

**Univerzita Karlova v Praze**  
**Evangelická teologická fakulta**

**Bakalářská práce**

**2008**

**Jaroslava Zárubová**

**Transplantace ledvin v teologicko-etické  
reflexi**

**Vedoucí práce: Th.Lic.(=Dr.) Ing. René Milfait, Th.D.**

**Rok odevzdání: 2008**

## Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Křesťanská reflexe transplantací ledvin“ zpracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.

Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole.

V Praze dne 31. května 2008

.....

Jaroslava Zárubová

## Poděkování

Na úvod své práce bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce panu Th.Lic.(=Dr.) Ing. René Milfaiovi, Th.D., který mne při psaní bakalářské práce vedl. Chtěla bych mu poděkovat za čas, který mi věnoval při konzultacích, ale především za pomoc, podporu a trpělivost a velkou vstřícnost, kterou mi po celou dobu psaní věnoval.

# OBSAH

<b>Úvod</b> .....	9
<b>A Problematika transplantace ledvin</b> .....	9
<b>1 Transplantace orgánů</b> .....	9
1.1 Dosavadní zkušenosti a výsledky .....	11
1.2 Základní dělení .....	16
1.3 Lidsko-právní rámec .....	22
1.4 Právní úprava v ČR .....	22
1.4.1. Transplantace – inter .....	23
1.4.2. Transplantace - ex morto .....	24
1.5 Protiprávní praktiky .....	25
1.5.1 Obchod s orgány .....	25
1.5.2 Trh s orgány .....	27
1.6 Hlasy církve .....	29
<b>2 Transplantace ledvin</b> .....	35
2.1 Dosavadní vývoj .....	35
2.2 Uváděné argumenty pro a proti .....	38
2.3 Technika provedení .....	41
2.4 Získávání ledvin .....	43
2.4.1 Pravidla pro výběr vhodného dárce – příjemce .....	43
2.4.2 Ledvina ze živého dárce (Living donor – LD) .....	43
2.4.3 Ledvina z nežijícího dárce (Cadavering donor – CD) .....	43

2.4.3.1	Problém smrti mozku	51
2.4.3.2	Kritérium smrti člověka	53
2.5	Problém rejekce ledviny	54
2.6	Rámcové podmínky pro dárcovství	57
2.6.1	Tzv. waiting list	57
2.6.2	Organizace transplantací ledviny	60
2.6.2.1	V České republice	62
2.6.2.2	Mezinárodní zkušenosti a spolupráce	63
2.7	Alokace orgánů	64
<b>B</b>	<b>Perspektivy reflexe křesťanské etiky</b>	<b>68</b>
<b>1</b>	<b>Vymezení křesťanské etiky</b>	<b>68</b>
<b>2</b>	<b>Oblast biomedicínské etiky</b>	<b>71</b>
2.1	Vymezení	71
2.2	Základní principy	71
<b>3</b>	<b>Teologicko-antropologický fundament</b>	<b>77</b>
3.1	Člověk stvořený k obrazu a podobě Boží	77
3.2	Vztah těla a duše	79
3.3	Vztah celku a orgánu	81
3.4	Mravní autonomie	83

<b>4 Etické aspekty získávání orgánů</b>	84
4.1 Ze živého dárce	84
4.1.1 Svobodný informovaný souhlas	88
4.1.2 Vyloučení ekonomických motivů	90
4.1.3 Dárce nezpůsobilý vyjádřit souhlas	92
4.2 Z mrtvého dárce	94
4.2.1 Status mrtvoly: napětí mezi pietou a službou bližnímu	98
4.2.2 Problém kritéria smrti	100
4.3 Napětí mezi solidaritou a principem nepoškodit své zdraví	.....
4.3.1 Princip solidarity	107
4.3.2 Radikalizovaná láska k bližnímu	111
4.3.3 Láska k sobě	115
<b>5 Etické aspekty rozdělování orgánů</b>	117
5.1 Princip spravedlnosti	117
5.2 Kritéria přidělení	119
<b>Závěr</b>	127
<b>Přílohy</b>	130
<b>Seznam literatury</b>	142
<b>Anotace</b>	146

## Úvod

Transplantace orgánů se staly v druhé polovině minulého století léčebnou metodou, umožňující funkční, rovnocennou náhradu životně důležitého orgánu od lidského dárce, mrtvého nebo živého. Nejčastěji se transplantují rohovka, ledviny, podstatně méně pak srdce a plíce, nejméně pak játra.

Transplantace orgánů od mrtvých dárců podstatně rozšířila možnosti transplantologie a zdůraznila nutnost zpřesnění kritérií smrti mozku a také umožnila velké zdokonalení operačních technik při transplantaci jednotlivých orgánů.

Přísná kritéria smrti mozku se u mrtvých dárců vyžadují pro transplantaci kadaverózních orgánů, které kvantitativně výrazně převyšují transplantace orgánů poskytnutých živými dárci.

V případě živého dárce je třeba z etického hlediska zajistit, aby bylo co nejvíce omezeno riziko poškození zdraví dárcovské osoby nejen v souvislosti operačním zákrokem, ale i v budoucím životě dárce (uvažované riziko případného onemocnění už jen jednoho z původních párových orgánů).<sup>1</sup>

Ale tato výše uvedená rizika u živého dárce se všeobecně přijímají, poněvadž jsou rozhodně vyvážena nesmírně vysokou mravní hodnotou darování vlastního orgánu pro záchranu jiného člověka. Darování tělesného orgánu nelze chápat jako povinnost, ani ho nelze motivovat ekonomicky. V našem právním řádu je zakázáno jakékoliv obchodování s orgány.

Z etického hlediska jde u dárcovství zdravého orgánu a čin vždy svobodný, nesmírně humánní, na základě altruismu a lásky člověka k člověku.

Odběr orgánů od zemřelého dárce pro účely transplantace je ve všech státech určen samostatným zákonem. Také v naší republice byl nově tento zákon přijat a nadále v něm platí předpokládaný souhlas. S tím souvisí rozhodnutí budovat registr odmítačů.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>srov. Kořenek, J., Lékařská etika, Praha: Triton. 2004, str. 104

<sup>2</sup> Šoltéz, L. a kol., Vybrané kapitoly z medicínské etiky. Bratislava :Universita Komenského. 1994

Ve své práci bych se chtěla pokusit o zhodnocení transplantací, zda jejich přínos je morálně zdůvodnitelný a pro jedince i celou společnost přínosný. Chtěla bych se pokusit o posouzení spravedlnosti kritérií výběru, rozdělení orgánů.

Práce je rozdělena do dvou základních částí, nejprve bych chtěla seznámit s medicínskou problematikou transplantace orgánů, jednotlivými kroky, které vedou k realizaci vlastní transplantace.

Ve druhé části (teologické) budu nastíněnou problematiku transplantací ledvin reflektovat z pohledu křesťanské etiky, zejména, zda je skutečně přínos transplantací morálně zdůvodnitelný a pro jedince i celou společnost přínosný. V této reflexi sehraje důležitou roli jedna velká část křesťanské etiky, a sice biomedicínská etika. V rámci metodiky oboru se pokusím problematiku ukotvit teologicko-antropologicky (nastíněním teologicko-antropologického fundamentu, definovaného stvořením člověka, vztahem těla a duše i vztahem celku a orgánu, mravní autonomií), abych následně po seznámení s možnostmi etického získávání orgánů, ze živého i mrtvého dárce, s vyloučením ekonomických motivů při získávání orgánů, s problémem kritéria smrti a statusem mrtvolý, kde existuje napětí mezi pietou a službou bližnímu zejména po objasnění principu solidarity a lásky k bližnímu mohla provést zvážení, zmíněné v začátku, zda je přínos transplantací morálně zdůvodnitelný a pro jedince i celou společnost přínosný.

Práce je určena zejména odpovídajícímu zdravotnímu personálu, sociálním a pastoračním pracovníkům, kteří mohou tyto otázky řešit s adresáty své pomoci, a nakonec i širší veřejnosti, včetně křesťanů.



## **A Problematika transplantace orgánů**

### **1 Transplantace orgánů**

#### 1.1 Dosavadní výsledky a zkušenosti

Zásadní událost lékařského světa se odehrála v Kapském městě – tým chirurgů vedený jihoafrickým lékařem Christianem Bernardem tam 3. prosince 1967 uskutečňuje první transplantaci srdce na světě.<sup>3</sup> Boom z devadesátých let se zpomaluje, transplantací ubývá, zatímco potřebných je kvůli civilizačním chorobám stále více.

Transplantační budoucnost se nejeví tak, jak by si pacienti i lékaři přáli. Hlavním důvodem je kritický nedostatek orgánů. Podstatnou roli hraje také skutečnost, že se lidem po transplantacích stále nedaří zajistit dlouhý a kvalitní život.

Transplantace tkání, zejména některých orgánů se staly v posledních letech klinickou metodou, která nejen má své nepopiratelné přednosti, ale také častá úskalí medicínská, technická, organizační a ekonomická.

Transplantační program potřebuje nutně celospolečenskou dohodu, a proto bych se ráda věnovala některým problémům, které bývají souhrnně označovány jako etické a zneklidňují širokou veřejnost.<sup>4</sup>

S darováním a odběrem orgánů bezvýhradně souhlasí legislativní i morální autority. Souhlas vyjádřila jednoznačně ústy papeže též katolická církev, námitky k transplantaci nemají ani Svědkové Jehovovi, kteří jsou jinak známi striktním odmítáním např. transfuzí. Postoj západního světa k odběru a darování orgánů by bylo možno shrnout větou: "Neberte si své orgány do nebe, nebe ví, že jich je třeba zde".

---

<sup>3</sup> Málek, P., *Naroubovaný život*, Brno: Albatros. 1975. str.36

<sup>4</sup> Kleber, H., *Na hranicích etické únosnosti*. Přel. J. Spousta. Praha: Sít'. 1994

Při realizaci transplantací hraje podstatnou roli rutinní provedení transplantace, ale ne méně důležitý je morální aspekt, který je zde zosobněn zejména osobností lékaře a celého zdravotnického personálu. Oni jsou jedněmi z adresátů, jimž chce tato práce nabídnout určitá východiska a perspektivy rozhodování a jednání.

Nejjednodušší situaci transplantace reprezentují transplantace ledvin.<sup>5</sup> Ledvina je párový orgán a odběr potřebné ledviny pro účely transplantace je možný jak z kadaveru – z mrtvého dárce, tak i ze živého dárce. Přednost se dává odběru z kadaveru, odběr ze živého dárce je povolován jen výjimečně, a to mezi úzce pokrevně příbuznými jedinci. Výhodou je, že existuje umělá ledvina, která je schopna převzít funkci selhávajícího orgánu.

Pokud se u pacienta prokáže akutní či chronické selhání ledvin, nabízejí se tři různé možnosti náhrady jejich funkce – hemodialýza, peritoneální dialýza, případně transplantace ledvin. V současné době jsou pro tyto léčebné procedury k dispozici moderní zdravotnické pomůcky, které výrazně zvyšují bezpečnost prováděných úkonů a přispívají rovněž ke zvýšení komfortu života pacientů.

Čekatel na transplantaci ledvin není tedy v časové tísní a může pravidelně docházet do dialyzačního programu tak dlouho, než se najde vhodný dárce.

V České republice je umělých ledvin dostatek. Obavy z nezdařené transplantace ledvin jsou minimalizovány, neboť každý pacient ví, že je možný návrat do chronického dialyzačního programu. Transplantace ledvin představuje pro indikované nemocné šanci, ale není řešením buď, anebo.

Většina laiků je přesvědčena, že klíčovým problémem transplantologie je chirurgická stránka věci. Pravidelně bývají opomíjeny problémy imunologické tolerance- nesnášenlivosti- a tím i výběr vhodného (kompatibilního) dárce.

Nezvýrazněná bývá existence nebo neexistence substituce, tedy reálné možnosti nahradit funkci selhávajícího orgánu přístrojem.

Budeme se zabývat problematikou transplantací rozdělenou podle dárcovství orgánů, právními předpisy, které v transplantologii je nutno dodržovat. Získáváním orgánů vhodných k transplantaci, také nelegálními snahami získání orgánů.

---

<sup>5</sup> Bulletin Transplantcentra IKEM, 2004

## 1. 2 Základní dělení

Jak jsme již výše zmínili, do této problematiky se mohou promítnout některé obecné zásady lékařské etiky jako je úcta k lidské osobě, předmětem zdravotnické péče není jen tělo, ale celý člověk. U nákladných zákroků nelze přehlížet finanční hledisko, ale je nutné vidět blaho a prospěch pacienta. V souvislosti s prováděním transplantací je nutné si uvědomit, že člověk má právo na důstojnou smrt a že mrtvé tělo má právo na přiměřenou úctu.

Transplantace orgánů pak lze rozdělit:

*Z živého dárce*, kde se za eticky důležité považuje:

- motiv (pomoc, nezištnost)
- respekt k vlastnímu životu, který nesmí být ohrožen
- dobrovolnost (rizikové skupiny jsou děti, chudí, vězni a cizinci)
- postradatelnost orgánu (párový nebo schopný regenerace)

*Z mrtvého dárce*:

Toto dárcovství se považuje za zásadně dovolené (Pius XII.: „*Mrtvý není právní subjekt*“):

- živý má přednost před mrtvým, pokud mu mrtvý může posloužit
- mrtvý však není živočich nebo biologický materiál, ale bývalý člověk, proto je třeba s jeho tělem pietně zacházet.<sup>6</sup>

Je diskutabilní, zda považovat biologický materiál nebo se zmiňovat jako o zdroji orgánů o bývalém člověku, proto se budeme později v dalších kapitolách zabývat principem personality, kdy osobní důstojnost zůstává v pietě. (Křesťanská etika trvá na názoru, že člověk v ohrožení života si smí vzít něco z majetku druhého člověka i

---

<sup>6</sup> Skoblík, J., Přehled křesťanské etiky. Karolinum: Praha.2004, str. 198

bez jeho souhlasu. Smí si vzít, co potřebuje k přežití – nikoli proto, že by na to měl právo, ale protože může v krajní situaci vlastníkův souhlas předpokládat.)<sup>7</sup>

Přenos orgánů představuje celou řadu etických problémů vzhledem k mezilidským vztahům, osobní a sociální odpovědnosti a předvídatelným následkům. Je diskutován zejména problém určení okamžiku smrti zemřelého, jemuž má být orgán odejmut. Je nutno jednat rychle, aby orgán nebyl zasažen rozpadem mrtvého organismu. Samo o sobě nejde o etický problém, když po bezpečně zjištěné smrti příslušný orgán může umělým oběhem udržet v použitelném stavu. Jsou tu však psychologické problémy. Ve skutečnosti se takto zachází s mrtvolou nepohřbenou.<sup>8</sup> A vnější zdání oklame cit mnoha lidí.

Průlomem bylo přenesení ledvin z blízkých příbuzných, obecně je ledvina odebraná právě zemřelé mrtvole stejně vhodná jako od živého dárce.

Důležitým kritériem je rozumná proporce mezi dobrem příjemce a ztrátou respektive rizikem dárce, a to ve smyslu, že ani ošetřující lékař ani budoucí příjemce nemohli odpovědně připustit zjevnou disproporci v neprospěch dárce. Svobodný souhlas předpokládá dostatečné informace. Nesmí být vyvíjen žádný tlak. Darování orgánu zakládá hluboké přátelství mezi dárce a příjemcem.

Vzájemný vztah může být zdravý jen tehdy, je-li dar přinesen svobodně a s vděčností přijat.<sup>9</sup>

Orgánový přenos z člověka neschopného souhlasu svobodného je morálně nepřijatelný mimo příklad, kdy budoucnost případného dárce závisí na přežití příjemce. Dnes by se však nikdy nemělo vyžadovat darování orgánu z živého dárce, je-li k dispozici vhodný orgán z mrtvého.

Snad nejčastěji diskutovaným problémem je, zda má rodina právo dát nebo odeprít souhlas s odběrem orgánů z těla zemřelého příbuzného.

Obecně se má za to, že člověk, jehož život už nemůže být zachován, nemá v zásadě námitky proti tomu, aby jeho orgány posloužily někomu dalšímu. Jisté je,

---

<sup>7</sup> Virt, G. Žít až do konce. Praha: Vyšehrad. 2000, str. 75

<sup>8</sup> Thielicke, H., Wer darf sterben? (Freiburg i.B., 1980), str. 50

<sup>9</sup> Srov. R: C.Fox, Organtransplantation. Social aspects, v. Encyklopedia of Bioethics III. 1166-1169. A. Elssässer, Organspende v. Theolog.prakt.Quartalschrift 128 (1980) 231- 246.

že třeba vždy zajistit, aby byl zcela naplněn opravdový zájem potencionálního dárce, což znamená, že je nutné učinit nejprve vše pro zachování života, teprve není-li to v silách lékařů, a když došlo ke smrti jako smrti mozku, lze zvažovat altruisticky opodstatnělé darování orgánů. Strategie „opting out“ předpokládá apriorní souhlas potencionálního dárce, strategie „opting in“ předpokládá naopak apriorní nesouhlas.<sup>10</sup>

Oba metodické přístupy se uplatňují v praxi a našly svůj výraz v legislativních úpravách jednotlivých zemí. Strategie „opting out“ je uznávána v České republice. Každému člověku, u kterého došlo ke smrti mozku a který je vhodným dárce, lze odebrat orgány s jednou jedinou výjimkou. Ta spočívá v nesouhlasu s tímto postupem, který ovšem musí vyjádřit ten, jehož se věc týká.

Prakticky to znamená, že nepřeje-li si občan, aby mu byly po jeho smrti odebrány orgány, musí v předstihu své negativní stanovisko vyjádřit. Vhodná je písemná forma a takto vyjádřený nesouhlas je účelné přiložit k občanskému průkazu.

Některé státy vyřešily organizační stránku projeveného nesouhlasu jinak. Například v Belgii ohlásí občan obecnímu úřadu, že si nepřeje být v budoucnosti dárce orgánů po své smrti. Tento důležitý údaj je zaznamenán do zvláštního registru, který je k dispozici všem transplantačním centrům v zemi. Občan má jistotu, že odběr orgánů nebude proveden proti jeho vůli.

I v naší zemi je nesouhlas striktně respektován. Četné problémy vznikají proto, že veřejnost není dostatečně poučena o základní a u nás platné strategii „opting out“.

Jednotlivý občané nemyslí „dopředu“ a velmi zřídka projevují náležitým způsobem nesouhlas. Rodinní příslušníci jsou pak překvapeni, že jejich nesouhlas či souhlas není právoplatný.

Strategie „opting in“ naopak předpokládá nesouhlas a vyžaduje vyjádření souhlasu. Každý občan, který se zamyslel nad problematikou dárcovství orgánů, si může opatřit tzv. dárcovskou kartu, kde svůj souhlas s odběrem orgánů po své smrti

---

<sup>10</sup> Land, W., Dossetor, J.B-(Eds).Organ replacement Therapy: Ethics Justice.Comerce.Berlin, Sprinte, 1991

předepsaným způsobem vyjádřil. V Anglii je například „Dárcovská karta“ součástí nově vydávaných řidičských průkazů.

Přehled o zákonných úpravách souhlasu s odběrem orgánů v jednotlivých zemích, byl zveřejněn například v časopise Transplantace.

Země, kde platí předpokládaný souhlas s posmrtným odběrem orgánů:

Česko, Slovensko, Rakousko, Francie, Belgie, Maďarsko, Finsko, Itálie

Země, kde platí předpokládaný nesouhlas s posmrtným odběrem orgánů:

Austrálie, Japonsko, USA, Irsko, Kanada, Německo, Dánsko, JAR

Informovaný souhlas příjemce

Nemocný, kterému má být orgán transplantován, má být velmi podrobně informován o své situaci, o všech rizicích operace a případného nepřijetí orgánu jeho organismem (informovaný souhlas příjemce).

Je třeba také zvážit otázku vlivu na osobnost a integritu člověka – zejména v případech transplantací částí mozku či pohlavních orgánů, které jsou ale poměrně vzácné.

I při běžnějších transplantacích může dojít k porušení psychiky z vědomí, že člověk vlastní cizí orgán.

Obě základní strategie mají své výhody i nevýhody. V případě „opting out“ bývá organizačně složité vytvořit vhodný systém, jak se rychle a spolehlivě dozvědět o vyjádřeném souhlasu.<sup>11</sup>

Technicky vyřeší tento problém počítačová síť a trvale aktualizované databáze Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů, eventuálně Internet. V souvislosti s „opting out“ je třeba opakovaně vzdělávat veřejnost a vyzývat ji k dárcovství. Tam, kde je odběr vázán na souhlas bezprostředních příbuzných, hrozí časová prodleva (dotyčný je např. na služební

---

<sup>11</sup> Wolfslast, G. Právní aspekty transplantací orgánů: přehled evropského práva. Transplantace (Bulletin Transplantcentra IKEM), únor 1994, s. 4-5

cestě, na dovolené na vzdáleném místě apod.) a psychická zátěž. Je-li totiž příbuzný informován o náhlém úmrtí svého bližního a současně je dotazován, zda souhlasí s odběrem orgánů ze zemřelého těla, vzniká nelehká rozhodovací situace. Ostatně tyto důvody vedly nakonec k tomu, že se Česká republika přiklonila ke strategii předpokládaného souhlasu.

Zbývá doplnit, že odběrové i transplantační týmy pracují vždy odděleně, což je další „pojistka“ proti zneužití. Odběry orgánů se mohou provádět pouze na určitých specializovaných pracovištích nebo odběr provádí speciální tým, kde právě zemřel potenciální dárce.

Úspěšný transplantační program ČR je založen na předpokládaném souhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů za účelem transplantace.

Proto od r. 2006 existuje Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Registr umožňuje občanům využít svého práva a vyjádřit s tímto svůj nesouhlas. Registr takové občany eviduje a umožňuje tak zajistit, aby těmto občanům nebyly specifikované tkáně ani orgány odebrány.

Registr osob nesouhlasících existuje dva a půl roku, byl schválen před třemi roky a měl ukončit dohady, jestli lékaři mohou člověku, u kterého potvrdili mozkovou smrt, odebrat zdravé orgány k transplantaci, i bez souhlasu blízkých.

Lékaři nicméně vždycky žádají o souhlas, i u pozůstalých, jejichž blízký v registru zapsaný není. Transplantační zákon hovoří jasně o tzv. „předpokládaném souhlasu“. Je to však citlivá oblast a registr existuje teprve krátce.

Vyjádření nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů je možno vyjádřit:

a) ve zdravotnickém zařízení, kdy je vyjádření nesouhlasu stvrzeno podpisem pacienta, ošetřujícího lékaře a svědka. Pokud se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže sám podepsat, potvrdí projev jeho vůle ještě další svědek. Pokud se jedná o nezletilou osobu, nebo osobu zbavenou způsobilosti, podepíše zápis její zákonný zástupce a ošetřující lékař. Originál zápisu se ukládá do zdravotnické dokumentace pacienta. Kopie zápisu se zasílá nejpozději do 3 dnů od jejího sepsání na adresu Koordinačního střediska pro resortní zdravotnické informační systémy ke

zpracování a zaevidování do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů.

b) mimo zdravotnické zařízení, kdy je zápis vyjádření nesouhlasu stvrzen podpisem občana a jeho podpis je úředně ověřen. Pokud je vyjádření nesouhlasu vystavováno za nezletilou osobu, nebo osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům, podepíše zápis vyjádření nesouhlasu její zákonný zástupce. Úředně ověřený zápis vyjádření nesouhlasu se zasílá na adresu Koordinačního střediska pro resortní zdravotnické informační systémy ke zpracování a zaevidování do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů.

Zákon 285/2002 § 21 bod 1, d), e) stanoví následující povinnosti zdravotnických zařízení, která provádí odběry a transplantace: d) zjišťovat informace z Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů pro účely provádění odběrů od zemřelých dárců, respektovat takto vyslovený nesouhlas s odběrem, e) ověřovat další způsoby prokazatelného vyslovení nesouhlasu s posmrtným odběrem stanovené tímto zákonem a respektovat takto vyslovený nesouhlas.

Sankce za porušení zákona jsou jasně stanoveny v § 209a Trestního zákona 140/1961 Sb.

### 1. 3 Lidsko –právní rámeč

Celosvětový standard lidských práv, který se týká problematiky zdravotnictví a ochrany práv občanů v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, není jednotně kodifikován. Je rozptýlen v řadě obecných úmluv a paktů o lidských právech. Lze poukázat například na mezinárodní pakty ze šedesátých let a nepochybně též na Úmluvu o právech dítěte.



Podrobnější a propracovanější úmluvy o lidských právech jsou nepochybně úmluvy evropské. Jádrem je Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod z r. 1951 (ETS005, v ČR přijata pod č. 209/1992Sb.). Tato úmluva v současné době platí ve znění s přílohou 11 dodatkových protokolů. Forem pro přijímání těchto mezinárodních úmluv je Rada Evropy, založená v roce 1949. Při ní působí orgány pověřené kontrolou dodržování sjednaných závazků v oblasti lidských práv, zejména Evropský soud pro lidská práva, se sídlem ve Štrasburku.

Významnou úmluvou zasahující do problematiky lidských práv v oblasti zdravotnictví je rovněž Evropská sociální charta z r. 1961, (ETS035, v ČR přijata pod č. 14/2000 Sb.m.s.). Tato úmluva má především rámcový charakter a práva touto chartou zakotvená nejsou zpravidla přímo uplatnitelná. Postihuje právo na ochranu zdraví (článek XI.), právo na dostupnou lékařskou péči a pomoc (článek XIII.), dále se věnuje zdravým pracovním podmínkám apod.

Je třeba zmínit Úmluvu o závodních zdravotnických službách, publikovanou u nás pod č.415/1988 Sb. a Úmluvu o právech dítěte pod č. 104/1991 Sb., které se rovněž významně dotýkají problematiky ochrany lidských práv ve zdravotnictví.

Největší konkrétní dopad na uplatňování lidských práv a základních svobod oblasti zdravotnictví v současné době nepochybně má Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, z r. 1997 (ETS 164, v ČR č. 96/2001 Sb. m.s.). Tato úmluva, stejně jako ostatní smlouvy o základních lidských právech a svobodách, které byly přijaty Českou republikou, má v ČR přednost před běžnými zákony.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně z r. 1977, ratifikovaná Českou republikou v r. 2001, tak nabývá zcela konkrétního významu pro uplatňování práva ve zdravotnictví v ČR.

Cílem Úmluvy je zaručit každému člověku nedotknutelnost jeho práv a základních svobod a zajistit mu důstojnost lidské bytosti a svébytnost, potřebu respektovat lidskou bytost jednak jako jednotlivce a zároveň jako člena lidského rodu a uznávající důležitost zajištění důstojnosti lidské bytosti.

Zásady a obecná pravidla obsažená v Úmluvě se netýkají pouze jednotlivců, ale i prospěchu společnosti a lidstva jako celku.

Jedna z hlavních zásad je, že ochrana zájmů a blaho jednotlivce jsou považovány za nadřazené zájmům společnosti i zájmům vědeckého pokroku jako takového.

Ve všech bodech Úmluvy je respektována svébytnost člověka a ochrana jeho soukromí.

Ústřední místo v Úmluvě zaujímá právo na sebeurčení každého jednotlivce a ochrana prospěchu každého jednotlivce, který má přednost před zájmy výzkumu a komerčním využitím. Právo každého jednotlivce na sebeurčení je vyjádřeno i v zásadě, že musí být respektována dříve vyjádřená přání pacienta.

Provedení jakéhokoli zákroku je podmíněno souhlasem pacienta, který musí být předem řádně a srozumitelně informován o podstatě zákroku, jeho důsledcích a rizicích. Tento souhlas může nahradit jedině souhlas zákonného zástupce nebo pověřené instituce.

Úmluva definuje podmínky provedení zákroků v různých problematických situacích, kdy pacient není právně způsobilý nebo není schopen z jiného důvodu učinit sám za sebe svobodné, odpovědné rozhodnutí.

Proto jsou věnována speciální ustanovení ochraně nezletilých a duševně nemocných, stavu nouze, který vyžaduje neodkladná řešení.

Obecně lze říci, že Úmluva konkretizuje některé obecné zásady obsažené v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a základních svobod pro oblast poskytování zdravotní péče a biomedicínského výzkumu a jeho využití: právo každého jednotlivce rozhodovat o vlastním osudu a těle a právo na ochranu soukromí a integrity.

V úmluvě je vyjádřen princip, že lidské tělo a jeho části nesmí být zdrojem finančního prospěchu. (Článek 22 - Nakládání s odebranou částí lidského těla, kapitola VII - Zákaz finančního prospěchu a nakládání s částmi lidského těla, článek 21 - Zákaz finančního prospěchu)

Tato tzv. Bioetická konvence zákonitě vychází z univerzálního a mezinárodně uznávaného kodexu, vytvořeného Organizací spojených národů, který mohou přijmout všechny národy a každý člověk se na něj může odvolávat. OSN definovala širokou

škálu mezinárodně přijímaných práv, včetně práv ekonomických, sociálních a kulturních, občanských a politických, a zároveň vytvořila mechanismy zajišťující ochranu těchto práv a podporující vlády při jejich naplňování.

Základem souboru je Charta OSN a Všeobecná deklarace lidských práv, které přijalo Valné shromáždění v letech 1945 a 1948. V průběhu let byly tyto dokumenty rozšiřovány, takže dnes obsahují i ochranu žen, dětí, tělesně či duševně postižených, ochranu menšin, migrujících pracovníků a dalších ohrožených skupin. Tyto skupiny mají v současné době práva, která je chrání před nejrůznějšími formami diskriminace, jež byly po léta v mnoha společnostech považovány za běžné. Práva byla rozšiřována díky přelomovým rozhodnutím Valného shromáždění, postupně byla prosazena jejich všeobecná platnost, nedělitelnost a soulad s rozvojem a demokratizací. Světová veřejnost byla prostřednictvím vzdělávacích kampaní vytrvale informována o svých nezczitelných právech, školicí programy a technická pomoc OSN umožnily celé řadě států zlepšit soudní a trestní systémy.

Lidská práva jsou definována jako

- práva, která jsou neodmyslitelná našemu prostředí a bez nichž bychom nemohli žít jako lidské bytosti
- dovolují nám plně rozvíjet naše lidské kvality, naši inteligenci, schopnosti, vědomí, uspokojovat potřeby
- nutný respekt (nezasahování) a ochrana (aktivní prvek)
- jsou univerzální (bez diskriminace)
- mohou být omezena pouze pokud ohrožují či omezují podobná nebo srovnatelná práva jiných
- jsou založeny na rostoucím požadavku lidstva na život a na důstojnosti

Problematika transplantací se opírá o následující zavazující etické kodexy:

- Charta práv dětí hospitalizovaných v nemocnici
- Charta práv tělesně postižených osob
- Deklarace práv duševně postižených lidí
- Deklarce o prosazování práv pacientů v Evropě
- Doktorská sponze

- Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů
- Etický kodex České lékařské komory
- Evropská charta pacientů seniorů
- Evropská sociální charta
- Pařížská charta proti rakovině
- Práva pacientů - text Amerického svazu občanských svobod
- Přísaha Hippokratova
- The World Medical Association Statement on Medical Education
- Vysvětlující zpráva k úmluvě o lidských právech a biomedicíně
- World Medical Association Statement on Professional Responsibility for Standards of Medical Care
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Práva a povinnosti lékaře - Etický kodex ČLK

Nesmíme zapomenout na základní a první etický kodex - Desatero přikázání božích- bez ohledu na osobní víru či nevíru ovlivňuje kulturu i společnost.

Přijetím transplantčního zákona (zákon č. 285/2002 Sb.) došlo k nahrazení do té doby stručné a roztržité právní úpravy, která vycházela zejména z ustanovení § 26 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, kde se uvádí:

„(1) Pro potřeby léčebně preventivní péče a vědeckovýzkumné práce organizují a provádějí zdravotnická zařízení odběr krve a odnímání tkání a orgánů.

(2) Odběr krve a odnímání tkání a orgánů živým osobám mohou být provedeny jen se souhlasem dárce a nesmějí ohrožovat jeho zdravotní stav. Dárcům se zabezpečuje zvýšená péče o jejich zdraví.“

Vedle obecného ustanovení od odnímání tkání a orgánů v prvním odstavci bylo ve druhém odstavci zakotveno základní a zároveň jediné hmotněprávní ustanovení o dárcovství ze živých osob.

Vedle výše uvedeného zákonného ustanovení upravovala transplantace podzákoná norma – vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřbívání:

„(1) Pro speciální diagnostická vyšetření a pro léčebné a vědeckovýzkumné účely je možno z těl mrtvých odnímat po úmrtí tkáně, je-li tamožno provést takovým způsobem, který neohrozí ani živého člověka.

(2) Vyžaduje-li to povaha odnímaného orgánu, popřípadě účel jeho použití, lze výjimečně odnímat tkáně a orgány (dále jen orgány) před uplynutím dvou hodin od zjištění úmrtí za podmínek, které stanoví ministerstvo zdravotnictví ČSR zvláštním předpisem. /Tímto zvláštní předpisem byla směrnice Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 24/1977 Věst. MZ ČSR, ve znění směrnice č. 1/1984 Věst. MZ ČSR.)

(3) Odnímat orgány lze jen za podmínky, že nebude zmařen účel pitvy, a to zejména v případě, kdy prohlízející lékař má podezření z trestného činu.

(4) Orgány z těl mrtvých odnímat

a) u zemřelých, kteří za svého života písemně prohlásili, že s odnětím nesouhlasí,

b) nemůže-li prohlízející lékař zjistit příčinu smrti mozku, anebo má podezření, že příčinou smrti je přenosná nemoc,

c) u zemřelých ve výkonu trestu odnětí svobody.“

V odstavci čtvrtém písmenu a) vyhlášky byla nepřímou stanovena zásada tzv. předpokládaného souhlasu, která byla převzata i do současné právní úpravy. Způsob, jakým mělo dojít k vyloučení souhlasu s posmrtným odběrem, ovšem dále konkretizován nebyl a k samotnému vyloučení souhlasu docházelo zřídka.

Tolik k právní úpravě z doby minulé. Je zřejmé, že taková úprava byla z hlediska právní ochrany a jistoty nedostatečná a neposkytovala lékařům a hlavně ani pacientům pevně stanovená pravidla a postupy.

## 1.4 Právní úprava v ČR

Ve snaze zabránit případům, které jsou často námětem novinářských článků a reportáží, bylo základním účelem nové úpravy transplantačního zákona posílení právních záruk správného postupu při odběrech a transplantacích tkání a orgánů a zajištění práv živých i mrtvých dárců tkání a orgánů a rovněž i pacientů, kterým jsou tkáně a orgány transplantovány. Právní úprava stanovená transplantačním zákonem je srovnatelná s obdobnými evropskými úpravami a respektuje mezinárodní úmluvy, jimiž je Česká republika vázána.

Zákon č. 285/2002 Sb., ze dne 30. května 2002, o darování, odběrech, a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů - transplantační zákon<sup>12</sup> přesně vymezuje definice základních pojmů, s nimiž transplantační zákon operuje, jedná se o první skutečné koncepční zpracování dosud hojně používaných termínů „transplantačního práva“.<sup>13</sup>

Obsahuje rovněž ustanovení Etické komise, která je stanovena jako stálá komise, což je zvláštní orgán předpokládaný i Úmluvou, zřizovaný za účelem vydání souhlasu či nesouhlasu s provedením odběru orgánu dárci ve prospěch příjemce, který není jeho osobou blízkou (ust. § 3 ods. 2 písm. b/ bod zákona), nebo nesouhlasu, resp. nesouhlasu, s provedením odběru obnovitelné tkáně nezletilé osobě, osobě zbavené způsobilosti nebo osobě neschopné vyslovit souhlas (ust. § 4 ods. 1 písm. e/zákona).

Etická komise je nepochybně jedním z hlavních nástrojů zvýšené ochrany osoby dárce v případech, kdy je této s ohledem na okolnosti a riziko transplantace třeba.

Stanovuje podmínky odběru od zemřelých dárců, nepřípustnost odběru od zemřelého dárce, jak postupovat s odebranými orgány a za jakých podmínek lze provádět pitvu. Smluvní strany se dále zavazují, že budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti. Nový zákon zavádí ustanovení 4 nových registrů, související s transplantacemi,

---

<sup>12</sup> Mach, J., Zdravotnictví a právo, Praha:Orac. 2003, str.24

<sup>13</sup> Úř. věst. L 33, 8.2.2003, str.30–40

povinnosti zdravotnických zařízení při poskytování zdravotní péče, transplantační centra., stanovuje činnost Koordinačního střediska transplantací.

Stanovuje také principy, na nichž je ustanovena mezinárodní spolupráce.

