

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**DISKUSE O EUTANAZII
V ČESKÉM DENNÍM TISKU OD ROKU 1996**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil

Autor:
Vít Drexler

23.4.2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Diskuse o eutanazii v českém denním tisku od roku 1996 vypracoval samostatně a použil jsem jen pramenů, které uvádím v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 23.4.2007

Poděkování

Děkuji Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, vedoucímu této práce, za pomoc a cenné rady, které jsem využil při vypracování této diplomové práce. Moje poděkování patří i Mgr. Václavu Koblencovi za umožnění přístupu do databáze novinových článků.

V Českých Budějovicích dne 23.4.2007

Discussion on euthanasia in Czech daily press since 1996.

The discussion on euthanasia is opened from time to time in the Czech Republic as well as in other countries of the world. Majority of current authors agree with Dutch definition: Euthanasia is the deliberate termination of an individual's life by someone else than them (by the doktor) at his own request. First of all we have to define terms. It is necessary to recognise differences between euthanasia, assisted suicide and the interruption of treatment. However, the general public as well as professionals do not understand the term clearly and during discussion of the topic we encounter a spectrum of opinions and find that the terminology is often mixed and confused. Public opinion is formed mostly by the ideas presented in the media where the press holds the first position. The goal of this thesis is summarizing the discussion on euthanasia in selected Czech daily newspapers since the year of 1996, classification and sorting out the opinions in the daily press, the comparison of opinions published in daily press in comparison with professional literature. Apart from that, the other goal is to find out the social context in which way euthanasia is presented in daily newspapers. We deal with qualitative research. Context analysis of documents was used during the research. The set which was studied consisted of three Czech daily newspapers (Mlada fronta – DNES, Lidove noviny and Pravo). The comparative method was used for mutual comparison of opinions presented in the daily newspapers and for their comparison with professional literature. Presented opinions in daily newspapers were explored from several points of view during the research, ie. when the opinion was published and on which occasion. Another topic of discussion was how the participants published their opinion from the point of view of profession – whether they agreed or not. The next topic of research was stating why they gave reasons for their opinion on euthanasia. 259 newspaper articles were published in all the three daily newspapers from 1996 to 2006 where opinions and arguments about euthanasia were presented. The discussion on euthanasia was opened in four big waves. The most frequent argument in favour of euthanasia was the fear of pain and suffering. The most frequent arguments against it were moral and ethical. Lots of people from different professions took part in this

discussion. An absolutely positive standpoint was expressed in 99 contributions to the discussion. An absolutely negative view was expressed in 188 contributions. When it comes to practical application, the results of the thesis may be presented in professional literature and presented at a scientific conferences dealing with the topic of bioethics and health ethics. The result of the research may be a valuable contribution to bioethic euthanasia. exploration in the Czech Republic and may be used for improving knowledge of euthanasia.

Obsah:

Úvod	8
1. Současný stav	10
1.1. Základní pojmy	10
1.1.1. Smrt	10
1.1.2. Eutanazie	10
1.1.3. Eutanazie aktivní	11
1.1.4. Eutanazie pasivní	11
1.1.5. Eutanazie nevyžádaná	12
1.1.6. Eutanazie nedobrovolná	12
1.1.7. Eutanazie prenatální	12
1.1.8. Eutanazie sociální	12
1.1.9. Asistovaná sebevražda	13
1.1.10. Dystanazie	13
1.1.11. DNR	13
1.1.12. Princip dvojího efektu	14
1.1.13. Paliativní péče	15
1.1.14. Kluzký svah	17
1.2. Living will	17
1.3. Eutanazie	19
1.3.1. Historie eutanazie	19
1.3.2. Eutanazie v současnosti	24
1.3.3. Argumenty pro eutanazii	29
1.3.4. Argumenty proti eutanazii	30
1.3.5. Eutanazie – etická a morální otázka	33
1.4. Umírání a smrt	35
1.4.1. Umírání	39
1.4.2. Domácí a institucionální model umírání	41
1.4.3. Sebevražda	44

1.4.4. Důstojnost života a umírání	46
1.5. Hospicová péče	47
1.6. Hodnota a smysl života	51
2. Cíle práce a hypotézy	54
3. Metodika	55
4. Výsledky	56
4.1. Počet zveřejněných článků a souvislosti zveřejnění	56
4.2. Diskutující	60
4.3. Postoje k eutanazii	65
4.4. Argumenty pro eutanazii	67
4.5. Argumenty proti eutanazii	69
4.6. Srovnání odborné veřejnosti s ostatními diskutujícími	72
5. Diskuse	78
6. Závěr	83
7. Seznam použitých zdrojů	85
8. Klíčová slova	91
9. Přílohy	

Úvod

V České republice, jako i jinde na světě, dochází čas od času k oživení a znovuotevření diskuse o eutanazii. Obecně se valná většina lidí a diskutujících domnívá, že eutanazie je úmyslným ukončením života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost. V podstatě je to správné. Je však třeba si uvědomit, že pojem eutanazie je daleko obsáhlejší. Pro plodnou diskusi je nutné jasně formulovat a vymezit základní pojmy. Mnozí z diskutujících ani neví, že existují pojmy jako eutanazie aktivní a pasivní, eutanazie nechtěná a chtěná, eutanazie prenatalní, eutanazie sociální. Diskuse o eutanazii se pak odehrává ve dvou rovinách: zemřít na vlastní žádost nebo čekat, až smrt přijde sama.

Diskuse o eutanazii se pravidelně zúčastňuje široké spektrum diskutujících. K této problematice se vyjadřuje odborná i laická veřejnost. O eutanazii mluví lékaři, filozofové, novináři, spisovatelé, publicisté, právníci, lidé zabývající se lidskými právy, hvězdy showbusinessu, dělníci i zemědělci, jednoduše řečeno lidé všech možných profesí. Je nepochybné, že otázka eutanazie se dotýká nás všech, protože každý jednou dojde ke konci své životní pouti.

Snad každý z nás už si položil otázku, jaká je asi smrt a umírání. Ze smrti a umírání máme podvědomý strach, protože je to pro nás něco neznámého. V průběhu vývoje si každý uvědomí a pozná, že smrt je součástí životního běhu a musí nevyhnutelně přijít. Pro někoho dříve, pro někoho později. Máme však obavu, kdy to bude a za jakých podmínek. Bojíme se, že budeme umírat v bolestech, v utrpení a opuštění. Pohled na smrt a umírání se v průběhu času měnil. V dřívějších dobách byla smrt, stejně jako rození, součástí běžného života. Lidé se rodili i umírali doma. Dnes je však smrt tabuizována, lidé o ní nechtějí mluvit a vytěsňují ji ze své mysli i života. Obavy ze smrti vyvolávají otázky kolem eutanazie.

Diskuse probíhá na všech frontách. O eutanazii se jedná v parlamentu, pořádají se o ní vědecké konference a přednášky. O eutanazii mluví lidé i v běžném životě. Téma eutanazie se objevuje i v médiích. Prostřednictvím médií jsou lidem předkládány různé názory a tím mají určitý vliv na utváření veřejného mínění. Jedním z médií je denní tisk.

V denním tisku se může odrážet veřejné mínění. Každý z nás má možnost v denním tisku vyjádřit svůj názor. Čas od času jsou v denním tisku otevírány diskuse na různá témata a čtenáři vyzýváni, aby přispěli svými názory do diskuse. Cílem této práce je zmapovat diskusi o eutanazii v českém denním tisku od roku 1996, názory na eutanazii, stanoviska a argumenty zastánců i odpůrců.

Široká veřejnost se domnívá, že v některých státech světa je eutanazie zákonem povolena, a proto občas zaslechneme žádosti a volání po uzákonění i u nás. Zdá se však, že to vyplývá z neznalosti problematiky a situace. Ve skutečnosti žádný stát eutanazii nelegalizoval. Můžeme říci, že eutanazie nebyla legalizovaná, protože se nenašla možnost, jak odstranit zdroje jejího eventuálního zneužití. (43)

Tato práce by měla v teoretické práci objasnit problematiku eutanazie, vysvětlit základní pojmy, seznámit čtenáře s problematikou umírání a smrti. V praktické části jsem se pokusil zmapovat diskusi o eutanazii v českém denním tisku, tak jak probíhala od roku 1996 do současnosti. Zkoumaným souborem jsou tři české denníky – Mladá fronta – DNES, Lidové noviny a Právo.

1. Současný stav

1.1. Základní pojmy

Pro to, abychom mohli o něčem diskutovat, je nutné vědět, o čem diskutujeme. Interpretace pojmu eutanazie se v jednotlivých společnostech liší. Ale i v rámci jedné a téže společnosti bývá chápán pluralisticky. Navíc jde o pojem mnohoznačný, zahrnující naprosto odlišné způsoby jednání, takže pokud se jej vůbec má používat, je vždy třeba zároveň vysvětlit, co se pod ním přesně rozumí. (57) Jednotlivé formy eutanazie jsou často zaměňovány a diskutující často ani neví, o čem mluví a k čemu přesně se vyjadřují. Je třeba rozlišit, jakým způsobem by byla eutanazie provedena a za jakých podmínek. Je vhodné objasnit i pojmy jako prenatální eutanazie, sociální eutanazie, DNR (do not resuscitate) a pojem dystanazie a asistovaná sebevražda. Objasnění a vysvětlení všech pojmů je nutné pro správné pochopení problematiky.

