiť liečbu je „pozitívna morálna povinnosť“, ktorá ako taká nezaväzuje vždy a v každom prípade; je pochopiteľné, že treba vziať do úvahy práve „náklady“ zákroku a konfrontovať ich s „úžitkami“, ktoré môže chorej osobe ponúknuť. Keď prvé jasne presahujú druhé, ide o „neprimeraný“ zákrok. To je dôvodom, pre ktorý pacient nie je morálne povinný (a niekedy nie je ani schopný)

---

<sup>111</sup> Porov. M. Calipari, „Il principio di adeguatezza etica nell'uso dei mezzi di conservazione della vita: tra eccesso terapeutico e abbandono del paziente“, in E. Sgreccia - J. Laffitte (a cura di), *Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi*, LEV, Città del Vaticano 2009, 101-108; Por. aj jeho knihu M. Calipari, *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2006.

<sup>112</sup> Por. G. Miranda, „Riflessioni etiche intorno alla fine della vita“, in A. Mazzoni (a cura di), *A sua immagine e somiglianza?*, Città Nuova Editrice, Roma 1997, 180-202.

akceptovať ho, keďže mu spôsobuje škodu neodôvodniteľnú dobrom, ktoré možno očakávať.

Slovník Garzanti definuje „primeranosť“ ako „vzťah miery medzi dvoma prvkami, alebo rozličnými časťami, ktoré tvoria celok; predovšetkým taký vzťah, ktorý vytvára efekt harmónie“. Mohli by sme hovoriť aj o primeranom „bilancovaní“ medzi nákladmi a úžitkami zákroku. Jednoducho, ale jasne by sme mohli povedať, že otázka, ktorú si treba položiť pred začatím alebo prerušením určitej terapie, je táto: „Oplatí sa?“

Populárne vyjadrenie stavia proti sebe dve kontrastné hodnoty, alebo lepšie, hodnotu a protihodnotu. Chápeme, že je tu ťažoba, bremeno konania; a pýtame sa, či úžitok, ktorého dosiahnutie možno predpokladať, stojí za to bremeno.

V tomto bilancovaní treba zvažovať jeden rozmer „objektívny“, a druhý „subjektívneho“ charakteru. Prvý sa vzťahuje na tie prvky, ktoré môžu a musia byť zhodnotené lekármi a príbuznými chorého. Druhý zodpovedá osobnému a neprenosnému prežívaniu zo strany samotného chorého.<sup>113</sup>

Z objektívneho pohľadu treba zhodnotiť „výdavky“: ťažkosti aplikácie, riziká pre pacienta, fyzické a psychické útrapy spôsobené zákrokom alebo ním predĺžované, nevyhnutné náklady a ich dopad na príbuzných a na spoločnosť atď. Medzi „úžitkami“ sa berie do úvahy nádej na úspech (aj s použitím štatistických štúdií), pravdepodobný čas, na ktorý je možné predĺžiť život, kvalita života, ktorú možno získať alebo si uchovať, úžitky, ktoré z toho budú môcť mať iné osoby, predovšetkým príbuzní atď.

Treba však brať do úvahy aj subjektívny rozmer, ktorý môže byť viac alebo menej spojený s objektívnymi prvkami. Je to nevyhnutnosť kritéria integrálneho dobra chorej osoby. Napokon je to práve chorá osoba, kto musí zhodnotiť, či sa určitý terapeutický zákrok „oplatí“. Čo sa týka „výdavkov“, len pacient môže zhodnotiť svoju osobnú skúsenosť bolesti a psychologického utrpenia, strach z rizika, ktoré je so zákrokom spojené, jeho pocit poníženia alebo hanby vzhľadom na určité typy zákrokov atď. A aj „úžitky“ majú odlišnú hodnotu pre každý subjekt. Jeden pacient môže silne túžiť ešte trochu žiť, azda aj v neistom stave, a byť disponovaný podrobiť sa ťažkej terapii, ktorá mu spôsobí ďalšie útrapy. Možno túži mať ešte čas dať do

---

<sup>113</sup> Prirodzene, toto platí v prípadoch, keď pacient je schopný chápať, hodnotiť a chcieť. V iných prípadoch musia rozhodnúť osoby „... kvalifikované hovoriť v jeho mene, alebo aj lekár[i]“: *Deklarácia Iura et bona*, IV.

poriadku nejakú dôležitú „záležitosť“, možno sa nádeja rozlúčiť so vzdialeným dieťaťom, možno jednoducho dúfa „byť tu“ ešte trochu... Druhý sa, naopak, v tých istých fyzických a klinických podmienkach domnieva, že už prežil svoj život a chce ho len pokojne dokončiť, azda si ešte užiť doma tú trochu času, ktorá mu ostáva, spolu so svojimi, namiesto toho, aby prijal „náklady“ zákroku, ktoré nevidí ako opodstatnené vzhľadom na malý predpokladateľný úžitok.

Dva rozmery, objektívny a subjektívny, musia sa brať do úvahy spolu, aby sa ani neupadlo do „lekárskeho paternalizmu“, ani pacient nezostal osamotený v rozhodovaní, ponechaný sám na seba, na svoje obavy a úzkosti, možno objektívne neopodstatnené. Lekársky personál (a v spolupráci s ním aj príbuzní) majú pacientovi pomôcť spoznať a najlepším možným spôsobom pochopiť objektívne varianty, aby mu tak pomohli prijať rozhodnutie, ktoré – v jeho nevyhnutne subjektívnom hodnotení – je rozhodnutím pokladaným za najlepšie pre jeho celkové dobro.

Zdá sa mi zaujímavé poznamenať, že napokon skoro všetci autori spomínanej teologickej tradície majú na mysli toto kritérium „primeranosti“ - ako bilancovania „výdavkov“ a „úžitkov“ lekárskeho zákroku. Samotný Francisco de Vitoria hovoril o povinnosti výživy „ak chorý môže prijímať jedlo... *s nejakou nádejou na život*“; a nepokladal za správne považovať odmietnutie výživy za hriech „*najmä, ak nádej na život je nepatrná alebo žiadna*“. Nestačí brať do úvahy len „výdavky“, ale treba pamätať aj na eventuálny „úžitok“.

Aj *Iura et bona* žiada rozhodovať na základe uvažovania o vyváženosti: „... prostriedky je možné dobre zhodnotiť konfrontáciou typu terapie, stupňa obtiaže a rizika, ktoré je s ňou spojené, nevyhnutných nákladov a možností aplikácie – s výsledkom, ktorý sa dá očakávať“.<sup>114</sup>

---

<sup>114</sup> Deklarácia *Iura et bona*, IV.