Jsou zde stanoveny i pokuty a sankce za protiprávní jednání, ustanovení § 29 za porušení povinností uložených tímto zákonem.

Zákon je rozdělen do několika hlav, postupně upravujících různé otázky související s transplantacemi. Rozsáhlá diskuze se v Parlamentu a mezi lékaři vedla mimo jiné o definici pojmu smrti, pojmu, který tak úzce souvisí s posmrtným odběrem tkání a orgánů a bez jehož jasného vymezení není pro posmrtný odběr možno zaručit přesná pravidla. Nakonec byla ustanovena definice jednodušší, která smrt definuje jako nevratnou ztrátu funkce celého mozku, včetně mozkového kmene (návrh zákona počítal ještě s druhou částí definice, která smrtí mozku rozuměla rovněž nevratnou zástavu krevního oběhu a dechu).

#### 1.4.1 Transplantace inter vivos:

Část zákona upravující odběr tkání a orgánů od žijících dárců stanoví přesná pravidla, za kterých je možné takovýto odběr učinit. Odběr od žijícího dárce lze provést pouze ve prospěch příjemce, jenž je vůči dárci osobou blízkou (osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní) a není-li příjemce osobou blízkou, lze transplantaci učinit, jen prokáže-li dárce písemně a před notářem tuto svou vůli či vyjádří-li s tímto darováním souhlas nově zřízená Etická komise (Etická komise je nezávislá komise tvořena nejméně 5 členy – lékaři, klinickým psychologem a právníkem, která působí u zdravotnického zařízení provádějícího transplantace a která posuzuje zejména případy darování od žijícího dárce ve prospěch osoby, která není osobou blízkou, nebo případy darování obnovitelné tkáně nezletilým osobám, osobám zbaveným způsobilosti nebo osobám neschopným vyslovit souhlas.). Od nezletilých osob a osob zbavených způsobilosti k právním úkonům lze provést odběr pouze obnovitelných tkání, a to za podmínek, že

není k dispozici žádný jiný vhodný dárce, příjemcem je sourozenec dárce, darování představuje možnost záchrany života příjemce, zákonný zástupce dárce vyslovil s odběrem souhlas, souhlas vyslovila Etická komise a sám dárce s odběrem nevyslovuje nesouhlas.

#### 1.4.2 Transplantace ex mortuo:

Právní úprava odběru tkání a orgánů od zemřelých dárců zahrnuje nejen podmínky přípustnosti odběru, ale upravuje i zacházení s odebranými orgány a tkáněmi, zaručuje úctu k zemřelému a zakotvuje povinnost sdělení předpokládaného odběru ze zemřelé osobě jemu blízké.

Odběr od zemřelého dárce lze provést, jen byla-li zjištěna smrt. Zákon podrobně rozebírá postup zjištění smrti a vedení protokolu o smrti. Odběr nelze provést od zemřelého, který za svého života prokazatelně vyslovil nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů (podrobněji viz dále), dále nelze odběr provést, pokud nelze vyloučit, že zemřelý trpěl nemocí či stavem, který by mohl ohrozit život příjemce a od zemřelého, kterého nelze identifikovat.

Výběr nejvhodnějších příjemců je založen na principu medicínské naléhavosti a rovnosti čekatelů. Příjemce nebo v případě osob nezletilých či nezpůsobilých jejich zákonný zástupce musí dát s transplantací výslovný souhlas.<sup>14</sup>

Legislativa, která se vztahuje k právní stránce provádění transplantací:  
(Viz také příloha č. III.)

- Věstník MZ 1984
- 1. 9. 2002 – Zákon o darování, odběrech a transplantací tkání a orgánů a o změně některých zákonů, č. 285/200
- předpokládaný souhlas
- národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů
- povinnost informovat o možných dárcích
- odběr až po výše uvedených vyšetřeních
- protokol o zjištění smrti

---

<sup>14</sup> Úř. věst. L 102, 7. 4. 2004, s. 48–58.



## 1.5 Protiprávní praktiky

Jedním z možných důsledků nedostatku orgánů je obchodování s lidskými orgány, které provádějí organizované zločinecké skupiny, jež vyhledávají a odebírají orgány v rozvojových zemích a předávají je příjemcům v Evropské unii.

Existuje značný nesoulad mezinárodního dosahu, jenž se týká otázky, zda by prodej a nákup orgánů pro transplantace měl či neměl být legálně přípustný. Mnohé země již podobné obchody označily za nezákonné.

Problémem je, zda má být povolen prodej orgánů. Opět nacházíme dva mezní názory: za žádnou cenu a určitě ano. Není těžké najít argumenty pro první názor: pokud jde o orgány ze zemřelých, je nutný velmi kvalifikovaný odběr a uchovávání a transport, takže zde otázka neregulovaného prodeje či prodeje vůbec nemá smysl. Jsou uzavřeny mezinárodní dohody a pracují mezinárodní registry, které umožňují výměnu orgánů mezi státy.<sup>15</sup> Jedná se spíše o prodej orgánů živými dárci. K prodeji jsou dárce většinou nuceni špatnou ekonomickou situací a fakt prodeje orgánů jistě zvýhodňuje ty, kteří mohou orgán zaplatit, což vážně narušuje snahu o transparentní a co nejspravedlivější rozhodování o tom, který z čekatelů orgán dostane. Ti, kdo prodej orgánů podporují, tvrdí, že zákazem jenom ještě ztížíme situaci zuboženého, pro kterého je prodej orgánu jedinou šancí, jak např. uživit rodinu, poslat dítě do školy apod. Tady nepomůže zákaz prodeje orgánů, ale zlepšení sociální situace těch nejchudších.

### 1.5.1 Obchod s orgány

Nedostatek orgánů pro transplantaci může vést také k nezákonným praktikám, k obchodu s lidskými orgány. Jako všude v západních zemích, i u nás, počet čekatelů na vhodný orgán k transplantaci daleko převyšuje počet dárců orgánů,

---

<sup>15</sup> <http://www.ledviny.cz/categ-transplantace.html>

zemřelých i živý. Nedostatek orgánů k transplantaci je tak naléhavý, že dal vzniknout čilému černému trhu s orgány, zejména ledvinami. Kupčení s lidskými orgány světová veřejnost dosud odsuzuje. Obchod s lidskými orgány je pokládán za morální selhání, ne-li hyenismus a státní moc prodej orgánů trestá vězením. Lékaři, kteří se k tomu propůjčí, ztratí oprávnění k výkonu povolání. Zatím se v celém civilizovaném světě o poskytovateli orgánu mluví jako o dárci - ne prodejci, ale hlasy volající po změně, po legalizaci obchodu s lidskými orgány, sílí.

I když na mezinárodní úrovni není o tomto obchodu vedena evidence, je zřejmé že se nezákonná činnost stává lukrativní možností zvýšení zisků mezinárodních gangů. K tomu jsou zneužíváni především lidé z velmi slabých sociálních skupin, pro které je prodej vlastního orgánu často jediným možným prostředkem pro získání finančních prostředků a řešení svízelné životní situace.

Tento specifický druh nezákonného obchodu však není ve světě ničím novým. Již v osmdesátých letech byla zaregistrována v Asii takzvaná transplantační turistika. Asiáté z vyšších vrstev z různých zemí cestovali do Indie a jiných států jihovýchodní Asie, aby získali od chudých dárců požadované lidské orgány. Od té doby se obchod rozšířil i do dalších světových lokalit. I když je tento obchod v Evropě ve srovnání s ostatními kontinenty méně rozšířen, přesto znamená vážný politický a etický problém.

Objevuje se navíc černý trh se všemi svými negativními důsledky: nižší kvalita, obtížně překonatelná asymetrie informací, prémie za riziko, nemožnost „reklamace“, mafiánské praktiky apod.<sup>16</sup>

Ustanovení Úmluvy o ochraně lidských práv v kapitole VII. čl. 21– o zákazu finančního prospěchu a nakládání s částmi lidského těla vytyčuje zásadu, že lidské tělo a jeho části nesmějí být zdrojem finančního prospěchu. Lidské orgány a tkáň včetně krve by se neměly kupovat nebo prodávat nebo být zdrojem finančního prospěchu pro osobu, které byly odňaty, nebo pro jakoukoli třetí stranu včetně zdravotnického zařízení. To však nevyklučuje, aby technické činnosti jako odběr vzorku, testování, čištění, skladování, doprava a podobně, které se s orgány a tkáněmi provádějí, nemohly být přiměřeně odměněny. Finanční prospěch je vyloučen jako odměna za orgán či tkáň jako takový.

---

<sup>16</sup> <http://www.transplantace.eu/ledviny/uvod.php>

Toto ustanovení rovněž nebrání osobě, které byl orgán odebrán, aby nepřijala určitou kompenzaci, která není odměnou, ale přiměřeným odškodněním za výdaje nebo ušlý příjem.

(Výše uvedené ustanovení se netýká produktů, jako jsou vlasy a nehty, tedy tkání odložených jako nepotřebné, jejichž prodej se netýká lidské důstojnosti).

Toto ustanovení Úmluvy je v rámci celé České republiky promítnuto do zákona č. 285/2002 Sb. kdy podle § 28 je stanoven zákaz finančního prospěchu nebo jiných výhod a zákaz obchodování s tkáněmi a orgány, a do novely zákona o péči a zdraví lidu (§ 26ods. 10., který se vztahuje na použití částí těla pacienta a použití těla zemřelého i mimo režim transplantace).<sup>17</sup>

### 1.5.2 Trh s orgány

Povolení trhu s orgány by se mohlo týkat jednak zemřelých dárců, jednak žijících dárců, aby nabídka byla co nejširší. U zemřelých by přicházela v úvahu možnost kompenzace za poskytnutí orgánů v případě smrti třeba na účet pozůstalých. Ať tak či onak, našli by se lidé, kteří by jinak orgány z čistého altruismu neposkytli, ale finanční kompenzace by je přiměla změnit postoj. Výsledkem by byla vyšší nabídka, cenový mechanismus by eliminoval převis poptávky. V praxi by to znamenalo konec čekacích listin a méně předčasně zemřelých. Rovněž pokusy o krajní řešení, které mnozí, zejména v méně rozvinutých zemích, spatřují v černém trhu, by ztratilo své opodstatnění.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace<sup>18</sup> je až deset procent transplantací ve světě provedeno nelegálně. Obchodování a nezákonné odběry orgánů se odehrávají hlavně v Indii, Číně, Turecku, Pákistánu, Rusku či Rumunsku. Trh s lidskými orgány čile bují také v Jižní Americe.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Judikatura Ústavního soudu ČR, Nakladatelství Eurolex Bohemia

<sup>18</sup> <http://www.who.cz/>

<sup>19</sup> <http://www.ledviny.cz/categ-transplantace.html>

Časopis *Focus* se pokusil vyčíslit kolik na černém trhu stojí jednotlivý orgán, ledviny 6000-12000 USD. Avšak třetina lidí, kteří si nechali transplantovat orgán prostřednictvím černého trhu, nakonec postoupila novou operaci. Pokud nezemřeli, stejně si nakonec museli stoupnout do fronty legálních čekatelů.

Odstrašujícím případem je podle jeho slov Irán, kde státní systém organizující poskytování ledvin „fungoval“ od roku 1988. Lidé za ledvinu dostali 2000 USD, scházela však následná péče o ně. Následovala předčasná úmrtí nebo těžké zdravotní komplikace. U nás jsou dárci doživotně sledováni, jedenkrát ročně chodí na pravidelnou kontrolu k lékaři. Přestože je obchodování s orgány na celém světě postaveno mimo zákon, sehnat si například ledvinu není vůbec obtížné. Rájem transplantací je zejména Pákistán, který si ve světě vysloužil přívlastek ‚ledvinový bazar‘. Ještě před několika měsíci v zemi neexistoval zákon, který by prodej orgánů omezoval.<sup>20</sup>

Podle statistik zde bylo ročně transplantováno kolem 2 000 ledvin, z toho celých 70 % cizincům, zejména ze Saúdské Arábie, Británie a Kanady. Po vydání zákazu se množství provedených transplantací snížilo. Obchod, ve kterém se točí obrovské peníze, výrazně zasahuje i do okolních států.

Tresty jsou sice přísné, ale zákony mnohdy děravé, a výdělek tak předčí všechna rizika. V Pákistánu můžete sehnat ledvinu už za 5 000 dolarů, v okolních státech je cena vyšší. ‚Dobrovolnými‘ prodejci ledvin jsou nejčastěji vesničané, kteří chtějí uchránit své rodiny od smrti hladem.<sup>21</sup>

Evropská unie se nyní snaží alespoň o to, aby pacienti měli větší šanci na získání orgánů. Navrhuje, aby vznikla karta dárce, díky níž by bylo možné v rámci Unie podchytit lidi, kteří jsou ochotni v případě smrti věnovat orgán někomu jinému. Uvažuje se rovněž o vytvoření jednotlivých pravidel pro poskytování orgánů tam, kde jich je zrovna akutní nedostatek.

---

<sup>20</sup> <http://www.ledviny.cz/categ-transplantace.html>

<sup>21</sup> *čar*, Jackie Středa 4.6. 2008, Právo

## 1. 6 Hlasy církve a náboženských společností

Z oficiální církve zaznívá hlas, že si můžeme si zvolit darovat naše orgány, abychom zachránili životy mnoha lidí. Rozhodnutí darovat na konci života, je začátkem znovunalezení života pro mnoho ostatních.

Křesťanství zaujímá postoj k tělu a duši jako celku, které byly stvořeny podle obrazu Božího (srov. Gn 1,27). Tělesný život je dar Boží, avšak život není člověku dán k tomu, aby jím volně disponoval, nýbrž, aby ho spravoval. Život tedy nelze pokládat za nejvyšší hodnotu, ale je třeba dát ho do služby Bohu a druhým lidem.<sup>22</sup>

Ježíš ukázal svým vlastním životem, jak námi v utrpení láska umožňuje přijmout za vlastní potřeby druhých. Uzdravení a záchrana života je velký dar. Ježíš vyslal svých dvanáct učedníků s příkazem uzdravovat nemoci.

*„Nemocné uzdravujte, mrtvé probouzejte k životu, ... zadarmo jste dostali, zadarmo dejte.“<sup>23</sup> (Mt 10,8)*

Přenos orgánu z živého dárce způsobil nejprve v katolické<sup>24</sup> církvi spory. Od samého začátku byl dobrovolný akt daru párového orgánu, např. jedné ledviny, pokládán za vysoce mravní čin, na druhé straně některými římskými teology byl viděn díky odstranění živého orgánu jako nemorální jednání, jež nemohlo být v žádném případě omluveno dobrým úmyslem a záchranou života. Hlavním argumentem k tomuto stanovisku byl postoj i Pia XII.: *„Mimo organismus nemá jednotlivý orgán ze své přirozenosti žádný smysl a finalitu. Je beze zbytku absorbován celkem organismu, k němuž patří.“<sup>25</sup>* Tento argument sledoval odmítnutí zásahu totalitní společnosti do integrity člověka a jeho tělesného života. Na druhé straně říká tradiční zdravý názor, že orgán nevykonává jen přímou funkci v celku organismu, ale je i částí osoby v jejím vznešeném povolání k obětavé lásce k bližnímu.

---

<sup>22</sup> Peschke, K.-H., Křesťanská etika, Praha:Zvon. 2004, str. 224

<sup>23</sup> Matouš kap. 10,8

<sup>24</sup> Häring, B., Bioetika, Freiburg: Duch a život. 1981, str. 52

<sup>25</sup> Pius XII., v AAS 44 (1952) 779-789, cit. 786n; srov. AAS 48 (1956) 461n.

Proto rozumné darování párového orgánu, který druhému zachraňuje život a dárci umožňuje naplněný další život nebo ho dokonce obohacuje, je naplněním nejvyššího lidského povolání. Nelze to však chápat ve smyslu pouhé etiky sebenaplnění, podle níž je poslední normou pro celostní pohled zmnožení vlastních hodnot.

„V teologické perspektivě je to právě transcendence vlastního já, jež prospívá tomuto já nepřímou, přičemž tento prospěch není prvním a převládajícím motivem odříkání v obětavé lásce.“<sup>26</sup>

*„Každá transplantace orgánu má svůj původ ve velmi eticky hodnotném rozhodnutí... právě v tom spočívá ušlechtilost činu, který je opravdovým činem lásky. Proto je třeba lidským srdcím vstěpovat ryzost a hloubku lásky, která se může projevit rozhodnutím stát se dárcem orgánu.“<sup>27</sup>*

*„U transplantací je nutné respektovat svobodnou vůli dárce. Pokud se tomu někdo rozhodne, tak novější křesťanská etika to dokonce hodnotí jako skutek obětavé lásky... V tomto směru se církev chová velmi statečně a obhajuje naprosto zásadní hodnoty lidskosti.“<sup>28</sup>*

Jan Pavel II. o přínosu transplantací:<sup>29</sup>

*„ Transplantace se postupně ukázaly jako platný prostředek k dosažení prvořadého cíle vší medicíny, jímž je služba lidskému životu. Právě proto jsem ve své encyklice Evangelium Vitae naznačil, že jednou z cest rozvíjení autentické kultury života „je darování orgánů provedené eticky přijatelným způsobem, proto aby šanci na zdraví, ba i život samotný, dostali nemocní, kteří někdy již jinou nadějí nemají.“ (čl. 86).*

---

<sup>26</sup> Häring, B., Bioetika, Freiburg: Duch a život. 1981, str. 53

<sup>27</sup> Jan Pavel II. o transplantacích:<sup>27</sup> *Řeč k účastníkům kongresu o orgánových transplantacích, 20. června*

<sup>28</sup> .PhDr.Tomáš Halík .

<sup>29</sup> Jan Pavel II. o transplantacích:<sup>29</sup> *Řeč k účastníkům kongresu o orgánových transplantacích, 20. června 1991*

*Podobně jako všechny výsledky lidského zkoumat ve světle rozlišující antropologické a etické reflexe, předkládá i tato konkrétní oblast lékařské vědy, spolu s nadějí na zdraví pro mnohé, i některé kritické problémy, jež je nutno zkoumat ve světle rozlišující antropologické a etické reflexe.*

*I v této oblasti medicíny musí být základním rozlišovacím kritériem obrana a podpora integrálního dobra lidské osoby, v souladu s jedinečnou důstojností, která nám přísluší pro naše lidství.*

*Jak jsem již poznamenal při jiné příležitosti, má každá transplantace orgánů svůj počátek v rozhodnutí velkého etického významu: „nabídnout bez nároku na odměnu část vlastního těla pro zdraví a prospěch druhé osoby“. Právě v tom spočívá ušlechtilost činu, který je projevem opravdové lásky. Nejde jen o to, že se vzdáváme něčeho, co nám patří, ale že dáváme kus sebe sama, protože „vzhledem k podstatné jednotě s duchovou duší, nelze lidské tělo považovat jen za souhrn tkání, orgánů a funkcí...spíše je konstitutivní částí osoby, která se skrze ně projevuje a vyjadřuje“ (Kongregace pro nauku víry, *Donum Vitae*, 3).“*

Jan Pavel II. o dalších možnostech vývoje transplantační medicíny:

*„Díky dílu tolika velkorysých a vysoce školených lidí bude vědecký a technologický výzkum v oboru transplantací pokračovat a rozšíří se směrem k experimentům s novými terapiemi, které mohou nahradit transplantace orgánů, jak to slibuje, zdá se, nejnovější vývoj protetiky. V každém případě je nutno se vyhýbat metodám, které nedokážou respektovat důstojnost a hodnotu lidské osoby. Mám na mysli zejména pokusy o lidské klonování s cílem získat orgány pro transplantace: takové techniky, pokud zahrnují manipulace s lidskými embryi a jejich ničení, nejsou morálně přijatelné ani tehdy, když cíl, k němuž směřují, je sám o sobě dobrý.“<sup>30</sup>*

*„Křesťanská etika neodmítá možnosti, jež vědecký pokrok přináší. Plně podporuje metody, které mohou přinést úlevy nemocným či léčení řady chorob. Považuje však za nepřijatelné obětovat byt' jediného člověka, aby se vyléčil někdo jiný. Odmítá posuzovat člověka jako předmět, jehož tržní použitelnost záleží na určitých vlastnostech, které lze vypěstovat. Odmítá masově vyrábět lidský život, aby byl následně zničen pro výrobu náhradních orgánů.“*

---

<sup>30</sup> J. Pavel II.: Řeč k účastníkům kongresu o orgánových transplantacích, 20. června. 1991

*Člověk, stvořený k Božímu obrazu, je zároveň bytost tělesná i duchová. Biblické vyprávění vyjadřuje tuto skutečnost symbolickou řečí, když říká, že „Bůh vytvořil člověka, prach ze země, a vdechl mu v chřípí dech života. Tak se stal člověk živým tvorem“ (Gn 2, 7). Celý člověk je tedy Bohem chtěný.“*

Názor B.Vymětalíka, kněze, působícího na Lhotecké farnosti

Všechny náboženské směry a proudy, které jsou v ČR zastoupeny alespoň v řádu 0,01%, darování orgánu a transplantace schvalují a podporují.

Vyžadují-li některá náboženství souhlas dárce, vyslovený ještě za jeho života, lze aplikovat obecnou zásadu konsensuálního projevu vůle, vycházející z transplantačního zákona, který v ČR zakotvuje tzv. předpokládaný souhlas dárce. Souhlas s dárcovstvím se u občanů ČR automaticky předpokládá, každý má možnost za svého života učinit projev nesouhlasu s posmrtným dárcovstvím formou zápisu do Registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánu a tkání.

Další záruky poskytuje také povinnost sdělit osobám blízkým předpokládanou možnost odběru.

I v buddhismu je zakotven pozitivní vztah k transplantacím.

Pomoc ostatním je v buddhismu ústřední myšlenkou, a to společně s přesvědčením, že dobročinnost tvoří nedílnou součást duchovního života. Buddha dával svůj život a své tělo na pomoc druhým, např. Súra zlatého světla, kap. 18, ukazuje, jak Buddha dal své tělo, aby zachránil hladovějící tygřici a její mláďata, kteří se později znovuzrodili jako jeho noví učedníci. Lidský život, tak jako vše ostatní, je věčný. Umožnit jiné osobě pokračovat žít dále je proto považováno za projev soucítění. Pokud jde o smrt, je pro mnoho buddhistu nejdůležitější stav mysli, jen ten ovlivňuje možnost znovuzrození. Je mnoho směru, všechny považují darování orgánu za individuální volbu.

*„Darování orgánu je nesmírně pozitivní čin. Pokud je to opravdové přání umírající osoby, nijak to nenaruší vědomí opouštějící tělo. Naopak, tento konečný akt štědrosti hromadí dobrou karmu.“*

Rinpoche Sogjal.– Tibetská kniha o životě a smrti



Islám také přistupuje k možnosti transplantace, neboť jedním z hlavních principů víry a základním smyslem šariji (právo) je zachování života. Alláh štědře odplatí tem, kdo zachrání druhé před smrtí. Porušení lidského těla, ať už živého či mrtvého, je v islámu za normálních okolností zakázáno, ale existují výjimky: v případě nouze, záchrany života druhých osob atd.

K dárcovství orgánu se vztahuje zásada al-darurat tubih al-mahzurat (nouze je víc než zákaz), závěry fatwy o záchráně lidského života v souvislosti s darováním a transplantací jsou tyto:

- zdravotnická profese je rádnou autoritou ke konstatování známek smrti
- smrt mozkového kmene je přijímána za vlastní definici smrti
- transplantace je prostředek ke zmírnění bolesti nebo k záchráně života
- nejbližší příbuzní mohou dát souhlas k odběru orgánu z těla zemřelého
- orgány musí být poskytnuty svobodně a bez nároku na odměnu
- obchodování s orgány je zakázáno

*„Kdokoli zachrání život druhé osoby, jakoby zachránil život celému lidstvu.“*

Svatý Korán, kap. 5, verš 32

Stoupenci judaismu při přistoupení k možnosti transplantace orgánu z živého dárce vyžadují jeho souhlas a jistotu, že odejmutím orgánu nebude nenapravitelně poškozeno jeho zdraví. Toto platí i v situaci, kdy se jedná o živého dárce, jehož naděje na přežití jsou minimální.

Při transplantaci z mrtvého dárce je nutné mít ověřeno, že dárce s odejmutím orgánu předem souhlasil a jeho rodina jeho rozhodnutí nezpochybnila, a není pochyb, že dárce vskutku zemřel. Došlo-li však k zastavení dýchání a prokazatelně odumřela mozková činnost, je možné udržovat oběh krve v těle uměle pomocí přístrojů, aby bylo možné orgán transplantovat. Mezi odumřením mozku a vyjmutím orgánu, kdy je život v těle udržován uměle, musí uplynout nejméně 12 hodin. V případě, že je

dárcem ortodoxní Žid, doporučuje se kontaktovat místní rabinát, aby jeho smrt potvrdil bohabojný židovský lékař.

*„Jestliže já nejsem pro sebe, kdo je pro mě? A když jsem jenom pro sebe, kdo jsem? A jestliže ne nyní, pak kdy?“*

Talmud, traktát Pirké Avót

Hinduismus podporuje také darování orgánu.

V hinduistických posvátných spisech je mnoho zmínek, které podporují princip darování orgánu. Daan je původní slovo v sanskrtu znamenající nezištné darování. Na seznamu deseti Niyamas (ctnostné činy) je Daan jmenován jako třetí v pořadí. Hinduisté pevně věří v život po smrti a proces znovuzrovnání. Zákon Karmy určuje, jakou cestou se duše v příštím životě vydá. Bhagavadgíta popisuje smrtelné tělo a nesmrtelnou duši jednoduše jako vztah oblečení a osoby.

*„Ze všech věcí, které je možné dát, je darování vlastního těla zajisté tím nejhodnotnějším.“*

Manusmriti

Více církevních ohlasů našich církví zabírajících se problematikou transplantací jsem nezískala.

## 2 Transplantace ledvin

### 2. 1 Dosavadní vývoj

Lidský organismus bývá často přirovnáván k dokonalému stroji. Ledviny vylučují nepotřebné a škodlivé zplodiny. Desítky a stovky různých tkání a orgánů zabezpečují bezporuchový chod. To vše bezpečně řídí mozek. I když je přirovnání lidského organismu a stroje jakkoliv oprávněné, je tady jeden patrný rozdíl. Člověk na rozdíl od stroje se nerodí s náhradními součástkami a odmítá, chceme-li mu pomoci tkáněmi či orgány z jiného lidského či zvířecího organismu

V Česku bylo dosud provedeno skoro devět tisíc transplantací, zhruba pět tisíc pacientů stále žije. Česko je v počtu provedených transplantací na světové špičce, dárců máme málo.

V sedmi transplantačních centrech provedli loni čeští lékaři 618 transplantací ledvin, srdce, jater, slinivky břišní a plic. Poprvé transplantovali játra osmiměsíčnímu batoleti, které se narodilo s nevyvinutými žlučovými cestami a bez operace by zemřelo. Mimořádný zákrok provedli i ženě s vrozenou srdeční vadou, které současně transplantovali srdce a plíce od jednoho dárce.

Na milion obyvatel připadá v Česku 19 dárců. V evropském měřítku je to mírný nadprůměr, ale poptávka je větší.<sup>31</sup>

Nejčastěji transplantovaným orgánem jsou ledviny, v loňském roce jich lékaři transplantovali 394, o 21 více než v roce 2006. První transplantaci ledvin dítěti provedli lékaři ve Fakultní nemocnici Motol v roce 1981. Průměrný věk pacientů je 12 let, nejmladšímu byly dva roky. Ze 70 procent se dětem dávají ledviny dospělých dárců. Kombinovanou transplantaci ledviny a slinivky břišní podstoupilo loni 22 lidí, samotnou slinivku dostalo pět lidí. Transplantaci Langerhansových ostrůvků, jíž se léčí cukrovka, podstoupilo loni v IKEM 14 lidí.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> <http://www.transplantace.eu/ledviny/uvod.php>

<sup>32</sup> 19.2.2008 - Zpravodajství ČTK

Druhým nejčastěji transplantovaným orgánem jsou játra. V loňském roce je dostalo 115 lidí, nejvíce od roku 1997. Tyto operace provádějí lékaři v IKEM a v brněnském Transplantačním centru.

Loni provedli čeští chirurgové také 71 transplantací srdce. Je to o 18 více než v roce 2006. První transplantace srdce byla v Česku provedena v roce 1984 v IKEM. Druhým centrem, kde se transplantace srdce provádí od roku 1992, je Brno. Celkově je Česko se 4,7 transplantacemi na milion obyvatel ve světě na osmém místě.

Transplantace se v Česku provádějí v sedmi centrech: v pražském IKEM a Motole, v Brně, Ostravě, Olomouci, Hradci Králové a Plzni.

Transplantační zákon z roku 2002 zakotvil automatický souhlas s odběrem orgánů. V Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů je od otevření v roce 2006 zatím 775 lidí.

Do roku 2003 transplantovali čeští lékaři 6859 ledvin, 849 srdcí, 694 jater, 283 slinivek a 78 plic. Ledvina od žijícího dárce je funkční průměrně 20 roků, od nežijícího dárce jen osm až dvanáct let. Existují lidé, kteří mají za sebou už druhou či dokonce třetí transplantaci, protože nový orgán selhal. Nejvíce čekatelů je trvale na ledvinu.

S největší pravděpodobností můžeme předpokládat, že první odbornou písemnou zprávu o první transplantaci orgánů podal rakouský soukromý docent Emerich Ullman v časopise Wiener klinische Wochenschrift. Číslo s touto zprávou vyšlo 13. března 1902, šlo o transplantaci ledviny.

Za základní kámen v problematice transplantací orgánů můžeme považovat práci Alexie Carrela, nositele Nobelovy ceny udělené v souvislosti s přenosy orgánů.

A.Carrelovi se totiž podařilo vyřešit problém chirurgů: otázku, jak sešívát cévy. Nalezl bezpečný cévní steh. Byl to převratný objev, neboť do té doby nebylo možné sešívát tepny ani žíly, aniž by nedocházelo ke srážení krve v místě sešívání a tím k ucpání cév.

Na novém pracovišti v Chicagu se spolu se svým spolupracovníkem R. Guthriem soustředěně věnuje transplantacím, při kterých jsou zcela úspěšní. Při pokusu na psech se ledviny přišité zmíněným způsobem přihojují a fungují pak stejně dobře jako na svém původním místě.

A. Carrel, stejně jako všichni, kteří se pokusili o transplantace orgánů, narazil tehdy ve svých pokusech na další nepřekonatelnou bariéru. Ukázalo se, že se natrvalo přihojí ledvina, která je přenesena z téhož jedince – mluvíme o autotransplantaci.

Když se odborníci pokusili o přenos orgánu z jednoho jedince na druhého jedince téhož druhu, o tzv. homotransplantaci, ledvina se nepřihojila, nebyla přijata organismem, po určitou dobu fungovala dobře, potom začala selhávat a za čas odumřela. Ještě méně úspěšné byly transplantace ledviny z jednoho zvířecího druhu na jiný – heterotransplantace.<sup>33</sup>

Zde začíná další období vývoje transplantací, které se může nazývat genetické.

Toto období vychází z rozdílu mezi zmiňovanými typy transplantací a zjištění zákonitostí rozdílu mezi různými štěpy – transplantáty.

První, kdo správně poznal povahu odhojování štěpů a poznal, že se jedná o imunitní proces, kterým se tkáň vypuzují z organismu, byl J. Jensen, spolu s P. Medawerem, který byl za svůj zásadní přínos v transplantacní problematice poctěn Nobelovou cenou.

Krátký přehled nejvýznamnějších událostí z historie dialýzy a transplantace ledvin – viz příloha č. I.

Na významném místě stojí právě transplantace ledviny od žijícího dárce, protože velkou je výhodou to, že pacient, který trpí chronickým selháním ledvin, nemusí být zařazen do dialyzačního programu a nemusí se vystavovat rizikům této léčby. Pokud nemocný nemá možnost živého dárcovství, musí se rozhodnout, zda bude docházet na hemodialýzu nebo jestli bude u něj zahájena peritoneální dialýza.

---

<sup>33</sup> <http://www.transplantace.eu/ledviny/uvod.php>

<sup>34</sup>Současně může být zařazen do čekací listiny na transplantaci ledviny od zemřelého dárce.

Budeme se zabývat argumenty, které ukazují pro a proti transplantaci, kdy je transplantace nevhodná, krátce pak vlastním prováděním transplantace, co znamená obecně i právně dárčovství a jaké druhy dárců máme, jak a kde můžeme orgán vhodný k transplantaci získat.

## 2. 2 Uváděné argumenty pro a proti

Nejjednodušší situaci transplantace, jak jsme již výše konstatovali, reprezentují transplantace ledvin.<sup>35</sup> Ledvina je párový orgán a odběr potřebné ledviny pro účely transplantace je možný jak z kadaveru – z mrtvého dárce, tak i ze živého dárce. Přednost se dává odběru z kadaveru, odběr ze živého dárce je povolován jen výjimečně, a to mezi úzce pokrevně příbuznými jedinci. Výhodou je, že existuje umělá ledvina, která je schopna převzít funkci selhávajícího orgánu.

Čekatel na transplantaci ledvin není tedy v časové tísní a může pravidelně docházet do dialyzačního programu tak dlouho, než se najde vhodný dárce.

V České republice je umělých ledvin dostatek. Obavy z nezdařené transplantace ledvin jsou minimalizovány, neboť každý pacient ví, že je možný návrat do chronického dialyzačního programu. Transplantace ledvin představuje pro indikované nemocné šanci, ale není řešením buď anebo.

Většina laiků je přesvědčená, že klíčovým problémem transplantologie je chirurgická stránka věci. Pravidelně bývají opomíjeny problémy imunologické tolerance- nesnášenlivosti- a tím i výběr vhodného (kompatibilního) dárce. Nezvýrazněná bývá existence nebo neexistence substitute, tedy reálné možnosti nahradit funkci selhávajícího orgánu přístrojem.

---

<sup>34</sup> Láska prochází ledvinou, brožura pro pacienty, Praha. 2008, str.38

<sup>35</sup> Bulletin Transplantcentra IKEM,2004

## Indikace a kontraindikace k transplantaci ledviny

K transplantaci ledviny je tedy indikován pacient s nezvratným selháním ledvin. Podmínkou je nepřítomnost kontraindikací, neboli okolností (medicínských, ale i například psychologických), které by bránily úspěšné transplantaci či přímo ohrožovaly život příjemce. Zjednodušeně je lze rozdělit na kontraindikace výkonu a kontraindikace pro následné období (kontraindikace imunosupresivní terapie)

Obecné kontraindikace k transplantaci ledviny tvoří:

- Závažné onemocnění srdce a cév.
- Chronické infekce (tuberkulóza; jiné).
- Krvácení (např. ze žaludečního vředu).
- Obezita (orientačně tzv. body mass index nad 35).
- HIV pozitivita.
- Aktivní hepatitida.
- Tumory.
- Neschopnost a neochota pacienta spolupracovat.
- Výrazná malnutrice.
- Těžké postižení jiných orgánů.

Jednotlivá transplantační centra posuzují stav pacienta podle celé řady doplňujících vyšetření. Některá z nich se provádějí opakovaně.

K takovýmto vyšetřením patří:

- detailní vyšetření cév (angiografie), močového měchýře a močovodů (urologické vyšetření),
- srdeční funkce (zátěžová echokardiografie; koronarografie – zobrazení cévního řečiště srdce),
- funkce zažívacího systému (endoskopie) a další, dle rozhodnutí indikujícího týmu lékařů.

Výsledky těchto vyšetření často posuzuje tým lékařů, nikoliv jen specialista v oboru, neboť rozhodnutí o tom, zda pacient je schopen podstoupit transplantaci, je mimořádně zodpovědné. Pokud je ledvina transplantována pacientovi, kterému

transplantace nepřinese prospěch či ho dokonce ohrozí, je kromě nepříznivých důsledků pro daného pacienta ještě i důsledek další – a sice skutečnost, že ledvina mohla být transplantována jinému pacientovi, který by z transplantace zdravotně profitoval.

Některé zjištěné odchylky (například anatomické změny močových cest) je možné upravit a pak pacienta do čekací listiny zařadit. Jiné kontraindikace jsou trvalé. Pak pacient zůstává v dialyzačním programu (takovýchto nemocných je většina – je vhodné poznamenat, že dialyzační léčení je dnes na takové úrovni, že i pacientům s komplikacemi přináší přijatelnou kvalitu života).

Některé nemoci nejsou kontraindikací transplantace, avšak vyžadují určité úpravy postupu. Například u pacienta s prodělanou a zhojenou tuberkulózou je nutné potransplantační zajištění léky proti tuberkulóze. U pacienta s prodělanou hepatitidou se posuzuje, zda není aktivní. U pacienta s nádorovým onemocněním je třeba doba 2 – 5 let od vyléčení (doba je dána typem onemocnění).