1.1.1. Smrt

Smrtí se rozumí nezvratná zástava celovztažného uspořádání organismu. Odborná literatura říká, že v praxi je klinická smrt člověka totožná s nezvratnou zástavou dýchání a krevního oběhu, která je záhy vyhrocena zastavením činnosti centrálního nervového systému. (55) Smrt byla dříve definována jako zástava kardiopulmonálních funkcí, kdy nastanou nezvratné změny mozku, při nichž dojde k selhání funkce a zániku center řídících krevní oběh a dýchání. Podle Ondoka dnes existují přesvědčivé důvody považovat za smrt destrukci mozku (takzvaná mozková smrt). (43)

1.1.2. Eutanazie

Haškovcová říká, že pojem eutanazie je rezervován pro dvě základní situace. Obsahem pojmu eutanazie může být dobrá smrt (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt). Ekvivalentem dobré smrti je lehká smrt, to znamená taková, která přichází po

dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně nebo ve spánku. Později došlo k interpretačnímu posunu a termínem eutanazie se nejčastěji rozumí smrt z milosti (z milosrdenství, z útrpnosti) (18)

1.1.3. Eutanazie aktivní

Podle Munzarové pojem aktivní eutanazie vyjadřuje aktivní zásah vedoucí ke smrti (= zabití, například podáním smrtelné dávky léku). (34) Protože je kladen důraz na aktivní roli lékaře, tato forma eutanazie bývá někdy nazývána strategií přeplněné stříkačky.

1.1.4. Eutanazie pasivní

Podle Haškovcové eutanazie pasivní koresponduje s odnětím nebo přerušením léčby a bývá označována jako strategie odkloněné stříkačky. Zatím nejsou definována všeobecně přijatelná kritéria, kdy se tak může stát, a prakticky k tomu dochází zejména tehdy, když byly vyčerpány dosažitelné formy pomoci. Výjimkou jsou pacienti napojení na celou řadu přístrojů, které je nejen možné, ale i nutné jednoho dne „vypnout“. Pravidla pro odpojení jsou známa a používána. (18)

Naopak Lajkep tvrdí, že termín pasivní eutanazie patří na „smetiště dějin“ medicíny a neměl by se vůbec používat, protože pod jeden pojem zahrnuje rozdílné způsoby jednání, motivů, úmyslů a aktivit. (26) Stejný názor má i Prokop, který považuje terminologii aktivní a pasivní eutanazie za zastaralou. Podle Prokopa není zřejmý morální rozdíl mezi odstoupením od léčby a samotnou eutanazií. (46) Munzarová k tomu říká, že pod pojem pasivní eutanazie se mohou schovat dva rozdílné postupy, které jsou diametrálně odlišné. Prvním postupem je nezasáhnutí s úmyslem zabít, což je po mravní stránce stejné jako aktivní přístup. Druhým postupem může být nepodání léčby nebo ustoupení od dalších postupů, pokud jsou tyto považovány za zbytečné a prodlužující utrpení v umírání. Na toto odmítnutí má pacient právo. Podle Munzarové je tedy eutanazie úmyslné zabití člověka, ať již aktivním nebo pasivním

způsobem, někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost. (34)

1.1.5. Eutanazie nevyžádaná

Eutanazie nevyžádaná je takovou variantou aktivní eutanazie, kdy pacient není schopen validním způsobem požádat o urychlený příchod smrti. Je možno předpokládat, že kdyby mohl, s eutanazií by souhlasil. Je to tedy eutanazie nevyžádaná, ale v zásadě chtěná nebo dobrovolná. (18)

1.1.6. Eutanazie nedobrovolná

O eutanazii nedobrovolné Haškovcová říká, že je nejen nevyžádaná, ale dokonce nechtěná. Podle jejího názoru verifikovat pacientovu vůli a odlišit nevyžádanou (nevyslovenou) eutanazii od nechtěné je v některých případech prakticky nemožné. (18)

1.1.7. Eutanazie prenatální

Prenatální eutanazie je diskutabilní pojem označující interrupce ze sociálních důvodů. Mnozí odborníci tento pojem odmítají. Poukazují na to, že nechtěné dítě není nemocné, nelze hovořit o nesnesitelných bolestech a o milosrdnou smrt nežádá ani žádat nemůže. O jeho životě rozhoduje někdo jiný, v tomto případě matka. (18) Naskýtá se i otázka, zda lze interrupci na základě podezření na vrozenou vývojovou vadu nazývat prenatální eutanazií.

1.1.8. Eutanazie sociální

Bylo by spravedlivé, aby kdokoli obdržel kdykoli a kdekoli takovou péči, která odpovídá nejnovějším poznatkům vědy a medicíny. Lidem se však prakticky může

dostat pouze redukované péče. Důvodem jsou omezené vzdělanostní, ekonomické a geografické zdroje. Tento jev je nazýván sociální eutanazií. (18)

1.1.9. Asistovaná sebevražda

Asistovaná sebevražda (suicidium) je zvláštní formou eutanazie. Pacient si přeje zemřít, protože je nevyléčitelně nemocný, trpí nesnesitelnými bolestmi a má neblahou prognózu. Žádá lékaře o pomoc, respektive o metodickou radu, popřípadě konkrétní prostředek, jak realizovat svoji smrt.. V této souvislosti někdy hovoříme o „návodu k vysvobození“. Jak uvádí Prokop, asistované suicidium je tedy úmyslné usmrcení sebe sama na opakovanou žádost za pomoci druhé osoby. (46)

1.1.10. Dystanazie

Dnešní medicína dokáže pomocí léků, přístrojů a techniky prodloužit lidský život, ale zároveň i nemoc a proces umírání. V této souvislosti si můžeme připomenout objevy antibiotik, úspěchy a výsledky při léčbě onkologických onemocnění, pokrok chirurgie nebo transplantologie. Stále častěji dochází k tzv. dystanazii (zadržené smrti), a to u nevyléčitelně nemocných léčených konvenčním způsobem. Haškovcová zastává názor, že dystanazie je nepříjemným důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžadují paliativní přístup. (18)

1.1.11. DNR – do not resuscitate

V některých zemích mají lidé právo si předem naplánovat, jakou pomoc a léčbu jim mají lékaři poskytnout v případě ohrožení života. Je zakotveno i právo člověka naplánovat předem postupy, které by si ve stavu umírání, dlouhého a nevratného bezvědomí, těžkého postižení mozku a v podobných situacích přál nebo nepřál. Cílem je zohlednit jeho autonomní rozhodnutí, které pak nebude moci vyjádřit. Jsou užívány

termíny advance directives – předem dané instrukce, living will – poslední pořízení, DNR – do not resuscitate - přání neresuscitovat. (39)

1.1.12. Princip dvojího efektu

Problematiky eutanazie se týká i princip dvojího efektu. Zastánci nizozemského modelu eutanazie prohlašují, že tam, kde není povolena eutanazie, stejně k urychlování smrti v případě trpících lidí v terminálním stavu choroby dochází; a to především díky podávání vysokých dávek opioidů. Jedná se tedy rovněž o zabíjení, které se však nepřiznává a schovává pod běžnou praxí. (34)

Princip byl původně formulován křesťanskými morálními filozofy. Podstatou tohoto principu je to, že veškeré mravní jednání bylo vždy posuzováno podle úmyslu, úmysl jednajícího subjektu je záležitostí nejpodstatnější. V určitých případech z jednoho jednání mohou vzejít dva efekty, jeden pozitivní a jeden negativní. Jak uvádí Munzarová pro ilustraci principu, chceme-li například ulehčit utrpení umírajícímu nemocnému v terminální fázi onkologické choroby, podáváme opioidy. Utlumíme bolest (pozitivní efekt), současně však jsme často nuceni zvyšovat dávky léků a tím do určité míry riskujeme tlumení dechového centra (negativní efekt; riziko bývá velmi přeháněno – pro ilustraci principu se však jedná o dobrý příklad). Tento efekt nebyl v záměru lékaře, nýbrž vyplynul jako sekundární, nezamýšlený a nechtěný důsledek tohoto jednání. Je však třeba vytyčit podmínky, za nichž lze tento princip „aplikovat“, určit, kdy je možné tolerovat aktivity, mající i negativní efekt:

- hlavní činnost je sama o sobě dobrá nebo alespoň indiferentní
- záměrem jednajícího je efekt dobrý, špatný efekt není podporován – ať již jako prostředek, nebo jako cíl
- dobrý efekt není docílen prostřednictvím špatného, který z akce vyplývá jako sekundární nebo nanejvýše jako paralelní k efektu dobrému
- pozitivní efekt je do té míry závažný a hodnotný, že je možné ospravedlnit tolerování efektu špatného

- činnost, která vede i k negativním účinkům, nemůže být v dané situaci nahrazena jinou, bez těchto efektů. (39)

Pomocí tohoto principu lze velmi snadno odlišit dobrou paliativní péči, která úmyslně „zabíjí“ bolest, a eutanazii, která úmyslně zabíjí nemocného. Princip prohlašuje za dovolené podání léků umírajícímu nemocnému, které odstraní bolest a jiné symptomy, i když by toto podání mohlo mít za následek neúmyslné a nechtěné zkrácení života. Takovýto postup je v souladu s vytyčenými podmínkami:

- použitý postup (podání léků) je činnost dobrá
- záměrem lékaře je tlumení bolesti (a ne zkrácení života)
- dobrý efekt (úleva od bolesti) není způsoben špatným efektem (zkrácení života)
- existuje závažný důvod (velká bolest člověka, blížícího se ke smrti), který ospravedlňuje i možné tolerování efektu špatného (riziko nevelkého zkrácení končícího života)
- pokud by byla jiná možnost, jak tlumit bolest, a to bez rizika špatného efektu, pak by bylo jisté nutné dát této možnosti přednost. (34)

Na tomto příkladu je princip dvojího efektu velmi názorně vysvětlen.