Kalendářní věk sám o sobě není kontraindikací transplantace.

V kontextu péče o pacienta je vhodné si uvědomit, že transplantace sice přináší nesporný profit pro pacienty se selháním ledvin, ale že ani sebelépe fungující transplantovaná ledvina neznamena zcela optimální léčbu. Tou je včasná léčba onemocnění ledvin, což je však samostatná kapitola medicínské rozvahy. Pro ucelený pohled uvádíme daná „pro“ a „proti“:

**Pro:**<sup>36</sup>

- Transplantovaná ledvina funguje jak normální ledviny, život je nesrovnatelně kvalitnější než s dialýzou
- Pacient se cítí zdravější
- Je méně dietních omezení
- Není potřeba dialýzy
- Výrazně se sníží četnost kontrol u lékaře

---

<sup>36</sup> Život pokračuje! Informační brožura pro pacienty po transplantaci ledvin, Fujisawa GmbH, str.28



- Umělá ledvina není schopna některých dalších funkcí, jako je hormonální funkce

**Proti:**

- Velký chirurgický zákrok
- Není-li živý dárce, je nutno čekat na dárce kadaverozní ledviny
- Jedna transplantace nemusí vydržet na celý život. Tělo může odmítnout novou ledvinu, případně se v ní objeví původní nemoc ledvin
- Nutnost brát léky po zbytek života, některé immunosupresiva působí nežádoucí neurologické příznaky, poruchy spánku, podrážděnost, poruchy paměti, po transplantaci se zvyšuje riziko kožních i jiných nádorů<sup>37</sup>, které snižují celkovou obranyschopnost organismu.

## 2.3 Technika provedení

Ledvina se nepřenáší na místo, kde je normálně tento orgán umístěn. Transplantuje se jinam, do malé pánve. Důvody této volby tkví hlavně v příhodném uspořádání cév v malé pánvi a v blízkosti močového měchýře. Obojí značně ulehčuje techniku. Ta se dá rozdělit na dvě doby. V první se cévní stopka ledviny dárce spojí s pánevními cévami příjemce. V druhé době se umožní spojení mezi močovodem dárce a močovým měchýřem příjemce. Chirurg tedy postupuje následujícím způsobem: obnaží orgány v malé pánvi příjemce a poté tepnu k příjemcově pánevní tepně. Prokrvením ledviny ukončí první dobu. Celá tato „cévní“ fáze operace však nesmí časově překročit dobu 30 minut. V druhé době, již bez spěchu, napojí chirurg močovod ledviny dárce na měchýř příjemce.

---

<sup>37</sup> Život pokračuje! Informační brožura pro pacienty po transplantaci ledvin, Fujisawa GmbH, str.30

Po transplantaci mohou nastat komplikace. Pracoviště, které má s transplantační medicínou komplexní zkušenosti, je často dovede předvídat a zabránit jim. Většina pacientů je tedy transplantována úspěšně, avšak o komplikacích je vhodné vědět.

Ledvina, která po transplantaci nezačne vůbec fungovat, je označována jako afunkční štěp. Tato komplikace je naštěstí vzácná. Může souviset s mnoha faktory, včetně tkáňové neslučitelnosti dárce a příjemce (proto je podmínkou AB0 krevní kompatibilita a negativní křížová zkouška).

K možným chirurgickým komplikacím patří močová píštěl, zúžení močovodu, krvácení, infekce. Chirurgická a urologická specializovaná péče tyto komplikace dovede řešit. Velmi vzácně může nastat trombóza cév štěpu, která je závažná.

U jedné třetiny až poloviny pacientů se funkce transplantované ledviny obnovuje pomalu. Po několik dní až týdnů je třeba dialyzační léčení. Příčiny jsou různé, souvisejí s věkem dárce, dobou ischemie, cévním oběhem příjemce a dalšími faktory. Na celkovou prognózu štěpu nemají vliv.

Zánik či zhoršení funkce štěpu nastává i z neimunitních příčin (infekce, onemocnění transplantované ledviny jiným nefrologickým onemocněním, včetně znovuobjevení se původního onemocnění). Příjemce je i v určitém riziku dalších nemocí (onemocnění srdce a cév; nádorová onemocnění).<sup>38</sup>

Pacient po transplantaci může mít onemocnět i jakoukoli další nemocí, stejně jako ostatní lidé. Je třeba vědět, že projevy těchto nemocí mohou být pozměněné a že i banální zdravotní problémy mohou signalizovat významnější zdravotní problém. Pacient s transplantovanou ledvinou může žít plnohodnotný život, musí však být zodpovědný ke svému zdraví a vyvarovat se nadměrným zátěžím.<sup>39</sup> Pravidelné podrobné kontroly zdravotního stavu v transplantačním centru jsou nejen nezbytné pro ochranu funkce štěpu, ale i pro prevenci a včasnou diagnózu a léčbu komplikací.

---

<sup>38</sup> [http://www.kst.cz/web/?page\\_id=2510](http://www.kst.cz/web/?page_id=2510)

<sup>39</sup> <http://www.who.cz/>

## 2.4 Získávání ledvin

### 2.4.1 Pravidla pro výběr vhodného dárce - příjemce<sup>40</sup>

Dárce ledviny musí být vyšetřen a shledané riziko poškození zdraví pro příjemce vyplývající z operačního výkonu a dalšího pooperačního průběhu musí být přijatelné. Provádějí se tato vyšetření:

- Potencionální dárce – smrt mozku včetně mozkového kmene
- Diagnostické testy
- neurologické vyšetření reflexů mozkového kmene
- mozková pangiografie
- mozková perfusní scintigrafie
- vyš. sluchových kmenových evokovaných potenciálů
- transkraniální dopplerovská monografie

### 2.4.2 Ledvina ze živého dárce ( living donor – LD)

Naše zákonodárství předpokládá, že osoba, která je potenciálním dárce, s dárcovstvím souhlasí (tzv. předpokládaný souhlas; “opting out”). Ti, kteří s dárcovstvím nesouhlasí, mají právo se přihlásit do speciálního registru osob nesouhlasících s dárcovstvím (registr NROD, spravovaný KSRZIS). Pracoviště, které zvažuje dárcovství, je povinno ověřit, že pacient v tomto registru není veden. Jen s touto podmínkou se může dárcovství uskutečnit. Souhlas rodiny není sice zákonně nutný (s výjimkou dětí), ale obvykle se bez souhlasu rodiny dárcovství neuskuteční.

---

<sup>40</sup> Havelková, M, Svobodová, L., Transplantace ledvin, semin. práce, Praha, 2005

Využije-li k transplantaci ledviny ze živého dárce, transplantovaný orgán nesmí ztratit svou funkci. To znamená, že doba od podvazu tepny v dárci do obnovení průtoku krve v příjemci musí být co nejkratší. Na podkladě mnoha zkušeností experimentálních a klinických se považuje 30 – 40 minu za dobu, kdy se ledvina nedostatkem kyslíku ještě příliš nepoškodí.

Taktika a organizace je v tomto případě poměrně jednoduchá, nepoměrně jednodušší než při odběru z mrtvých dárců, a to z těchto důvodů:

1. Je znám příjemce, kterému chceme ledvinu přenést.
2. Je znám dárce, jemuž máme ledvinu odejmout a nabídnout příjemci.
3. Může se přesně, téměř na minutu, naplánovat celý výkon na dobu nejvhodnější pro provoz oddělení, transplantace provádí většinou v noci, kdy není na oddělení jiný provoz

O dárci se ví vše potřebné: zná se jeho zdravotní stav i funkci ledvin, která se odebírá. Je třeba si například uvědomit, že v určité době před přenesením orgánu musí být orgán heparinizovaný, tj. ošetřený heparinem, aby se v něm krev nesrážela. Dále že na sále musí být připravena zařízení, kterým lze ledvinu rychle propláchnout a zchladit.

Nejlépe snad ukážeme uzlové momenty dramatu, uvedeme-li scénář jedné skutečně provedené operace.

Příjemce byl P. Š., jednadvacetiletý muž, dárce jeho bratr M. Š., o tři roky starší.

## **OPERAČNÍ SÁL I.**

### **PŘÍJEMCE**

9.10 Započato s narkózou.

Zavedeny cévky do  
močového měchýře a  
močovodu.

## **OPERAČNÍ SÁL II.**

### **DÁRCE**

9.45 Započato s narkózou.

10.05 – 11.23 Preparace pravé  
ledviny a její cévní stopky.

11.23 Podán heparin proti

9.29 – 10.55 Otevřena dutina srážení krve.  
břišní a postupně  
odstraněny obě ledviny.  
Rána uzavřena.

11.05 Řezem nad levým  
tríslem proniknuto  
k pánevním cévám.  
Jejich preparace a přeprava  
k našití cév dárcovy ledviny.  
Podaný imunosupresivní  
látky.

Kritické období (24 minut)

11.29 – 11.36 Výplach ledviny 11.29 Přerušen oběh v ledvině.  
zchlazeným roztokem. Ledvina vyňata a přenesena

11.36 – 11.53 Přišití tepny a 11.29 operační sál I.  
žilý ledviny dárce na  
cévy příjemce.

11.53 Obnoven průtok krve  
v ledvině.

11.55 – 12.36 Sešití močovodu 11.29 – 12.05 Dokončení operace  
dárce s močovodem sešitím rány.  
příjemce.

12.36 – 13.05 Operace dokončena sešitím rány.

12.10 Operovaný uložen na resuscitační pokoj.

13.15 Nemocný uložen na sterilní transplantační pokoj.

Z hlediska transplantací je nutné překlenout dobu mezi okamžikem, kdy orgán přestane pracovat, a chvíli, kdy začne fungovat transplantovaný orgán. K tomu jsou k dispozici mimotělní negativní křížová zkouška umělé orgány, které dočasně převezmou funkci ztraceného vlastního orgánu.<sup>41</sup>

Podmínkou k provedení transplantace od žijícího příbuzného dárce je shodná krevní skupina, (ta určuje, zda buňky dárce nejsou ničeny protilátkami příjemce).

Nezbytnou podmínkou je dobrý zdravotní stav dárce, který zaručí, že po transplantaci bude moci žít s jednou ledvinou plnohodnotný život bez komplikací. Dárce se musí rozhodnout zcela svobodně, bez nátlaku, v žádném případě nelze darovat ledvinu za úplatu.

Velkou výhodou je možnost načasovat transplantaci do období těsně před zahájením dialýzy. Vzhledem k tomu, že ledvina je našita do těla příjemce bezprostředně po vynětí z těla dárce (souběžná operace od nežijícího dárce na dvou sálech) má lepší dlouhodobé výsledky než transplantace z mrtvého dárce.<sup>42</sup>

Transplantace ledvin se provádějí u pacientů bez omezení věku, jak již bylo uvedeno výše. Předpokladem transplantace ledvin je však dobrý zdravotní stav. Někteří pacienti, např. s těžkým onemocněním srdce a cév, nemohou transplantaci podstoupit z důvodu příliš velkého rizika.

U darované ledviny rozlišujeme mezi geneticky shodným dárce (jednovaječné dvojče) a geneticky cizím dárce stejného druhu (člověk - člověk).

U geneticky cizího dárce rozlišujeme dárce živého, např. někoho z příbuzenstva (nikoli však jednovaječné dvojče) Transplantací od geneticky cizího dárce rozumíme i odebrání orgánu od osoby, která právě zemřela (např. oběť autonehody). U orgánů z

<sup>41</sup> Havelková, M., Svobodová, L., Transplantace ledvin, semin. práce, Praha. 2005

<sup>42</sup> www.medicforum.cz nové stránky

těla zemřelého dárce se dbá především na to, aby mezi odebráním orgánu a následnou transplantací uběhla co nejkratší doba a orgán vykazoval určitý stupeň shody s dědičnými znaky příjemce.<sup>43</sup>

Přibližně 10 % představují u nás žijící dárce (rodiče, sourozenci, jiní příbuzní; ale i osoby bez příbuzenského vztahu k příjemci). Pokud je dárce osoba bez příbuzenského vztahu k pacientovi, který má být příjemcem, je nezbytné posouzení Etickou komisí. Absolutní kontraindikací pro transplantaci ledviny ze žijícího dárce je onemocnění ledvin, maligní nádory s možností metastáz, přítomnost australského antigenu (riziko přenosu hepatitidy B) a pozitivita na HIV a věk do 18 let. Samozřejmou podmínkou všech transplantací z žijících dárců je vyloučení jednání pod nátlakem či za úplatu.

U žijících dárců zůstává v popředí požadavek neohrozit dárce a proto snížení funkce ledvin a další přidružené nemoci, které by mohly mít pro ledviny negativní dopad, jsou kontraindikací dárce.

Dialyzační léčení oproti transplantacím ledvin nahrazuje funkci ledvin jen zčásti: odstraňování katabolitů je neúplné a navíc není nahrazena funkce ledvin ve smyslu tvorby některých významných hormonů (například erythropoetin nebo aktivní vitamin D). Transplantovaná ledvina nahradí funkce ledvin podstatně lépe. Kvalita života transplantovaných pacientů je vyšší.

Transplantace je z ekonomického hlediska méně náročná, než dlouhodobá dialýza. Princip umělé ledviny<sup>44</sup> krátce vysvětlíme. Stručná definice dialýzy je vyrovnávání chemického složení roztoků na obou stranách polopropustné membrány. Podle fyzikálních zákonů cestují jednotlivé prvky podle tzv. koncentračního spádu.

Vhodným dialyzačním roztokem je vytvořen koncentrační spád a tak odpadové látky z místa vysoké koncentrace, z krve, se tlačí přes membránu do místa nízké koncentrace – do dialyzační tekutiny. Úsilí poskytnout pomoc co možná největšímu počtu postižených pacientů vyústilo ve vytvoření dialyzačních oddělení, kde je na dialýzu napojeno několik pacientů současně.

---

<sup>43</sup> Text přepracován převzat ze stránky Treatment Methods for Kidney Failure Kidney Transplantation z [National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases](http://www.nidk.nih.gov/health/conditions/kidney_failure/treatment_methods_for_kidney_failure_kidney_transplantation)

<sup>44</sup> <http://www.ledviny.cz/index.html>

Umělá ledvina selhala jednu z rozhodujících rolí ve vývoji přenosu ledvin. Splňuje tři funkce: umělá ledvina udrží pacienta na dlouhou dobu naživu, připraví jej k operaci tím, že se zlepší jeho stav a získá se také čas k tomu, aby nemocný mohl čekat na vhodný orgán.

Sníží-li se přechodně činnost přenesené ledviny v důsledku vypuzovací krize, což se stává často, přejímá tuto funkci transplantátu umělá ledvina. Když se krize vyléčí a ledvina zotaví, může se umělá ledvina vrátit.

Konečně svou třetí funkci plní umělá ledvina tehdy, když transplantát selže. Může se to stát třeba za půl roku, za rok i třeba za pět let. Život nemusí být ztracen, pacient se jen vrátí do dialyzačního programu, kam pacient dochází většinou dvakrát týdně.

Transplantace ledviny je přirozenější než dialýza a množství zdravotních komplikací je nižší než u dialyzovaných. Po úspěšné transplantaci mohou žít nemocní téměř normální život, pokud užívají pravidelně léky a dodržují všechna doporučení lékaře. Mohou pracovat, cestovat, sportovat, ženy mohou mít děti. A hlavně díky transplantaci je prodloužen život.<sup>45</sup>

Pro nemocné v horším zdravotním stavu, se zhoubným onemocněním nebo s neodstranitelnou dlouhodobou infekcí může být dialýza šetrnější než transplantace.

U použití dialýzy se objevuje sociální aspekt. Zejména věkově starší pacienti se po dosloužení transplantované ledviny k dialýze vracejí a nechtějí podstupovat další transplantaci. Docházejí třikrát v týdnu na několik hodin do dialyzačního centra mezi stejně handicapované pacienty, kteří sdílejí stejné starosti a společně se jim žije lépe než osamoceni ve svém domově.

Transplantcentrum v IKEMu v Praze se podílí na kampani „Láska prochází ledvinou“, programem na podporu transplantací ledvin od žijících dárců.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> [http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace\\_ledviny](http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace_ledviny)

<sup>46</sup> [www.transplantace.eu](http://www.transplantace.eu).



### 2.4.3 Ledvina z nežijícího dárce (cadavering donor – CD)

Dárce ledvin u nás může být osoba, u které je prokázána mozková smrt při zachovaném oběhu krve a u které jsou ledviny funkční a nejsou přítomny kontraindikace dárce. Přesná pravidla na určení mozkové smrti stanoví zákon č.285/2002 Sb. a související předpisy, včetně požadavků na kvalifikaci odborníka, který mozkovou smrt potvrzuje. Takovýto dárce se označuje jako zemřelý (kadaverózní).

Nejčastější příčinou mozkové smrti je úraz hlavy (craniotrauma), nitrolební krvácení, a další, většinou se jedná o oběti dopravních nehod.<sup>47</sup>

Tito pacienti jsou hospitalizováni na anesteziologicko – resuscitačních odděleních či jednotkách intenzivní péče, první informaci o možném dárce podává ošetřující lékař do spádového transplantačního centra ještě před ověřením smrti mozku.

Smrt mozku je ze zákona potvrzována komplexem vyšetření, ke kterým patří i angiografie (znázornění oběhu krve kontrastní látkou, kdy se prokáže, že krevní oběh mozku je zastaven). Přitom ostatní krevní oběh pacienta je zachován a přerušuje se až v okamžiku odběru orgánu na chirurgickém sále.

Rozvaha o indikaci dárce se opírá o výsledky celé řady doplňujících vyšetření, kdy se stanovuje funkce orgánu určeného k transplantaci I další rizikové faktory, včetně rizika pro příjemce (vyloučení infekčních onemocnění atd.). Konečné rozhodnutí, že orgány budou odebrány, je výhradně v kompetenci lékaře oddělení ARO či JIP. Odběr orgánů provádí chirurgický tým transplantačního centra, a to buď na pracovišti, kde je dárce hospitalizován, či po převozu dárce na chirurgickém sále transplantačního pracoviště.

Organizace dárce je u nás přesně propracována, řídí ji transplantační koordinátoři jednotlivých transplantačních center. V případě odběru více orgánů se těchto tzv. multiorganových odběrů účastní i více chirurgických týmů. Pro srdce, játra, plíce a slinivku platí, že příjemce je určen již před odběrem, ledviny jsou

---

<sup>47</sup> Long, M. Encyklopedie medicíny a zdraví, Česlice: Rebo productions. 2008, str.241

alokovány až po odběru. Zůstávají tedy na sále a odtud jsou odeslány do transplantačního centra, které bude transplantaci provádět (spádové transplantační centrum pro pacienta, kterému byla ledvina alokována).

Zcela výjimečně a jen na některých pracovištích se provádí odběr u pacientů s nebijícím srdcem, organizační zajištění je obdobné obdobně, ledvina však je obvykle transplantována na odebírajícím pracovišti.

Jakmile se přeruší krevní oběh, orgány odumírají a pro transplantaci pak nejsou použitelné. Z tohoto důvodu je třeba odebrat orgány k transplantaci co nejdříve. Z toho plyne jedno z největších dilemat moderní medicíny, protože se ukázalo, že přesné určení okamžiku smrti je obtížnější a složitější, než jsme si dříve mysleli. Smrt nelze již považovat za určitý bod, záležitost okamžiku, ale spíše za vývoj.

Řešení této otázky se zaměřilo na orgán, který podmiňuje existenci člověka – na mozek. Od schopností mozku se odvíjí i schopnost přežití člověka. Je-li odumřelý mozek nebo mozková kůra, je dlouhodobá existence organismu nemožná.<sup>48</sup>

Jakmile se zemřelému odeberou orgány, vypíná se dýchací přístroj. Po vyjmutí z těla zemřelého se orgány promyjí speciálním roztokem, aby se z nich vypláchla krev, případné krevní sraženiny a ochladí se, aby vydržely transport k dárci. Každý orgán je schopen po určitou dobu přežít mimo tělo bez vážnějšího poškození. Po uplynutí této doby schopnost přežití orgánů rychle klesá. Po promytí se orgány ukládají do sterilních polyetylenových sáčků a chladí se v roztoku s ledovými kostkami.

Ledviny mohou takto vydržet před dalším použitím více než 24 hodin.

Kadaverózní dárci jsou a velmi pravděpodobně zůstanou hlavní možností pro čekatele na transplantaci. Protože výsledky transplantací jsou velmi povzbudivé, rozšiřují se indikace pro dárcovství i na osoby, které mají určité zdravotní komplikace (hypertenze; diabetes; mírně snížená funkce ledvin)

---

<sup>48</sup> [http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace\\_ledviny](http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace_ledviny)

## 2. 4. 3. 1 Problém smrti mozku

Tradičně je smrt konstatována jako zástava srdce a zemřelý zůstává ještě dvě hodiny po bezpečném zjištění na lůžku. Teprve pak je možné náležitě podle pravidel a s úctou ošetřit tělo zemřelého. Po uplynutí této zákonné lhůty jsou však orgány zemřelého pro potřeby transplantace bezcenné, neboť jsou poškozeny procesem nazývaným ischemie.

Aby bylo možné legálně provádět transplantace orgánů, bylo potřeba vypracovat ještě jiná než tradiční kritéria smrti. Stalo se tak v 60. -tých letech minulého století, kdy byla zahájena úspěšná éra orgánových transplantací. Smrt je nyní definována jako smrt mozku.

Stavem<sup>49</sup>, na jehož základě lze uvažovat o diagnóze smrti mozku, je stav, kdy u pacienta není pochybnost o diagnóze strukturálního poškození mozku ani o jeho nevratnosti a pacient je v hlubokém bezvědomí, na umělé plicní ventilaci a je vyloučeno, že se na bezvědomí v okamžiku vyšetření podílí intoxikace

- tlumivé a relaxační účinky léčiv
- metabolický nebo endokrinní rozvrat, nebo
- primární podchlazení.

Pokud nastane situace, kdy je za pomoci přístrojů umírajícímu stále umožněno dýchání a srdeční činnost, nemůže dojít bez důkazu smrti<sup>50</sup> mozku k odebrání tkáně nebo orgánu. Díky níže uvedeným kritériím je možné určit rychleji smrt a tudíž uspořádat možnost odebrání tkání pro transplantaci.

- člověk je v hlubokém bezvědomí
- svaly nevykazují žádné napětí, které je ovládané nervstvem (svalová atonie)
- žádné reakce na podněty nad prvním obratlem, což také souvisí s nervovou soustavou
- vymizení spontánního dýchání

---

<sup>49</sup> Málek, P., Naroubovaný život, Brno: Albatros. 1975, str.21

<sup>50</sup> Málek, P., op. cit., (Naroubovaný život, Brno: Albatros, 1975)

Velmi důležité je kritérium, které se dokazuje pomocí mozkového vyšetření – panangiografie, a z něhož je dostatečně zřejmá smrt mozku.

Kritéria pro stanovení smrti jak smrt mozku jsou přísná, ke zneužití, tedy i neoprávněnému resp. předčasnému odběru nemůže dojít.

Legislativa se řídí platnou legislativou našeho státu. Podstatná jsou kritéria mozkové smrti, kromě klinických nálezů, které zahrnují reflexy, je nutné provedení mozkové angiografie, kterou odečítají dva lékaři.

Na léčbě a diagnostice smrti dárce se nesmí podílet žádný lékař z transplantačního týmu. Po průkazu mozkové smrti jsou prováděna opatření, která zajistí životaschopnost orgánů zemřelého. Podle našich platných zákonů je za dárce považován každý, kdo za života nevyjádří přání, že nechce být dárce orgánů. S odběrem orgánů souvisejí dva pojmy:

Teplá ischémie je doba od zastavení krevního oběhu v odebíraném orgánu do jeho podchlazení.

Studená ischémie je doba od podchlazení orgánu do zahájení reperfuze. Kromě hypotermie se k ochraně orgánů používají speciální konzervační a vyživující roztoky, které brání vzniku tkáňového otoku. Tolerovaná doba studené ischémie se liší podle druhu orgánu, u ledvin je to doba 36 – 48 hod.

Technika určení smrti obstála a v literatuře nebyl popsán jediný případ, kdy by se u pacienta, o němž se jako o dárce neuvažovalo a který byl ponechán svému osudu, obnovila některá mozková funkce poté, co byla stanovena diagnóza smrti na základě těchto klinických vyšetření.

### 2.4.3.2 Kritérium smrti člověka

Řešení této otázky se zaměřilo na orgán, který podmiňuje existenci člověka – na mozek. Od schopností mozku se odvíjí i schopnost přežití člověka. Je-li odumřelý mozek nebo mozková kůra, je dlouhodobá existence organismu nemožná.

Když ošetřující lékař dojde k závěru, že nastala smrt mozku, může si to ověřit rentgenem mozkových tepen – angiografií. Při tom to vyšetření se od krčních tepen pacienta vstříkne kontrastní látka a na rentgenu se sleduje, zda se mozek prokrví.

Za smrt mozku se považuje stav, kdy se kontrastní látka nedostane přes hranici lebeční spodiny, což znamená, že do mozku neteče krev. Tento stav není slučitelný se životem.

Smrt mozku se potvrzuje na základě klinických známek smrti mozku a dále pomocí vyšetření potvrzujících nevratnost smrti mozku:

angiografie mozkových tepen nebo mozková perfúzní scintigrafie, u dětí do 1 roku života mozková perfúzní scintigrafie a transkraniální dopplerovská sonografie.<sup>51</sup>

U pacientů se zrátočným poraněním kalvy<sup>52</sup> nebo u nichž nelze z medicínských důvodů vyšetřeními angiografie nebo mozkové perfúzní scintigrafie potvrdit mozkovou smrt, se nevratnost smrti mozku potvrzuje vyšetřením kmenových sluchových evokovaných potenciálů.

Vyšetření se opakuje po půl hodině. Pokud je nález stejný, je zcela jasné, že je mozek odumřelý a že před sebou máme mrtvého člověka. V této chvíli ještě mohou automaticky pracovat orgány a je v činnosti srdce a krevní oběh. Obvykle je však zemřelý plně závislý na přístrojích a na podávaných lécích. Tento stav je pouze dočasný; během poměrně krátké doby nevyhnutelně ustává činnost nižších nervových center, která tyto životní funkce udržují a dochází k selhání oběhu a zástavě srdce.

---

<sup>51</sup> Long, M. Encyklopedie medicíny a zdraví, Česlice: Rebo productions. 2008, str. 220

<sup>52</sup> klenba lební

Smrt pacienta konstatují nezávisle na sobě dva lékaři, kteří musí dojít ke stejnému závěru. Po vyplnění úmrtního listu je možné odebrat orgány k transplantaci.

## 2. 5 Problém rejekce ledviny

Trvalým problémem všech transplantací však zůstává rejekce transplantované tkáně, tj. reakce imunitního systému příjemce proti cizí tkáni dárce (tzv. odhojovací reakce).<sup>53</sup>

Rejekce je výsledkem činnosti imunitní soustavy, imunitní systém má schopnost rozpoznávat cizorodě tkáně, které nejsou tělu vlastní, včetně bakterií a virů, a obrací proti nim svou obrannou aktivitu. Tento systém tedy musí být schopen rozpoznat „cizí“ od „vlastního“ a bezpečně identifikovat vlastní tkáně. Používá se k tomu tkáňové znaky – antigeny – umístěné na buněčných membránách všech buněk lidského těla.

Imunitní systém se skládá z vzájemně komunikujících buněk a malých orgánů. Patří k nim lymfatický systém, krevní buňky – lymfocyty a jim příbuzné buňky rozmístěné v tkáních, slezina, kostní dřeň a brzlík, žláza umístěná v horní části hrudníku.

Za rejekcí odpověď nesou zodpovědnost především T-lymfocyty, buňky závislé na brzlíku, kde prodělávají částečně svůj vývoj.

Mnoho příjemců transplantované ledviny prodělá jednu nebo několik menších epizod rejekce, v některých případech má však příhoda těžší průběh. V zásadě může rejekce probíhat třemi způsoby. Za prvé se může objevit velmi silná reakce proti transplantovanému orgánu již několik minut po jeho zašití. Jde o tzv. hyperakutní reakci, jejíž příčinou je přítomnost protilátek proti transplantované tkáni. Buněčná aktivita by se tak rychle nemohla uplatnit. Tento typ rejekce je dnes již vzácný, protože protilátky proti tkáním dárce lze v séru příjemce před transplantací zjistit a

---

<sup>53</sup> Long, M. Encyklopedie medicíny a zdraví, Česlice: Rebo productions. 2008, str. 252

vybrat příjemce jiného. Hyperakutní ejection nedává transplantovanému orgánu žádnou naději na přežití.

Druhou, a podstatně častější příhodou je akutní rejekční epizoda. Transplantovaný pacient dostává po operaci léky, které imunitní reakce potlačují, a obvykle se podaří zvýšením jejich dávek dostat tuto akutní reakci pod kontrolu a ztlumit ji. Příznaky akutní rejekce se mohou různit, obvykle se objeví teplota, bolest v okolí transplantovaného orgánu a často porucha jeho funkce. U transplantovaných ledvin se zhorší jejich funkční parametry a zvýší koncentrace odpadových látek v krvi.

Konečně může transplantovanou postihnout chronická rejekce. V tomto případě se jedná o dlouhodobé pozvolné zhoršování funkce, které se léčí obtížněji než akutní rejekční epizody.

Při transplantaci ledviny je vždy snaha transplantovat orgán s co největší shodou tkáňových znaků příjemce a dárce, tato shoda však nemusí být vždy stoprocentní.

Léčba rejekce se zakládá na podávání látek, které snižují aktivitu imunitního systému jako celku. Dnes se používají léky trojího druhu. První reprezentují kortikosteroidy, nejčastěji prednisolon, druhým lékem je azathioprin, který omezuje buněčné dělení a tím snižuje i produkci lymfocytů. Třetím a nejnovějším lékem je cyklosporin A, který je velmi účinným imunosupresivním lékem.

Je zřejmé, že omezení aktivity imunitní soustavy sníží její obranyschopnost bránit tělo proti vstupu infekce. Představuje to pro pacienty po transplantacích jeden z hlavních problémů.

V případě transplantace, tedy přenesení orgánu z těla dárce do těla příjemce, rozlišují lékaři mezi alogenní a autologní transplantací. Rozdíl spočívá v tom, že v případě alogenní transplantace probíhá přenos orgánů mezi dvěma lidmi; u autologní transplantace jde o přenos transplantátu od stejné osoby (například transplantace kůže). Cizí orgán (v případě alogenní transplantace) vyvolává v organismu odmítavou (imunitní) reakci. U transplantace ledvin jde výhradně o alogenní transplantace, tzn., že při každé transplantaci ledvin dochází k imunitní reakci. Imunitní obrana organismu je tím silnější, čím "více cizí" je implantovaný orgán pro

daný organismus. Darovaný orgán a příjemce by proto měli být ve svých hlavních antigenech co nejshodnější, protože darovaná ledvina přenesená do cizího organismu ihned vyvolává vzhledem k antigenovému vzorci svých buněk tvorbu protilátek a specificky zaměřených imunitních buněk (lymfocytů).

Pro ilustraci dané problematiky jsou zde uvedeny příklady.<sup>54</sup>

#### Kasuistika 1 :

34 - letá nemocná trpěla již několik let vleklým zánětem ledvin, který postupně dospěl k úplnému vymizení funkce. Její sestra se nabídla, že věnuje svoji ledvinu. Naštěstí nebylo nalezeno nic, co by tomu bránilo, a tak byla nemocná připravována k transplantaci. V té době se objevila možnost použít ledvinu ze zemřelého dárce. Obě ženy byly informovány, ale dárkyně žádala, aby byla použita její ledvina. Na rozhodnutí trvala i poté, co jí bylo vysvětleno, že zdravý člověk ztratí důležitý životní orgán. Vlastní přenos proběhl bez příhod. Ledvina si udržoval svoji funkci, nemocná žije od té doby s pocitem plného zdraví.

#### Kasuistika 2 :

Mladý chlapec onemocněl glomerulonefritidou a dárkyní se stala jeho matka. Operační průběh bylo jen o něco málo komplikovanější než obvykle. Po normální činnosti ledviny 36 hodin se dostavila krize, ledvina rychle ztratila svoji funkci. Po odpojení od umělé ledviny přes kritické období rejekce se objevila další krize, která transplantát docela zničila. Nemocný se vrátil opět k umělé ledvině, avšak opakované dialýzy těžko snášel a posléze zemřel na mozkové komplikace.

#### Kasuistika 3 :

21-letý muž se již před transplantací nacházel ve velmi těžkém stavu a dlouhou dobu byl v dialyzačním programu. Dárce byla matka. Po 40 -ti dnech se u něho vyvinula krize, která se postupně ještě zopakovala dvakrát. Podařilo se obě

---

<sup>54</sup> Málek, P., Naroubový život, Praha: Albatros. 1975, str. 23



rejekce zvládnout a tři roky se funkce ledviny udržovala na velmi dobré úrovni, pak se začala činnost zhoršovat a štěp musel být odstraněn.

## 2. 6 Rámcové podmínky po dárcovství

### 2.6.1 Tzv. waiting list

Veřejnost se zajímá, jakým způsobem se vybírá dárce orgánů a ptá se, proč je někdy nemožné najít vhodného dárce a co vlastně pojem „vhodný“ dárce znamená. Někdy projevují obavy o dárce, zda bylo učiněno vše pro jeho záchranu a zda nedošlo k neoprávněnému odběru, zda nedošlo k preferenci zájmů příjemce. Tato situace je způsobena tradičním pojetím smrti jako zástavy srdeční činnosti.

Orgán lze transplantovat pouze osobě zařazené do čekací listiny, vedené speciálně pro účely evidence čekatelů (Národní registr osob čekajících na transplantaci, tzv. “waiting list”) v čekací listině. Tato čekací listina je seznam všech možných příjemců, tj. osob, které mají selhané ledviny (tj. jsou k transplantaci indikovány) a jsou v daný okamžik schopny transplantaci podstoupit (tj. nejsou pro transplantaci kontraindikovány).

Indikaci k transplantaci, neboli v první fázi indikaci k zařazení do čekací listiny, navrhuje ošetřující lékař neboli nefrolog – lékař dialyzačního pracoviště. Tuto indikaci schvaluje příslušné transplantační centrum, kam dialyzační pracoviště zasílá potřebné údaje. V některých situacích je pacient ještě přímo vyšetřován v transplantačním centru transplantačním nefrologem a chirurgem, teprve potom je vysloven transplantačním centrem konkrétní závěr, zda pacient je k transplantaci indikován a může být zařazen. V čekací listině na transplantaci ledviny je u nás přibližně 15 – 20 % dialyzovaných osob.

Podmínkou, aby pacient mohl být do čekací listiny zařazen, je nepřítomnost komplikací, které by ohrožovaly transplantovaného pacienta během výkonu (během transplantace) či po výkonu (v době po transplantaci). Je nutné si uvědomit, že se

jedná o chirurgický výkon v celkové anestézii a že po provedené transplantaci pacient celoživotně užívá imunosupresiva.

Vyšetření stavu potenciálního příjemce je potřeba podle určitých schémat průběžně opakovat a dialyzační pracoviště musí pacienta v čekací listině pravidelně kontrolovat. Pokud nastalo přechodné zhoršení zdravotního stavu, pacient se dočasně z čekací listiny vyřadí (administrativu vyřazení má v kompetenci Koordinační středisko transplantací), při úpravě stavu se opět zařadí. Dialyzační pracoviště dostávají pravidelně jedenkrát měsíčně z Koordinačního střediska transplantací výpis všech pacientů, kteří jsou z daného střediska na čekací listině aktivně zařazeni a dočasně vyřazení a mohou tento seznam aktuálně kontrolovat.

Výběr příjemce na transplantaci ledviny je řešen pomocí počítačového programu, který v sobě obsahuje alokační algoritmy. Pro výběr příjemce k transplantaci odebrané ledviny tedy platí jednoznačná pravidla. Tento proces tzv. alokace orgánu, neboli výběr příjemce, ze zákona provádí Koordinační středisko transplantací, jehož pracovníci mají za tímto účelem nepřetržitou službu. Pro výběr jsou stanovena kritéria, zohledňující biologické vlastnosti příjemce a dárce (shoda krevních skupin; shoda resp. stupeň neshody v HLA systému; výše cytotoxických protilátek příjemce), v přesně definovaných případech se přihlíží i k dalším faktorům (odběrové pracoviště, délka čekací doby nad stanovený limit). Děťší příjemci se upřednostňují, opět podle přesně stanovených pravidel. O alokaci je veden záznam v počítačovém systému.

Každý pacient, který je poučen o možnosti transplantace ledvin a souhlasí s navrhovaným výkonem, je zařazen na tzv. čekací listinu ( tzv. waiting list )<sup>55</sup>

#### Waiting list

- tiskne se 1 x za měsíc
- aktualizace je průběžná
- dočasné vyřazení
- urgentní pořadí
- normální pořadí

---

<sup>55</sup> Havelková, M, Svobodová,L.,Transplantace ledvin, semin. práce. Praha, 2005

Ledvinu vhodnou pro transplantaci lze výjimečně získat ze živého dárce. Pravidla pro takový odběr jsou striktně dána a zpravidla nebývají přijímána s kritikou. Pravidelně se však vyskytnou potíže s vysvětlením odběru orgánu od jedince „in extremis“<sup>56</sup>. Takové odběry jsou však podmínkou ostatních orgánových transplantací.

Čekatelem na transplantaci orgánů se může stát jenom ten čekatel, který je zařazen na čekací listině jednotné pro celou ČR. Čekací doba čekání na transplantaci výrazně závisí na tom, zda je k dispozici vhodný dárce. U žijících dárců lze transplantaci časově uzpůsobit. U kadaverózních (zemřelých) dárců je doba čekání různá a může se velice lišit (od několika málo dnů až po několik let), je nemožné ji předem odhadnout. Čekací listina není „fronta“, kde by člověk přišel na řadu, ale spíše seznam čekatelů, ze kterého je podle daných pravidel vybírán nejvhodnější příjemce pro orgán, který je „k dispozici“ - kritériem není jen doba čekání, ale i medicínská kritéria jako například krevní skupina, naléhavost transplantace, imunologické parametry (zejména u ledvin), váhový poměr mezi dárce a příjemcem (u ostatních orgánů).

První a hlavní osobou, se kterou je čekatel v nejčastějším kontaktu a zná nejlépe jeho aktuální stav, je ošetřující lékař na dialýze, kam čekatel na transplantaci ledviny dochází. Ten čekatela informuje o zařazení na čekací listinu, všech změnách a jejich důvodech (dočasné vyřazení, opětovné zařazení, trvalé vyřazení).

S tímto dotazem se může čekatel obrátit i na transplantační centrum, které bude transplantaci provádět neb také přímo na Koordinačním středisku transplantací, které čekací listiny spravuje. Lze tak učinit buď osobně nebo písemně (v tomto případě bude odpověď doručena formou doporučeného dopisu do vlastních rukou) na adrese <sup>57</sup>Koordinačního střediska transplantací.

Vzhledem k tomu, že musí být zachována ochrana osobních údajů v souladu s platnou právní úpravou podle zákona č. 101/2000 Sb. (ochrana osobních údajů) a zákona č. 20/1966 Sb. (zdravotní dokumentace), lze poskytnout údaje o stavu

---

<sup>16</sup> „in extremis“ – krátce před smrtí, v poslední chvíli, v situaci extrémní nouze, poprvé použil prof. R. Kohoutek, Csc.

<sup>57</sup> Koordinační středisko transplantací, Ruská 85, 100 05 Praha 10, tel: + 420 271 019 352

zařazení na čekací listině pouze osobě, které se toto zařazení týká (nebo jejímu zákonnému zástupci).<sup>58</sup>

Poté, co byl vybrán potenciální příjemce, informuje Koordinační středisko transplantací spádové transplantační centrum, do kterého vybraný pacient přináleží. Transplantační centrum kontaktuje dialyzační pracoviště, které osloví pacienta a ověří, že v aktuální chvíli nenastaly okolnosti znemožňující odeslání pacienta do transplantačního centra. Pokud je příjemce kontraindikován, je informováno Koordinační středisko transplantací, které určí dalšího příjemce v pořadí.

## 2.6.2 Organizace transplantací ledviny

KST má úkoly vyplývající ze zákona č. 285/2002 Sb. Spravuje čekací listinu na transplantaci orgánů, eviduje provedené odběry a provedené transplantace. Zásadní úlohu plní v národní alokaci orgánů a tkání. Z regionálních transplantačních center dostává informaci o potenciálním dárci. Organizaci samotného odběru zařizují jednotlivá TC, případně v součinnosti s KST.

Koordinátoři KST se neúčastní odběrů orgánů a nikdo z KST není zaměstnancem žádného z transplantačních center.

Alokaci ledvin provádí KST na základě výstupu z počítačového programu, ostatní orgány se alokují v KST podle speciálních kritérií určených transplantačními centry.

Z hlediska nemožnosti transplantace existuje několik zásadních situací:

- čekatel, který kvůli celkovému zdravotnímu stavu není schopný transplantace nebo samotné narkózy
- čekatel, který není schopný dlouhodobě užívat imunosupresivní léčbu (např. z důvodu nespolupráce či z důvodu jiné nemoci – chronické infekce)
- stavy, kdy transplantaci nelze provést z chirurgických příčin (nemožnost cévní anastomózy při pokročilé ateroskleróze; do určité míry i obezita)
- kontraindikací jsou i jiná závažná onemocnění (tumory, závažné poškození srdce a cév)

---

<sup>58</sup> Mach, J., Zdravotnictví a právo, Praha: Orac. 2003, str. 94

Hlavní úkoly KST :

1. Vedení registrů:

Národní registr osob čekajících na transplantaci orgánů,

Národní registr dárců tkání a orgánů,

Národní registr provedených transplantací tkání a orgánů.

2. Koordinace odběrů a transplantací:

Koordinace odběrových a transplantačních týmů jednotlivých transplantačních center,

výběr nejvhodnějších příjemců z Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů pro odebrané orgány,

metodická koordinace činnosti střediska pro vyhledávání dárců krvevorných buněk, předkládání návrhů na zařazení jednotlivých pracovišť do systému koordinace transplantací v ČR.

3. Informační činnost:

Sběr, vyhodnocování a zpracování údajů o provedených odběrech a transplantacích a jejich výsledcích,

zpracování souhrnné zprávy o provedených odběrech, transplantacích a jejich výsledcích v národním měřítku za uplynulý kalendářní rok a jejich předložení ministerstvu do 31. března následujícího roku,

sledování vývojových trendů v oboru a jejich využitelnost pro činnost transplantačních center,

zapojení do systému výchovy a vzdělávání zdravotnických pracovníků.

4. Ostatní úkoly a činnosti:

Plnění dalších úkolů určených ministerstvem,

předkládání návrhů a námětů pro zlepšení transplantačního programu.

KST je zřízeno k zajišťování koordinační a metodické činnosti v systému transplantačních center v rámci ČR.

KST může po předchozím souhlasu Ministerstva zdravotnictví, navazovat vztahy a

spolupracovat s podobně zaměřenými orgány a pracovišti v zahraničí, vystupovat v mezinárodních organizacích pro koordinaci transplantací a stávat se jejich členem.<sup>59</sup>

### 2. 6.2.1 V České republice

Lékař, který stanoví smrt, volá Koordinačnímu středisku transplantací, že je možný dárce orgánů. Koordinátoři zjistí, zda dotyčný není v registru omítačů a přes policii kontaktují rodinu. Pokud rodina souhlasí, přistoupí lékař v nemocnici, kde je zemřelý k předepsaným vyšetřením.

Koordinační středisko v ten čas hledá pacienta, který nějaký orgán potřebuje urgentně, kontaktuje prvního pacienta z čekací listiny. Příjemce je rychle kontaktován a povolán do nemocnice (pokud už tam není). Může ho tam dopravit sanitka, ale i vrtulník.

Když se u zemřelého opakovaně potvrdí mozková smrt, může mu být požadovaný orgán odebrán. Ten se vzápětí „zaleduje“ do speciální schránky a putuje – často letecky – s kurýrem k příjemci. Kurýr se průběžně hlásí nemocnici, kam míří. Příjemce zatím absolvuje předoperační vyšetření a čeká na sále, dokud orgán nedorazí. Cesta trvá pár hodin.

Potřeba orgánů je zpravidla vyšší než nabídka. Aby bylo možné zvýšit počty transplantačních výkonů a zachránit tak co nejvyšší počet osob, organizují se různá národní a nadnárodní seskupení, která operativně využívají každý „volný“ orgán.

Nejprve se hledá, zda existuje potenciální a kompatibilní příjemce v dané zemi, pak je orgán nabídnut k dispozici potřebným nemocným v zahraničí. Někteří naši pacienti také obdrželi orgán z ciziny.

Úspěšný transplantační program ČR je založen na předpokládaném souhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů za účelem transplantace.

---

<sup>59</sup> [www.nrod.cz](http://www.nrod.cz)

V České republice pracovala tzv. transplantační komise ČR, na jejíž činnost v roce 1993 navázal Český transplant.

### 2.6.2.2 Mezinárodní zkušenosti a spolupráce

Principy, na nichž je postavena mezinárodní spolupráce v oblasti transplantací, jsou vymezeny v transplantačním zákoně v § 26. Především se jedná o oblast mezinárodní výměny orgánů a tkání. V zájmu zachování postupů při realizaci mezinárodní spolupráce na poli transplantačních programů tento paragraf vymezuje velmi striktně podmínky, z nichž je možné výměnu orgánů realizovat. Je kladen důraz na kvalitu orgánů, a identifikovatelnost dárců ve smyslu Úmluvy. Je také zakotveno pravidlo přednosti čekatelů evidovaných v ČR před čekateli zahraničními.<sup>60</sup>

V této oblasti rovněž působí Koordinační středisko transplantací, které zajišťuje a koordinuje spolupráci při provádění výměny tkání a orgánů určených k transplantaci (s výjimkou činností podle § 24, odst.2, písm. e) transplant. zákona), sleduje a vyhodnocuje stav organizace a provádění transplantací v zahraničí za účelem zvýšení efektivity vlastního systému transplantací v České republice.

Dále realizuje zapojení do mezinárodních projektů (EUROCET).

Z cizích národních organizací jmenujme alespoň France Transplant nebo UK Transplant Support Service. Dalšími jsou:

#### Alliance-O

Alliance-O usiluje o koordinaci národních a regionálních programů zúčastněných zemí zaměřených na výzkum v oblasti transplantace orgánů.

#### Eurotransplant

---

<sup>60</sup> [www.nrod.cz](http://www.nrod.cz)

Eurotransplant International Foundation zprostředkovává a koordinuje přidělování darovaných orgánů v Belgii, Chorvatsku, Lucembursku, Německu, Nizozemsku, Rakousku, a Slovinsku.

#### IKA – Irish Kidney Association

Irské sdružení pro nemoci ledvin se zaměřuje zejména na podporu pacientů a jejich rodin.

#### EDQM – Evropské ředitelství pro kvalitu léčiv a zdravotní péče

Cílem EDQM je přispívat k naplnění základního lidského práva přístupu ke kvalitním léčivým přípravkům a zdravotní péči a podporovat a chránit veřejné zdraví a zdraví zvířat.

#### Scandiatransplant

Je severská organizace zajišťující výměnu orgánů v pěti zemích (Dánsko, Finsko, Island, Norsko a Švédsko) s celkem téměř 25 miliony obyvatel.

#### ESOT – Evropská společnost pro transplantaci orgánů

Evropská společnost pro transplantaci orgánů (ESOT) chce být zastřešující organizací pro aktivity v oblasti transplantace v Evropě. Spolupracuje s mnoha organizacemi zabývajícími se transplantací za účelem lepšího uspořádání a racionalizace těchto aktivit.<sup>61</sup>

## 2.7 Alokace orgánů

Kadaverózní dárce se stává obvykle dárce dvou ledvin; jejich alokace (tj. určení, kterému z příjemců v čekací listině budou transplantovány) se řídí pevnými pravidly a je v kompetenci Koordinačního střediska transplantací. Žijící dárce naproti

---

<sup>61</sup> [www.nrod.cz](http://www.nrod.cz)



tomu je v absolutní většině dárce ledviny konkrétnímu určenému pacientovi, zde tedy žádná alokace neprobíhá.

Základním zdrojem orgánů pro transplantaci je tedy lidské tělo. Odběr živých orgánů z mrtvého těla je řízen přísnými podmínkami, aby po přijetí příjemcem okamžitě fungovaly. Představa, že pacient je mrtvý, zatímco jeho životně důležité orgány (kromě mozku) zůstávají živé, byla všeobecně lékaři akceptována, aspoň na Západě, ačkoli o celé záležitosti politici, vlády, filosofové a církevní představitelé stále diskutují.

V roce 2003 v ČR odmítlo dát orgán svého blízkého na 80 rodin, mnohdy příbuzní si rozmyslí svůj postoj, někdy přicházejí pozdě. Těla určená k transplantaci vyžadují zvláštní udržovací režim a ten stojí desítky tisíc korun. V Evropě umírá denně deset lidí, protože se pro ně nenašel vhodný dárce, u nás je 1200 nemocných, nejvíce z nich asi tři čtvrtiny potřebují novou ledvinu. Průměrná doba čekání na orgán činí rok a čtvrt. V Česku připadá na milion obyvatel 19 dárců, jak jsme již zmiňovali výše, je to lehký evropský nadprůměr, experti z oboru se však snaží odstranit každý systémový nedostatek, aby se číslo mohlo zvýšit.

Jiná je situace ve Španělsku, kde na milion obyvatel připadá 34 dárců, nejvíce z celé Evropy. Stát má vysoce propracovaný systém, žádný z vhodných dárců neujde pozornosti díky tomu, že v každé nemocnici pracuje specializovaný tým, který sleduje těžce zraněné pacienty a v případě mozkové smrti zajišťuje odběry orgánů.

Pacient s nemocnými ledvinami, který musí docházet na dialýzu, „stojí“ ročně asi  $\frac{3}{4}$  milionu. Transplantace ledviny vyjde na zhruba  $\frac{1}{4}$  milionu, další léčba pak na sto tisíc korun ročně.

Jeden dárce může v ideálním případě zachránit až 9 jiných lidských životů.

Akutně se projevuje nedostatek orgánů pro děti.

Zatím asi 750 Čechů výslovně odmítlo, aby se jejich orgány využily po smrti k transplantacím. Na druhé straně čekají na transplantaci srdce, plic, ledvin stovky nemocných.

Do registru omítačů dárcovství orgánu se také lze zaregistrovat přes internet, na webových stránkách [www.nrod.cz](http://www.nrod.cz) je formulář, který si žadatel stáhne, vyplní, podepíše a odešle. V obou případech je totožnost osob nesouhlasících pro veřejnost tajná. Nahlédnout mohou jen koordinátoři transplantací.

*„Mám dojem, že odmítání je i odraz morálky společnosti. Když ne já, tak nikdo – takový postoj bych označil za sobectví“*, zamýšlí se profesor Jan Pirk, šéf Kardiocentra IKEM, časopis *Týden*, 2007.

Další možnosti vyhledávání dárců

a) Díky tomu, že v posledních letech došlo k velkému rozvoji transplantační medicíny, došlo i ke zvýšení indikovaných pacientů k transplantacím. Protože počet čekatelů na tzv. WL (waiting list) je např. u ledvin o 60% vyšší než je dárců, úmrtnost podle statistik transplantačních organizací (Eurotransplant, ONTO, UNOS, Scandiatransplant je 5-10%, hledají se další možnosti vyhledávání orgánů.

Velké prostředky jsou vynakládány na výzkum možnosti transplantací zvířecích orgánů (xenotransplantace), ale i když byla již vypěstována zvířata blízcí se svým genovým vybavením lidem (např. genová prasata), xenotransplantace v nejbližších letech jistě nedostatek orgánů nevyřeší (Baldwin, 1993).

Jednou z možností, jak zvýšit počet orgánů k transplantacím, je vedle zvýšení počtu příbuzenských transplantací i rozšíření indikačních kritérií zemřelých (kadaverózních) dárců.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> Faktory zemřelého dárce ledviny ovlivňující časný rozvoj, úroveň funkce a přežívání transplantované ledviny, Mudr. Pokorná, E., Praha, IKEM, 1999, kand. dizertační práce

Příklady rozšířené indikačních kritérií dárců ledvin (Alexandr, 1994)

klasická kritéria		rozšířená kritéria
16 - 50 let	věk	1 - 79 let
<24 hodin	studená ischemie	<72 hodin
nepřítomnost	infekce	neléčitelná
<1,3 mg/dL	S-kreatin	variabilní
negativní diabetes mellitus negativní hypertenze	anamnéza	nejsou kontraindikací
nepřítomnost	anatomické anomálie	nejsou kontraindikací

Z výsledků uvedené práce vyplývá, že je optimální transplantovat ledviny získané od starších dárců starším příjemcům, hlavním důvodem významně lepšího přežívání štěpů těchto dárců je nízký výskyt rejekčních epizod.

b) Cílem výzkumného projektu, který byl proveden v transplantačním centru IKEM<sup>63</sup>, bylo zjistit, zda všichni zemřelí, kteří se mohli stát dárci orgánů, byli indikováni k odběru. Dalším cílem byla edukace v indikačních kritériích zemřelých dárců a v klinických známkách smrti mozku. Závěr této studie byl jednoznačný ve prospěch možných transplantací, počet možných dárců byl více než dvojnásobný.

Z toho plyne zjištění, že se může zvýšit počet dárců, pokud budou dobře spolupracovat jednotlivá pracoviště, kde se orgány odebírají a kde se transplantace realizují. Existuje tu problém nejen ekonomický, je finančně nákladné udržovat potencionálního dárce přístroji, roli tu hraje i mezilidský aspekt. Odebírání provádí promývání orgánů, tzn., že odcházejí výměšky, krev. Pokud přijedou pracovníci

<sup>63</sup> Pokorná, E, Vítko, Š. Výzkumný projekt Nadace Karla Pavlíka, Jedinci se smrtí mozku splňující kritéria pro odběr orgánů k transplantacím, Praha, IKEM, 1999

z koordinačního centra, kteří rychle odeberou orgán, je potřeba po takovém odběru provést úklid, který musí vykonat místní zdravotnický personál. Proto k odběrům z KC přijíždějí zároveň zkušené sestry, které v sobě nesou záruku ohleduplnosti, taktu, úcty a vděčnosti nejen k možnosti získat orgán, ale i místnímu zdravotnickému zařízení a personálu, který jim to umožnil.

## **B Perspektivy reflexe křesťanské etiky**

### **1 Vymezení křesťanské etiky**

Křesťanská etika vyžaduje, aby věřící žil v míru s ostatními lidmi, soucítil s trpícími, jelikož pro křesťany je jejich společenství založeno na rovnosti před Bohem. Od věřících, kteří z lásky k Bohu chtějí plnit jeho vůli, se očekávají dobré skutky zde na zemi.

Co je specifické pro křesťanskou etiku a mravnost, je rozhodnutí pro osobu Ježíše Krista a pro porozumění člověku, které s tím souvisí, a pro specifický horizont smyslu. Pro ježíšovské a tím křesťanské chápání člověka je charakteristické, že jsou lidé Bohem stvořeni a milováni a že volá k zodpovědnosti za jejich jednání a utváření světa. Tím se formulují dvě podstatné charakteristiky člověka: <sup>64</sup>

rovnost všech lidí a jedinečnost každého člověka.

Každý člověk je sám o sobě originální, nenahraditelný, nesměnitelný, ale není povýšen nad ostatní. Z tohoto obrazu člověka a zaslíbené spásy vyrůstají opce pro jednání (solidarita člověka s člověkem, pomoc utlačovaným a slabým, ochrana lidské důstojnosti, zasazování se o spravedlnost, ochrana všeho živého a kritický odpor

---

<sup>64</sup> Milfait, R., Společné etické základy pastorační a sociální práce, manuskript, JABOK. 2007

proti každému ideologickému zabrání, přivlastnění člověka). Společný hlas těchto opcí je utvářen příkázáním lásky k Bohu, k sobě a k bližnímu.<sup>65</sup>

Důležitou částí křesťanské etiky, zejména k našemu tématu reflexe transplantace je spolupůsobení křesťanské víry a etické reflexe. Víra se může v etické reflexi projevovat rozmanitým způsobem:<sup>66</sup>

- jako věřící důvěra může motivovat k mravnímu jednání,
- jako vědomosti (obsahy) víry může přispívat pozitivními orientačními body pro rozhodování a posuzování jednání,
- jako zkušenost víry prohlubuje a utváří mravní kompetenci člověka.

Ježíšova praxe, poselství a jeho stálé působení má zásadní význam pro mravní jednání a etickou reflexi, jak to lze ukázat na těchto třech aspektech:<sup>67</sup>

- jde hlavně o jednající osobu a pak až o jednotlivé jednání s jeho následky,
- máme před očima životní praxi jako model plně zdařilého lidského bytí (nabízí podněty a východiska pro řešení konkrétních problémů),
- hlásáním živého bezprostředního jednajícího Boha otevírá perspektivu smyslu, dokonce toho absolutního a posledního smyslu lidského života.

Pastorální koncil si je vědom toho, že může „mluvit ke všem lidem s úmyslem objasnit tajemství člověka a účastnit se řešení hlavních otázek naší doby“ jen „*ve světle Krista*, který je obraz neviditelného Boha.“ V něm se spatřuje „klíč, střed a cíl celých lidských dějin“.<sup>68</sup>

Základem křesťanské etiky jsou dvě největší příkázání, které přebírá Ježíš Kristus z židovství a které zní:

- „Slyš, Izraeli, Hospodin je náš Bůh, Hospodin jediný. Budeš milovat Hospodina, svého Boha, celým svým srdcem a celou svou duší a celou svou silou.“ (Dt 6,4-5)
- „Budeš milovat svého bližního jako sebe samého.“ (Lv 19,18 )

---

<sup>65</sup> Srov. GREIS Andrea / LAUBACH Thomas: Handeln. Auslegungsperspektive theologisch-ethischer Reflexion, in: HUNOLD Gerfried W./LAUBACH Thomas/GREIS Andreas (Hrsg.): Theologische Ethik. Ein Werkbuch, Tübingen: A. Francke, 2000, 82-83, in: Milfait, René, Dítě jako zboží v prostituci, Perspektivy teologicko-etické reflexe, 2007

<sup>66</sup> Srov. PINDL Michael: Glaube. Leitperspektive theologisch-ethischer Reflexion, in: HUNOLD Gerfried W./LAUBACH Thomas/GREIS Andreas (Hrsg.): op. cit., 60.

<sup>67</sup> Srov. tamtéž 63-64.

<sup>68</sup> GS 10.

Novozákonní etiku odlišuje od ostatních etik její základ: křesťanské etické jednání nevede k ospravedlnění v Ježíši Kristu (resp. Bohu), nýbrž z něho vychází:

*Vybízím vás, bratří, pro Boží milosrdenství, abyste sami sebe přinášeli jako živou, svatou, Bohu milou obět'; to ať je vaše pravá bohoslužba. A nepřizpůsobujte se tomuto věku, nýbrž proměňujte se obnovou své mysli, abyste mohli rozpoznat, co je vůle Boží, co je dobré, Bohu milé a dokonalé. (Řím 12,1)*

Takto popisuje Benedikt XVI. samotnou víru jako etické jednání:

*"Křesťanská víra znamená svěřit se životnímu smyslu, který nese mne i celý svět, přijmout jej za pevný základ, na kterém mohu pevně stát. Můžeme to vyjádřit i jinak: Křesťansky věřit znamená přijímat svojí existenci jako odpověď na slovo jako logos, který nese a drží vše. Znamená to říci své ano k tomu, že smysl života a věcí je již daný a my jej jen přijímáme a svěřujeme se mu. "<sup>69</sup>*

Pak tedy naslouchání Slovu, tj. Kristu, je jedním ze základních požadavků křesťanské víry a etiky: přijmout duchovní poselství s přísným mravním rozměrem (tj. křesťanskou zvěst pocházející od Boha, kterou Ježíš Kristus předal svým apoštolům, aby ji šířili dále) a žít z něho v Duchu svatém. Toto poselství, zaznamenané v Bibli, zdůrazňuje prostřednictvím několika kodifikovaných pravidel (např. v Desateru) potřebu řídit se dle takové morálky.

V rámci křesťanské etiky a mravnosti nelze nezmínit alespoň jako odkaz tzv. Magnu Chartu křesťanské etiky, tzn. tzv. Ježíšovu řeč na hoře (srov. Mt 5-7) či na rovině (srov. Lk 6) a v nich zejména preambule – tzv. blahoslavenství.<sup>70</sup>

Člověk tak uvažuje zodpovědnost před Hospodinem, rovněž také zodpovědnost z hlediska věčného života, která se odráží ve všech konání člověka na zemi, tedy i lékařská etika je zasazena do mravního zákona, přesahující lékařský kontext.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> Ratzinger, Jozef: Úvod do křesťanství. Brno: Petrov. 1991, str. 31

<sup>70</sup> Milfait, R., Společné etické základy pastorační a sociální práce, manuskript, JABOK. 2007

<sup>71</sup> Buber, M., Temnota Boží. Praha: Vyšehrad. 2002, str. 171.

## 2 Oblast biomedicínské etiky

### 2.1 Vymezení

Lékařská etika se snaží nacházet řešení nejednoznačných rozporuplných otázek současné lékařské praxe, od roku 1991 samostatný obor, moderní etika vzniká v návaznosti na vědecký pokrok a rozvoj medicíny

Zájem o etiku v oblasti medicíny prožívá svůj boom nejen z důvodu explozivního nárůstu nákladů ve zdravotnictví, ale i proto, že medicína, která sebe sama chápe jako přírodní vědu, vytváří stále nové a obdivuhodné technické možnosti, sama však nedovede vytvořit kritéria jejich humánního či nehumánního využití.<sup>72</sup>

Tento vývoj se odehrává ve společnosti, která se stále hlásí k hodnotovému pluralismu. Kdy vedou pluralistické struktury života k tomu, že lidé začnou hledat jednoduchá a totální řešení? Jak dlouho budeme moci udržet tezi, dosud charakterizující naši kulturu, že každý člověk je osobou, jejíž důstojnost je třeba respektovat?

Relevance a kritika křesťanské víry (spočívá především v zásadní motivaci k mravnímu jednání a etickému reflektování) proto etika hraje důležitou roli (akademicky i politicky) v celkové oblasti prevence, léčby a rehabilitace, terapie nevléčitelných nemocí, v péči o ty, kdo jsou resistantní vůči terapii a kdo umírají, základního a klinického výzkumu, tedy etika celého zdravotnictví (zdravotní péče – health care)

Předávaný étos povolání zůstává platným, ale nestačí. Objevují se nové otázky, pro jejich náležitě zodpovězení nestačí dosavadní mravy. Proto:

- současná biomedicína potřebuje více než jen lékařský či medicínský étos skutečnou etiku, protože je konfrontována se zásadně novými úkoly rozhodování
- Morální zdroje současné společnosti jsou nedostatečné. V medicíně se tak ukazuje jako nedostatečný spíše zdroj předávaný étos povolání
- medicína tak hledá radu etiky: plyne to z enormního medicínskému pokroku a jeho přírodovědeckých základů:

---

<sup>72</sup> Virt, G. Žít až do konce. Praha: Vyšehrad. 2000, str. 9

- nové možnosti prodloužit lidský život a počít ho – velké naděje i hluboké strachy;
- dosud neznámé situace rozhodování
- bylo by to příliš jednoduché pro lékaře a vědce, kdyby si nárokovali neomezené disponování celým lidským životem pomocí odvolávání se na svobodu výzkumu a právo pacienta na sebeurčení nebo kdyby se s odkazem na nedotknutelnost lidského života celkově zavrhnuly všechny nové možnosti

Do problematiky transplantací se mohou promítnout obecné zásady lékařské etiky:

- úcta k lidské osobě
- předmětem zdravotnické péče není jen tělo, ale celý člověk
- pokusy na nemocném nesmí nikdy degradovat člověka na prostředek výzkumu
- u nákladných přístrojů nelze přehlížet finanční hledisko, ale v prospěch pacienta je třeba se nad toto hledisko povznést
- eugenika, péče o optimální potomstvo, nesmí člověka degradovat na podřadný produkt reprodukce
- člověk má právo na důstojnou smrt
- mrtvé tělo člověka má právo na přiměřenou úctu

Biomedicínská etika má za úkol zkoumat pomocí etiky a jejích argumentačních forem vědeckým způsobem zodpovědné zacházení s možnostmi medicíny. Zvažuje různá odůvodnění a odvozuje obecné principy či pravidla a kritéria, podle nichž se může jednání v této oblasti označit jako dobré či špatné, správné či nesprávné. Je tedy etikou pro health care, zdravotnictví. Není ale výlučně lékařskou deontologií (naukou o povinnostech), protože se zabývá všemi zúčastněnými aktéry v této oblasti (pacienti, zdravotní personál, politici, manažeři, příbuzní...) a dalšími tématy systému (např. zdroje financí, zdroje orgánů, jejich počty a počty potřebných lidí...) či dalších dílčích oblastí (př. životní prostředí, zvířata).

Lékařská etika se opírá o řadu lékařských přísah a deklarácí: Hippokratova přísaha, v níž nachází základní morální principy lékařského jednání (povinnost péče



o své pacienty, příkaz neškodit, povinnost mlčenlivosti a příkaz sexuální abstinence s pacientkami a pacienty a jejich příbuznými.<sup>73</sup>

Dobový kontext Hippokratovy přísahy však přinesl potřebu nové interpretace v aktuálním kontextu – proto vznikl jako reakce na zneužití medicíny v době nacionálního socialismu text Ženevská přísaha (slib) světového svazu lékařů (1948; další aktualizace Stockholm 1994). Lékaři se zde zavazují k tomu, že budou své pacienty rovně (stejně, bez rozdílu) léčit nezávisle na náboženském, národnostním, rasovém, stranickém či třídním hledisku. Je součástí profesních řádů, které vydávají místní lékařské komory a které obsahují pro lékaře závazné směrnice jednání (srov. Česká lékařská komora a etický kodex).

V západní kultuře převládá konsens: vysoce postavený princip představuje autonomie pacienta (právo osoby rozhodovat o sobě ve všech osobních otázkách, pokud se tímto rozhodnutím nepoškodují jiné osoby). Pak se objevují problémy nejen ve společnosti, v nichž hraje tradičně velkou a větší roli rodina. Pojetí autonomie znamená podle některých schopnost vyjádřit aktuálně a momentálně své přání, rozhodnutí atd., ale co ti, kteří toho nejsou schopni na základě zdravotního stavu? Jsou najednou volně k dispozici? Proto důležité rozlišování autonomie jako capacity (mravní autonomie každé lidské bytosti) a ability (aktuální schopnost ji naplňovat). A pak: co když je rozhodnutí pacienta, lékaře či vědce v rozporu se zákonem či dalšími etickými principy?

Má se v tomto případě sledovat morální univerzalismus: etický princip je pro všechny lidi platný (zde přednost individuálního sebeurčení a tělesné nedotknutelnosti, neporušenosti integrity osoby)?

Nebo morální relativismus, resp. pluralismus v různých kulturách respektovat rozvinuté morální představy a nehodnotit je navzájem? Oba jsou krajnostmi, morální absolutismus přesně předepisuje pravidla k dodržování, aniž by přiznával možnost rozdílné interpretace podle světonázorového přesvědčení či kulturního pozadí.

Rozdílnost by ale neměla vést k libovůli, protože lze najít společné minimální standardy, které přispívají k tomu přesněji vymezit rámec toho, co je morálně přípustné.

---

<sup>73</sup>Milfait, R., Biomedicínská etika, powerpoint. 2007

## 2.2 Základní principy

Na základě teorie W.D.Rosse o prima facie principech, byl rozpracován princip respektu k osobám Beauchampem a Childressem,<sup>74</sup> především ve smyslu podpory jejich autonomie. Je to forma svobodné aktivity, v níž jednotlivec určuje způsob svého jednání v souladu se svými plány dle vlastního výběru, svých vlastních preferencí, přání, hodnot a ideálů. Autonomie předpokládá zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnost učinit vlastní plán, který si člověk předsevzal. Vyzvedávání autonomie zrcadlí individualismus, podporující tvůrčí schopnosti a odporující konformitě.

V lékařské etice se týká především práva nemocného na sebeurčení, doloženého informovaným souhlasem s veškerým děním.

Kromě autonomie se uvádějí hlavně tyto další principy:

- povinnost péče lékaře („salus aegroti suprema lex“)
- příkaz neškodit („primum nil nocere“)
- spravedlnost
- pravdivost
- spolehlivost

Příkaz pomoci trpícímu nouzi patří ve všeobecné etice sice k (dobrovolným, nepovinným) povinnostem ctnosti, ne k (závazným, povinným) právním povinnostem. V případě lékaře patří tento příkaz ale k jeho zvolenému, proto závaznému základnímu úkolu. Tento příkaz pak ale nespočívá ve všeobecné povinnosti pomoci, ale v té, která je specifická pro povolání. Podle zásady *salus aegroti suprema lex* je blaho (ne pouze fyzické přežití) nemocného člověka nejvyšší zásadou. Medicínský étos je zásadně étosem pomoci a léčby (uzdravování)

Druhá zásada – morální minimum: spočívá v (právněetickém) závazku v žádném případě nepoškodit (neublížit): *primum nil nocere*

---

<sup>74</sup> Beauchamp, T.L., Childress, J.F. Principles of biomedical ethics. 5th ed. Oxford: University Press, 2001. 454 p. (zde citováno Ross, W.D. The foundations of ethics. Oxford, Clarendon press, 1939).

Doplnění o třetí princip: informovaný souhlas – taky přesně vzato nepotřebuje etiku. Autonomie pacienta sám se rozhodnout i proti výslovnému lékařskému paternalismu, co se s ním bude dít, vyplývá ze dvou dlouho uznávaných zásad moderního právního života:

- z práva na integritu těla a života,
- a z práva na sebeurčení
- je bezprostředně jasné a morálně nesporné řešení
- moderní biomedicíně se ale kladou otázky, které nemůže sama zodpovědět svými kompetencemi, přírodovědeckými poznatky a technickými schopnostmi ve spojení s tradovaným étosem povolání
- nutnost biomedicíncké etiky neplyne proto z toho, co je alarmující, z nápadných morálních provinění
- spíše spočívá důvod v tom, že samozřejmě platné hlavní principy už neposkytují jasnou orientaci k tomu, co je morálně dovoleno a co je zakázáno (Smíme všechno, co můžeme? Člověk nesmí všechno, co může)
- biomedicíncká etika: aby chápala lid jako absolutní hodnotu, nesmí se zároveň a v témže významu některým bytostem více a druhým méně přiznávat
- každý člověk má vnitřní absolutní hodnotu jako každý druhý člověk. Žádná omezování a vymezování podle náboženských, etnických, kulturních, medicínských nebo jiných kritérií

Biomedicíncká etika motivuje k morální angažovanosti i k etické reflexi.

Abstraktní intelektuální znalost Ipr-dokumentů v sobě ještě neobsahuje motivaci, podle toho směřovat svůj život a své jednání. Potřebuje ještě hlubší pramen, který pohne životem člověka.<sup>75</sup>

- čím hlubší a úplnější odůvodnění Id ve vlastním životě, tím více síly k mravnímu jednání a k tomu nutné reflexe člověku přibývá
- víra a prameny víry zde mohou zpřístupnit zdroje motivace zejména prostřednictvím svých obrazů, metafor a podobenství
- víra pomáhá i proti víru, který stahuje dolů k etickému minimu, právě při hospodářském tlaku mezinárodní konkurence dále snižovat etické minimální standardy
- Víra taky chrání před tendencí sekulárního rozumu absolutně stanovit správné a důležité hodnotové náhledy, např. když se kvalita života a zdraví v utopickém smyslu stávají důležitějšími pro vytváření etického posouzení, než základní dar života
- ve středu medicínské etiky je člověk. Kvůli člověku přišel Ježíš, abychom viděli, jak jsme zamýšleni a nahlíženi Bohem. Chce-li církev být církví JKř, musí být tento člověk, a sice současný člověk, i cestou církve

Na závěr vystihující slova protestantského teologa Paula Ramseye:

*„Člověk nemá hrát Boha, dokud se nenaučil být člověkem, a když se naučil být člověkem, nebude si už hrát na Boha.“*

---

<sup>75</sup> Milfait, R., Biomedicínská etika, manuskript, JABOK, 2007

### 3 Teologicko – antropologický fundament

#### 3.1 Člověk stvořený k obrazu a podobě Boží

Biblické pojetí člověka podtrhuje jedinečnost každé lidské bytosti, její nenahraditelnost, ojedinělost a cenu, člověk je nezaměnitelné individuum, sociální a religiózní bytost odkázaná na Boha.