1.1.13. Paliativní péče

Definice WHO z roku 2002 definuje paliativní péči takto: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“. (34)

Rozeznáváme 3 roviny paliativní péče:

- paliativní přístup – představuje sadu základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, jež se starají o pacienty s život ohrožujícím či terminálním onemocněním.
- specializované intervence – v případě komplikované ošetrovatelské péče je někdy nutné požádat o pomoc specialisty z jiných oblastí.

- paliativní péče poskytovaná specialisty – poskytují zdravotníci, kteří mají specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající pacienty a jejich rodiny. (42)

K problematice paliativní medicíny se vyjadřuje Virt, který říká, že nedostatečné provádění paliativní medicíny je pravděpodobně klíčovou otázkou v diskusi o eutanazii. Lidé, kteří vidí trpět své blízké, trpí spolu s nimi. Vidí, že bolesti jejich blízkých jsou tišeny jen málo, částečně nebo pozdě. Rozpor mezi dosaženým standardem paliativní medicíny a její faktickou aplikací je velký. Právě tato skutečnost může být příčinou strachu, vyvolaného představou dlouhého procesu umírání, plného utrpení a bolesti. A tento strach je hnací silou pro hnutí a skupiny, jež bojují za právo zabíjet nemocné na jejich žádost. (57)

Paliativní medicína je lidmi chápána jako nový lékařský obor. Je však nejstarší lékařskou disciplínou, protože až do novověku nebyly na mnohé nemoci objeveny léky. I dnes se však kurativní medicína v určité chvíli ocitne na konci svých možností. Přes velké pokroky a vědecké objevy mnoho nemocí ještě vyléčit neumíme. Pak se místo terapie stává cílem snažení lékařů zmírňování symptomů. Ukazuje se, že moderní paliativní medicína má k dispozici léky, které dostatečně tlumí bolesti a zmírňují jiné symptomy. Je možná kompetentní péče a doprovázení nemocných a umírajících. Tam, kde se těchto možností skutečně využívá, nemusí být pacient zabíjen, ani si sám nemusí brát život, aby mohl důstojně zemřít. Praktické uskutečňování paliativní medicíny je alternativou k diskusi o eutanazii. Tuto diskusi vedou především mladí a zdraví lidé, kteří mají strach z osamělého umírání v nesnesitelných bolestech a z umělého prodlužování procesu umírání, tvrdí Virt. (57)

K bolesti v souvislosti s eutanazií a o působení bolesti na chování člověka se vyjádřil MUDr. Radkin Honzák, který říká, že bolest má několik dimenzí: je to nejen nocicepční a senzorická složka, je zde i složka psychologická, sociální a (v tak často zdůrazňovaných terminálních stádiích nemoci) i složka existenciální, spirituální. Odlišťená a technologická medicína si málokdy uvědomuje jejich existenci; tím méně pak umí s psychosociálními a spirituálními problémy zacházet. Termín „placebo“ pochází z prvního slova žalmu, který zpívali duchovní při udělování svátosti umírajícím: Placebo Domini in regione vivorum... Mnoho nemocných se po tomto

duchovním aktu nápadně zlepšilo. Pracovníci hospiců dosvědčují, že „pobyt s“, rozhovor s nemocným, často pouhý dotyk působí lépe než analgetika. (21)

Evropská asociace pro paliativní péči vyjádřila svůj názor na eutanazii: „Měli bychom pevně ... oponovat legalizaci eutanazie, která je jak zbytečná, tak nesmírně nebezpečná. Měli bychom důrazně propagovat programy edukace v paliativní medicíně a v paliativní péči spíše než se připojovat k příznivcům hysterických žádostí o dekriminizaci eutanazie“. (32)

1.1.14. Kluzký svah

Kluzký svah je označení pro situaci, kdy děláme něco, co bychom dělat neměli a další vývoj. Všeobecná zkušenost nás učí, že dovolíme-li sami sobě dělat něco, co bychom dělat neměli, jelikož víme nebo cítíme, že to není správné a dobré, ihned se vyskytnou otázky, zda bychom si nemohli dovolit udělat i něco dalšího. Jednou, když člověk nebo společnost nastoupí určitou kluzkou cestu, již sama gravitace je stahuje dále a dále. V případě eutanazie to znamená, že pokud uznáme, že zabíjet nemocné v terminální fázi choroby na jejich vlastní žádost je záležitostí dobrou, rozhodně u toho nezůstaneme. Budeme stahováni dále a dále. Vede-li naše počínání k dobru pro lidi umírající, jak k tomu přijdou ti, kteří dosud neumírají, ale jež teprve dlouhodobé umírání čeká? A jak k tomu přijdou ti, kteří jsou nekompetentní, kteří jsou v bezvědomí a nebo kteří jsou ještě dětmi. (39) Potom hrozí, že budou z milosrdenství a ve jménu dobra usmrcováni lidé s těžkou chorobou, ale ještě neumírající, lidé senilní, těžce postižení a další.

1.2. Living will

Při diskusích o eutanazii bývá často zmiňováno přání nemocného zemřít rychle, pokojně a v klidu bez utrpení. Této myšlenky se týká termín living will. Living will je výrazem pro takzvané patientské poslední vůle. Living will má umožnit nemocnému vyjádřit, co by se mělo stát, pokud by smrtelně onemocněl nebo utrpěl například úraz,

kdy by se jeho situace zdála bezvýchodná. Člověk se vědomě rozhodne, dokud je toho schopen, jaká se mají dít opatření, pokud by umíral. Jeho smyslem je zajistit, aby člověk nebyl vystaven dystanazii.

V roce 1996 byla přijata Konvence o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy, kde se píše, že pokud pacient nemůže v době lékařského zákroku projevit svoji vůli, je nutno respektovat jeho přání, jež s ohledem na tento zákrok projevil dříve. (57)

Medicína se snaží překlenuvat funkční výpadek orgánů pomocí přístrojů, a to do doby, než se tato funkce obnoví. Intenzivní medicína ztrácí smysl tam, kde nejde o překlenutí takového období. Living will má umožnit odmítnout takové lékařské zákroky, které nevedou k uzdravení, ale prodlužují utrpení.

Otázkou je přiměřenost lékařské péče v průběhu času. Vystávají i jiné otázky. Nakolik platí předem vyjádřená vůle v aktuální situaci? Ví člověk v mladších letech, o čem rozhoduje, když sepisuje řízení týkající se třeba daleké budoucnosti? Ví, že se v budoucnosti jeho žebříček životních hodnot nezmění natolik, že už by toto prohlášení nemuselo platit? Má dostatek informací o různých možnostech? Je natolik zralý, aby mohl učinit rozhodnutí s takovým obsahem? V jakém vztahu je dříve vyjádřená pacientova vůle k jeho vůli současné, i když ji není schopen vyjádřit? Kdo zjistí – a s jakou kompetencí – domnělou pacientovu vůli? (57) Jednou napsané vyjádření pacientovy vůle lze kdykoli odvolat nebo změnit. Co však dělat, když by chtěl člověk vzhledem ke svým existenciálním potřebám své prohlášení změnit, ale už toho není schopen? V tomto případě budou mít znamení, i neverbální, přednost před dřívějším prohlášením. Příbuzní přitom hrají svoji roli, ale jejich zájmy se někdy nekryjí se zájmy nemocného. Nakonec proto musí rozhodnout lékař. Z etického hlediska je třeba konfrontaci s těmito otázkami přivítat. Při vyrovnávání se s těmito otázkami je posilována schopnost samostatně uvažovat a vymanit se ze závislosti na tlaku veřejného mínění. Toto uvažování pomáhá člověku přijmout život se všemi jeho stránkami a úskalími. Virt říká, že jen tehdy, je-li život přijat jako celek, může také jako celek dopadnout šťastně a uspokojivě. (57)

Prohlášení pacientů ve smyslu posledního pořízení (living will) mají smysl za následujících předpokladů:

- jejich obsah musí být eticky zdůvodnitelný
- musí být podepsány informovaným, svéprávným člověkem bez nátlaku
- pacient musí mít možnost své prohlášení kdykoli opravit (a také musí být fakticky opraveno), jestliže podepsaný naznačuje, že se jeho rozhodnutí změnilo
- existence posledního pořízení nemocného nemůže sice lékaře zbavit kompetence ke klinickému rozhodování, ale je třeba je brát vážně, pokud jde o cíle lékařské péče, trvání života, jeho kvalitu, možnosti remise v průběhu choroby atd.
- pokud je lékař přesvědčen, že podle svého vědomí a svědomí musí jednat proti projevu pacientovy vůle, měl by to zdůvodnit písemně a své zdůvodnění založit do chorobopisu tak, aby do něho mohli nahlédnout pacientovi příbuzní nebo pacientův zmocněnec
- pacientovo pořízení nesmí být zneužito ve prospěch jakýchkoli jiných zájmů – zejména ne k podpoře úsporných opatření. (57)

1.3. Eutanazie

1.3.1. Historie eutanazie

Stejně jako cokoliv jiného, prodělává eutanazie i názory na ni svůj historický vývoj. Názory na eutanazii vždy odrážely pohled na člověka v té které společnosti a kultuře a na chápání lidské bytosti jako celku. Na názory na eutanazii má velký vliv i náboženství.