Pomocí svého rozumu a svědomí má člověk povinnost rozlišovat dobro a zlo a má pak po odpovědné volbě eticky jednat. Pro sociální jednání nalézají křesťané důležité biblické motivy, které sdělují, že není dobře, když člověk zůstává sám (Gn 2,18a), vztah muže a ženy (Gn 1,27b) je základním kamenem tvorby sociálních vztahů, nelze tedy tento biblický text chápat jen ke vztahu k lidské pohlavnosti.<sup>76</sup>

Člověk je tělesně-duchovou bytostí odkázanou na vztahy s jinými lidmi, na nosný vztah, se svým Stvořitelem. Před ním jsou si všichni lidé rovni, jak to učí celá židovsko-křesťanská tradice. Tato tradice, která dala základ evropské kultuře, odmítá nerovnost lidí, která by ji zdůvodňovala pohlavím, rasou, původem, náboženstvím a jazykem. Rovnost všech lidí před Bohem jako příkaz zavazuje všechny jednotlivce v rodině, celé společnosti lidí v národě a státu. Původ všech lidí z moci Stvořitele poukazuje na bratrství a sesterství všech lidí. Novozákonní prezentace trojjediného Boha pokazuje na Boha jako osobu plnou vztahů, která je vzorem či normou vztahovosti mezi lidmi. Proto Bůh stvořil člověka ke svému obrazu (Gn 1,27).. Člověk, jak ukazují jeho dějiny, se především uskutečňuje v setkávání s druhými. Za úspěšnou realizaci svého bytí nese každý jedinec privátní odpovědnost.<sup>77</sup> Odpovědnost za druhé přijímá jedinec jako etický úkol. Osoba si zasluhuje takovou úctu, že ji nelze sociálně opustit. Člověk je osobou nadanou svobodou a odpovědností.

---

<sup>76</sup> Peschke, K.-H., Křesťanská etika, Praha: Zvon, 2003, str. 187

<sup>77</sup> Beauchamp, T.L., Childress, J.F. Principles of biomedical ethics, 5th ed. Oxford: University Press, 2001. 454 p. (zde citováno Ross, W.D. The foundations of ethics. Oxford, Clarendon press, 1939).

Křesťanská tradice pak kladla velký důraz na přesné vymezení pojmu osoba. Tento pojem měl z filozofického hlediska vyjádřit především čtyři vztahy: byl to vztah sama k sobě, byl to přirozený vztah, interpersonální vztah a vztah k Logu.

Vztah sama k sobě znamená poznání sama sebe na základě sebereflexe. Pak je člověk schopen rozhodnutí. Přirozeným vztahem se míní jeho vztah ke svému okolí, do kterého se má integrovat. Člověk je součástí světa a jako jeho součást je také bytostí animální a pudovou.

Interpersonálním vztahem lze porozumět konstitutivní vztah k druhým, bez ostatních lidí není člověk schopen vývoje osobnostního vyzrání. Interpersonální vztah požaduje sociální cítění, jen ve vytváření sociální sítě společnost zraje a uvědomuje si hodnotu lidství. Ve službě druhým se člověk uskutečňuje a přesahuje sama sebe. Ze sociálního charakteru společnosti jsou obdarováni všichni: ti, kdo nabízejí, i ti, kdo přijímají.

Vztahem k Logu se myslí odpověď na otázku např. M. Schelera, co je konečným smyslem a poslední pravdou všeho existujícího. Je to otázka po Bohu. Odpověď po smyslu všeho existujícího nabízí úvahu o Bohu, protože neklidné je lidské srdce, dokud v něm nespočine (Augustin).

Kvalita života jednotlivé bytosti postupně vyzrává přes pomoc vůči druhým. Otevřenost člověka a jeho touha je nekonečná, jeho hledání po smyslu nalézá odpověď ve službě druhým. Jeho otevřenost vůči světu a službě druhým je popsána jako vrozená touha po otevřenosti vůči Bohu, protože jeho srdce je uzpůsobeno tak, aby milovalo slabé a nemocné, trpící a omezené, postižené a chudé. Toto je jedna z odpovědí, proč filozofie tvrdí, že člověk vytváří zrcadlo sám o sobě. Člověk tak není nikdy zcela uskutečněný, není dohotoven, jeho bytí je stále v procesu reálného stávání se osobou. Obsahově bohatý pojem osoba nelze upřít žádnému člověku, ani ochrnutému, ani člověku potřebující péči, ani umírajícímu ani ještě nenarozenému.

Člověk žije trvale ve stavu osobnostního vývoje, který vyžaduje úctu a respekt.<sup>78</sup>

Tuto nauku vyjadřuje Deklarace základních lidských práv a je správné uvítat tuto jednomyslnost v ochraně a obraně člověka jako osoby, která vyjadřuje vůli

---

<sup>78</sup> Společenství a služba. Lidská osoba stvořená k Božímu obrazu. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2005, čl.41

většiny národů světa. Jinak vyjádřeno to znamená, že téma člověk máme chápat jako účel sám v sobě. Filozoficky vyjádřeno v pojetí Kantově, člověk nesmí být chápán pouze jako prostředek, ale jako vždy účel sám o sobě.

### 3.2 Vztah těla a duše

V bibli je člověk chápán vždy celostně a jednotlivé pojmy překládané jako tělo, duše, duch či srdce představují určité aspekty či způsoby jeho života nebo jeho celého.

*„I vytvořil Hospodin Bůh člověka, prach ze země, a vdechl mu v chřípí dech života. Tak se stal člověk živým tvorem“ (Gen 2,7)*

Biblický model hovoří o přijatém, integrovaném těle do osoby, jež patří do personality člověka. Tělo není objektem stojícím proti já člověka, ale předpokladem, že člověk může říci já. Tělo se ve své materiální substanci proměňuje, a proto člověk neztrácí svou identitu a kontinuitu. Člověk je ve světě přítomný a činný tak, že se jeho každý úkon má projevovat jako ztělesnění ducha a zduchovnění těla.

Tělesnost v celistvém novozákonním pohledu na člověka hraje důležitou roli v jednání a při soudu: *„Vyblízím Vás, bratří, pro Boží milosrdenství, abyste sami sebe (v poznámce: svá těla) přinášeli jako živou, svatou, Bohu milou obět'; to ať je vaše pravá (v poznámce: rozumná, tj. ne ceremoniální) bohoslužba“ (Řím 12,1);*

Nebezpečné důsledky má štěpení na duši a tělo, když se pak vše, co je na člověku viditelné a hmatatelné, učiní jen vnější věcí a tedy pouhým materiálem.

Subjektivita, vůle, já člověka se vidí jen v jedinečné, nesmrtelné a nemateriální duši.

Může z toho plynout i chápání, že se tělo stává pouhým prostředkem pro účely duše či dokonce pouhým automatem, který se chová podle pevně stanoveného schématu podnět-reakce.

Z uvedeného je možno vnímat, jaké důsledky tak může mít diskriminační nepoměr nesmrtelná duše a bezcenné tělo.<sup>79</sup>

Člověk je jednota duše a těla. Jakožto tělesná bytost v sobě zahrnuje prvky hmotného světa; v něm dosahují svého vrcholu a pozvedají hlas k svobodnému chválení Stvořitele. Člověk proto nemá pohrdat tělesným životem, nýbrž naopak je povinen považovat své tělo za dobré a hodné úcty, poněvadž bylo stvořeno Bohem a posledního dne má být vzkříšeno. Současně je ale nutné uznat, že jen díky duchové duši je tělo, které je složené z hmoty, lidským a živým tělem. Duši je proto třeba považovat za „formu“ těla. Duch a hmota nejsou však v člověku dvě sloučené přirozenosti, ale jejich spojení tvoří jednu jedinou přirozenost člověka.

Výraz „duše“ označuje v Písmu svatém často lidský život, nebo celou lidskou osobu. Označuje však také to, co je v člověku nejniternější, co má v něm největší cenu, to, v čem je člověk obzvláště Božím obrazem; „duše“ znamená duchový princip v člověku.

Spojení srdce a ledviny se v Písmu opakují vícekrát. Je třeba tomu rozumět tak, že srdce není v Písmu především orgán na pumpování krve. Pokud přijímáme trojdílnou antropologii duch-duše-tělo, pak výraz srdce zpravidla označuje ducha a duši člověka dohromady, zatímco výraz tělo a krev označuje tělo a duši, tedy přirozenou stránku člověka – bez Božího zjevení, bez ducha.<sup>80</sup>

Ledviny jsou obrazem či vlastně označením, svědomím. Svědomí se také podobně jako ledvina chová. Podobně jako u ledvin nedokážeme svědomí řídit. Nemůžeme však vypnout ledviny, nemůžeme ani vypnout svědomí, protože bychom třeba někdy rádi. To však neznamená, že bychom svědomí nemohli ovlivňovat. I ledviny můžeme ovlivňovat – zejména negativně. Alkohol je může zničit za pár let. I svědomí může otupět, pokud vytrvale a svévolně hřešíme.

---

<sup>79</sup> Viz Milfait, R., IS Jabok/studijní materiály. Praha. 2008

<sup>80</sup> [www.sweb.cz/preklad.bible](http://www.sweb.cz/preklad.bible)



### 3.3 Vztah celku a orgánu

Lidské orgány jsou částmi těla v dvojím smyslu: genetivus subiectivus a genetivus obiectivus: orgány umožňují dynamickou jednotu těla a mají přitom při výstavbě a udržení dynamiky různé funkce; zároveň umožňuje zase dynamická jednota těla funkční schopnost orgánů. Tělo není dodatečnou jednotou svých orgánů, protože ty jsou od počátku ve službě jednoty těla a zaměřeny na celek těla – i orgán mozek.

Mé tělo jako celek je bytostným médiem mých úkonů vůči světu – ne jednotlivé orgány.<sup>81</sup>

Orgány nejsou součástkami vyrobeného produktu. Být orgánem znamená konstitutivní vztah, být vždy orgánem někoho...Mozek i ledviny jako součásti celku.

Hledisko závislosti integrační funkce těla na funkční schopnosti jeho orgánů.

Funkční neschopnost jednoho nebo více orgánů může nechat integrační funkci těla nedotčenu, ale i narušenu. Také může nevratná ztráta funkce zničit dynamickou jednotu těla. Tělo přestává existovat jako tělo. A protože je každý svým tělem, přestává žít s tímto tělem tento člověk. Dezintegrace těla, smrt mozku smrtí člověka. Za tohoto předpokladu neznamená odpojení přístroje srdce-plíce nechat umírat, protože umírat může jen ten, kdo žije.

Koncept smrti celého mozku dovoluje změnu kritérií smrti při zachovaném určení smrti. Umělé dýchání, resp. činnost lékaře pak přesně vzato není podporou orgánových funkcí – podpora předpokládá totiž dynamickou jednotu těla –, ale nahrazením dílčích funkcí mozku – s následkem časově omezeného zachování funkční schopnosti orgánů a jednoty orgánů (spojení orgánů).

Právo člověka disponovat vlastním tělem je omezené. Lidská osoba byla stvořena k Božímu obrazu: je tedy sama o sobě dobrem a nemůže používat vlastní tělo jako prostředek k dosažení cíle, který by si sama stanovila. V souladu s principem totality a integrity je dovoleno lidským tělem i určitými duševními funkcemi disponovat pro záchranu života. Patří sem například amputace končetiny nebo transplantace orgánu.

---

<sup>81</sup> Milfait, R.,manuskript,JABOK,2008

Život není nejvyšším dobrem, je však dobrem základním, které je třeba chránit v zájmu celé lidské osoby. Pokud toto základní dobro chybí, potom přestávají existovat i hodnoty vyšší než život, například svoboda.

Při legitimním uplatňování principu totality a integrity musí být splněny následující podmínky:

1. jde o zásah do té části lidského těla, která je postižena nebo která bezprostředně ohrožuje život postiženého;
2. neexistuje jiná možnost záchrany života;
3. pravděpodobnost na úspěch je úměrná riziku a pravděpodobnosti negativních následků zásahu;
4. pacient vyslovil se zákrokem souhlas.

Někteří odborníci se snaží principem totality a integrity ospravedlnit obětování nižších funkcí, například reprodukční schopnosti, v zájmu vyšších hodnot, jako je duševní zdraví a zlepšení vztahu k jiným lidem. Schopnost předávat život by ovšem v takovém případě byla obětována nikoli k uchování života člověka, nýbrž pro jeho určité fungování. Pokud by nešlo o akutní ohrožení duševního zdraví, anebo by toto ohrožení bylo možno odstranit jiným způsobem, ztráta reprodukčních schopností by znamenala poškození dané osoby. Navrhovaný výklad principu totality by navíc přinášel možnost obětovat část těla ze společenských zájmů, a tedy obhajovat eugenickou sterilizaci v zájmu státu.<sup>82</sup> Proto z křesťanského úhlu pohledu neexistuje zásadní námitka proti dobrovolnému dárctví orgánů, jak už bylo řečeno. Pochyby vyvolává jen možnost zneužití jako obchod s orgány. Podle křesťanského porozumění je život a tím tělo darem stvořitele, jímž nemůže člověk disponovat, jak je libo, který ale může po pečlivém přezkoumání svědomí nasadit z lásky k bližnímu.

---

<sup>82</sup> <sup>1</sup> Společenství a služba. Lidská osoba stvořená k Božímu obrazu. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2005, čl. 33.

### 3.4 Mravní autonomie

Mravní autonomie znamená relativní samostatnost vzhledem k okolí, možnost sám sobě ustanovovat zákony, právo na svobodnou správu. Z řeckého autonomia (autos sám a nomos zákon). Je to přesvědčení o oprávněnosti člověka stanovovat si sám mravní zákony nezávisle na společnosti, schopnost nezávisle rozpoznat, co je mravně závazné. Otázka, zda a do jaké míry je autonomie možná, souvisí s filozofickým problémem svobody.

Původně politický termín získal filozofický rozměr v novověku (R. Descartes, I. Kant, jenž považoval autonomii za základní princip mravnosti), zatímco v antice a ve středověku byl kladen důraz na sounáležitost a svázanost člověka s obecným řádem bytí.

K mravní autonomii se vztahuje respektování lidské důstojnosti.

Z Všeobecné Deklarace lidských práv:

"Článek 1:

Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství."

Bezpodmínečnou důstojnost člověka založenou v mravní autonomii můžeme ilustrovat morálněfilozofickou tradicí Immanuela Kanta: pojmenovává nejvyšší hodnotu a teprve tím dokončuje svůj systém morální filosofie, přičemž formuluje třetí kategorické znění kategorického imperativu: „*jednej vždy tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*“<sup>83</sup>

Podle Kanta je důvodem důstojnosti mravní autonomie člověka. Tím se myslí jeho možnost se ve svobodě podřít mravnímu zákonu, tedy moci být mravním.

Beauchamp a Childress rozpracovali teorii W.D.Rosse o prima facies principech (zásady evidentní na první pohled, jednoduché, jasné a samozřejmé),

---

<sup>83</sup> Kant, I. Základy metafyziky mravů. Praha: Nakladatelství Svoboda. 1991, str. 91.

zejména princip respektu k osobám, především ve smyslu podpory jejich autonomie.<sup>84</sup>Viz kap. 2.2

Respektování lidské důstojnosti je jednou z nejdůležitějších součástí péče o nemocné ze strany zdravotnického personálu, péče o člověka jakožto živé bytosti, a to lékařem počínaje, zdravotní sestrou, sanitářem konče.

Respektování lidské důstojnosti je důležité nejen z hlediska péče samotné, ale také pro vzájemné vztahy mezi lidmi, pro vztahy k lidem různého pohlaví, barvy pleti, stáří, vzdělání, společenského postavení, vyznání apod.

Důstojnost člověka - lidské bytosti chápeme jako projev úcty člověka k člověku, k sobě samému, jako respektování lidské existence bez ohledu na věk, sociální postavení a zdravotní stav. Ten, kdo žije v souladu s mravními zásadami, pociťuje určitou důstojnost (mravní sílu): klade důraz na mravní autonomii či integritu člověka, na schopnost žít v souladu s mravními zásadami.

## **4 Etické aspekty získávání orgánů**

### **4.1 Ze živého dárce**

Křesťanská etika zdůrazňuje, že se darování orgánu nesmí stát sebevraždou, ale že je dovoleno si nechat odejmout např. jeden párový orgán a zvětšit tak riziko poškození vlastního zdraví. V nejpříznivějších případech se pak zbylý orgán-jedna ledvina, svým výkonem přizpůsobí požadavkům těla a tak ztrátu kompenzuje. Darováním orgánu tak samozřejmě zvyšuje zdravotní riziko.

Darování orgánu musí zůstat darem, proto je nutný svobodný souhlas spolu s odpovídajícím vysvětlením o spojených rizicích (následky zákroku a funkce zbylého orgánu). Nemocný, kterému má být orgán transplantován, má být velmi

---

<sup>84</sup> Munzarová, M. , Zdravotnická etika od A do Z, Praha: Grada. 2005, str. 45

podrobně informován o své situaci, o všech rizicích operace a případného nepřijetí orgánu jeho organismem (informovaný souhlas příjemce). Je zde aplikována zásada informovaného souhlasu pacienta, podrobněji se jí budeme zabývat dále (viz 4.1.1).

Je třeba také zvážit otázku vlivu na osobnost a integritu člověka – zejména v případech transplantací částí mozku či pohlavních orgánů, které jsou ale poměrně vzácné.

Je zcela nutno vyloučit čistě ekonomické motivy: jinak z daru prodej, což by bylo sebeinstrumentalizování – je třeba respektovat i svou důstojnost, o které bylo zmiňováno v předcházející kapitole, 4.3 (kantovská tradice zde použitelná).

Vztah mezi ekonomikou a dostupností orgánů vzbuzuje určité obavy, protože se tak může snížit míra altruismu a změnit vlastní podstata lékařských zásahů. Kromě toho zde hrozí trvalé nebezpečí, že budou orgány získávány od zranitelných a chudobných lidí na základě hmotné zainteresanosti, jež je potencionálně donucovacím nástrojem. Transplantační technologie vyžadují přehodnocení cílů lékařského zásahu a požadavků, které na sebe vzájemně ve společnosti klademe.

Orgán nesmí být pro dárce nezbytný, tzn. nesmí se stát zabitím na žádost skrze odejmutí orgánu.

Sebeobětování i sebezrazení by vyžadovalo působení další osoby a bylo by neslučitelné s cílem lékařského jednání. Je vyloučeno trvalé poškození zdraví dárce (riziko zákroku musí odpovídat obvyklému riziku operace). Zákrok lékaře (odejmutí orgánu) potřebuje ospravedlnit z hlediska principu zabránění škodě (je dárceví jedinou možností?) Proto je dárceví párových orgánů, částí orgánů (jater např.) nebo orgánů schopných regenerovat (kostní dřevě). Výjimečné případy u dárceví ledvin, kostní dřevě.

Užitečnou metodou při analýze etických problémů by mohl být přístup na základě čtyř principů. Pomáhal by určovat konfliktní morální závazky podle specifických okolností a lze jej použít za základ pro hodnocení v biomedicíncké etice /R.Gillon /<sup>85</sup>, viz také kap. 2.2.

---

<sup>85</sup> R.Gillon vychází z Principů biomedicíncké etiky T.L.Beuchamapa a J.F.Chidresse „Principles of Biomedical Ethics“,4.vyd.New York.: Oxford University Press, 1994.

S tímto přístupem lze biomedicínké morální problémy analyzovat z hlediska čtyř základních morálních principů nebo hodnot, jež téměř každý přijímá jako prima facie<sup>86</sup> spolu s vědomím rozsahu využití každého z těchto principů. Jsou tyto:

- respekt k lidské autonomii nebo sebeurčení
- neuškodit anebo závazek neuškodit
- prospěšnost anebo závazek být ku prospěchu
- spravedlnost – závazek přistupovat spravedlivě ke konkurujícím si nárokům

První princip je princip respektu k lidské autonomii, pokud se tento respekt slučuje se stejným respektem k autonomii všech, kterých se to potencionálně týká.

Autonomie je základní a uvážené pravidlo k sebeurčení.

Druhý princip je princip neškodit nebo závazek nepoškozovat se navzájem.

Tento závazek neškodit druhým by na první pohled zakazoval lékařům operovat zcela zdravé lidi, proto, aby jim odňali ledvinu, protože nepochybně každá operace vede k nějakému poškození, např. následné infekce, pooperační bolest... V medicíně se toto riziko nevyhnutelné ho poškození ospravedlňuje očekávaným přínosem pro pacienta, jenž nebezpečí podstupuje. Tím se dostáváme k dalšímu principu, principu prospěšnosti.

Má-li pacient rakovinu ledviny, pak riziko poškození z operace je obvykle převáženo výhodami, které představuje odstranění rakoviny, jež by se jinak šířila a pacienta zabila. Oproti tomu, pokud rakovina se již rozšířila a odstranění ledviny by pravděpodobně pacientovi prospěch nepřineslo, znamená operace pro pacienta větší potencionální riziko než přínos a proto není oprávněná.

Pokud si dobrovolník nechá odebrat ledvinu, aby byla transplantována pacientovi, který ji potřebuje, argument prospěchu neplatí v případě dárce, ten podstupuje riziko bez odpovídajícího léčebného prospěchu., který je přinášén jinému – dárci.

Je v souladu, aby lékaři takovou operaci realizovali, ale co širší veřejnost? Dospělo se ke kompromisu, v malé míře lékaři mohou škodit, či riskovat poškození,

---

<sup>86</sup> evidentně platné – použil ho W.D.Ross a znamená, že principi je v určité situaci morálně zavazující, pokud se nedostává do konfliktu s některým jiným.

pokud jde o léčebný zájem druhých v případě, že riziko je malé a pokud subjekty, nebo jejich odpovědní zástupci jsou o kladech a záporech řádně informováni.

Čtvrtým ze čtyř závazků prima facie je princip spravedlnosti. V zásadě je to závazek přistupovat ke konkurujícím si nárokům spravedlivě zejména z hlediska etiky zdraví v souvislosti s nedostatkem zdrojů, s respektem k lidským právům a k morálně přijatelným zákonům. Nespočívá to ale v tom, že přidělíme všem stejně, pokud jde o spravedlnost, lidé si musí být rovni morálně relevantním způsobem. Vystává tu například otázka jaká část z našich zdrojů má být do tohoto typu léčby zainvestována a pochopitelně i do výzkumu a vývoje tohoto typu léčby v porovnání s jinými léčbami. Spravedlnost také žádá, aby transplantační medicína respektovala morálně přijatelné zákony, což v demokratické zemi lze naplnit.

Párové orgány (zejména ledviny) a část orgánů, které se regenerují (játra, slezina, slinivka) může darovat i živý člověk. Většinou se tak děje v rodině, kdy nemocnému daruje orgán nebo jeho část jeho příbuzný. Tím se také zvyšuje šance na přijetí orgánu organismem nemocného. Někdy k takovému darování dochází i mezi přáteli. Takovéto dárcovství nesmí ohrozit život dárce ani vážně poškodit jeho zdraví.

O živých dárcích je víceméně možné uvažovat jen v případě ledvin, jako o párovém orgánu, navíc je vybaven takovou funkční rezervou, že dovoluje postrádat jednu ledvinu bez znatelného snížení vylučovacích funkcí. Dárci tedy neutrpí žádnou újmu a přijímá jen malé riziko, že by se později mohl sám ocitnout v tíživé situaci. Existují ale i etické aspekty, kdy dárci mohou být vystaveni vědomému či nevědomému morálnímu nátlaku.

Naopak příliš ochotní dárci mohou být motivováni potřebou sebeobětování. Dárce ochuzením o svůj orgán může být vystaven nebezpečí, že zbylá ledvina může být sama postižena patologickým procesem. Operace, tedy vyjmutí ledviny nese s sebou pro dárce určité, a to nezanedbatelné riziko. A nelze ani opominout, že darování ledviny může být v budoucnu důvodem ke vzniku určitých rodinných konfliktů

Jak již bylo řečeno, pro darování orgán živým dárcem platí, že nesmí být ohrožen jeho život ani vážněji poškozeno zdraví. Příjemce musí vyjádřit svůj souhlas. Pokud

jsou tyto podmínky splněny, lze pak jistě darování orgánu považovat za obětavý čin lásky.

#### 4.1.1 Svobodný informovaný souhlas

V 2. Kapitole Úmluvy o lidských právech a biomedicině o souhlasu se v čl. 5 definuje obecné pravidlo o možnosti provedení jakéhokoliv zákroku v oblasti péče o zdraví, a to pouze za podmínky, že k tomuto zákroku dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat.

Toto ustanovení potvrzuje obecně mezinárodně uznávané pravidlo, podle kterého nesmí nikdo být nucen podstoupit jakýkoliv lékařský zákrok, aniž by k tomu dal svůj souhlas. Každý musí mít možnost svobodně rozhodnout o tom, zda svůj souhlas se zákrokem týkajícím se jeho osoby vysloví či nikoliv.

Jde o vymezení svébytnosti pacienta ve vztahu k profesionálním zdravotnickým pracovníkům a vede k odklonu od paternalistických přístupů, které by mohly přehlížet přání pacienta.

Je třeba také toto ustanovení vykládat v souladu s některými ustanoveními Listiny základních práv a svobod. Protože Úmluva o lidských právech a biomedicině a Listina základních práv a svobod, jsou právní předpisy vyšší síly než zákon, je třeba tato ustanovení vykládat přísně v souladu s těmito ustanovení vyšší právní síly.<sup>87</sup>

Za „zákrok“ je třeba považovat jakékoli zdravotnické výkony prováděné na osobě pacienta, tedy preventivní péči, diagnostické výkony, léčebné výkony, rehabilitaci a výzkum.

Souhlas lze pokládat za svobodný a poučený tehdy, je-li dán na základě objektivních a pravdivých informací, které poskytl pacientovi zodpovědný profesionální zdravotnický pracovník, zpravidla lékař.

---

<sup>87</sup> Munzarová, M. Zdravotnická etika od A do Z, Praha:Grada. 2005, str. 65



Informace musí být dostatečně jasné a vhodně formulované pro pacienta, kterého se týkají a kterému jsou poskytovány. Pacient musí informaci porozumět tak, aby mohl sám zvážit nutnost a účelnost zamýšleného zákroku v porovnání s riziky a také s nepohodlím a bolestí, které mu zákrok způsobí.

Informace musí být také přizpůsobena věku, zdravotnímu stavu, úrovni vzdělání a v neposlední řadě též psychickému stavu pacienta.

Souhlas musí být výslovný nebo předpokládaný. Výslovný souhlas může být buď ústní nebo písemný.<sup>88</sup>

Výslovný souhlas musí být od pacienta vyžádán vždy k odebrání části těla pro účely transplantace (čl. 16 a čl. 9 Úmluvy), jedná-li o žijícího dárce.

Má-li být souhlas svobodný, znamená to současně, že může být kdykoliv odvolán a rozhodnutí pacienta o odvolání souhlasu musí být plně respektováno. To však neznamená, že je nutno vždy respektovat odvolání souhlasu v situaci, která nastane např. v průběhu prováděného výkonu. Profesionální standardy a povinnosti, jakož i pravidla lege artis mohou v takových případech podle článku 4 Úmluvy lékaře zavazovat, aby v příslušném zdravotním výkonu pokračoval a předešel tak závažnému ohrožení pacientova zdraví. Pacient nemůže svůj souhlas podmiňovat tím, že lékař provede výkon v rozporu s profesionálními standardy a poruší pravidla lege artis.

Za určitých okolností a v určitých situacích může být omezeno uplatnění práva daného Úmluvou, v daném případě práva pacienta, aby jakékoliv lékařské výkony byly prováděny pouze po jeho předchozím souhlasu. Na tyto případy pamatuje článek 26 a články 6,7 a 8 Úmluvy.

Zákon č. 285/2002 Sb., transplantační zákon, v ustanovení § 7 odráží zejména zmiňovaný čl. 5 Úmluvy, ve kterém oproti Úmluvě striktně dodržuje koncepci písemného souhlasu, absenci písemného souhlasu zákon nepřipouští, písemná forma by u osob, které nejsou schopny psát, byla zachována při využití notářského zápisu. Problematiku souhlasu pacienta se zdravotním výkonem a práva pacienta na náležité poučení tak, aby jeho souhlas mohl být kvalifikovaný (informovaný), řeší v českém právu zejména ustanovení § 23 zákona č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu, v platném znění. Toto ustanovení je příliš obecné a vágní, proto je v rámci zákona o zdravotní

---

<sup>88</sup> [http://www.kst.cz/web/?page\\_id=2510](http://www.kst.cz/web/?page_id=2510)

péči připravována podrobnější a komplexnější úprava, která bude v plném rozsahu vyhovovat požadavkům Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.<sup>89</sup>

Snahu o existenci svobodného informovaného souhlasu vedlo úsilí o větší respekt k autonomii pacientů. Je nutno dodržovat i jiné zásady, zdůrazňující zodpovědnost lékaře, především ve zvažování dobra a rizika pro pacienta, který se mnohdy cítí zcela závislý na lékařově vůli. Rovněž, jak už bylo zmiňováno, v našich podmínkách, kde se jen pomalu vytrácí paternalistický přístup k pacientům.

#### 4.1.2 Vyloučení ekonomických motivů

Lze orgány před smrtí prodávat? Kladně by opět mohli odpovědět pouze utilitaristé, kteří by tvrdili, že by vše bylo použito pro dobro lidstva a že by se jistě jednalo o autonomní rozhodnutí jedince k prodeji. Prodej lidského těla nebo jeho částí avšak v přímém rozporu s důstojností člověka, který by poklesl na úroveň zboží. Vše by vedlo k depersonalizaci a k degradaci prodávajících i celé společnosti. Takové postupy by byly i rizikem pro živé dárce a nepochybně by vyústili v diskriminaci chudých a ekonomicky zranitelných, kteří by se takto snadno mohli stát objektem vykořisťování.<sup>90</sup>

Existuje značný nesoulad mezinárodního dosahu, jenž se týká otázky, zda by prodej a nákup orgánů pro transplantace měl či neměl být legálně přípustný. Mnohé země již podobné obchody označily za nezákonné.

Z pohledu potenciálního dárce – prodejce orgánu a příjemce orgánu by patřičně kontrolovaný systém trhu s orgány měl být jistě v mnoha případech morálně přijatelný.

Proč? Protože v mnoha případech bude jistě autonomie respektována, čistý přínos převáží nad poškozením a transakce bude spravedlivá podle distributivní

---

<sup>89</sup> [http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace\\_ledviny](http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace_ledviny)

<sup>90</sup> Munzarová, M., Zdravotnická etika od A až do Z, Praha:Grada. 2005, str. 136

spravedlnosti, podle spravedlnosti založené na právech a v zemích, kde tato praxe nebyla postavena mimo zákon, nebude porušen žádný zákon.

Složitost se objeví, uvědomíme-li si, zda jsou dárci a příjemci dostatečně autonomní, aby činili takováto rozhodnutí. Prodejci orgánů jsou chudí a sociálně slabí, tudíž vlastně byli ke svému rozhodnutí donuceni svojí chudobou a v důsledku společenského vykořisťování.<sup>91</sup>

Ale všichni, kdo vydělávají peníze, mohou být považováni za nedostatečně autonomní, pokud za peníze něco kupují. Oponenti argumentují, že by celkově vedly celospolečenské následky k poškození než k čistému prospěchu. Byl by zaznamenán odklon od altruistického dárcovství, lidé by své orgány raději prodávali než jen dávali. Chudí by prodávali své orgány častěji než bohatí a to by zvýšilo pocit vykořisťovaných a je pravděpodobnost, že jejich orgány nebudou zdravé. Navíc prodej orgánů by z lidských bytostí a jejich orgánů vytvořil tržní komoditu. A nebude-li zajištěna dostatečná a dostupná zdravotní péče, pak je riziko pro dárce značné, větší než udávají zastánci prodeje orgánů. Navíc by orgány kupovala jen bohatá vrstva, chudí by byli znevýhodněni.

Existuje také úvaha, aby se uplatňovala finanční motivace pro překonání nedostatku orgánů.<sup>92</sup> Je argumentováno tím, že finanční motivace při tvorbě lékařských rozhodnutí pomáhá a není třeba se jí obávat. Povolení komerce by se realizovalo formou předem uzavíratelných smluv o orgánech od zemřelých za účelem transplantace. Argumenty:

- Posun rozhodování, kdy by člověk se mohl rozhodnout pro nabídku svého orgánu dříve než u smrtelné postele, klidně a racionálně
- Uznání tržních transakcí podporuje a zhodnocuje autonomii jednotlivého dárce/prodejce.
- Legalizace trhu s orgány od zemřelých vytváří legální protisílu v čase dárce, takže vlastník orgánu/ kupující orgán se může postavit vlivu neochotné rodiny a lékaře, navíc smlouvou byla motivace prodejce k zdravému orgánu
- Použitím finanční motivace by vedla k větší nabídce potřebných orgánů pro transplantace než k jaké vede současný systém, založený pouze na altruismu.

---

<sup>91</sup> [http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace\\_ledviny](http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace_ledviny)

<sup>92</sup> Blumtein, J.F. , Transplantation Proceedings, 1992.

Evropská úmluva výslovně zakazuje použít lidské tělo nebo jeho část k finančnímu zisku.<sup>93</sup>

#### 4.1.3 Dárce neschopný vyjádřit souhlas

Může dojít také k situaci, že dárce je neschopný vyjádřit souhlas, touto okolností se zabývá ustanovení čl. 20 Úmluvy.

Ustanovení týkající se poskytnutí souhlasu k odběru orgánu nebo tkáně určených k transplantaci platí pouze v případě živých dárců, kteří jsou schopni takovýto souhlas poskytnout. Není-li potenciální dárce schopen formálně souhlas poskytnout z důvodů nesvéprávnosti, platí ustanovení o udělení oficiálního povolení.

Článek 13 se specificky zabývá otázkou odběru orgánů nebo tkání od žijících osob, které nejsou schopny poskytnout k odběru souhlas. V zásadě je tato praxe zakázána. Článek 13 vychází ze znění článku 20 Úmluvy.<sup>94</sup>

Toto pravidlo je možno porušit jen za velmi výjimečných okolností, a to pouze v případě odběru obnovitelné tkáně. Pro účely tohoto článku představuje „obnovitelnou tkáň“ takovou tkáň, která je schopna se po odebrání své části regenerovat co do objemu a funkce. Tyto výjimky jsou oprávněné z toho důvodu, že obnovitelná tkáň, zvláště kostní dřev, může být transplantována pouze mezi geneticky kompatibilními osobami, často mezi sourozenci. Navíc podle Článku 14 lze použít Článek 13, odst. 2, písmena ii a iii pouze v případech, kdy odběr buněk představuje pro dárce minimální riziko a zátěž.<sup>95</sup>

V současné době se tento článek týká především transplantací kostní dřevě mezi sourozenci. Formulace „obnovitelná tkáň“ je však zvolena s ohledem na další vývoj lékařské vědy.

Podle odstavce 2 je proto povolen odběr kostní dřevě nezletilé osobě v případě, že to prospěje jejímu sourozenci. Princip vzájemné pomoci mezi velmi

---

<sup>93</sup> Mach, J., Zdravotnictví a právo, Praha:Orac. 2003, str. 16

<sup>94</sup> [www.nrod.cz](http://www.nrod.cz)

<sup>95</sup> Mach, J., Zdravotnictví a právo, Praha:Orac. 2003, str. 265

blízkými členy rodiny a možnost, že dárcovství bude mít z psychologického hlediska na dárce příznivý vliv, může za určitých okolností ospravedlňovat výjimku ze zákazu odběru orgánů a tkání, jehož účelem je chránit osoby, které nejsou schopny souhlas k dárcovství poskytnout. Tato výjimka z obecného pravidla je vymezena dalšími podmínkami, které mají ochránit osoby, jež nejsou schopny poskytnout souhlas k dárcovství, a ty mohou být dále doplněny legislativou jednotlivých zemí. V nezmenšené míře platí podmínky uvedené v obecném pravidle Článku 8.

První podmínkou je skutečnost, že neexistuje žádný kompatibilní dárce, který by byl schopen svůj souhlas poskytnout.<sup>96</sup>

Odběr orgánu nebo tkáně je navíc možný pouze za podmínky, že by byl bez transplantace ohrožen život příjemce. Není potřeba zdůrazňovat, že riziko, které zákrok pro dárce představuje, musí být přijatelné. V tomto případě je zachována platnost profesionálních standardů podle Článku 4, zejména pasáž o vyváženosti rizika a přínosu pro zúčastněné osoby.

Je také podmínkou, aby měl ze zákroku prospěch sourozenec. Toto omezení má zabránit tomu, aby rodina a lékaři dalekosáhle hledali dárce za každou cenu, a to i v případech, kdy se jedná o vzdálené příbuzenství a naděje na úspěšnou transplantaci je z důvodu neslučitelnosti tkání mizivá.

V souladu s Článkem 6 Úmluvy je navíc před započítáním zákroku spojeného s odběrem orgánu nebo tkáně zapotřebí získat povolení od zástupce osoby, která není schopna sama dát se zákrokem souhlas, nebo orgánu či osoby, která je k tomu zmocněná zákonem. Je rovněž nutný souhlas kompetentního orgánu. Zásah takového orgánu (což může být soud, profesionální kvalifikovaný orgán nebo etická komise) do celé záležitosti má za cíl zaručit, že rozhodnutí ohledně odběru orgánu nebo tkáně bude nestranné.

Kdy jsou děti adekvátně autonomní, aby byla jejich rozhodnutí respektována?

Např. v souvislosti s transplantací, kdy je dítě dostatečně zralé, na to, aby bylo možno respektovat jeho rozhodnutí darovat ledvinu bratrovi nebo sestře? Dilema by se poněkud usnadnilo, kdyby se věk pro způsobilost k udělení souhlasu snížil na věkovou hranici branné povinnosti nebo všeobecného hlasovacího práva, jak zní jeden návrh.<sup>97</sup>

---

<sup>96</sup> Mach, J., Zdravotnictví a právo, Praha:Orac. 2003, str. 60

<sup>97</sup> Peschke, K. -H., Křesťanská etika, Praha:Zvon. 2003, str. 249

Je dárce, emocionálně zainteresovaný na potenciálním příjemci, dostatečně autonomní, aby učinil svobodné rozhodnutí vzít na sebe rizika a daroval svůj orgán milované bytosti – nebo je pravděpodobné, že autonomie bude ovlivněna silnými emocemi? A když se dárce stal obětí citového vydírání, protože v rodině si musíme za každých okolností pomáhat?

V této oblasti hrozí nebezpečí, že nebude postupováno eticky správně, proto lze uvažovat o provedení jen zcela výjimečně, a jen v jednotlivých konkrétních případech. Např. tehdy, kdy se jedná o darování kostní dřeně v rodině pro záchranu sourozence.

## 4.2 Z mrtvého dárce

Velká většina orgánů k transplantaci v rozvinutých zemích pochází od zemřelých dárců. S tím jsou spojeny dva velké problémy: otázka definice okamžiku smrti a otázka souhlasu potenciálních dárců či jejich rodinných příslušníků s odnětím orgánů.

Otázka definice okamžiku smrti

Dříve byla za okamžik smrti považována chvíle, kdy se zastavila srdeční činnost. Ale takto definovaná smrt vylučuje odběr orgánů - pro udržení jejich použitelnosti je třeba udržovat uměle srdeční činnost a krevní oběh. Proto byl okamžik smrti definován jako zastavení činnosti mozku, přesná kritéria stanovení jsou uvedena výše.

Status mrtvol – napětí mezi pietou a službou bližnímu

Mrtvola není pouhou věcí, ale má zvláštní symbolickou hodnotu: vidím někoho, který byl a který nějak je?. Komu patří mrtvola? Je vyžadováno tímto

statusem patřičné pietní chování, ale i když ne absolutně: objevuje se napětí mezi lidskou solidaritou, která však má přednost.

#### Regule o disponování s orgány zemřelých

Ve většině rozvinutých zemí je dnes akutní nedostatek orgánů k transplantaci. Umírající či jejich rodinní příslušníci nedají k odnětí orgánů souhlas, který je legislativou vyžadován. Většina zemí tento souhlas, pokud se umírající nevyjádřil jinak, nepředpokládá a je nutný souhlas členů rodiny. Ten je často odmítnut. Důvody jsou různé: z úcty k zemřelému, nebo z různých důvodů, mnohdy náboženských, tělo musí být pohřbeno neporušené. Někdy se lékaři příbuzných ani nechtějí za dané situace zeptat, např. v USA, která je známa svým kladným vztahem k transplantacím a úspěchy v transplantační medicíně, je z více než v 50 % souhlas odmítnut.

Nejvíce otazníků vyvolává nová definice okamžiku smrti. Odběr orgánů z těla, ve kterém bije srdce a proudí krev, i když je tato činnost uměle udržována, připadá mnohým morálním teologům nepřijatelný. Člověk by se tak mohl stát "zásobárnou náhradních orgánů" a ztrácí se biblický celostní pohled na člověka (duše a tělo), ztrácí se pojem sakrality těla.

Na druhé straně názorového spektra se objevují i názory velmi radikální, které pokládají téměř za povinnost člověka vyjádřit souhlas s darováním svých orgánů po smrti, kdy by mohl být prodloužen život lidí, pro které transplantace je jedinou nadějí.

V tomto ohledu je velmi instruktivní diskuse o možném využití anencefalických novorozenců (nemají vyvinutý vyšší mozek, jen mozkový kmen) jako dárců orgánů pro nemocné děti. Protože u těchto novorozenců nelze použít výše popsaného kritéria mozkové smrti, je třeba vyčkat, až odumře mozek úplně, ale to už je problematické pro odběr orgánů. Dalším podnětem k diskusi jako o možném dárci jsou nejen novorozenci s anencefalií, ale i možní dárci s trvalým vegetativním stavem.

Je to stav, který se blíží popisu mozkové smrti, ale zcela jí neodpovídá: „trvalý vegetativní stav“ může být důsledkem dočasného nedostatku kyslíku, jenž zničí vyšší mozkové funkce. Výsledkem resuscitace je netknutý mozkový kmen se spontánním dýcháním a kontrolou krevního tlaku, avšak tito jedinci nemají výraz ani

cítění, ani koordinované pohyby. Pacient je pak zcela závislý na ošetrovatelské péči; při dostatečné teplotě prostředí a adekvátní výživě mohou takové tragické případy přežívat řadu let.

Anencefalie (vrozená absence vyššího mozku) se technicky podobá trvalému vegetativnímu stavu. V minulosti se nechávali takto závažně postižení novorozenci zemřít, protože jejich schopnost nezávislého života je nulová.

Konsekvenční myšlenkový postup by mohl lékaře přesvědčit, že by se měl snažit, aby smrt takového jedince byla co nejužitečnější. Ale v případě trvalého vegetativního stavu by darování orgánů vyžadovalo volbu úmyslného navození smrti pacienta, což je čin protiprávní stejně jako nemorální. Od novorozených anencefalů byly orgány odnímány, profesionální i etické problémy však spočívají v tom, že anatomie a funkce mozkového kmene je během vyjímání orgánů zachována a naše obavy dále umocňuje, že neurofyziologii novorozence rozumíme omezeně. Obě tyto skupiny jsou dnes jako dárci orgánů vyloučeni

Tedy tito novorozenci nemají být využíváni jako dárci orgánů, ale najdeme i názor, že stejně nic necítí, a že se tedy orgány z nich mohou odebrat klidně bez čekání na úplnou mozkovou smrt. Odůvodněním je, že tato tragická situace alespoň může přinést něco dobrého. Tento názor byl dokonce schválen Radou Americké lékařské asociace v r. 1994 (po roce byl pod tlakem lékařů tento postup zakázán). K tomu říká Gilbert Meilander: „Dostaneme se na šikmou plochu, pokud si dovolíme myslet, že v našich rukou je odpovědnost za to, že získáme z každé lidské tragédie nějaké dobro. Jsme na nejlepší cestě vidět sami sebe jako užitečné "před-mrtvoly, " (angl. "precadavers").

Předpokladem morálního použití orgánů je: jistě stanovená smrt. Právně-etické odůvodnění explantace: buď lze odebrat orgány, jestliže neexistuje odevzdaný rozpor z doby života: tato úprava se neodvolává na tzv. sociální povinnost mrtvoly, ale předpokládá, že mrtvý by dal v době svého života souhlas k postmortální explanaci orgánů jako znamení lidské solidarity.

Z etického hlediska by se mělo s úpravou nesouhlasu zacházet citlivě a neodvolávat se jednoduše na to, co je právně dovoleno. Úprava sice nepředpokládá informace příbuzných, ale mohl by se přesto poradit rozhovor o tom tehdy, když je



mezi lékařem a příbuznými dobrý vztah lékař-pacient. Zamlčení zamýšlené explanace by mohlo vážně narušit tento vztah důvěry. Čistě právně k tomu neexistuje povinnost, ani dovození nezávisí na úspěšném výsledku tohoto rozhovoru, avšak v provozu českých transplantačních center je na tento aspekt dbáno a rozhovory mezi lékařem a příbuznými pacienta probíhají.

Vyjádřený nesouhlas jako závěť zemřelého musí být respektována. Podle úpravy souhlasu se explanace váže na existující souhlas zemřelého. Podle úpravy informací, kdy by došlo k rozšířené formě souhlasu, mohli by souhlasit i příbuzní.

Existují problémy úprav, neboť žádná není ideální: řešení nesouhlasu (odporu) upřednostňuje příjemce orgánů a obsahuje nebezpečí, že předpokládá příliš velký morální nárok – především tehdy, když veřejnost nezná odpovídající zákony – a mrtvolu považuje za věc.

Úzká úprava souhlasu zanedbává elementární potřebu pomoci potencionálního příjemce ve prospěch postmortálně dále působící autonomie „dárce“ a může způsobit nebezpečí obchodu s orgány, zejména tehdy vede-li k nedostatku orgánů.

Řešení pomocí informace předpokládá znalost a správné podání vůle zemřelého skrze jeho příbuzné a vyzývá truchlící pozůstalé k tomu, aby v co nejkratším čase rozhodli o manipulaci s právě zemřelým příbuzným, avšak příbuzní bývají zdrceni odchodem blízkého.

Jestliže nemá být explanace vivisekcí, ani zabitím, musí být jistota o nastalé smrti. Se stanovením smrti nelze z pragmatických důvodů manipulovat. Léčebná a obecně život udržující opatření se musejí provádět nezávisle na zájmu ohledně transplantací, tzn. nesmí se opominout léčebné kroky kvůli tomu, aby se mohla včasné provést explanace, ani naopak se nesmí provádět pozitivní opatření k urychlení možnosti explanace. Jestliže jsme se rozhodli pro pokračování léčebných opatření, není eticky ospravedlnitelný současný začátek přípravných opatření k odejmutí orgánů. Za účelem eliminace konfliktu zájmů (zájmy explanace versus ochrana života v podobě ochrany umírání, resp. umírajícího) se musejí z etických důvodů provést stanovení smrti a odejmutí orgánů různými osobami (Současná medicínská praxe toto ani jinak neumožňuje).

Nelze eticky odůvodnit explantaci, která způsobuje smrt dárce – taky ne s odvoláním na to, že už je smrt bezprostředně přede dveřmi, a explantací se zachraňuje život jiné osoby. Byl by to případ nedovoleného zvažování dober (ve smyslu dva lidské životy jsou více než jeden), které se proviňuje proti charakteru člověku jako účelu sama o sobě. Stejně tak nelze ospravedlnit explantaci pomocí srovnání operace na život a na smrt, při níž se vzhledem k absenci alternativy počítá se smrtí operovaného

Velmi silně vystupuje proti odnímání orgán okamžitě po konstatování mozkové smrti Klaus-Peter Jörns ve své knize *Gibt es ein Recht auf Organtransplantation?* (Existuje právo na transplantaci orgánů?). Podle něho je odebrání orgánů zásahem do procesu umírání. Je třeba jasně říci, že se orgány odebírají nikoli mrtvým, ale umírajícím. Proto je nepřijatelný názor, že každý nemocný, který potřebuje transplantaci, má právo na orgány umírajícího, byl by to postoj člověka, který sám sebe prohlásil za pána svého osudu a to, co je technicky možné pro prodloužení života staví jako normu.

Domnívám, že nelze říci, že bychom měli právo na transplantace. Je mi velmi blízký názor, který ve své knize vyslovil Gilbert Meilaender: „*Potřebujeme si vybudovat důvěru a odvahu, která nám umožní někdy odmítnout dostupné lékařské techniky. Jsou situace, kdy můžeme zachránit život jen za cenu zničení toho světa, ve kterém bychom všichni měli chtít žít. Tím, že se budeme učit říkat ne, tím že se staneme lidmi, kteří jsou za pokroky lékařství vděční, ale nezbožňují je a nekladou své naděje jenom na ně.*“

#### 4.2.1 Status mrtvoly: napětí mezi pietou a službou bližnímu

Existují k mrtvému tělu nějaké mravní povinnosti? Komu patří mrtvola a kdo s ní smí disponovat? Když se ptáme po mravních povinnostech ve vztahu k tělu

zemřelého, je třeba se nejprve ptát po zdůvodnění takových povinností. Člověk nemá jen určitou hodnotu, ale také důstojnost, neboť byl jako svobodná mravní bytost povolán k životu a pověřen jeho dovršením. Má tuto důstojnost i mrtvola? Patrně nikoli, neboť člověk už nemůže v mrtvém těle vyjadřovat svou mravní podstatu. A v jakém vztahu je toto mrtvé tělo k osobě, která se v něm po celý život realizovala?

Když měli pozůstali k zemřelému člověku za jeho života vřelý vztah, pak budou pro ně významné i věci, které měly pro něho za jeho života nějaký význam, znamením vztahu přetrvávajícího hranici smrti. Mrtvé tělo má hodnotu symbolu, a tato symbolická hodnota je základem mravní povinnosti zacházet s mrtvým tělem uctivě a s pietou.<sup>98</sup>

Ve srovnání s jednoznačností majetkoprávních vztahů jsou o mrtvém těle vzhledem k tajemství smrti možné jen analogické výpovědi. Abychom zachovali úctu, již dlužíme mrtvým, můžeme prohlásit, že mrtvola patří zemi. To znamená, že se s ní musí zacházet pietně, a v naší kultuře bývá většinou pohřbena. Nikdo nemá právo na orgány jiného člověka, a to ani mrtvého.

Analogicky k tomu, že je na základě tradice dovoleno si přivlastnit si v situaci krajní nouze něco z majetku druhého člověka, mohli bychom se přiblížit i řešení otázky odběru orgánů od mrtvého člověka. Taková analogie není v rozporu s chápáním orgánu jako daru. Námitka, že takové přivlastnění cizího majetku je mravně dovoleno jen tomu, kdo se ocitl v nouzi, a to v bezprostřední souvislosti s vlastní potřebou a nutností tuto potřebu uspokojit, nebere zřetel na to, že v oblasti darování a odběru orgánů a transplantace neplatí jednoznačné majetkoprávní vztahy, nýbrž, že takové kategorie tu lze uplatnit pouze v analogickém smyslu.

V Transplantačním zákoně je zakotvena v § 14 úcta k lidskému tělu a v souladu s čl. 1 Úmluvy, kde se smluvní strany zavazují, že budou chránit důstojnost a svébytnost lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti, je zaručena zemřelému dárci odpovídající ochrana důstojnosti při nakládání s jeho tělem.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> Virt, G., Žít až do konce, Praha: Vyšehrad. 1998, str. 72

<sup>99</sup> Mach, J., Zdravotnictví a právo, Praha:Orac. 2003, str. 240

Méně se již umírá doma, proto poslední věci člověka jsou většinou v rukou lékaře. Lékař se často může dostat do nesnází, jak se projevovat, když musí pečovat o svého pacienta, jehož choroba nesporně vede ke smrti.

Klasická definice praví, že smrt je nezvratná zástava všeho celovztažného uspořádání organismu. Kritéria této zástavy jsou přesně definována, avšak jen velmi vzácně dochází k zástavě funkcí všech orgánů najednou. Častěji jsou způsobena tím, že jsou přerušeny jen některé hlavní funkce, bez nichž život není možný. Mluvíme o nich jako o branách smrti – atria mortis. Jsou to hlavně krevní oběh, dýchání a jejich nervově humorální regulátory. Rozvoj transplantace orgánů si však vynutil nejen úvahy nad definicí smrti, ale otevřel i řadu problémů právního a etického charakteru.

Odběr orgánů pro transplantaci se provádí nejen ze zemřelých, ale i z osob „in extremis“<sup>100</sup> tj. osob, u nichž je smrt v nejbližších chvílích neodvratná. Je člověk ještě živ nebo mrtev? To je otázka vyvolávající u představitelů církve, filosofů, ale i lékařů. Pro transplantace z mrtvých dárců je kritérium smrti stanoveno striktně dle zákona a zneužití v našem zdravotnictví nemůže hrozit.

Orgán pro transplantační účely je nejvhodnější z dárce živého, hlavně orgán je v dobrém stavu na rozdíl od mrtvého dárce, kdy je orgán často poškozen v průběhu agónie a po smrti se stav rapidně zhoršuje, jak jsme již uváděli výše.

Kadáver, mrtvé tělo, se stává možným zdrojem náhradních orgánů, mění se tudíž pohled na mrtvé tělo, které není jen schránkou, vystává tu však určité napětí s lidskou solidaritou, člověk dává své tělo ve prospěch dobra druhého. Sám člověk je znepokojen pomyšlením, že se s jeho tělem nebo tělem jeho příbuzného po smrti bude manipulovat. Je potřeba překonat zafixovat do povědomí veřejnosti, že život, který v těle zemřelého ustal, může v jistém slova smyslu pokračovat v jiném jedinci a umožnit zachování života tohoto člověka. Byl-li dobrý člověk, vzpomíná na něj široký okruh lidí dlouho, člověk přežívá díky práci, kterou zanechal a doslova, nejen metaforicky, přežívá ve svých dětech.

---

<sup>100</sup> Haškovcová, H. Rub života, líc smrti, Praha:Academia. 1975, str. 37

## 4.2.2 Problém kritéria smrti

I když se smrt člověka definuje jako konec příběhu člověka, je těžko určit, podle jakých kritérií se tento konec má určovat. Je zde však zřejmější než u definice smrti jako oddělení duše od těla, že svoboda člověk úzce souvisí s jeho tělesným stavem. O lidském životě lze mluvit tak dlouho, dokud přetrvávají fyzické podmínky pro to, aby zůstal zbytek vědomí a svobody nebo se aspoň v budoucnosti vrátil.

Jak lze smrt definovat? Kdy je možné člověka prohlásit za mrtvého? Je možné udržovat člověka „mrtvého“ při „životě“ za účelem odebrání orgánů k transplantaci? A jak dlouho? A jak lze zaručit, že se jedná o změny nevratné?

V nedávné době zaznívají i názory, zda by nemohl být prohlášen za mrtvého ten, kdo je v bezvědomí díky ireverzibilní ztrátě vyšších mozkových funkcí. O této záležitosti se diskutuje (především na poli bioetiky) obzvláště v souvislosti s případným odebíráním orgánů k transplantačním účelům u anencefalických, avšak dosud živých dětí a rovněž v souvislosti s možností ukončit péči u osob v persistentním vegetativním stavu. V posledních letech se však objevuje i opačný extrém: kritika toho, že smrt celého mozku je brána jako synonymum smrti člověka, když přitom vytyčená definice „ztráta všech funkcí celého mozku“ neodráží ani skutečný stav „mrtvosti“ mozku samotného (buňky izolované z „mrtvého“ mozku žít dále, minimální elektrická aktivita bývá často zjistitelná, malé ostrůvky buněk mohou přežívat, ač již nepřispívají k funkci organismu v jeho celku apod.) A tak je patrné, že jakákoliv definice okamžiku smrti je vždy otázkou konsensu, protože smrt ve smyslu biologickém je proces, nikoliv okamžik. Současně je však vhodné tolerovat názor člověka, jenž by s uznávanými definicemi nesouhlasil.<sup>101</sup>

Důležitý, avšak ne nepřekonatelný problém tkví ve sjednocení koncepcí smrti tak, jak je definují různé disciplíny – filosofie, teologie, právo, biologie a medicína. Okamžik smrti definován pro právní účely, smrt diagnostikována lékařem a

---

<sup>101</sup> Beauchamp, T.L., Childress, J.F. Principles of biomedical ethics. 5th ed. Oxford: University Press, 2001. 454 p. (zde citováno Ross, W.D. The foundations of ethics. Oxford, Clarendon press, 1939).

představa smrti křesťanských teologů (odloučení duše od těla) však nemusí stát ve vzájemném protikladu.

Na druhé straně např. buddhisté (European Scientific Co-operation Network, 1998) předpokládají, že duše je i v „těle bez života“ přítomna déle, nejméně tři dny po klinické smrti, a proto, s výjimkou náhlé smrti při různých neštěstích, je třeba počkat tři dny než je možné prohlásit člověka za mrtvého pro účel odběru orgánu k transplantaci.

V pluralitní společnosti, která má respektovat náboženské cítění každého, je proto třeba v těchto těžkých a mnohdy sporných záležitostech ctít rozdíly smýšlení a různé návody i zákonná nařízení doplnit doložkou o respektu k vlastnímu svědomí.

Smrt nastává, když definitivně zanikají určité funkce lidského organismu, které jsou podmínkou fenoménů svobody a vědomí.<sup>102</sup> Ireverzibilní ztráta funkcí celého mozku však může vyloučit jakoukoliv pochybnost nebo nejistotu, jelikož potom už mizí i smysluplnost jiných životních funkcí.

K odůvodnění smrti celého mozku jako smrti člověka lze stanovit tři roviny: určení smrti, kritérium smrti, konstatování smrti.

Prostředek konstatování (stanovení) smrti je věcí medicínské oblasti (věcná otázka). Fixace kritéria smrti se týká oproti tomu medicínské a filozoficko-antropologické tematiky: Role předporozumění životu člověka a jeho smrti – vůdčí představa pro medicínu. Argumentačně zajištěná fixace kritéria smrti je podle toho odkázána na metodicko-kritické přezkoumání tohoto předporozumění, tzn. na filozoficko-antropologické určení smrti jako interpretační rámec pro výklad medicínských údajů.

U určení smrti nemůže jít o definici smrti, když se tím rozumí určení skutečnosti smrti. Smrt je moje – a ten, kdo prožil vlastní smrt, už ji nemůže definovat. Smrt je tajemstvím: ukazuje se tím, že uniká.

Smrt celého mozku jako smrt člověka lze odůvodnit s odvoláním na tělo jako bytostné médium personálních úkonů otevřených vůči světu. Přitom je třeba

---

<sup>102</sup> Rotter, H. Důstojnost lidského života, Praha: Vyšehrad. 1999, str. 88

respektovat tři hlediska: subjekt života a umírání; vztah jednoty těla a mnohosti orgánů; faktor času.

#### Subjekt života a umírání

Rozdíl svébytnosti celku a relativní samostatnosti jeho částí. Někdo žije, umírá a je pak mrtvý. Výraz mozková smrt lze nahradit pojmem ireverzibilní selhání mozku. Život není vlastností člověka, ale způsob jeho existence. Ztráta života nepůsobí změnu na existujícím člověku, ale znamená jeho smrt. Je třeba rozlišovat mezi změnit se od přestat existovat. Roku 1968 bylo uznáno vedle zastavení srdečního krevního oběhu jako dodatečné kritérium ve zvláštních situacích smrt celého mozku jako kritérium smrti (smrt celého mozku jako kritérium smrti člověka): nevratný výpadek funkcí celého mozku – a ne pouze ztráta jednotlivých oblastí mozku („smrt částí mozku“) – při současně uměle udržované funkci srdce-plíce.

#### Jednota těla a mnohost orgánů

Lidské orgány jsou částmi těla v dvojím smyslu: genetivus subiectivus a genetivus obiectivus: orgány umožňují dynamickou jednotu těla a mají přitom při výstavbě a udržení dynamiky různé funkce; zároveň umožňuje zase dynamická jednota těla funkční schopnost orgánů. Tělo není dodatečnou jednotou svých orgánů, protože ty jsou od počátku ve službě jednoty těla a zaměřeny na celek těla – i orgán mozek. Mé tělo jako celek je bytostným médiem mých úkonů vůči světu – nikoliv jednotlivé orgány.

Orgány nejsou součástkami vyrobeného produktu. Být orgánem znamená konstitutivní vztah, být vždy orgánem někoho...Mozek i ledviny jako součásti celku.

Funkční neschopnost jednoho nebo více orgánů může nechat integrační funkci těla nedotčenu, ale i narušenu. Také může nevratná ztráta funkce zničit dynamickou jednotu těla, tělo přestává tak existovat jako tělo. A protože je každý svým tělem, přestává žít s tímto tělem tento člověk. Dezintegrace těla, smrt mozku smrtí člověka. Za tohoto předpokladu neznámá odpojení přístroje srdce-plíce nechat umírat, protože umírat může jen ten, kdo žije.

Koncept smrti celého mozku dovoluje změnu kritérií smrti při zachovaném určení smrti. Umělé dýchání, resp. činnost lékaře pak přesně vzato není podporou

orgánových funkcí – podpora předpokládá totiž dynamickou jednotu těla – , ale nahrazením dílčích funkcí mozku – s následkem časově omezeného zachování funkční schopnosti orgánů a jednoty orgánů (spojení orgánů).

Faktor času

U funkční schopnosti orgánů někoho s mozkovou smrtí se přesně vzato nejedná o funkční schopnost, ale o ještě funkční schopnost v rámci už nastalé ireverzibilní dezintegrace těla jako celku. Tento časový rozdíl se týká konstitutivního vztahu orgánů a těla, rozdílu relativní samostatnosti částí a svébytnosti celku.

Přístrojová náhrada funkce mozku u ireverzibilního selhání mozku a následkem toho zachování ještě-funkční schopnosti orgánů je umělým oddálením jejich odumírání (člověk umírá, zemře, orgány odumírají).

Závěrem doplňujeme o citaci Jan Pavel II. o transplantacích:<sup>1</sup> *Řeč k účastníkům kongresu o orgánových transplantacích, 20. června 1991, o kriteriu zjištění smrti.*

*„Zde lze říci, že je-li kritérium, přijaté v poměrně nedávné době pro spolehlivé zjištění smrti, totiž úplné a nevratné zastavení vsí činnosti mozku, používáno se vsí přísností, nedochází, zdá se, ke konfliktu s podstatnými prvky zdravé antropologie. Proto mohou zdravotničtí pracovníci, profesionálně zodpovědní za spolehlivé konstatování smrti, užít tato kritéria v každém jednotlivém případě jako základ k dosažení takového stupně jistoty etického úsudku, který morální učení označuje za „morální jistotu“. Tato morální jistota je považována za nutný a dostatečný základ pro eticky správný postup. Pouze v případě, kdy taková jistota existuje a kdy již byl dán poučený souhlas dárce či jeho zákonnými zástupci, je morálně správné zahájit technické procedury nutné k odstranění orgánů pro transplantaci.“*

Na závěr zmínka o případu z nedávných dnů z Francie. Hlavním aktérem byl pětáctyřicetiletý muž, který se málem stal dárce tělesných orgánů, ač byl ještě naživu.

V únoru letošního roku se muž, jehož identita zůstala veřejnosti utajena, skácel přímo na pařížské ulici. Utrpěl srdeční infarkt. Záchranáři se ho pokusili na



místě oživit srdeční masáží. Bez úspěchu. Byl převezen do blízké nemocnice, La Pitié-Salpêtrière, kde se v oživovacích pokusech pokračovalo. Ani po hodině a půl se u muže neprojevovaly žádné známky návratu k životu.

Ve Francii se lidé, kteří si nepřejí v případě smrti darovat orgány nemocným, se musí zaregistrovat. V tomto seznamu muž nefiguroval, a proto byl automaticky považován za dárce.

V případě transplantace je třeba orgány ze zemřelého přemístit co nejdříve, a proto byl připravován k odběru. V tu chvíli lékaři ke svému překvapení zjistili, že domnělá mrtvola začala bez cizí pomoci dýchat.

Aktivitu najednou projevovali jeho zorničky a muž, který se ze zemřelého stal opět pacientem, začal reagovat na bolest. Nakonec mu naskočilo i srdce. Nyní už mluví i chodí.

Případ znovu vyvolal etické otázky transplantace: Kdy už může být člověk považován za mrtvého? A kdy se má přestat s oživovacími pokusy?

Ještě v roce 2007 by nebylo možné, aby se tak rychle po infarktu stal z Pařížana dárce orgánů. Tato nemocnice však patří k devíti zdravotnickým zařízením, které mají v rámci zkušebního projektu povoleno provádět transplantace od lidí postižených srdeční zástavou.

Důvodem ke zkušebnímu projektu je zrychlení procesu transplantace a zkrácení předlouhého seznamu čekatelů. Jen vloni zemřelo 231 pacientů, pro které se nenašel vhodný dárce.

Po popsaném případě se sešla bioetická komise, aby dohodla, jak s transplantacemi dál. Zatím se k žádnému definitivnímu rozhodnutí nedobrala, pokud za závěr nebudeme považovat větu: „Tato situace drasticky upozorňuje na otázky, které zůstávají na poli oživování a toho, jaká kritéria mají být použita při rozhodování, zda oživení selhalo“.<sup>103</sup>

Ve prospěch pokračování projektu mluví skutečnost, že infarkt a žádná reakce na oživování jsou v některých zemích dostatečné pro to, aby se mohlo začít s odebráním orgánů., jako např. v USA, Španělsku, Velké Británii nebo Nizozemsku.

---

<sup>103</sup> Mladá fronta Dnes, 12. 6. 2008

### 4.3 Napětí mezi solidaritou a principem nepoškodit své zdraví

Podle církevního učení je nutné považovat většinu transplantací za „mimořádné prostředky“, k nimž příjemce není povinen dát svolení. Má právo transplantaci odmítnout. Za tím stojí myšlenka, že člověk má také nárok na přirozenou a lidsky důstojnou smrt a nemá být považován za stroj, který je možné kdykoliv opravit bez ohledu na zátěž, kterou to pacientovi přináší.

Otázka pacientova souhlasu je přirozeně vždycky spojena se způsobem, jak mu je zákrok předkládán a jak je k němu motivován.

Je-li opravdová naděje na uzdravení, je také oprávněně působit na pacienta přiměřeným vlivem. Při použití nové metody transplantační medicíny bude třeba počítat zpočátku se častějšími neúspěchy. Je nutné ale brát plný ohled na lidská práva a důstojnost lidského života. Zvláště u dětí je třeba myslet také na rodinné příslušníky, zejména na rodiče, kterým se takto dává velká naděje, která však může přinést také velké zklamání.

Celkově musí existovat poměr přiměřený mezi vyhlídkami na uzdravení a nutným zatížením pacienta.

Je-li situace pacienta natolik vážná, že transplantace je jediným, byť riskantním řešením, je možné pod podmínkou, že se neprotiví pacientově vůli, toto riziko podstoupit a použít nové a nedostatečně vyzkoušené postupy.

Další oblastí je právo pacienta na transplantaci, čím je nutnější transplantace na udržení života a zdraví, tím více na ni má dotyčný pacient právo. Toto právo stojí v zásadě výše než právo zesnulého na nedotčenost jeho mrtvého těla. Právě díky prudce se rozvíjející se technice, může mít řada zákroků charakter pokusu.

Je zde nutné uplatnit princip zvažování pro a proti, zvažování dober. Čím menší jsou vyhlídky nemocného, že mu pomůže jin metoda, tím spíše padne rozhodnutí podstoupit riziko nové metody. Získávají se tak poznatky, které můžou sloužit dalším pacientům, ale nemusí být snadné rozlišit, kudy vede hranice mezi

dovoleným a nedovoleným.<sup>104</sup>Důležitá je vůle chránit život a důstojnost každého pacienta a neklamat jej, byť by to bylo přínosné i pro druhé.

Také se musíme zamyslet nad přínosem zavádění nových technik a nových postupů, zejména pokud jejich náklady jsou vysoké. Otázka nákladů by neměla být brána za nejdůležitější, jde-li o zdraví člověka. Stále častěji se poukazuje na to, že by bylo možné udělat mnohem více pro zdraví a prodloužení lidského života, kdyby se peníze vynakládaly na transplantace a invazivní medicínu, investovaly např. do preventivní medicíny. Odpověď dávají také zdravotní pojišťovny a příslušné státní úřady, které rozhodují o tom, kolik prostředků se které oblasti medicíny přidělí.

#### 4.3.1 Princip solidarity

Zásada solidarity předpokládá soužití ve vzájemné provázanosti a odpovědnosti. Jeho obsahem je rozhodné úsilí o obecné blaho, ve kterém se konkretizuje mezilidská solidarita. Spravedlnost, soudržnost a sociální smír se zakládají na solidaritě členů společnosti.<sup>105</sup>

Předpokladem zdařilého individuálního i společného života je fenomén svobody. Svoboda a odpovědnost patří ke klíčovým kategoriím, které určují lidskou bytost. Člověk je sice svobodnou bytostí, ale jeho svoboda musí být korigována, aby nepoškozovala svobodu druhých lidí. Svoboda jednotlivce je korigována odpovědností za své jednání, za sebe sama, současně vzhledem k ostatním lidem je člověk odpovědný za dobro společnosti, ve které žije. Proto platí, že pojmy svoboda a odpovědnost mají sociální rozměr. Svoboda jako taková získává hodnotu až tehdy, když je využívána pro někoho a tak svoboda jednotlivce je vztažena na svobodu jiných lidí. Současné diskuze o motivacích svobody poukazují na sociálně etickou problematiku a snahu racionálně posoudit etické normy z antropologického hlediska.

---

<sup>104</sup> Rotter, H. Důstojnost lidského života. Praha: Vyšehrad. 1999, str. 61

<sup>105</sup> Peschke, K. -. H. Křesťanská etika. Praha: Zvon. 2003, str. 461

Při využití pojmu svobody k pochopení autonomie pak dochází k ideji solidarity. Povinnost solidarity má racionální zdůvodnění, není to jen záležitost subjektivní dobré vůle a moralismu. Jistě i právem tvrdí M. Lehner: <sup>106</sup> „*Politická obhajoba by ovšem vyšla naprázdno, kdyby společnost nebyla určována kulturou solidarity. Lásku k bližním se nedá nařídit ani zákony, ani se nedá koupit na trhu. Kultura solidarity roste v rodinách a v každodenním soužití. Musí být nesena sítí solidárních lidí a skupin ve farnostech a společenstvích; těch, kdo se nezištně a dobrovolně angažují pro jiné.*“ Hledání racionálního zdůvodnění solidarity a argumentační schopnost v její prospěch požaduje přiznání neodvolatelné úcty ke každé jednotlivé lidské bytosti. Sociální jednání vyžaduje spravedlnost. Pojem spravedlnosti poukazuje na konsekvenci úcty ke každému člověku, k jeho osobě. Spravedlnost je vlastně nejvyšší interpersonální normou, podle které je nutno jednat v konfliktních situacích. Společnost musí mít vytvořeny správné rámcové podmínky, ve kterých se uplatňuje a realizuje spravedlnost, která odpovídá na ideové pojetí člověka, která favorizuje svobodu a odpovědnost. Spravedlnost patří k základům, které předpokládají dokonce transcendentní dimenzi, smysl spravedlnosti je pak ve vztahu k důstojnosti a svobodě člověka. Spravedlnost tak určuje vnější podobu svobody ve struktuře společnosti. Otázku spravedlnosti je nutno zúžit na sociální spravedlnost, která vedle solidarity a subsidiarity se stává výzvou k hlubšímu pochopení a k vidění dalších souvislostí. <sup>107</sup>

Sociální spravedlnost může být pojednána jako součást nauky o subsidiaritě. Spravedlnost v sociální etice hraje základní roli, je výzvou společnosti, která si nárokuje přívlastek kulturní a humánní. Sociální spravedlnost umožňuje soužití mezi lidmi a doplňuje tři sociální principy: solidaritu, subsidiaritu a zachování. Všechny tyto pojmy vyžadují normativní způsob jednání. Cílem lidského jednání je jednat podle práva, současně však patří ke zkušenosti jednotlivých lidí nebo skupin, kdy právní jednání selhalo. V době globalizace úvahy o spravedlnosti, o sociální spravedlnosti a právu nabývají na významu. Rozvoj společenského života ukazuje nutnost inovovat právní vědomí lidí a tím současně přizpůsobovat jejich sociální cítění a jednání.

Klasické aspekty spravedlnosti (komutativní, distributivní a zákonné) jsou

---

<sup>106</sup>Lehner, M. , Prokrustovo lože – systematizace pastorálky. Teologické listy. 1996/5

<sup>107</sup> Peschke, K. -H., Křesťanská etika, Praha:Zvon. 2003, str. 420

interpretovány jako spravedlnost zohledňující výkon, vyrovnání a funkci. Tyto aspekty se vzájemně podmiňují a prolínají. Funkční aspekt spravedlnosti má na zřeteli funkční integraci dobra obce, hlavně se jedná o zajištění stabilních rámcových podmínek pro sociální, ekonomický a ekologický život.<sup>108</sup>

Institucionalizovaná forma společenské solidarity je předmětem pomoci člověku, jeho začlenění do společnosti. Princip spravedlnosti se označuje jako etické měřítko pro přiměřené rozdělování dober, služeb a nákladů (zatížení). Nahlíží se na něj jako na mravní postoj i na jako sociálně spravedlivý řád.