Lze říci, že otázka eutanazie se objevovala ve všech kulturách od počátku lidstva, byť termín eutanazie je termínem relativně novým. Lajkep uvádí, že termín eutanazie vymyslel a používal anglický filozof Francis Bacon (1561 – 1626) pro bezbolestnou, šťastnou a snadnou smrt. (27)

V minulosti se nad eutanazií zamýšleli četní přední lékaři, biologové, filozofové i spisovatelé. Mnozí z myslitelů, například belgický básník, dramatik a esejista Maurice Maeterlinck, předvíдали, že v budoucnosti se záporný postoj k eutanazii změní, že čas a rozvoj medicíny si vynutí její povolení. (30)

Obecně lze říci, že už pravěká společnost, žijící v krajně drsných podmínkách, se z domnělé praktické nutnosti zbavovala některých jedinců. Činili tak patrně proto, aby jim staří, nemocní nebo nějakým způsobem handicapovaní jedinci nebyli přítěží při jejich každodenním boji o přežití. Platila zásada, že v přírodě, kterou byli nedílnou součástí, přežijí jen nejsilnější a pro slabé a nemocné v této společnosti nebylo místo.

I v antické, řecko – římské kultuře, se názor na eutanazii vyvinul z filozofie této kultury. Odpovídal jejímu chápání pojmu zdraví a pojmu důstojnosti lidské bytosti. Antičtí filozofové si velmi cenili zdraví, tělesné krásy a vliv na tehdejší společnost měl kult tělesné zdatnosti. Sokrates, Platon a představitelé stoické školy (Zenon) až k Senekovi, schvalovali eutanazii v případě těžkého utrpení. (43) Podle myšlení těchto filozofů má člověk právo si zvolit, jakým způsobem ukončit svůj život. V této společnosti bylo možno usmrtit i defektní děti. Známý je příklad házení novorozenců ze skály ve starověkém řeckém státě Sparta. Ne všichni učenci však tento názor zastávali. V historii medicíny zaujímá významné místo Hippokrates, z jehož přísahy vychází naprostá většina pozdějších lékařských slibů a doktorských slibů studentů lékařských fakult. Praví se v ní: „Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a posvátnosti budu střežit svůj život a své umění“. (37)

Ve středověku pohled na eutanazii vycházel z křesťanské morálky. Podle křesťanů je život darem od Boha a nikdo kromě Boha nemá právo ho vzít sám sobě nebo někomu jinému. Sebevražda je podle křesťanů hřích, něco pro správného křesťana nepřijatelného, zásah proti životu vlastnímu i cizímu byl vždy odsuzován. Jen Bůh má právo rozhodnout o tom, kdo a jakým způsobem zemře. Utrpení a bolest jsou součástí života, vždyť i Ježíš Kristus zemřel v bolestech a utrpení. Křesťanské učení vyzdvihuje duchovní pomoc a útěchu umírajícím, například v podobě modlitby.

Lajkep říká, že nejenom křesťanství, ale i jiné světové významné náboženské systémy se k eutanazii staví negativně – judaismus, islám, hinduismus – byť z rozdílných důvodů. Například buddhismus eutanazii odmítá jako nepatřičný zásah do osudu člověka a narušení vlastní karmy. (26)

Problém eutanazie – v úzkém spojení s názorem na sebevraždu – později procházel dosti složitým vývojem a vyjádřila se k němu celá řada myslitelů. T. More (1478 – 1535) se ve své proslavené Utopii staví k eutanazii kladně. M. de Montaigne (1533 – 1592) se domnívá, že „Bůh nám dává svolení vzít si svůj život, pokud se nám život jeví horší než smrt“, a D. Hume (1711 – 1776) ve svém spise „O sebevraždě“ napadá veškerou „faleš náboženství“, jež člověku ukládá prodlužovat svůj život za snesitelnou mez. Naproti tomu I. Kant (1724 – 1804) považoval sebevraždu za nemorální akt. Ať už byly názory filozofů a učenců jakékoli, na samotnou lékařskou praxi neměly valný vliv. Lékaři dál léčili pacienty podle zásad hippokratovské tradice, a diskuse filozofů byly považovány za ryze akademickou záležitost. Vážné diskuse ohledně problematiky eutanazie se začaly mezi lékaři vést až koncem 19. století. Tyto diskuse byly podníceny z několika zdrojů. Jeden z podnětů pro diskusi ohledně eutanazie vyšel z prostředí sociálního darwinismu. Darwinovo učení o selekci a adaptaci totiž začalo být chápáno nejenom jako přírodní fakt, ale i jako kulturní zákon. Na půdu medicíny, která měla do jisté míry garantovat pokrokové myšlení kulturního optimismu konce 19. století, přenesl tyto myšlenky E. Haeckel (1834 – 1919). Je známo, že tento vlivný biolog měl velké pochopení pro Spartany, již zabíjeli neduživé děti, a odmítavě se stavěl k „antiselektivním“ teoriím judaismu a křesťanství. Dalším zdrojem pro úvahy o legitimitě eutanazie byl paradoxně pokrok samotné medicíny. Zároveň s rozvojem medicínských technologií (umělý krevní oběh, moderní metody resuscitace, „železné plíce“ a podobně) začala být kladena otázka, do jaké míry jsou lékaři oprávněni využívat všech dostupných prostředků k zachování lidského života. (27)

Moderní historie eutanazie má počátek patrně roku 1895 v Německu. Byla zde vydána kniha s názvem Právo zemřít. V roce 1920 se objevila další kniha s názvem Poskytnutí souhlasu k zničení života, který žití není hoden, kterou sepsali dva němečtí autoři, právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche. Stala se z ní neobyčejně vlivná kniha, které se připisuje odpovědnost za legalizaci eutanazie v Německu ve dvacátých a třicátých letech 20. století a později za Hitlerovu filozofii etnického zabíjení. (45) Eutanazie byla v počátcích považována za vhodnou sociální reformu, protože

umožňovala vypořádat se s beznadějně nemocnými. Nebyla nejdříve rasově motivována. Eutanazie se praktikovala v nemocnicích pro nevyléčitelně nemocné a pro těžce mentálně postižené, aniž by byla nemocnými vyžádána. Tato eutanazie byla zpočátku odpírána Židům, protože byli považováni za občany, kteří mají menší právo podílet se na sociálním pokroku. Jako důvody pro eutanazii se uváděl soucit, nedostatečná kvalita života a omezení nákladů na léčbu. Stejnými důvody je argumentováno i dnes. Na konci třicátých a začátkem čtyřicátých se indikace rozšířila i na některé menší defekty a na senilní jedince včetně válečných veteránů a to z podnětu lékařů coby milosrdné usmrcení. Do roku 1939, kdy Hitler vydal formální souhlas s širším využitím eutanazie, se už tak zneužívala, že přechod k okamžiku, kdy se stala nástrojem genocidy, byl snadný. (45)

V Německu byly koncem roku 1938 zahájeny akce Eutanazie – dětský program a začátkem roku 1939 i program eutanazie dospělých. Vyžádaly si více než 75 000 obětí. Po jejich skončení v srpnu 1941 však probíhala ještě takzvaná skrytá nebo divoká eutanazie a předpokládá se, že do konce války přišlo o život dalších 70 000 lidí. Byl prováděn i výzkum, jak nejefektivněji zabít co největší množství lidí. (35)

U nás, v tehdejší Československu, byly navrženy dvě verze trestního zákona. První, z roku 1926, předpokládala jednak usmrcení na žádost, kdy umožňuje snížení trestu tomu, kdo spáchal čin podléhající mimořádnému nátlaku nebo v přechodném omluvitelném mimořádném stavu, a jednak usmrcení ze soucitu, kdy může soud trest mimořádně zmírnit nebo od potrestání upustit v případě, usmrtí-li viník úmyslně jiného ze soucitu, aby uspíšil jeho neodvratnou smrt. V roce 1937 pak padly návrhy s tím, že by tzv. usmrcení na žádost z útrpnosti mělo být stíháno pouze jako přečin, nicméně tyto návrhy neprošly. (50) 21.7.2004 vláda sněmovně předložila nové znění trestního zákoníku. Objevilo se v něm i téma eutanazie. Práví se v něm, že eutanazie jako usmrcení na žádost je trestný čin se všemi důsledky z toho plynoucími. Navrhované znění bylo následující:

§ 118 Usmrcení na žádost

(1) Kdo ze soucitu usmrtí nevyléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let.

(2) Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení. (40) V ČR tedy eutanazie povolena není. V nynější trestněprávní praxi je eutanazie de lege lata zpravidla kvalifikována jako trestný čin vraždy podle § 219 odst. 1 trestního zákona. (50) Navrhované znění nemělo vést k beztrestnosti, ale k nižší trestnosti. Návrh neřešil případy, kdy informovaný pacient nedá souhlas k léčbě nebo lékařskému zákroku. Zde totiž dostačuje naše právní úprava, podle níž informovaný souhlas pacienta je jednou ze základních podmínek lékařského zákroku. Ustanovení § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, stanoví: „Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný i přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers)“. Podle této úpravy, nejedná-li se o výjimky stanovené v § 23 odst. 4 citovaného zákona, má tedy pacient právo jakýkoli lékařský zákrok odmítnout a toto jeho rozhodnutí musí být lékařem respektováno. Stejně tak tato úprava neřeší případy zkrácení života pacienta v důsledku podávání stále se zvyšujících dávek léků nutných pro účinné tlumení bolesti, kdy není vlastním cílem jednání zkrátit život, ale tlumit bolest. V tomto směru je třeba zdůraznit, že tyto postupy jsou lékaři považovány nejen za přípustné, ale za příkázané, a nespadají pod pojem eutanazie, neboť jestliže lékař, v souladu s uznávanými medicínskými a etickými zásadami, usnadňuje nemocnému konec života, jedná lege artis. (50)

Po druhé světové válce usilovala E. Roosveltová o zahrnutí práva na eutanazii do Charty Spojených národů. Toto právo však vyhlášeno nebylo. Od té doby se o eutanazii diskutuje a diskuse mezi zastánci a odpůrci eutanazie probíhají po celém světě. Nynější situace ve světě je popsána v další kapitole.

1.3.2. Eutanazie v současnosti

Obhájci eutanazie jsou organizováni v různých společnostech. Hauftová uvádí, že v roce 1990 bylo zaregistrováno 30 členských organizací. (19)

V Německu byla v roce 1981 založena Společnost pro lidské umírání, která měla v roce 1985 10 000 členů. Ve Švýcarsku existují dvě společnosti. V Holandsku existuje Společnost pro eutanazii od roku 1976. USA má tři společnosti. Ve Velké Británii existuje nejstarší společnost pro eutanazii, která se nazývá Voluntary Euthanasia Society.

V různých státech světa je situace následující:

USA: Trvá snaha o legalizaci eutanazie, zatím je však odmítána. V různých členských státech občané pořádají referenda, ve kterých se vyjadřují k eutanazii. Známý je případ amerického lékaře dr. Kevorkiana, který eutanazii prováděl a sestrojil aparát k provedení eutanazie. V USA v žádném státě není povolena aktivní eutanazie, ani pomoc při suicidii. V listopadu 1990 prezident Bush podepsal zákon o právu nemocného na sebeurčení. Pacient má právo v nemocnici, v soukromém sanatoriu a jiných zdravotnických zařízeních se písemně vyjádřit na začátku hospitalizace, zda si přeje v terminálním stadiu kardiopulmonální resuscitaci, umělou výživu, hydrataci a podobně. (19) Ve státě Oregon schválili občané v roce 1994 a v roce 1997 v referendu zákon, který povoluje určitou formu pomoci při sebevraždě. Pacient musí být smrtelně nemocný a musí být předpoklad, že by nežil déle než šest měsíců. Pacient musí o smrt požádat dvakrát a lékař musí předem informovat úřady.

Kanada: Kanadskému parlamentu byla podána žádost, aby vyhověl přání nevyléčitelně nemocného dříve zemřít, aniž by se to hodnotilo jako trestný čin pro lékaře. V Ontariu vyjadřuje lékařská společnost stanovisko, že by o takovém zákonu měli spolurozhodovat občané. Lékaři by neměli o této problematice vést veřejné debaty. Tvrdí, že je etické odepřít heroické léčení, které by mohlo prodloužit život. Akceptují pasivní eutanazii, ale nesouhlasí s aktivní eutanazií.

Austrálie: Eutanazie je ilegální ve všech šesti státech a 2 teritoriích. Jedině ve státě Victoria bylo uzákoněno, že je kriminálním přestupkem léčit nemocného proti jeho

vůli. Pacient může s právním zástupcem učinit rozhodnutí o svém léčení napřed pro případ, že se stane neschopným učinit taková rozhodnutí sám v terminálním stavu. V Austrálii Centrum pro biotiku dotazníkem, rozeslaným 2 000 lékařům ve státě Victoria, zjistilo, že 43% podporuje voluntární eutanazii. Jedna třetina sdělila, že se v praxi setkala s voluntární eutanazií, 1/2 by ji provedla, bude-li legální. V Jižním Walesu mnoho specialistů na intenzivních jednotkách – v případě, že to bude legální – chce ukončit „life support“ (udržování života s pomocí přístrojů), není-li naděje na zlepšení stavu nemocného. Doporučují, aby proces umírání probíhal s důstojností, aby se podávala analgetika a sedativa. Neuznávají však aktivní urychlení umírání (voluntární eutanazii). (19)

Japonsko: V Japonsku existuje společnost Dying with dignity, která má 2000 členů.

Filipíny: Na Filipínách je povolena pasivní eutanazie.

Indie: V roce 1980 byl v Indii podán návrh zákona, podle kterého by mohlo být provedeno usmrcení nevyléčitelně chorých (aktivní eutanazie).

Čína: Jak tvrdí Hauftová, eutanazie se provádí u novorozenců a u dětí. Rodiče nosí své děti s tělesnými a duševními poruchami na ošetrovny, kde jsou podle uvážení zdravotníků zabíjeni. Celý svět to odsuzuje. (19)

Situace v Evropě:

Nizozemí: Nizozemí je v souvislosti s eutanazií zvláště často zmiňováno. Mnoho lidí se domnívá, že eutanazie je v Nizozemí povolena. I když ani nyní beztrestnost aktivní eutanazie nebyla v Nizozemí formálně legalizována a zůstala kriminálním činem. Jak uvádí Munzarová, za určitých podmínek se netrestá:

- 1) pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná
- 2) pacientova žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná
- 3) pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými
- 4) eutanazii může provádět jedině lékař

5) lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenost v této oblasti. (34)

Tyto podmínky se v posledních letech nedodržovaly a nebylo jasné, v kolika případech se eutanazie provádí a protože sílilo volání po legalizaci voluntární eutanazie, byla v roce 1989 parlamentu předložena novela zákona o eutanazii. Byly provedeny studie o eutanazii na základě dotazníku, zasláno lékařům. Odpovědělo 405 lékařů. V Nizozemí umírá 130 000 lidí ročně, z toho u 49 000 by mohlo potenciálně již o zkrácení života. V 0,8% případů (asi 1000 případů ročně, podle jiné interpretace dotazníku 8 100) byl život uměle krácen, aniž předtím nemocný požádal o eutanazii. Na otázku lékařům, zda sami aktivní eutanazii praktikovali, nebo pomáhali při suicidiu, odpovědělo kladně 54% dotázaných. Jen 34% lékařů nikdy eutanazii neprovádělo, ale mohli si představit situaci, za které by tak činili. Jen 12% lékařů eutanazii odmítlo prakticky i ze zásady. (19)

Francie: Národní etická komise se vyjadřuje proti eutanazii. Vyjadřuje obavu z rizika, že eutanazie bude zneužívána, možnost eutanazie by dala lékaři absolutní moc v rozhodování o životě nemocného. Církevní představitelé zdůrazňují, že se nesmí zabíjet, ale zároveň se nemusí použít všech prostředků k prodlužování života u beznadějných případů. V roce 2004 podpořila dolní komora parlamentu zákon, podle kterého mohou nevléčitelně nemocní pacienti urychlit svoji smrt. Nejde však o eutanazii, ale o právo odmítnout léčbu, která by prodlužovala život.

Dánsko: V Dánsku mohou nemocní odmítnout udržování při životě již od roku 1992.

Španělsko: Ve Španělsku existuje společnost pro eutanazii, její členové se snaží svůj názor prezentovat v médiích.

Švýcarsko: Ve Švýcarsku existují dvě společnosti pro eutanazii, Dignitas a Exit. Tyto společnosti nabízejí asistovanou sebevraždu. Práce Dignitas je kritizována doma i v zahraničí. (53)

Německo: V Německu je eutanazie považována za zločin. Pasivní eutanazie se podle zákona hodnotí za záležitost mezi lékařem a nemocným. Nemocný se může

rozhodnout, zda jsou podle něj život prodlužující zákroky u beznadějného stavu zbytečné a může je odmítnout.

Anglie: Voluntární eutanazie je zakázána, stejně tak není povoleno ani pomáhání při suicidiu. Diskusi o eutanazii v Anglii rozvířily případy, kdy pacienti žádali o pomoc při umírání, soud však toto nepovolil.

Řecko: Eutanazie není povolena. Řecká lékařská společnost se staví proti eutanazii. Ortodoxní pravoslavná církev výrazně vystupuje proti eutanazii.

Belgie: Toleruje eutanazii za jasně stanovených podmínek, ale není legalizována. V Belgii je povoleno ukončit pacientův život v případě, že o to pacient požádá, pokud on nebo ona jsou mentálně v tu dobu při smyslech a pokud druhý lékař specialista na daný obor potvrdí smrtelnou diagnózu. (53)

Maďarsko: V Maďarsku je aktivní i pasivní eutanazie zakázána.

Polsko: V této silně katolicky orientované zemi je aktivní i pasivní eutanazie zakázána.

Rumunsko: Pasivní eutanazie je povolena.