Z principu autonomie (lidská důstojnost) jako z neomezeného požadavku zajišťovat a posilovat svébytný a respektovaný způsob života člověka s vlastní zodpovědností, musejí vycházet veškeré aktivity pomoci a podpory člověku. K realizaci tohoto slouží k jejímu provádění etický princip – spolu s principy solidarita, trvale udržitelný rozvoj, subsidiarita – spravedlnost, který se zaměřuje rovné zacházení se členy společnosti, kteří jsou si rovni na základě své lidské důstojnosti.<sup>109</sup> Pomocí tohoto, resp. těchto principů se může celkově posuzovat a směřovat konkrétní jednání jedince i utváření institučních a celospolečenských struktur.

Pojem sociální spravedlnost navazuje na dějinné pojetí spravedlnosti u Platóna<sup>110</sup>, Aristotela<sup>111</sup> a u Tomáše Akvinského.<sup>112</sup>

- všeobecná či zákonná spravedlnost (iustitia legalis)
- výměnná, smluvní spravedlnost či spravedlnost výkonu (iustitia commutativa)
- spravedlnost rozdělování, účasti, podílu, spravedlnost distributivní, vyrovnávající - kompenzující (iustitia distributiva).

Dvě posledně jmenované skupiny se označují také jako tzv. partikulární či zvláštní spravedlnost.

---

<sup>108</sup> Dolista, J., Filozofická antropologie jako předpoklad pochopení sociální etiky  
[http://epravo.cz/v01/index.php3?s1=Y&s2=3&s3=A&s4=0&s5=0&s6=0&m=1&recid\\_cl=21667&typ=clanky](http://epravo.cz/v01/index.php3?s1=Y&s2=3&s3=A&s4=0&s5=0&s6=0&m=1&recid_cl=21667&typ=clanky)

<sup>109</sup> Milfait, R. manuskript JABOK.Praha. 2008

<sup>110</sup> Srov. PLATON: Politeia (Ústava).

<sup>111</sup> Srov. ARISTOTELES: Etika Níkomachova, V.

<sup>112</sup> Srov. TOMÁŠ AKVINSKÝ: Summa theologiae II-II 57-61.

Můžeme na tomto místě konstatovat, že v demokratickém právním státu vycházejí základní principy (včetně spravedlnosti) a lidská práva z rovnosti všech lidí ve smyslu bezpodmínečně stejné důstojnosti

Spravedlnost rozdělování znamená spravedlnost potřeby a možností (šancí), přičemž se první jmenovaná zaměřuje na kvantitativně i kvalitativně stejné uspokojování základních životních potřeb (základních existenčních funkcí) a ta druhá na stejné (rovné) možnosti přístupu, pomocí nichž se může získat uschopnění (zplnomocnění) a účast (podíl) na sociokulturních kompetencích i na socioekonomických zdrojích společnosti.

Sociální spravedlnost tedy požaduje

- rovné zacházení,
- výměnnou spravedlnost,
- uspokojování základních životních potřeb,
- vybavení materiálními i nemateriálními dobry, které uschopňují k svébytnému způsobu života a zapojují dotyčné do společenského a ekonomického života.

Sociální spravedlnosti je tedy možno rozumět jednak jako spravedlnosti šancí a odstraňovat proto extrémní nerovnosti šancí, které by předem oddělovaly celé skupiny od přístupu k důležitým životním dobrům.

Princip solidarity můžeme představit jako naplňování etického nároku každého člověka na možnost žít důstojně.

Solidarita představuje jako konkretizace důstojnosti osoby a uskutečňování tohoto mravního nároku jeden z hlavních principů sociální etiky, přičemž se pohybuje na rozhraní individuální etiky a etiky struktur. Pojem solidarity se také stal právním pojmem, jak to dokumentuje Charta základních práv EU.<sup>113</sup>

Dárcovství orgánů je mravně vysokým aktem lidské solidarity ve prospěch blaha druhého, lze také definovat jako lásku k bližnímu. Při darování orgánu vzniká problém, zda odnětí orgánu z živého těla neporušuje etický princip totality, resp. medicínskou zásadu „primum non nocere“ – první povinnost: neškodit. Tento princip není ale porušen, jedná-li se o dosažení většího dobra, zachránit život v situaci, kdy

---

<sup>113</sup> Milfait, R. manuskript JABOK, Praha. 2008

žádné jiné řešení neexistuje; a je-li splněna podmínka dobrovolného a plně informovaného souhlasu. Často jde o blízký vztah mezi dárce a příjemcem – sourozenci, rodiče, děti – kdy darování orgánu je aktem lásky.

#### 4.3.2 Radikalizovaná láska k bližnímu

Odpověď ke kořenům lásky k bližnímu nás dovede k Matoušovu evangeliu a tady začíná příběh o „největším přikázání“. Příběh začíná třicátým čtvrtým veršem, který slouží jako „spojnice“ a navazuje tak na Ježíšův rozhovor se saduceji o vzkříšení. Vlastní úryvek je tvořen úvodem, pak následuje otázka a nakonec velmi dlouhá Ježíšova odpověď. Nebýt poznámky zákoníků, že chtějí Ježíše „pokoušet“, rozhovor by neobsahoval žádný spor. Smazal by se tak Ježíšův úspěch v boji s protivníky. Klíčovým slovem je tu pojem „zákon“ - shrnuje celý rozhovor.

Když se farizeové doslechli, že umlčel saduceje, smluvili se a jeden jejich zákoník se ho otázal, aby ho pokoušel „Mistře, které přikázání je v zákoně největší?“ On mu řekl: „Miluj Hospodina, Boha svého, celým svým srdcem, celou svou duší a celou svou myslí. To je největší a první přikázání.“

Zákoníci se Ježíše ptají na největší přikázání v Zákoně. Tím je už předem určeno, že Ježíš musí citovat pouze z napsaného Zákona, tj. z Písma. Ježíš odpovídá citátem ze šesté kapitoly Páté knihy Mojžíšovy: „Budeš milovat Hospodina, svého Boha, celým svým srdcem a celou svou duší a celou svou silou“ (Dt 6,5). Tento verš je součástí většího celku s názvem „Slyš, Izraeli – hebrejsky: Šema Jisrael“ -, který Židé dodnes denně recitují.<sup>114</sup>

Hebrejský výraz „milovat“ má velmi mnoho významů: od intimních projevů lásky přes lásku k rodinným příslušníkům, přátelům až po vztah k Bohu. Slova -

---

<sup>114</sup> Häring, Bernard. Důstojnost lidského života. Praha: Vyšehrad. 1999, str. 101

„Budeš milovat Hospodina, svého Boha, celým svým srdcem a celou svou duší a celou svou silou“ – znamenala mezi Židy především „lásku k Bohu“, a to v první řadě ve skutcích pokory, zbožnosti a věrné služby Zákonu. Milovat Boha znamená obětovat svůj život pro Boží přikázání. Slova - milovat celým srdcem - znamenají nasměrovat všechny touhy a přání výhradně k Bohu. Člověk má Boha milovat „celou svou duší“. Duše znamená v židovství život. Milovat celou duší, tedy být ochoten k utrpení a mučednictví pro víru. Slovy „celou svou myslí“ se pomýšlí na rozumový svět člověka při prokazování lásky Bohu. Když se Židé modlí „Slyš, Izraeli“, myslí především na poznání jediného Boha a na poslušnost vůči němu. Pro Židy jsou příkazy milovat Boha a milovat bližního na předním místě a jsou neobvykle postaveny na stejnou úroveň.

Druhé je mu podobné: „Miluj svého bližního jako sám sebe.“

Jako druhé přikázání uvádí Ježíš milovat bližního. Pochází z devatenácté kapitoly Třetí knihy Mojžíšovy, kde čteme: „Nebudeš se mstít synům svého lidu a nezanevřeš na ně, ale budeš milovat svého bližního jako sebe samého“ (Lv 19,18). Co znamenal tento biblický text pro Židy? Jde o základní etické příkazy ve vztahu k bližním. Požadavek „milovat“ obsahuje: nekrást, nezapírat, nepodvádět, nepřísahat křivě, neproklínat, nepomlouvat. Slovem „láska“ se myslí praktické a solidární jednání podle příkazů, které dal Bůh Izraeli.

Dodatek „jako sám sebe“ znamená milovat bližního tak, jak člověk opravdově miluje sám sebe. Především to znamená rozhodné sebeobětování, zřeknutí se násilí, lásku k nepřítelům a opravdové odhodlání zemřít pro Krista. Cílem tohoto přikázání nebylo zavést jakoby „rovnováhu“ mezi sebeláskou a láskou k bližnímu. Na těch dvou přikázáních spočívá celý Zákon i Proroci.

Ve dvojím přikázání lásky - lásky k Bohu a bližnímu - jsou obsažena všechna ostatní přikázání. A platí to také naopak. Všechna ostatní přikázání je možné převést na tato dvě přikázání. Neříká se jen, co je největším přikázáním, ale že v něm jsou obsažena všechna ostatní. Kdo plní tato dvě velká přikázání, naplňuje Zákon, a tím i Boží vůli.

Jak z dosavadního výkladu vyplývá, celé mravní úsilí člověka má vycházet z lásky a směřovat k lásce. Člověk je stvořen nejen k tomu, aby poslouchal Boha jako svého Pána, ale také k tomu, aby ho miloval jako svého Otce. Jen spolu s láskou k Bohu se



poslušnost stane dokonalou. Bůh přece nechce bázlivého otroka, ale svobodného syna. Láska k Bohu by měla vycházet z každé opravdové víry.<sup>115</sup>

„A kdo je můj bližní?“ Koho mám milovat? Každý z nás dobře ví, že v praxi to s přikázáním lásky vůbec není jednoduché. Vždyť ne každý člověk, kterého potkám, je mi blízký a sympatický, a taky ne každý si mé lásky váží a opětuje ji. Koho tedy mám zahrnout mezi své bližní? Když o tom člověk přemýšlí, říká si, že tu přeci musí být nějaká pomyslná hranice, která stanoví, na koho se toto přikázání vztahuje a na koho už ne. Jde jen o to, abychom se s jistotou zjistili, kde ta hranice běží.

Ježíš odpovídá zákoníkovi podobenstvím. Naši pozornost přitom upoutá jednání tří mužů. Všichni tři jsou vystaveni téže situaci: na cestě, vedoucí z Jeruzaléma do Jericha, uvidí ležet polomrtvého muže, okradeného a zbitého lupiči. První, kněz, se mu, jakmile ho spatří, vyhne velikým obloukem. Druhý, levita, dojde až k tomu místu, ale když ho uvidí, jde dál. Raněný nejspíše nezapadá do jejich představy bližního a náboženské povinnosti v chrámě volají. Do třetice jde tudy Samařan. Mezi ním a zraněným - nejspíše Židem – je přitom ještě větší vzdálenost než v předchozích případech - vztahy mezi Židy a Samařany byly v Ježíšově době vysloveně nepřátelské. Avšak navzdory této vzdálenosti se děje cosi překvapivého:

Samařan „byl hnut soucitem; přistoupil k němu, ošetřil jeho rány olejem a vínem, obvázal mu je, posadil jej na svého mezka, zavezl do hostince a tam se o něj staral. Druhého dne dal hostinskému dva denáry a řekl: „Postarej se o něj, a bude-li tě to stát víc, já ti to zaplatím, až se budu vracet.““ Všimněme si, že popisu Samařanova milosrdenství věnuje Ježíš téměř celou polovinu svého vyprávění! Tak jedná skutečná láska k bližnímu: Je odvážná, ale i praktická. Překonává panující předsudky a pohotově prokazuje nezbytnou první pomoc. Zřídka se osobního pohodlí, věnuje potřebnému čas a neváhá přinášet ani finanční oběti. A především, neptá se, zda si potřebný pomoc zasluhuje, ale skutečně jedná.

Ježíšovo podobenství ukazuje celý problém lásky k bližnímu v úplně jiné perspektivě. Ukazuje nám, jak liché je zabývat se otázkou, kdo je můj bližní. Kdo

---

<sup>115</sup> Häring, Bernard Láska je víc než přikázání. Praha: Vyšehrad. 1996, str. 40

takto přemýšlí, kdo drží svou lásku v předem vytyčených mezích, ten se snadno mine s její podstatou. Na konci svého vyprávění Ježíš zákoníkovu otázku převrací: „Kdo byl bližním tomu, který upadl mezi lotry?“ Kdo skutečně pomohl? O to tu jde. Hlavní problém není v tom, koho počítat mezi své bližní, kde táhnout onu pomyslnou hranici. Otázka, kterou nám klade podobenství, zní: Stávám se já sám bližním potřebnému? Dokážu se bez ohledu na předsudky přiblížit k druhému člověku a nabídnout mu svou blízkost?

Horské kázání nemůže být považováno za zákon, jako byl v židovství talmud, který by řídil dokonale všechny životní zkušenosti.<sup>116</sup>

Požadavky se ani nedají zevšeobecnit jako sociálně etické normy, nebo dokonce prosadit politickou mocí a právními donucovacími prostředky. Poslední bylo by to v rozporu s náboženskou svobodou<sup>117</sup>. Stejně tak nelze nutit někoho k darování orgánů z křesťanské povinnosti, vyplývající z lásky k bližnímu.

Ne náhodou proto křesťanští vykladači již od nejstarších dob poukazovali na to, že v jednání milosrdného Samařana smíme rozpoznávat obraz Kristova jednání s námi. Podobně jako Samařan ani Kristus nehledí na to, zda jsme mu blízko. On se sklání ke každému potřebnému: Kvůli nám vzdáleným se stal naším bližním. Právě toto jeho záchraňující jednání nás vtahuje do dění jeho království, do dění, ve kterém jsme láskou obdarováni a stejně tak k lásce podněcováni. Jsme zváni, abychom - stejně jako Bůh ve vztahu k nám - i my ve vztahu k druhým překonávali to, co nás dělí, abychom i my poznali, že smíme a máme být bližním každému, kdo potřebuje naši pomoc. Ať je jakéhokoli náboženství, národnosti či rasy.

Ježíš nám svými slovy nejen otvírá oči pro raněné u cesty, ale také nám dává povzbuzení a sílu, abychom se jich ujímali. A stejně jako zákoníka i nás vyzývá: „Jdi a jednej také tak.“ Překonávej vzdálenost, která je mezi tebou a druhým člověkem, ty sám učíš ten první krok a přiblíž se tomu, kdo potřebuje tvou pomoc. Právě tehdy, když se stáváme bližním druhému člověku, ocitáme se v blízkosti života věčného.<sup>118</sup>

---

<sup>116</sup> Mečelo, J. Setkání s Ježíšem, Praha:1990, str. 119

<sup>117</sup> Ockenfels, W. Katolická sociální nauka, Praha:Zvon. 1994, str. 57

<sup>118</sup> Häring, Bernard Lásky je víc než přikázání. Praha: Vyšehrad. 1996, str. 68

Analogicky lze aplikovat uvedené ve zdravotnickém prostředí, při sdělování diagnózy je nutné respektovat důstojnost pacienta, jednat s ním slušně, v klidu, náležitě se pacientovi věnovat, o diagnóze informuje vždy lékař, pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy přítomen (rodina, přátelé, lékař, sestra, psycholog), informace pacientovi podávat opakovaně, jednorázový rozhovor nestačí, informaci podávat nejprve pacientovi, potom podle jeho přání rodině, nebo jiným určeným lidem, nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.

Lékař by měl nemocnému zdůraznit možnosti léčby, informace o prognóze lékař podává uvážlivě, je třeba ujistit pacienta o odhodlání všech zúčastněných vést léčbu v celém průběhu nemoci a řešit vzniklé potíže. Dobrým přístupem k nemocnému probouzet a udržovat jeho realistické naděje a očekávání.

Na druhé straně se lze v praxi setkat i s negativními postoji - nedostatek času, lékař sdělí nemocnému diagnózu při vizitě před dalšími pacienty, během hovoru se chová zcela cizí a chladně, bez jakékoli účasti s problémy nemocného, není ochoten odpovídat na dotazy nemocného

#### 4. 3. 3 Lásky k sobě

Jeden moudrý výrok zní: „Qui sibi nequam, cui bonus (Sir 14,ř). Je-li někdo zlý k sobě, ke komu pak bude dobrý?<sup>119</sup>To znamená, že když někdo neumí správně milovat sám sebe, nebude schopen skutečně milovat ani druhé.

K Ježíšovi přistoupil jeden ze zákoníků, který slyšel jejich rozhovor a shledal, že jim dobře odpověděl. Zeptal se ho: "Které přikázání je první ze všech?" Ježíš odpověděl: "První je toto: `Slyš, Izraeli, Hospodin, Bůh náš, jest jediný pán; miluj Hospodina, Boha svého, z celého svého srdce, z celé své duše, z celé své mysli a z celé své síly!' Druhé je toto: `Miluj svého bližního jako sám sebe!' Většího přikázání nad tato dvě není" (Mk 12,28-31).

---

<sup>119</sup> Peschke, K. -H., Křesťanská etika, Praha:Zvon. 2003, str. 193

Druhé přikázání nám káže milovat nejen bližního, ale také sám sebe. Milovat sám sebe je stejně důležitým přikázáním jako milovat bližního. Ježíš učinil z lásky k sobě samému měřítko lásky k bližnímu. Proto je láska k sobě samému zahrnutá v prvním přikázání tolik důležitá. Nemůžeme si zamilovat bližního, pokud nejprve nemilujeme sami sebe.

Láska k sobě samému je důsledkem života podle přikázání lásky k Bohu. Pokud člověk vnímá Boží lásku, pokud se pokouší odpovídat Bohu láskou na lásku, pak tato zkušenost plodí lásku k sobě samému. Láska k sobě samému, podobně jako láska k bližním, však představuje druhé přikázání a vyplývá z prvního. Pouze v perspektivě prvního přikázání, tedy v perspektivě Boží lásky, nalézá svůj smysl a opodstatnění.<sup>120</sup> Bůh nemiluje člověka pro to, kým je, ale výlučně proto, že je, že ho stvořil. Jeho láska je ryzím darem. Bůh od nás neočekává nic než přijetí jeho bezpodmínečné lásky. Přijímá člověka v jeho aktuální skutečnosti s veškerými omezeními, slabostmi, zraněními.

Přijetí vlastního života, láska k sobě samému je spojena s opuštěním snahy být jako Bůh. Ve vzpouře proti vlastním lidským omezením je skryto pokušení dosažení božskosti vlastními silami. V základu tohoto podstatného nepřijetí sebe a vlastního života se skrývá zpochybnění naší závislosti na Bohu.

Miluj svého bližního jako sám sebe. Tato slova jsou ve skutečnosti citátem ze Starého zákona, ale používá jich Ježíš. Tak sám přenáší přikázání ze Starého do Nového zákona. Přikázání lásky k sobě samému v sobě nemá ani stín egoismu. Není v žádném případě ani výrazem lidské malodušnosti. Ve skutečné lásce k sobě samému se naplňuje ztotožnění lásky k sobě s láskou ke Kristu. Krásné svědectví tohoto ztotožnění nám podává svatý Pavel, který o sobě prohlašuje: nežiji už já, ale žije ve mně Kristus (Gal 2,20). To, co dělá Ježíšův učedník pro sebe, dělá zároveň pro svého Mistra, pro Krista. A to, co dělá pro svého Pána, dělá zároveň pro sebe. Kristus se ztotožňuje s každým člověkem, zvláště s nuzným a ubohým, jemuž je zapotřebí milosrdenství a pomoci.

---

120 Augustyn, Jozef. Kde jsi, Adame? Praha: Karmelitánské nakladatelství. 2008, str. 43

## 5 Etické aspekty rozdělování orgánů

### 5.1 Princip spravedlnosti

Člověk je svou přirozeností bytost společenská. To je pravda, která nemůže zůstat skryta pohledu otevřenému skutečnosti. Aby mohl žít a rozvíjet se, potřebuje nejrůznější druhy pomoci od společenství. Proto vzhledem k významu společenství a společnosti pro lidský život má člověk právo očekávat od nich pomoc, ale zároveň má i povinnost jim svými činy pomáhat. Péče o společnost je péčí o vlastní blaho, o blaho bližních a konečně i péčí o uskutečnění onoho posledního určení: Božího království a Božího plánu a spásy pro veškeré lidstvo. Pouze takové chápání přirozenosti a určení člověka dokáží ocenit jeho důstojnost a být její zárukou.<sup>121</sup>

Spravedlnost má tři podstatné znaky, společenská norma jako směrnice pro vedení lidí v jejich vzájemném jednání, druhým znakem je, že spravedlnost je aprobativní v tom smyslu, že je-li nějaký čin označen za spravedlivý, znamená to souhlas s tímto činem. Za třetí je spravedlnost závazná, a to tak, že posouzení daného činu jako spravedlivého má za následek, že každý člověk má v podobné situaci udělat totéž.<sup>122</sup>

V zásadě existují tři teorie o podstatě spravedlnosti: teorie pozitivního práva, teorie společenského užitku a teorie přirozeného práva.

První teorie definuje spravedlnost jako shodu se zákonem. Druhá teorie společenského užitku definuje konání toho, co slouží někomu k užitku. Zavazuje člověka, aby dělal to, co zvětšuje společenský užitek – už i před požadavky přirozeného práva, mimo pozitivní právo, a dokonce v rozporu s tím, kdyby zákon odporoval požadavkům společenského užitku. Ale ne každý příspěvek k obecnému užitku je povinností spravedlnosti, např. skutky dobročinnosti. Závazky charitativní lásky nejsou samy o sobě povinnostmi spravedlnosti. Avšak podle definice neexistují

---

<sup>121</sup> Peschke, K. -H., *Křesťanská etika*, Praha: Zvon. 2003, str. 457.

<sup>122</sup> Otto A. Bird, *The idea of Justice*. New York. London: Friderick A. Praeger, 1967. 10n.

žádné povinnosti dobročinnosti, které by se lišily od spravedlnosti. Všechny patří k této ctnosti.

Avšak ne všechny povinnosti spravedlnosti se odvozují z potřeb společenského užitku, ale také z práva jednotlivce udržovat a rozvíjet svůj tělesný a duševní život a zlepšovat tak své životní podmínky a to i tehdy, neplyne-li z toho společenský užitek.

Přirozenoprávní teorie se opírá o skutečnost, že člověk nemá svá práva v první řadě proto, že je obdržel od společnosti, nýbrž proto, že ho právy vybavuje jeho přirozenost. Lidé a lidská společenství mají přirozené právo na spořádanou existenci, na sebeuskutečnění a na pokrok.

Princip spravedlnosti se označuje jako etické měřítko pro přiměřené rozdělování dober, služeb a nákladů (zatížení).<sup>123</sup> Nahlíží se na něj jako na mravní postoj i na jako sociálně spravedlivý řád, což má obé důsledky pro praxi sociální práce. V konceptu spravedlnosti se názorně ukazuje sociálněeticky důležitá odkázanost individuálních postojů (ctností) a společenských struktur. Proto se spravedlnost chápe jako měřítko vnějších vztahů osob a sociálních struktur i jako ctnost (trvalý stálý postoj člověka, osvědčený vzorec dobrého života).

Za sociálně spravedlivé v důsledku toho považuje to, co

- zakládá stejná práva a povinnosti,
- zajišťuje přiměřené vyrovnání vzájemných služeb a
- pro všechny minimální vybavu základními dobry a
- odstraňuje strukturální příčiny nerovně (nestejně, rozdílně) přidělovaných možností účasti na společenském rozvoji.

Pojem sociální spravedlnost navazuje na dějinné pojetí spravedlnosti u Platóna<sup>124</sup>, Aristotela<sup>125</sup> a u Tomáše Akvinského.<sup>126</sup>

---

<sup>123</sup> Viz Milfait, R. Manuskript, Praha. JABOK. 2008; Milfait, R., Fundamentální eticko-lidskoprávní principy etických kodexů sociální práce. Objasnění s povinnostmi a zodpovědnostmi, in: Etika a lidská práva v sociálních službách, Praha CSS (v tisku), 2008.

<sup>124</sup> Srov. PLATON: Politeia (Ústava).

<sup>125</sup> Srov. ARISTOTELES: Etika Níkomachova, V.

<sup>126</sup> Srov. TOMÁŠ AKVINSKÝ: Summa theologiae II-II 57-61.

Sociální spravedlnosti je tedy možno rozumět jednak jako spravedlnosti šancí a odstraňovat proto extrémní nerovnosti šancí, které by předem oddělovaly celé skupiny od přístupu k důležitým životním dobrům.

Vyjdeme-li ze základních potřeb člověka, můžeme sociální spravedlnost představit jako spravedlnost ohledně potřeb, kterou se myslí stejný nárok všech na základní vybavení určitými materiálními a nemateriálními dobry, která každý potřebuje k lidsky důstojnému životu.

Vyplývá z toho či je toho předpokladem, že společnost přiznává všem svým členům nejen základní liberální práva na svobodu a politická práva na spolupůsobení a spolurozhodování, ale zajišťuje jim rovněž naplnění základních potřeb.<sup>127</sup>

Základním požadavkem je, aby se s každým člověkem zacházelo lidsky.

## 5.2 Kritéria přidělení

Můžeme se zamyslet nad koncepty regulace:

Smrt mozku není jediným kritériem dovolenosti odejmutí orgánu. Nelze opomenout otázku, kdo může vůbec rozhodovat o tom, zda se smí mrtvole orgány odebrat. Existují tři možnosti:

- 1) odejmutí orgánu je přípustné jen při existujícím výslovném souhlasu zemřelého (Zustimmungslösung);
- 2) orgány se smí odejmout vždy, jestliže neexistuje explicitní nesouhlas zemřelého (Widerspruchslösung) – např. Rakousko. Považuje se za eticky pochybné, protože nepřipustným způsobem zakrývá prostřednictvím právní

---

<sup>127</sup> Viz Milfait, R. Manuskript přednášek, soukromý archiv, 2008

domněnky pietní úctu, právo pozůstalých na péči o zemřelého a právo na osobnost zemřelého.

- 3) příbuzní musejí být informováni o plánované explantaci (vynětí živého orgánu z těla) a přiznává se jim právo veta (die erweiterte Zustimmungslösung, bzw. Informationslösung) – např. Německo.

K spravedlivému rozdělování orgánů:

Komu se má orgán darovat, když jej potřebuje naléhavě více lidí? Je eticky přikázáno usilovat o spravedlivé rozdělování orgánů. A aby se umožnilo spravedlivé a zároveň i účinné přidělování orgánů, bylo zřízeno centrální místo pro zprostředkovávání Eurotransplant se sídlem v Holandsku, které působí po celé Evropě. Kritéria pro výběr příjemců jsou naléhavost, výhled na úspěch a čekací doba.

Etická reflexe se u živých dárců zaměřuje především na tyto aspekty:

- 1) na sebeurčení dárce
- 2) na princip lékařského étosu nepoškodit
- 3) na dobrovolnost dárcovství
- 4) na rizika u dárce
- 5) na zvláštní konstelace dárce a
- 6) na obchod s orgány.

Ad 1) Zásada sebeurčení uvádí, že dárce má morální právo i přes určité riziko pomoci druhému člověku nezávisle na tom, zda je s ním příbuzný či ne. Využívá přitom své základní právo na obecnou svobodu jednání. Nesmět pomoci se označuje jako připsaná tvrdost. Z etického hlediska sebeurčení mají lidé oprávnění, aby rozhodovali o dobru své tělesné integrity. Určité hranice představují dle učení katolické církve pouze invalidita a smrt: „...“ (KKC, čl. 583).

V případě darování ledviny se pacient lépe a rychleji zotavuje z transplantace, také návrat do běžného života je rychlejší, pacient žije v radosti z činu lásky k bližnímu a je tedy patrný vliv na jeho psychiku a následně i na celé zdraví.

Ad 2) Nihil nocere – zásada lékařského étosu; počátek v Hippokratově přísaze (primum nihil nocere). Tato zásada se však porušuje při odebrání orgánů ze živého dárce. Od dárce se totiž očekává riskantní medicínský zákrok s potenciálem poškození, který pro něho není indikován a ani prospěšný. Odběr orgánu představuje



zamýšlené a cílené ublížení na těle. Proto lze etickou dovolenost odůvodnit jen tím, že potenciální škodu dárce široce převáží při zvažování dober prospěch příjemce.

Ad 3) Svobodný souhlas: dobrovolnost se požaduje v trojím ohledu:

- dárce dává orgán k dispozici na základě svobodné vůle;
- příjemce jej dobrovolně přijímá;
- medicínský personál provádí transplantaci pomocí volných orgánů.

Tím je položen základ pro to, aby všichni zúčastnění aktéři přebírali zodpovědnost za své jednání a za následky, které z něho plynou.

Ad 4) Vyhodnocení rizik: protože se jedná vždy o závažný zásah (bez pověření léčit dárce) do integrity dárce, přikazuje se pro etické rozhodnutí pečlivé zvažování rizik. Riziko trvalých zdravotních poškození je sice relativně malé, ale nelze obecně vyloučit i případy úmrtí.

Ad 5) Např. dvojí omezení dle transplantačního zákona SRN z roku 1997:

- pouze jako náhradní možnost, subsidiárně, přípustné, když není v době přenosu orgánu žádný vhodný orgán zemřelého (dle smrti mozku);
- uvedením určitých cílových skupin: příbuzní a blízcí rodinní příslušníci. Zákon dovoluje dárce orgánů, které se už opětovně netvoří (např. ledviny, plicní laloky, části slinivky břišní) jen u příbuzných prvního nebo druhého stupně (např. rodiče či sourozenci příjemce), u manželů, životních partnerů, snoubenců či dalších osob, které jsou s dárce zjevně ve zvláštní osobní sounáležitosti.

Existují i návrhy, aby se tento úzký kruh rozšířil, např. skrze tzv. cross-over-dárce: myslí se tím případy, u nichž není možné dárce mezi manželi či partnery z medicínských důvodů (např. neslučitelnost krevních skupin). Proto možnost takový pár dát dohromady s druhým vhodným párem se stejnými problémy a provést tak dvě dárce křížem, že oba dárce dostanou svůj orgán od dárce z druhého páru. Darující osoba daruje jen proto, že se tím umožňuje dárce pro jeho příbuzného od někoho jiného. Darování způsobitelného cizího orgánu představuje zároveň podmínku a protislužbu.

„Z křesťanského pohledu neexistuje zásadní námitka proti dobrovolnému dárce orgánů. Pochyby vyvolává jen možnost zneužití (např. obchod s orgány). Podle

křesťanského porozumění je život a tím tělo darem stvořitele, jímž nemůže člověk disponovat, jak je libo, který ale může po pečlivém přezkoumání svědomí nasadit z lásky k bližnímu. To nevylučuje odškodnění nákladů na darování tkáně či orgánu, zakazuje ale zisk, o který se tím usiluje.“ (Evangelická církev v Německu/Sekretariát biskupské konference Německa 1990, 16).

Ad 6) Nebezpečí komercializace a obchodu s orgány na základě nedostatku orgánů. Dárce se zde stává prodejcem, příjemce kupujícím a orgán zbožím. Často se objevuje zprostředkovávající agent.

Přestože je obchodování s orgány na celém světě postaveno mimo zákon, sehnat si například ledvinu není vůbec obtížné. Rájem transplantací je zejména Pákistán, který si ve světě vysloužil přívlastek ‚ledvinový bazar‘. Ještě před několika měsíci v zemi neexistoval zákon, který by prodej orgánů omezoval.

Po operaci často tito „dobrovolní“ dárci nemají žádnou lékařskou péči a za pár let končí jako nuzáci. Od překupníků dostanou jen zlomek ceny, kterou zaplatí příjemce. Někteří nedostanou zapláceno vůbec.

Je třeba zabránit komercializaci: proto zákon u dárcovství ze živých dárců je upraven restriktivně (par. 8, SRN) a je trestné obchodování s orgány. Chránit se má tím tělesná integrita a lidská důstojnost dárce. Obchod s orgány znamená pro dárce i příjemce značné nebezpečí vykořisťování a představuje tak podstatný zásah do jejich důstojnosti.

V současnosti byl zaznamenán pokus o zvýšení počtu dárců impulsem o vynětím z povinnosti platit dárce orgánů registrační poplatky u lékaře.

22. května 2008 18:42, aktualizováno 20:21

*Zdravotnická komise vládních stran se dne 22. 5. 2008 shodla na tom, že by od regulačních poplatků měli být osvobozeni dárce orgánů a lidé, kteří jsou v sociálních ústavech na základě rozhodnutí soudu nebo jsou bez vlastních prostředků. Po schůzce komise to řekl zdravotnický expert KDU-ČSL Jiří Carbol.*

*V nejbližší době bude o poplatcích jednat K9. Termín jednání ale zatím není známý. Je možné, že se uskuteční až poté, co Ústavní soud příští týden rozhodne o požadavku opozice na úplné zrušení poplatků.<sup>128</sup>*

Morální zacházení s lidskými orgány se určuje postavením těla jako bytostného média personálních úkonů. Platí na jedné straně: jsem mým tělem. Ale i: má své tělo. Plyne z toho, že tělo není předmětem libovolného disponování, ani absolutní nedotknutelnosti. (pozn. proto jako součást etické reflexe pojetí člověka a vztah duše a těla). Proto neexistuje na jedné straně právo (nárok) jedince či společnosti na tělo, resp. na orgány člověka. Potřeba jednoho nedovoluje učinit z druhého pouhý prostředek tohoto zájmu. Zde neexistuje zvažování dober. Někdo by mohl říci: k záchraně dvou zabijeme třetího, jinak by byla společnost vinna smrtí těch dvou. Ale zabití nevinného není možno ničím ospravedlnit. Zde neexistuje zúčtování dvou proti jednomu. Společnost není jednajícím subjektem, subjektem zodpovědnosti je člověk.

Orgány nejsou libovolně směnitelné předměty, jimiž by se mohlo disponovat jen podle úvah účelovosti, ale mají svou vlastní hodnotu, kterou nelze učinit pouhým prostředkem pro nějaké účely – ani pro terapeutické účely. Na straně druhé neplyne zákaz dárcovství orgánů – za předpokladu, že dárcovství je skutečně darem. Protože každý je svým tělem tím, že má své tělo.

Dárcovství je mravně vysokým aktem lidské solidarity (pozn. proto sociálněetický princip solidarity), láska k bližnímu však nestanoví obecnou povinnost k tomuto činu, proto je nutno tento čin pokládat za hrdinský a naprosto dobrovolný čin křesťanské lásky.

Kritérium výběru nebo volby nemůže být vědecký pokrok nebo kariéra toho, kdo transplantace provádí. Transplantace se děje kvůli člověku, pacientovi. Objevuje se obecný problém rozlišovat mezi blahem pacienta a pokrokem vědy, mezi prohlášením pacienta a přemlouváním pacienta.

Objevují se také etické problémy při přijetí na seznam čekatelů: je přípustné umístit na seznam jen ty čekatele, u kterých existuje skutečná možnost transplantace,

---

<sup>128</sup> iDNES.cz (<http://www.idnes.cz>)

aby nebyly vzbuzovány falešné naděje. Zvažování užitku pro pacienta a očekávaných výsledků transplantace je třeba ospravedlnit etické implikace.

Hlediska rozdělování orgánů: kompatibilita (výhled na úspěch), naléhavost, čekací doba; dále - ve smyslu (pro transplantaci ledvin vydaných) směrnic centra rozdělování EUROTRANSPLANT (Leiden, Holland) – pravděpodobnost nekompatibility (k vyrovnání biologického poškození příjemce), vzdálenost mezi dárcovstvím orgánu a transplantačním centrem (minimalizace kyslíkové podvýživy orgánu) a národní bilance orgánů (minimalizace nerovnosti dárců a příjemců). Tato hlediska nejsou jen medicínsko-pragmatickými, ale obsahují i normativní principy. Kompatibilita zohledňuje princip rovného (stejného) nároku potřebných a princip individuálního prospěchu, naléhavost zohledňuje princip nepoškodit (např. děti budou naléhavěji, neodkladněji, léčeny kvůli dostavujícímu se růstovému útlumu při pokročilé dialýze), doba čekání (při stejné kompatibilitě) zohledňuje rovnost šancí. Při konkrétním rozhodování bude záležet na rovnováze všech relevantních úvah.

Je třeba zabraňovat nerovnému zacházení i nebezpečí společenské funkcionalizace jedince a poškozování určitých skupin: proto vyloučit na rovině principů hodnocení jen podle vlastností pacienta, protože se nedají etické problémy řešit jen podle kritérií eficeience. Takovými vlastnostmi by byly např. sociálně-medicínská kritéria (věk, sociální prostředí, rodinný status, compliance), osobní kritéria (styl života, schopnost zaplatit) nebo společenská kritéria (sociální postavení).