Česká republika: V České republice není podle Hauftové povolena aktivní ani pasivní eutanazie. (19) Je však možno ustoupit od léčby a pacient má právo odmítnout léčbu. V etickém kodexu České lékařské komory, §2, čl. 7, stojí: „Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“ (9)

Otázka aktivní eutanazie se dostala k projednání i do evropského parlamentu. Byla sem zaslána rezoluce, týkající se péče o terminálně nemocné, která byla v roce 1989 předána příslušnému výboru k projednání. Je obratně formulována a jsou v ní i prvky, směřující k povolení eutanazie. Rezoluce doporučuje určitá opatření, jako například učit lékaře a sestry pečovat o nemocné nevléčitelnými chorobami, chápat a pečovat o nemocné blízké smrti a další. Nakonec se v rezoluci doporučuje povolení beztestné voluntární eutanazie. (19)

Ve dnech 24. – 25. listopadu se v Bruselu konala konference s názvem „Eutanazie: Dosáhne Evropa konsenzu?“. Byly zde přednášeny příspěvky eutanazii opravňující i odsuzující. Například Luke Gormally z Anglie se snažil odpovědět na tyto otázky: 1. Má být eutanazie legalizována? 2. Pokud by eutanazie nebyla uzákoněna, mají se rozhodování soudů přizpůsobovat eutanatické praxi? 3. Pokud eutanazie nebude ani uzákoněna, ani do určité míry tolerována soudy, jak mají být ti, kteří eutanazii provádějí, stíháni a trestáni? 4. Jak se máme chovat vůči státu, který schvaluje eutanazii, žijeme-li vně tohoto státu? (33) Dalšími přednáškami byly (mezi mnohými jinými) příspěvky o paliativní péči a hospicovém hnutí. Byl vysloven názor, že pokud by například v Anglii byla uzákoněna eutanazie, nerozvinula by se zde tak paliativní péče a hospicová péče. Jak píše Munzarová, konference v Bruselu vyzněla oslavou hospicového hnutí s dobrou paliativní péčí. Skupinka části Holanďanů, kteří eutanazii schvalovali, zůstala osamocena. Její představitelé byli vyzváni, aby se přijeli do Anglie učit této péči. A tak ke konsenzu nakonec došlo. Bylo možno z Bruselu odejet s hřejivým pocitem, že kultura Evropy má dosud pevné základy, a rovněž s pocitem nesmírné vděčnosti všem, kteří se nasazují v budování hospiců i v naší zemi a kteří vědí, jaká cesta do Evropy skutečně vede. (33)

Dne 25. června 1999 byl v Parlamentním shromáždění Rady Evropy přijat dokument, který se týká ochrany lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících. Je v něm uvedeno, že zatímco v chudých a rozvojových zemích je prvořadým cílem medicíny zabránit zbytečným a předčasným úmrtím, klade na ni sociální a technický pokrok v rozvinutých zemích paradoxně požadavek, aby zabránila nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků. Člověk, jehož nemoc spěje v neodvolatelně krátké době ke smrti, má nárok na to, aby zemřel v klidu, bez bolestí, důstojně a obklopen citlivou péčí. Jeho blízkým by se mělo dostat kvalifikované profesionální podpory a samozřejmostí by mělo být pietní zacházení s tělem zemřelého. Aktivní eutanazie by v takových situacích byla zkratkovitým řešením, zjednodušujícím často i z ekonomických a demografických motivů celý problém konce lidského života, odporovala by základní povinnosti lékaře sloužit životu a těžce by narušila vztah

důvěry mezi lékařem a pacientem. Zkušenosti ukazují, že by její legalizace byla spojena s velkým nebezpečím zneužití. (8)

Mnoho zemí uznává právní nárok na odmítnutí léčby. Singer říká, že pouze v Nizozemsku, Belgii, Švýcarsku a americkém státě Oregon však lékaři smějí pomáhat pacientovi v ukončení života i jinými prostředky než vysazením léčby, která ho při životě udržuje. (48) Ve Švýcarsku existuje kontroverzní organizace Dignitas se sídlem v Curychu, která nabízí asistovanou sebevraždu lidem trpícím nevyléčitelnou chorobou. Dignitas pronajme apartmá ve městě, kde si klienti sami aplikují smrtelnou dávku barbiturátů a pomalu „odcházejí“ za poslechu jejich oblíbené hudby. „Tito lidé jsou jako ti, kteří skočili ze Světového obchodního střediska 11. září“, říká ředitel Dignitas Ludwig Minelli. „Chtějí se vyhnout strašné bolesti a utrpení. Pomoc jim je velmi humánní věc“. (53)

1.3.3. Argumenty pro eutanazii

Argumenty zastánců lze shrnout do čtyř obvyklých skupin.

Prvním argumentem je svoboda člověka. Každý člověk má právo na sebeurčení, každý považuje za dobré a plnohodnotné pro svůj život něco jiného. Každý sám má mít právo posoudit, že jeho život plnohodnotný není a má mít možnost legálně ukončit pro něj neplnohodnotný život. Společnost by měla podle zastánců eutanazie uznat, že stejně jako má každý právo zvolit si své vzdělání, své bydliště, svého partnera, má také každý možnost zvolit si čas a způsob odchodu ze života. (55) Závažný je postoj zastánců eutanazie vůči hodnotě života. Nesouhlasí s odpůrci, že přiznáním eutanazie se snižuje respekt k lidskému životu. Naopak soudí, že eutanazie posiluje a dále rozvíjí princip individuálního rozhodování o sobě samém. (30)

Dalším častým argumentem pro eutanazii je to, že podle zastánců eutanazie může prodlužování života způsobit větší utrpení než samotná smrt. Každý má jiné citění bolesti, jiný práh bolesti a každý je různě psychicky odolný. Argumentem je, že je kruté nutit snášet nemocného nesnesitelné bolesti bez možnosti vysvobození. Zastánci

eutanazie argumentují i tím, že i možnost žádat o eutanazii se často odrazí ve zlepšení stavu pacientů, kteří se obávají nesnesitelných bolestí.

Třetím častým argumentem je léčba nemocných. Podle zastánců se eutanazie vlastně neliší od přerušení léčby, která život prodlouží, ale zhorší kvalitu života. Příkladem je chemoterapie, která způsobuje nepříjemné symptomy, jako je zvracení, vypadávání vlasů a celkově zhoršuje kvalitu života nemocného, ale naděje na úspěch je podle zastánců eutanazie malá. Výsledek je stejný: smrt pacienta. I podmínky jsou stejné: informovaný souhlas pacienta – v obou případech souhlasí se smrtí. Pokud je tedy eticky ospravedlnitelné přerušení život udržující léčby, musí být ospravedlnitelná i eutanazie. (56)

Čtvrtým argumentem jsou morální důvody. Jak zastánci, tak i odpůrci eutanazie argumentují morálkou. Tento argument spočívá v tom, že případné dopady eutanazie na společnost jsou příliš vzdálené a vykonstruované a není tedy třeba se jimi zabývat.

Někdy je možno zaznamenat i ekonomické důvody. Zastánci eutanazie tvrdí, že léčba je nákladná a prostředky, které se vynakládají na podle jejich názoru zbytečnou léčbu by bylo možno vynaložit na léčbu pacientů s příznivější prognózou.

1.3.4. Argumenty proti eutanazii

Edmund Pellegrino, ředitel Centra pro klinickou bioetiku – Georgetown University, Washington, D.C., formuloval 10 bodů, proč nelze eutanazii legalizovat v USA. Těmito důvody lze argumentovat i jinde než v USA, pokud nebudeme brát v úvahu bod č. 1, kde se mluví o ústavním právu USA. Tyto důvody zmiňuje i Munzarová.

1. Právo na asistované suicidium není v USA ústavním právem (v našem případě ani v České republice), které by vycházelo z právní vědy, a není ústavou chráněno. Takové právo by narušovalo základní právo na život a na integritu člověka. (36) Je třeba rozlišovat mezi eutanazií a právem na nezahájení léčby nebo vysazení léčby, pokud by se jednalo o protahování umírání.

2. Právo na asistované suicidium by stále zůstalo nemorálním, i kdyby se stalo legálním, protože zákon je dobrý jen tehdy, pokud je založen na dobrém etickém základu. Asistované suicidium je mravně neospravedlnitelné a nebylo by dobré pro nikoho.

3. Lékařský problém neobsahuje jen složku výběru, ale má i složku mravní. Patřičné zvládnutí bolesti a obtíží a současná patřičná duševní, sociální a spirituální podpora dokazují, že asistované suicidium není nutné. V každém případě nedostatky v tomto směru nemohou být důvodem k legalizaci asistovaného suicidia. (36)

4. Asistované suicidium není samostatným výběrem. Nemocní v terminální fázi onemocnění jsou velmi citliví a ovlivnitelní a snadno přijímají jakékoli nápady jiných. Mají pocit, že jsou odcizeni zdravým, přítěží pro ostatní, stydí se za své obtíže a slabosti. Mají obavy z budoucnosti. Je třeba zdůraznit, jak uvádí Haškovcová, že nešetné slovo, posunek prozrazující posměch či pohrdání nebo lhostejnost či soucit mohou být důvodem k zesílení pocitu strachu. (16)

5. Uzákonění ukončování života by vložilo lékaři do rukou nesmírnou moc. Není to totiž nemocný, kdo určuje, že léčba je beznadějná, že utrpení je nesnesitelné a že je již připraven k suicidiu. (36) Nelze zajistit právní ochranu proti zneužití. Lékař, stejně tak jako každý jiný člověk, má různé předsudky, hodnoty, představy o životě a smrti, představy o utrpení, které by on sám unesl. Nemůže proto sám posoudit, zda je utrpení a strádání pacienta již na vrcholu a zda nastal čas k eutanazii. Je třeba zmínit, že pacienti, kteří provádějí suicidium, jednají většinou pod vlivem psychických depresí, léčba vede často ke změně smýšlení o konci života.

6. Munzarová říká, že asistované suicidium není smrt soucitná, není provedena díky soucitu. Co je to soucit? Je to cit spolutrpení (*cum passio*, *compassion*), který však musí podléhat i rozumu. Jednání jen pod vlivem citu totiž nemůže být mravně obhajitelné. Pravý soucit (pravé sotrpení) vede k otázce, proč je ten druhý v takové beznaději? Proč žádá tak beznadějnou smrt? Jak mu mohu pomoci? Je třeba jej pochopit – sdílet důvody jeho utrpení a jeho beznaděje a proti nim hledat řešení. Je to diagnostický proces, stejný jako jakýkoliv jiný. Bolest a utrpení jsou zcela odlišené entity, utrpení je odpověď na bolest a na jinou potíže, je vysoce individuální a zahrnuje

spoustu jiných jevů než jen odpověď na bolestivý podnět. Pravý soucit toto vnímá z pohledu nemocného a nikoli z pohledu jeho okolí – rodinných příslušníků nebo sebe samého. (36)

7. Důležitým argumentem je riziko kluzkého svahu. Jak říká Ondok, zákon šikmé plochy vyjadřuje, že existuje v praxi tendence vykládat zákon mnohem blahovlněji, než bylo v intenci zákonodárce. (43) V roce 1990 došlo v Nizozemsku k ukončení životů 1000 lidí, kteří o eutanazii ani opakovaně nežádali, ani nesnesitelně netrpěli. Tito lidé byli většinou nekompetentní.

8. Asistované suicidium nelze považovat za důstojnou smrt. V nemoci a utrpení nepřichází člověk o svoji důstojnost. Lidé jsou lidé, a proto mají jednoduše svoji důstojnost. Člověk nepřichází o svoji důstojnost tím, že sám nemůže ovlivnit vše, co se s mu přihodí, tím, že zeslábl, je znetvořen, nebo tím, že nesnesitelně trpí. V každém trpícím lze nalézt možná mnohem více důstojnosti než v těch lidech, kteří jen mluví o důstojnosti jiných. Pocit lidské důstojnosti závisí na okolí člověka, jak lidé okolo něj reagují a jak se chovají.

9. Asistované suicidium není záležitostí pouze jediného člověka. Mezi všemi lidmi existují různé vztahy a různá provázání s jinými. Zabíjení má dopad na nás na všechny, je rozvratným pro celou společnost, na to, jak vnímáme nedotknutelnost a ceny života, v neposlední řadě i vlastní bezpečí. Je otázkou, co vypoví suicidium rodině, přátelům, všem známým, kteří také trpí? Jak se potom my i ostatní vyrovnáme se svou vlastní chorobou a smrtí?

10. Jak tvrdí Munzarová, asistované suicidium je v přímém protikladu s náplní lékařství. Již od doby Hippokratovy přísahy bylo vždy lékařství spojováno i se závazkem mravním, s důrazem na to, aby život a umění byly v souladu. Asistování u sebevraždy by vedlo k rozkladu lékařovy integrity a samozřejmě i k podkopání důvěry v lékaře a v lékařství vůbec. (36)

1.3.5. Eutanazie – etická a morální otázka

Eutanazie není jen otázka medicínská, ale mnohem více otázka etická a mravní. Pohled na utrpení pacienta v posledních stádiích onemocnění zhoubnými nádory či jinými smrtelnými nevyléčitelnými chorobami je bolestný. Lékař je svědkem toho, jak nemocní ztrácejí svoji lidskou důstojnost a mění se v trosku života. Umělé zakončení takového strastiplného a nesmyslného života se zdá z hlediska lidského zcela oprávněné a takový čin lze pokládat za vysoce etický. Na druhé straně lékaři i veřejnost pociťují instinktivní odpor k této možnosti. ... Málek k tomu podotýká, že nutnost řešit problém eutanazie se v poslední době vyhrocuje také vývojem moderní medicíny, která někde dovede ztracený život obnovovat (například oživit ve stadiu klinické smrti) nebo aspoň úspěšnými výkony oddalovat a někdy tím utrpení umírajícího ještě stupňovat. (30) Vlastním jádrem problému je morální význam eutanazie, protože jde o záměrné usmrcení nevinného člověka, to je osoby, která pro nikoho neznamená nějakou hrozbu, říká Pollard. (45) Eutanazie je zabít, i když po legalizaci by to bylo legalizované zabítí. Je však ospravedlnitelné zabít člověka, který nikomu a ničemu nehrozí, byť by to bylo v dobrém úmyslu, abychom mu pomohli od utrpení a od bolesti? Je morálně ospravedlnitelné zabít člověka ze soucitu? Jeden z pohledů na tento etický problém je, že v případě, že eutanazie není odůvodněna sobectvím, které se odmítá starat o trpícího člověka, představuje jakousi falešnou lítost, ve skutečnosti však těžkou „deformaci“ lítosti; neboť skutečný soucit se projevuje tím, že člověk spoluprožívá bolest druhého, a nikoliv že zabije toho, jehož bolest již nemůže snést. A ještě mnohem horší zločin je eutanazie u těch, kteří – jako pokrevní příbuzní z rodiny – mají spíše nemocnému s láskou a trpělivostí pomáhat, nebo u těch, kteří – jako v případě lékařů – mají svým uměním o nemocného pečovat, i když je jeho nemoc nevyléčitelná. (22)

Většina lidí se shoduje v tom, že zabít člověka je špatné. Je však špatné zabít člověka, který je v takové situaci, že usmrcen být chce? Podle filozofického směru, který se nazývá utilitarismus, tomu tak není. Utilitarismus je filozofický směr, podle něhož je základem morálky a jejím kritériem užitek, prospěch. (25) Kdo však zhodnotí, zda následek eutanazie, tedy smrt, je dobrý následek? Lze zjednodušeně srovnávat

bolest se zlem a pomoc od bolesti (v případě eutanazie) s dobrem a prospěchem? Opravdu to byla jediná možnost, jak pomoci od bolesti a utrpení? Pro každého je dobro a štěstí něco jiného. Zde jde o lidský život, může jen tak někdo říci, že je správné ho ukončit? Utilitaristické myšlení může vést k tomu, že když osoby, jejichž další života je závislý na léčebné péči, chtějí zemřít, je jedno, zda jim tato péče nebude poskytnuta, nebo budou přímo usmrceny, protože výsledek bude stejný. V obou případech budou totiž po smrti, tak, jak si přáli. Nelze však pohlížet jen na výsledek, je nutno vzít v úvahu i další faktory, jak je uvádí Pollard. (45)

- úmysly lékaře, které jsou právně rozhodující, co se týče viny a neviny
- motivy lékaře. Co když například usmrcení někoho, kdo o usmrcení žádal, bylo provedeno přesně proto, že se krylo s lékařovým osobním ubohým řešením?
- jestliže je morálnost lékařova záměru někoho usmrtit hodnocena jenom podle toho, zda je v souladu s přáními druhé osoby, bylo by to validní obhajobou i u jiných trestných činů?
- vezmeme-li utilitární stanovisko obráceně, etické počínání lékaře přestávajícího s neplodnou léčbou je provázáno stejnou morální odpovědností, jako když někdo zamýšlí a páchá vraždu. Mělo by to platit i pro jiné zastavení neúspěšné činnosti?
- jestliže počínání, jehož záměrem bylo způsobit smrt, bylo dobré, pokud pacient zemřel, pak musí být nejspíš špatné, pokud pacient nezemřel. Jak může být špatné někoho nezabít?
- výsledný čin na charakter lékaře provádějícího usmrcování
- účinek na společnost, která má lékaře jako autorizované zabíječe, a
- účinek na společnost, která řeší některé lidské problémy tím, že oběti těchto problémů zabíjí.

Existují etické kodexy, které mají regulovat chování členů té skupiny, pro kterou byly vytvořeny. Světová lékařská asociace, udávající v lékařské etice mezinárodně krok, vypracovala dvě deklarace, jednu o eutanazii a jednu o sebevraždě za lékařské asistence. První z nich mimo jiné konstatuje: „Eutanazie je ... neetická. To však nebrání tomu, aby lékař respektoval přání pacienta a dovolil, aby se v konečné fázi nemoci ponechal volný průběh přirozenému procesu smrti.“ V další deklaraci se krom jiného praví:

„Sebevražda za lékařské asistence je stejně jako eutanazie neetická a musí být lékařským stavem zavržena. Nicméně právo odmítnout lékařskou péči je základním právem pacienta a lékař si nepočíná neeticky, i když respekt k takovému přání končí smrtí pacienta.“ (45) Zde je vidět, že se překrývá na jedné straně právo člověka na autonomii a rozhodování, právo zemřít, na druhé straně snaha lékařů chránit lidský život a všeobecně respektovat lidský život. Podle Pollarda v lékařské etice skutečné právo zemřít je právo dovolit zemřít a vztahuje se k právu člověka na patřičnou péči, když umírá. To znamená, že lidem by se mělo dovolit zemřít, když umírají a když je v jejich zájmu zemřít. Mělo by jim být poskytnuto veškeré nutné pohodlí a jejich umírání by se nemělo zbytečně prodlužovat a zdržovat. Když se však právem zemřít argumentuje na podporu eutanazie, míní se tím něco jiného. Užívá se dnes stejných slov ve významu práva být usmrcen na požádání a ve významu práva druhé osoby usmrtit, je-li o to požádáná. Můžeme v tom vidět jak zneužití jazyka, tak mylné pojetí lidských práv, jelikož neexistuje žádné právo být usmrcen druhou osobou ani právo na požádání zabít. Požadovaná práva toho druhu se nikdy neobjevila v žádném morálním ani právním kodexu a nikdy nebyl vysloven žádný argument, který by je ospravedlňoval. Je proto nelogické očekávat změnu zákona, aby se ochránila práva, která neexistují. (45) Zastánci sebevraždy za asistence lékaře neformulovali její etické a morální oprávnění. Příznačným faktem je, že návrhy na sebevraždu za lékařské asistence vždycky každému lékaři umožňují odmítnout a nevyhovět pacientově žádosti z osobních důvodů. Tím se vlastně mlčky uznává, že nejde o žádné skutečné právo, protože pokud by bylo skutečné, znamenalo by povinnost reagovat kladně. (45)