Vlastnosti jako rozhodující princip jsou eticky problematické:

- 1) rozdělování jen podle prognózy by sice zachránilo život většině, ale vedlo by k upřednostnění zdravějších před více nemocnými, akutně nemocných před chronicky nemocnými, mladších s větší očekávanou dobou života před staršími;
- 2) přidělování dle kalkulace náklady-zisky vede k cílenému nerovnému zacházení, které odporuje principu rovnosti. Tím se ovšem nic nenamítá proti legitimním úvahám o nákladech, ale jen něco proti jejich povýšení do ranku morálního principu. Srov. pokus QUALY=quality-adjusted-life-years: vypočítávat užitek transplantace ve formě „kvalitou očištěných (normálních, upravených) let života“. Kritika: stanovuje „úřední kritéria kvality života pro alokaci nedostatečných zdrojů“. Co vlastně znamená kvalita života? Zdraví a nemoc?

- 3) Životní styl jako kritérium: autonomie viníka, dlužníka by vyžadovala omezení financování solidárním společenstvím, pak ovšem vyvstane problém, odkud pocházejí kritéria pro životní styl ohrožující zdraví: reglementace způsobů života, obtíž zjištění faktorů a příčin a dobrovolnosti životního způsobu. Nakolik jsou schopny ekonomické podněty měnit morální postoje?
- 4) Model klubu: mezi možné příjemce jen ty dospělé způsobilé k právním úkonům, kteří odevzdali prohlášení o dárcovství. Podle toho se u rozdělování zdrojů stanovuje předběžné chování na místo medicínské nutnosti, resp. se proviňuje proti představě bezvýhradného rovného zacházení.
- 5) Jedná se tak o vyloučení roviny principů, což neznamená, že tato hlediska nemohou hrát roli v případě zvažování a někdy i musí. Zmiňují se
  - a) zohlednění i jiných prognostických faktorů jako věk, obecný stav, sekundární onemocnění vedle kompatibility, která se jeví v důsledku úspěšnějšího potlačení imunity jako relativizovaný faktor prognózy;
  - b) potíže zvažování mezi velkou naléhavostí a malou šancí na úspěch;
  - c) protiúčet medicínských faktorů proti době čekání.

Výběr pacientů může patřit k situacím, v nichž může dojít ke kolizi rovných fundamentálních práv. V nejhorším případě znamená přednost jednoho smrt druhého. Zde neexistují všeobecná pravidla, proto zůstává přezkoumání každého jednotlivého případu v kontextu situace.

Cílem transplantační medicíny je mírnění utrpení, resp. zlepšování kvality života. Následně proto řeč o hodnotě života funkcionalizuje život a zaměňuje smysl života se spotřební hodnotou. Musí proto existovat respekt k autonomii pacienta a osobní odpovědi na otázku, co je pro něj lepší z hlediska kvality života.

Máme právo na náhradní orgány?

Jak je patrné, jsou názory na transplantaci velmi různé. Od velmi radikálních, že člověk má právo na náhradní orgány a že je třeba učinit vše, co je možné, aby potřebný orgán dostal (to jest např. předpokládat souhlas dárce, pokud se nevyjádřil jinak), až k názorům negativním, které transplantace považují za zákrok ve výjimečných situacích, při kterém je třeba dbát mnoha etických norem. Jako obvykle, většina názorů se pohybuje někde mezi těmito krajnostmi. Transplantace ano, ale ne za každou cenu, jen při dodržení základních pravidel při odběru orgánů a

výběru příjemců a při rozumné šanci na to, že transplantace bude úspěšná. Do praxe zasahuje i ekonomická náročnost transplantací, a tak je často v praxi množství provedených transplantací omezováno i dostupnými finančními prostředky. Odpověď na položenou otázku bude také různá v různých zemích. Jinak bude znít v zemích vyspělých, kde je zdravotní péče na vysoké úrovni, a jinak v zemích rozvojových, kde nejsou dostupné daleko základnější prvky zdravotní péče.

## Závěr

V úvodu mé práce jsem si vymezila cíl a stanovila postup, který jsem naplnila takto: nejprve jsem seznamovala s vlastním medicínským prováděním transplantací, způsoby organizace transplantací, možnostmi získávání orgánů, s pravidly, medicínskými i právními, které je nutno při provádění dodržovat.

Po objasnění výchozích kritérií z pohledu křesťanské reflexe následovala vlastní část reflexe. Pokud orgán potřebuje naléhavě více lidí, je eticky přikázáno, usilovat o spravedlivé přidělení. Dárce má morální právo pomoci i přes určité riziko. Z etického hlediska sebeurčení má oprávnění, aby rozhodl o dobru své tělesné integrity, život a tím i tělo jenž je darem stvořitele, může být po přezkoumání svědomí nasazeno z lásky k bližnímu. Dárcovství je tudíž mravně vysokým aktem lidské solidarity. Za použití orgánů z mrtvých dárců, za předpokladů dodržování určitých regulí, které byly zmiňovány v textu, jako je respektování závěti rozhodnutí, jistě stanovené smrti, spravedlnosti při rozdělení orgánů, zabránění komercializaci, je transplantační medicína rovněž obhajitelná. Cílem transplantační medicíny je mírnění utrpení a zlepšování kvality života, avšak nelze život funkcionalizovat a zaměňovat se spotřební hodnotou. Je třeba respektovat autonomii pacienta a jeho osobní odpověď na otázku lepší kvality života.

Domnívám se tedy, že máme právo na náhradní orgány? Myslím, že právo nemáme. Ale tam, kde je rozumná naděje, že transplantace zachrání život, má být vyvinuta snaha ji uskutečnit. V žádném případě nemají být transplantace prováděny "za každou cenu" a nemají být považovány za normu.

Podpora lidské důstojnosti znamená především stvrzování nezadatelného práva na život, a to od okamžiku početí až do okamžiku přirozené smrti, což je první základ všech ostatních práv lidské osoby.

Jako konečná instance veškerého počínání všech participujících na transplantacích je svědomí, které rozhoduje s nejvyšší závazností o morálních otázkách. Je schopností člověka přemýšlet o sobě a testovat, jestli jednání vyhovují nárokům morálních závazků. K člověku patří sebekontrola, pocit závaznosti, zkušenost viny.

Je nepochybné, že je třeba vytvořit dobrou legislativu a kontrolu provádění transplantací, aby nedocházelo k jejich zneužití. Je však nutné, aby existoval v zásadě pozitivní vztah společnosti k nezištnému darování orgánů jako k elementárnímu výrazu lidské solidarity; aby bylo jasné, že transplantace jsou v zásadě velmi důležitým, eticky akceptovaným způsobem léčby, který může podstatným způsobem zlepšit kvalitu života, život prodloužit, či dokonce zachránit. Jde ovšem přitom o respektování základních etických norem, jako ostatně v medicíně vždycky, má-li sloužit k prospěchu integrálního dobra lidské osoby.

Je nutno říci, že církve a náboženské společnosti říkají ano za daných podmínek, které se z určité části shodují s mou reflexí.

Proto je velmi důležité, aby vešel ve známost široké veřejnosti postoj, který k těmto otázkám zaujímá bezesporu jedna z největších současných morálních autorit, papež Jan Pavel II. Vyjádřil ho v projevu, který měl k účastníkům XVIII. mezinárodního kongresu Transplantační společnosti v Římě dne 29. 8. 2000:

*„Transplantace jsou velkým krokem vpřed ve službě vědy člověku a nemálo lidí dnes vděčí za své životy transplantovanému orgánu. Transplantace se postupně ukázaly jako platný prostředek k dosažení prvořadého cíle vší medicíny, jímž je služba lidskému životu. Právě proto jsem ve své encyklice Evangelium Vitae naznačil, že jednou z cest rozvíjení autentické kultury život je darování orgánů provedené eticky přijatelným způsobem, proto aby šanci na zdraví, ba i život samotný, dostali nemocní, kteří někdy již jinou naději nemají. (čl. 86).“*

Podobně jako všechny výsledky lidského pokroku, předkládá i tato konkrétní oblast lékařské vědy, spolu s nadějí na zdraví pro mnohé, ale je nutno všechny neustále se objevující problémy zkoumat ve světle rozlišující antropologické a etické reflexe.

V této oblasti medicíny by měla být základním rozlišovacím kritériem obrana a podpora integrálního dobra lidské osoby, v souladu s jedinečnou důstojností, která nám přísluší pro naše lidství. Z toho zjevně plyne, že každý medicínský úkon vykonaný na lidské osobě je podřízen omezením, a to nejen omezením plynoucím z



technických možností, ale i mezím daným respektem k samotné lidské přirozenosti chápané v její plnosti.

Každá transplantace orgánů svůj počátek v rozhodnutí velkého etického významu: nabídnout bez nároku na odměnu část vlastního těla pro zdraví a prospěch druhé osoby . Právě v tom spočívá ušlechtilost činu, který je projevem opravdové lásky. Nejde jen o to, že se vzdáváme něčeho, co nám patří, ale že dáváme kus sebe sama, protože vzhledem k podstatné jednotě s duchovou duší, nelze lidské tělo považovat jen za souhrn tkání, orgánů a funkcí, ale spíše je konstitutivní částí osoby, která se skrze ně projevuje a vyjadřuje.

Každý postup, směřující ke komercializaci lidských orgánů, nebo k tomu, aby byly pokládány za předmět směny či obchodu, musí být považován za morálně nepřijatelný, neboť používání těla jako „věci“ porušuje důstojnost lidské osoby. Lidská „autenticita“ vyžaduje tak rozhodného činu jako je informovaný souhlas, aby jedinci byli náležitě informováni o příslušném procesu, aby byli připraveni souhlasit nebo odmítnout svobodně a svědomitě. Svou vlastní etickou platnost v případě nepřítomnosti souhlasu dárce má i souhlas příbuzných. Analogický souhlas má přirozeně dát i příjemce darovaných orgánů.

Nejzřetelnějším projevem skutečnosti, že u darování orgánu jde skutečně o dar, je prohlášení, které člověk učiní ještě za svého života, že je ochoten v případě své smrti souhlasit s odběrem svých orgánů k transplantaci. Na orgány mrtvého člověka nemá nikdo nárok, ale člověk s citlivým svědomím učiní s ohledem na svou situaci a podle svého svědomí odpovědné rozhodnutí přispět po vlastní smrti k záchraně života bližního.

Je třeba neustále pečlivě zvažovat a kvalifikovaně posuzovat stále se objevující nové etické problémy spojené s transplantacemi, pomáhat vyjasňovat kritéria posouzení toho, jaké druhy transplantací jsou morálně přijatelné a za jakých podmínek, zvláště s ohledem na ochranu identity každé osoby.

Je také třeba vštěpovat lidem, zejména mladým, do srdce opravdové a hluboké vědomí potřeby bratrské lásky, která může najít své vyjádření v rozhodnutí stát se dárce orgánů.

## Přílohy:

### I. KRÁTKÝ PŘEHLED NEJVÝZNAMNĚJŠÍCH UDÁLOSTÍ Z HISTORIE DIALÝZY A TRANSPLANTACE LEDVIN

1854: T. Graham studuje dialýzu na propustnosti stěny hovězího močového měchýře, použitého k sestavení primitivního dialyzátoru

1902: provedena první experimentální transplantace ledviny u psa

1912: J. Abel, L. Rowntree a B. Turner provádí první pokus o hemodialýzu u králíka

1924: G. Hass poprvé používá krevní pumpu a pokouší se o hemodialýzu u člověka

1926: R. Lim a H. Necheles používají heparin za účelem snížení srážlivosti krve

1937: W. Thalhimer při dialýze používá celofánovou membránu

1945: W. Kolff sestavuje bubnový hemodialyzátor, jehož pomocí úspěšně léčí pacientku akutním hepatorenálním syndromem

1952 : první transplantace ledvin na světě, patnáctiletému dítěti orgán věnovala matka. Ledvina po 22 letech přestala fungovat a pacient zemřel.

1954: J. Murray a H. Harrison provádějí první úspěšnou transplantaci u člověka; jejich pacient žil s transplantovanou ledvinou dalších devět let

1956: na zdravotnický trh vstupuje cívka Travenol, první dialyzátor na jedno použití  
50. léta dvacátého století: v USA a v Evropě se objevují první dialyzační střediska; jedno z nich vzniká i v Praze

1960: B. Stribner a W. Quinton poprvé implantují tzv. Stribnerův zevní arteriovenózní zkrat

1961: profesor Navrátil provádí první transplantaci ledviny v Československu; transplantovaná ledvina byla imunitním systémem příjemkyně odmítnuta

1966: J. M. Cimino a M.J. Brescia chirurgicky spojují arterii radialis s venou cubitalis jako vnitřní píštěl (arteriovenózní fiskuli)

1966 : první úspěšná transplantace v ČSSR v pražském Ikem pacient Karel Pavlík dostal ledvinu od své matky.

1978: zavedení imunosupresivního léku Cyklosporin A, který zvýšil přežívání transplantovaných orgánů o 20 procent.

1978: na Strahově je zahájen chronický peritoneální dialyzační program ve formě CAPD i IPD

## II. TRANSPLANTAČNÍ ZÁKON

Dne 30. 5. 2002 byl schválen Parlamentem ČR zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon – dále je „TranZ“).

K transplantačnímu zákonu byly vydány tři prováděcí předpisy:

- nařízení vlády č. 436/2002, kterým se provádí zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon),
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 437/2002 Sb., která stanoví bližší podmínky posuzování zdravotní způsobilosti a rozsah vyšetření žijícího nebo zemřelého dárce tkání a orgánů pro účely transplantací (vyhláška o zdravotní způsobilosti dárce tkání a orgánů pro účely transplantací),
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 479/2002 Sb., kterou se stanoví odborná způsobilost lékařů zjišťujících smrt a lékařů provádějících vyšetření potvrzující nenávratnost smrti pro účely odběru tkání nebo orgánů určených pro transplantaci.

## III. NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ZÁKONY A VYHLÁŠKY, TÝKAJÍCÍ SE TRANSPLANTACÍ

- Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)
- Zákon č. 228/2005 Sb. o kontrole obchodu s výrobky, jejichž držení se v České republice omezuje z bezpečnostních důvodů.
- Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu (v platném znění)

- Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s. o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině
- Směrnice 2004/23/EC Evropského parlamentu a Rady o stanovení standardů kvality a bezpečnosti pro darování, získávání, testování, zpracování, uchovávání, skladování a distribuci lidských tkání a buněk anglické znění vyhlášky
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 479/2002 Sb., kterou se stanoví odborná způsobilost lékařů zjišťujících smrt a lékařů provádějících vyšetření potvrzující nevratnost smrti pro účely odběru tkání nebo orgánů určených pro transplantaci
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 434/2004 Sb. o podrobnostech rozsahu a obsahu povinně uváděných dat do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů

#### IV. ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod, v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů: tento byl prohlášen za platný 25. 2. 1992. Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení, má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena.

Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.

Pacient má právo v rozsahu, který povoluje zákon, odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby, brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření je věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí, podle svých možností, přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře, odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, pacient může být předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích .

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

Pacient má právo znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

#### Potvrzení nevratnosti klinických známek smrti mozku

Potvrzení nevratnosti klinických známek smrti mozku

##### 3.1.angiografie mozkových tepen

zjištěna absence náplně cerebrálních úseků mozkových tepen:

.....  
datum                      hodina                      jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

##### 3.2.mozková perfuzní scintigrafie

zjištěna absence záchytu radiofarmaka v mozkové tkáni:

.....  
datum                      hodina                      jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

##### 3.3.vyšetření sluchových kmenových evokovaných potenciálů

časně akusticky evokovaná potencionála mozkového kmene vlny II –V vyhaslé oboustranně (ano/ne)

.....  
datum                      hodina                      jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

##### 3.4. transkraniální dopplerovská sonografie (u dětí do 1 roku)

zjištěna zástava toku v mozkových tepnách:

.....  
datum                      hodina                      jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

Závěrečná diagnóza:

na základě výše uvedených vyšetření byla zjištěna smrt mozku:

lékař A(C):

.....  
datum

.....  
čas(hod:min)

.....  
podpis

lékař B(D):

.....  
datum

.....  
čas(hod:min)

.....  
podpis

## VI. PŘÍLOHA č. 1 K ZÁKONU č. 285 /2002 Sb.

### Protokol o zjištění smrti

Protokol o zjištění smrti	
Jméno a příjmení pacienta:.....	Rodné číslo:...../.....
Pracoviště:.....	
Číslo chorobopisu:.....	Číslo zdravotní pojišťovny.....
1. lékař zjišťující smrt (lékař A): .....	2. lékař zjišťující smrt (lékař B): .....
pracovní zařazení.....	pracovní zařazení.....

I. Zjištění smrti průkazem nevratné zástavy krevního oběhu

Zjištěna nevratná zástava krevního oběhu:

lékař A:

.....  
datum čas (hod:min) podpis

lékař B:

.....  
datum čas (hod:min) podpis

II. Zjištění smrti průkazem nevratné ztráty funkce celého mozku

1. Předpoklady, na základě kterých lze uvažovat o diagnóze smrti mozku

1.1. Diagnóza základního mozkového postižení:

lékař A:.....lékař B:.....

1.2. Vedlejší diagnózy

lékař A.....lékař B.....

1.3. Datum a čas úrazu nebo onemocnění

lékař A:.....lékař B:.....

(den, měsíc, rok) (hodina : minuta) (den, měsíc, rok) (hodina :  
minuta)



Bylo vyloučeno, že na bezvědomí se v okamžiku vyšetření podílí (odpověď ano/ne):		
	lékař A	lékař B
intoxikace		
tlumivé a relaxační účinky léčiv		
metabolický nebo endokrinní rozvrat		
primární podchlazení		
2. Klinické známky smrti mozku		
2.1. první vyšetření		
	lékař A	lékař B
fotoreakce-oboustranně chybí(odp. ano/ne)		
korneální reflex-oboustranně chybí (ano/ne)		
vestibulookulární reflex – oboustranně chybí (ano/ne)		
motorická reakce při algickém podráždění v inervační oblasti n. trigeminus- oboustranně chybí (ano/ne)		
kašlací reflex provokovaný hlubokým tracheobronchiálním odsáváním – chybí (ano/ne)		
trvalá zástava spontánního dýchání(pouze u dětí do 1 roku)		
-apnoický test při $p_a\text{CO}_2$ .....mm Hg-splněn (ano/ne)		
hluboké bezvědomí (Glasgow coma scale-skóre)		

2.2. druhé vyšetření

lékař zjišťující smrt (lékař C):      4. lékař zjišťující smrt (lékař D):

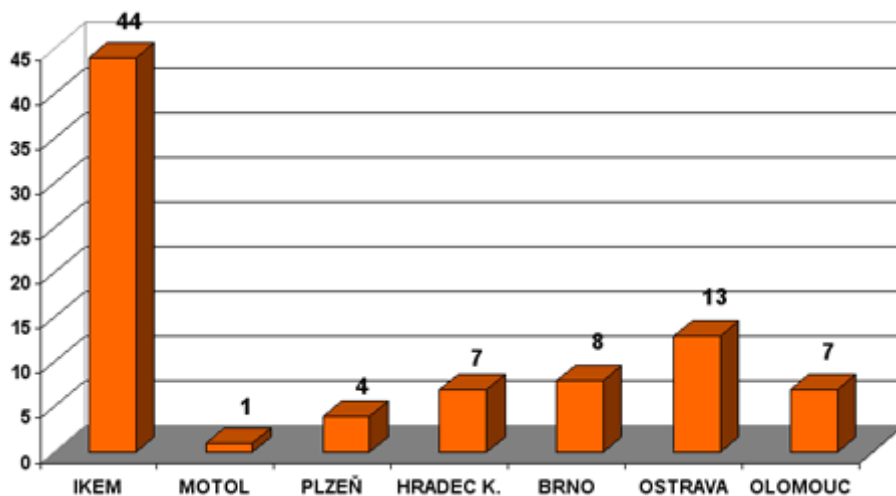
.....  
 pracovní zařazení.....pracovní zařazení.....

(vyplnit v případě, že druhé vyšetření provádí jiný lékař než lékař A a B)

	lékař A	
lékař B		
	lékař C	lékař D

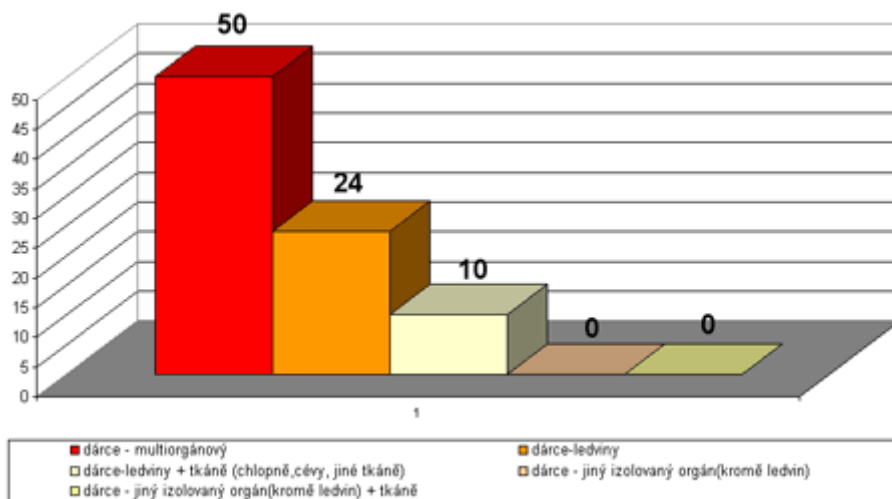
fotoreakce-oboustranně chybí(odp. ano/ne)		
korneální reflex-oboustranně chybí (ano/ne)		
vestibulookulární reflex – oboustranně chybí (ano/ne)		
motorická reakce, při algickém podráždění v inervační oblasti n. trigeminus- oboustranně chybí (ano/ne)		
kašlací reflex provokovaný hlubokým tracheobronchiálním odsáváním – chybí (ano/ne)		
trvalá zástava spontánního dýchání		
hluboké bezvědomí (Glasgow coma scale-skóre)		
-apnoický test při $p_aCO_2$ .....mm Hg-splněn (ano/ne)		

**Počet kadaverozních dárců v regionech transplantačních center ČR od 1.1.2008 do 30.6.2008**



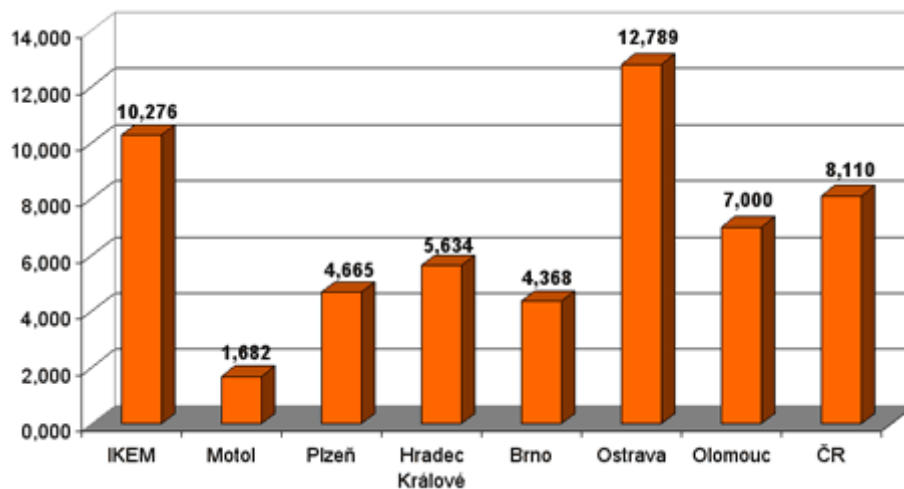
zobraz: graf 07-06, graf 06-06.

**Rozdělení kadaverozních dárců podle odebraných a transplantovaných orgánů od 1.1.2008 do 30.6.2008**



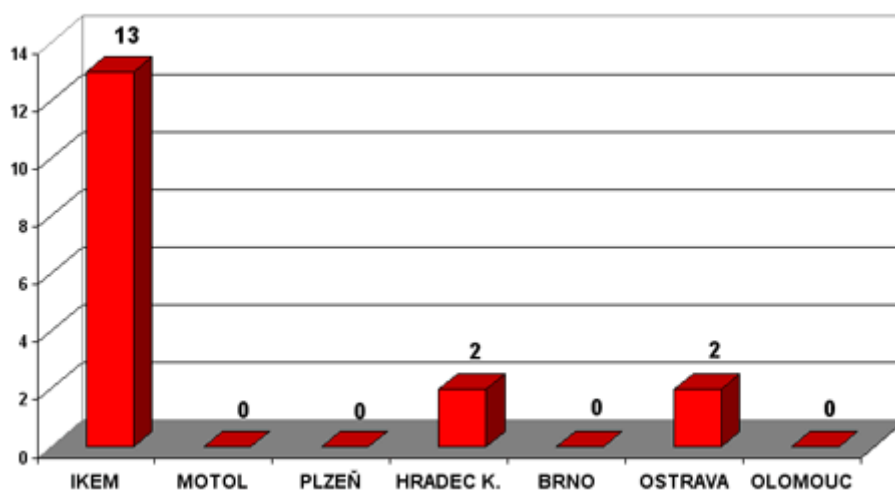
zobraz: graf 07-06, graf 06-06.

**Počet dárců na milion obyvatel v jednotlivých TC a v ČR od 1.1. 2008 do 30.6.2008**



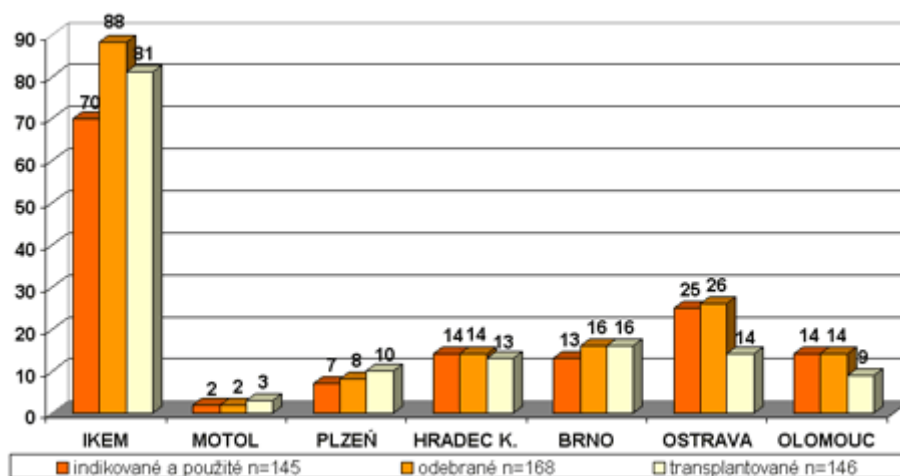
zobraz: graf 07-06, graf 06-06.

**Počet transplantací ledvin od žijících dárců v regionech transplantačních center ČR od 1.1.2008 do 30.6.2008**



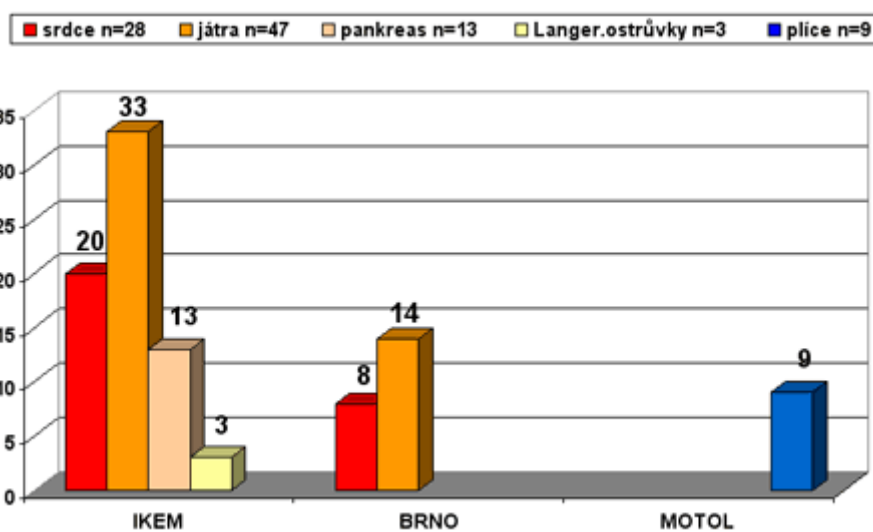
zobraz: graf 07-06, graf 06-06.

**Počet indikovaných, odebraných a transplantovaných kadaverozních ledvin v ČR od 1.1.2008 do 30.6.2008**



zobraz: graf 07-06, graf 06-06.

**Počet transplantací srdce, jater, pankreatu a plic v jednotlivých TC ČR od 1.1.2008 do 30.6.2008**



zobraz: graf 07-06, graf 06-06.

## Seznam literatury:

*Bible*. Písmo svaté Starého a Nového zákona. Praha: Biblická společnost v ČR. 1990.

UBS-EPF 1990 – CET 053 – 60M

Císařovská, Dagmar; Sovová, Olga a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha: Orac, 2004. ISBN 80-86199-75-4

Grüm, Amselm. *Hlubinně psychologický výklad písma*. Praha: Česká Křesťanská akademie. 1999. ISBN 80-85795-05-1

Häring, Bernard. *Bioetika*. Praha: Duch a život, 1981

Häring, Bernard. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad. 1999. ISBN 80-7021-302-7

Häring, Bernard. *Láska je víc než přikázání*. Praha: Vyšehrad. 1996. ISBN 80-7021-189-X

Haškovcová, Helena. *Rub života, líc smrti*. Praha: Orbis Pyramida, 1975. 505-21-825

Hrabica, Miroslav. *Láska – Cesta ke zdraví i k Bohu*. Zlín: Tigris. 1999. ISBN 80-902322-1-3

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

Křivohlavý, Jaro. *Pastorální péče*. Praha: Oliva. 2000. ISBN 80-85942-42-9

Kushner, Harolod. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-452-4

Long, Maxine. *Encyklopedie medicíny a zdraví*. Čestlice: Rebo productions s.r.o., 1999. ISBN 978-80-7234-775-9

Mach, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo*, Praha: Orac. 2003. ISBN 80-86199-50-9

Machovec, Milan. *Smysl lidské existence*. Praha: Tercie. 2002. ISBN 80-85959-16-X

Málek, Prokop. *Naroubovaný život*. Praha: Albatros. 1975. 13-728-75

Merell, Jan. *Setkání s Ježíšem*. Praha: Česká katolická charita. 1990. AA 14,12, VA 14,11

Mikulíková, Michaela. *Některé teologické aspekty ekologické etiky*. Diplom. práce, Jihočeská univerzita, České Budějovice, 2002

Milfait, René. *Bioetika*. Manuskript, Praha. 2007

*Fundamentální eticko-lidskoprávní principy etických kodexů sociálních pracovníků. Interpretace normativních fundamentů.*  
Manuskript. Praha. 2007

*Medicína bez etiky?* Manuskript. Praha. 2007

*Pojem a úkol lékařské etiky.* Manuskript. Praha. 2007

*Sociální spravedlnost. Princip sociální spravedlnosti v etických kodexech sociálních pracovníků.* Manuskript. Praha. 2007

*Společné etické základy pastorační a sociální práce.* Manuskript. Praha. 2007

*Svědomy jako rozhodovací a kontrolní instance.* Manuskript. Praha. 2007

Munzarová, Marta. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0924-4

Munzarová, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2

Ockenfels, Wolfgang. *Katolická sociální nauka*, Praha: Zvon. 1994. ISBN 80-7113-081-8

Ondok, Josef Petr. *Bioetika*. Svitavy: Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3

Peschke, Karl-Heinz. *Křesťanská etika*. Praha: Vyšehrad. 2004. ISBN 80-721-718-9

Porsch, Felix. *Mnoho hlasů, jedna víra*. Praha: Zvon. 1993. ISBN 80-7113-077-X

- Rahner, Karl; Vorgrimler Herbert: *Teologický slovník*. Praha: Zvon. 1996. ISBN 80-7113-212-8
- Ratzinger, Joseph. *Pravda, hodnoty a moc*. Brno. 1999. ISBN 80-85959-16-X
- Rotter, Hans. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7
- Renöckl, Helmut; Blackenstein, Miklos. *Nová religiozita – fascinuje a zneklidňuje*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2000. ISBN 80-7192-541-1
- Skoblík, Jiří. *Přehled křesťanské etiky*. Praha: Karolinum. 2004. ISBN 80-7184-357-1
- Stolínová, Jitka; Mach, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Orac, 1998. ISBN 80-85824-88-4
- Šimek, Jiří; Špalek, Vladimír; Křížová, Eva; Jančková, Hana. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0507-4
- Šourek, Miloš a kol. *Hovory s biblií*. Praha: Kalich. 1985. ISBN 80-7017-348-3
- Špiner, Dušan. *Nástin křesťanské etiky a jejího významu v hledání smyslu života*. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci. 2004. ISBN 80-244-0877-5
- Thomasma, David, C.; Kushnerova, Thomasine. *Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta. 2000. ISBN 80-204-0883-5
- Thompson, Mel. *Přehled etiky*. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-806-6
- Virt, Günter. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad. 2000. ISBN 80-7021-330-2
- Vokurka, Martin. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. 1994. ISBN 80-85800-22-5
- Vondráček, Lubomír; Kurzová, Hana. *Zdravotnické právo*. Praha: Karolinum. 2002. ISBN 80-246-0531-7
- Vondráček, Lubomír; Ludvík, Miloslav. *Zdravotnické právo v ošetrovatelství*. Brno: IDVP, 2003. ISBN 80-7013-376-7 (vaz.)



## Zdroje:

<http://www.who.cz/>

<http://www.ledviny.cz/categ-transplantace.html>

<http://www.transplantace.eu/ledviny/uvod.php>

<http://www.ledviny.cz/index.html>

## ANOTACE

Ve své práci jsem se pokusila o zhodnocení transplantací z pohledu křesťanské reflexe. Práce je rozdělena na dvě části, na část odbornou - medicínskou, která pojednává o jednotlivých krocích předcházejících transplantaci a popisuje transplantace s jejími přínosy i omezeními. V první části je také pojednáno o právním zakotvení transplantací v našem zákonodárství, o problematice dárcovství orgánů, popřípadě možných dárců orgánů, a o stanovení kritérií smrti, lékařsky i eticky.

V druhé části – teologické, jsem se zabývala zhodnocením problematiky transplantací z etické stránky z pohledu křesťanské reflexe tj. do jaké míry je stále člověk osobou, jejíž důstojnost je třeba respektovat a zda autonomie člověka je stále etickým heslem.

Z křesťanského pohledu neexistuje zásadní námitka proti dobrovolnému dárcovství orgánů. Transplantace orgánů je morálně přijatelná se souhlasem dárce a bez nadměrných rizik pro něho. Pro ušlechtilý akt darování orgánů po smrti musí být náležitě zjištěna skutečná smrt dárce. Pochyby vyvolává jen možnost zneužití - např. obchod s orgány. Podle křesťanského porozumění je život a tím tělo darem stvořitele, jímž nemůže člověk disponovat, jak je libo, který ale může po pečlivém přezkoumání svědomí nabídnout z lásky k bližnímu. To nevyklučuje odškodnění nákladů na darování tkáně či orgánu, ale zakazuje zisk, o který se tím usiluje. A protože nikdo nemá nárok na ničí orgány, je tedy dárcovství mravně vysokým aktem lidské solidarity.

In my diploma work I tried to value transplant from a Christian (religious) point of view.

My essay (diploma work) consists of (divided into) two parts – medical part, in which I have written about individual steps made before the exact transplant and I also explained what are the benefits and negatives of transplant.

In the first part I also included law issues of transplant in Czech legislation, about the difficulty to donate the organ, perhaps the risk of the individual donors. I described the criteria of death from medical and ethical point of view.

In a second part (theological) I have written about the value of the transplant from the ethical point of view, the religious side (reflection) it means till when the human being is still considered as a person whose dignity has to be (needs to be) respected and whether the human autonomy is the ethical password.

From the religious point of view (side) does not exist objection against voluntary transplant donors. Donor transplant is morally accepted with agreement of the donors themselves and without excessive (enormous) risks included. The purpose of the death of the individual is diagnosed (found out) first before the transplant can be donated. The possibility of the donation (transplant) abuse is the organs selling market. In the Christian way the life is the body itself of the Creator (God) which the human being can't abuse when he wants to but which should be considered and offered with love to the closest person (human being). It does not exclude of damages or the expenses for the donation of the organs or the tissues, but the profit is banned. Nobody has got the right to have anyone's organs, the donation of organs is a high moral act of human solidarity.