1.4. Umírání a smrt

Pro objasnění problematiky eutanazie je třeba vysvětlit pojmy umírání a smrt, jaké jsou fáze umírání a co člověk při umírání prožívá. Umírání a smrt jsou nedílnou součástí života. Tak jako se člověk narodí, musí i zemřít. Lidský život má svoji délku, která se s pokrokem a postupujícími znalostmi medicíny prodlužuje. Případy takzvané přirozené smrti, v nichž se smrt vsutku jeví být konečným bodem stárnutí, jsou

mimořádně vzácné. Dokonce i v těchto řídkých případech se zdá, že se vždy musí připojit ještě nějaká malá zvláštní příhoda, nějaké nachlazení, zánět, zranění, jimž už organismus nedovede čelit. Specifický charakter smrti, nazývané přirozená, lze poznat podle nepřítomnosti znatelného zápasu mezi obrannými silami organismu a mezi silami rozkladnými. (28) Přesto nelze lidský život prodlužovat donekonečna. Smrt patří do našeho života stejně jako zrození. Pohledy na umírání se však v průběhu času mění. V dřívějších dobách se lidé doma rodili i umírali. Byli v kruhu svých blízkých a i děti byly se smrtí obeznámeny. Smrt byla pro člověka něco zcela přirozeného. Dnešní člověk se ke smrti staví zády. Nechce ji brát na vědomí. Relativizuje ji teoreticky, když říká, že smrt je přece přirozená, staré musí udělat místo novému v proudu života, zemřít, to je jako usnout. Mluvit o smrti se pokládá za škodlivé pedagogicky či terapeuticky. Smrt se dnes zastírá také prakticky. Málokdo umírá doma, pokud nezemře náhle. I v nemocnicích se pacienti při umírání oddělují. Málokdy jim je dopřáno pocítit v posledních okamžicích lidskou blízkost. Munzarová říká, že umírání se stává lidským pouze tehdy, je-li v něm zahrnut i mezilidský prvek. Podpora lidskosti při umírání je výzvou do budoucnosti. (33) S vývojem zdravotnictví a nemocniční péče se smrt (stejně jako rození dětí) přesunula do nemocnic a ústavů. Lidé přestali smrt a umírání chápat jako fázi života, ale jako protiklad. Na jednu stranu je to pochopitelné. Vždyť jen máloco chápeme jako tak názorné vyjádření opačné polarity jako život – smrt. Vytěsnění smrti a umírání z našich myšlenek a z našeho běžného života a její tabuizace však neodstraní jejich realitu. Místo toho oplošťuje plné prožívání celého života, k němuž patří i poslední chvíle. Růst poznatků o psychologii umírání změnil už v posledních letech pohled na potřeby umírajících a na jejich osobní hodnotu. Další poznatky jsou však nezbytné pro reálné pochopení, jak různí lidé reagují na výhled smrti, nakolik si jej uvědomují a jakými stadii smíření nebo odpoutání procházejí. Zlepšení psychologické péče o umírající je nesporně naléhavě potřebné – vrátí hodnotu lidem ve společnosti, kde automatizované století zmechanizovalo také poslední člověkovu cestu. (29)

Postoj lidí ke smrti a vývoj pohledů lidí na smrt vyjádřil Ariès, když smrt nazval ochočenou. Říká k tomu, že jestliže se od Homéra až po Tolstého setkáváme s týmiž

projevy obecného postoje ke smrti, pak to ještě neznamená, že jim přiznáváme strukturální ustálenost, již se čistě historické proměny netýkají. Na tento živelný a odvčký základní postoj se nabalovala řada dalších prvků. Vývojovému tlaku však vzdoroval téměř dvě tisíciletí. Ve světě, jemuž vládne změna, se tradiční postoj ke smrti jeví jako ostrůvek setrvačnosti a nepřetržitosti. Tento tradiční postoj se však z našich mravů vytratil do té míry, že si jej stěží dokážeme představit a už mu ani příliš nerozumíme. Odvčký postoj ke smrti, kdy je smrt blízká a důvěrně známá, ale současně i oslabená a zneškodněná, je v přílišném rozporu s naším postojem – smrt nám nahání takovou hrůzu, že se bojíme vyslovit i její jméno. Když tedy onu důvěrně známou smrt nazýváme smrt ochočená, nemyslíme tím, že kdysi byla divoká a že si ji lidé postupem času ochočili. Naopak chceme říci, že dnes je smrt zdivočelá a že kdysi to tak nebylo. Nejstarší smrt je ochočená. (1)

Smrt je úděl člověka. Je to snad jediná jistota v našem životě. Cítíme však přitom velkou nejistotu: Kdy se to stane? Jak se to stane? Každý si logicky a přirozeně přeje, aby smrt přišla co nejdéle, protože se bojíme o svůj život. V našich představách je nejlepší smrt rychlá, bezbolestná. Většina lidí si přeje zemřít ve spánku. Večer spokojeně usnout a ráno se již neprobudit – to je představa ideální smrti. Člověka neděsí smrt, člověka děsí dlouhá a nevléčitelná nemoc, při které předpokládá fyzické utrpení a bolest a smrt je pro něj vlastně vykoupením. Mladý člověk nemá na myšlenky na smrt a umírání čas. V dnešním světě ovládaném konzumem a úspěchem má jiné starosti. Myšlenky na smrt odsouvá na později, brání se jim, protože smrt a umírání patří ke stáří. Takto lze zjednodušeně vysvětlit vytěsnění problematiky smrti z mysli, ale nelze ji vytěsnit z života. Každý člověk ví, že zemře, a protože si současně nemůže představit, že nebude, žije tak, jako by měl žít věčně. Takové pojetí je logické a můžeme říci, že fyziologické. Člověk zcela přirozeně a kontinuálně popírá umírání a smrt ve svém vědomí a bylo by patologické, kdyby se pouze nebo především věnoval problematice umírání a smrti. Přesto jsou ale v životě každého člověka chvíle, které nejen opravňují, ale přímo vyzývají jednotlivce, aby se zamyslel nad svým konečným osudem. Když pro nic jiného, tak proto, aby ho svým konáním a tvorbou naplnil. Otázka smyslu lidského života je spjata s faktem konečnosti každé lidské existence a nemůže být řešena mimo

ni. A tak nikoliv paradoxně patří téma smrti právě do časných vývojových etap člověka, tam, kde se konkrétní člověk o cílech a plánech v životě rozhoduje. Zestárne-li člověk, pak téma smrti má jiný obsah. Zatímco v mládí se bojíme o život, o to, aby jej smrt nepřetřela příliš brzy, staří lidé se obávají způsobu příchodu smrti. (12)

Smrt může být různá. Může být tragická, tichá, náhlá, dramatická, očekávaná, dlouho ohlašovaná. Měla by být opět respektována jako sociální akt. Člověk je tvor společenský. Stejně jako se člověk osamocen nerodí, neměl by být osamocen v okamžiku konce života. Smrt vždy zasáhne více lidí, nejenom umírajícího. Ústředním problémem je, že smrt jako fenomén vypadla z běžného pole sociální pozornosti lidí všech věkových skupin a sociálních rolí. Umírání a smrt byly odsunuty do nemocnic a odehrávají se diskrétně mimo nebo převážně mimo naši přítomnost. Zjitřené svědomí uklidňujeme ujištěním, že umírajícímu je v náruči profesionální institucionální pomoci lépe. Podléháme iluzi, že péče o umírající a o smrt jednotlivce by měla být řešena a vyřešena kolektivem k tomu určených a povolanych odborníků. Umírání a smrt patří podle mínění laiků do zdravotnictví. Odborníci zaměstnaní v nemocnicích na ni mají přece příslušné školení. (12)

Řada autorů se shoduje v tom, že strach ze smrti vedoucí až k současné hysterii se rodí v 19. století. Zprvu lidstvo vítězilo nad smrtí ojediněle, později se to dařilo stále častěji. Vědeckotechnický pokrok přináší velké změny. To má za důsledek i změněný životní styl. Lidé umírají později, neumírají na běžné nemoci jako dříve. Už se neumírá doma. Smrt je pro nás překvapením, protože s ní nikdo nijak zvlášť nepočítá. Zvyk izolovat umírajícího se datuje od počátku třicátých let našeho století. Tehdy vládlo přesvědčení, že takový postup je humánní a správný. Dnes víme, že to není pravda, a přesto nejsme aktéry změny. Je známo, že i umírající, jakkoliv je jeho stav vážný, svou situaci prožívá. Nechce být sám, touží po přítomnosti druhého člověka. K umírajícímu a neperspektivnímu nemocnému i personál chodí méně často. (12)

Smrti se prostě a jednoduše lidé bojí. Jak by se mohla v individuálním životě člověka neprojevit tragika, jak by se člověk mohl nebát smrti, když už ví, že zemře!? Paradoxní a mimořádně složitá je situace, ve které se všichni nacházíme, - v jednom a tom jistém čase máme žít tak, jako bychom o smrti nic nevěděli, a proto není příčin se jí

bát, ale zároveň, vědouc o ní, o její nemilosrdnosti a neúprosnosti, se jí bojíme tak moc, jako se jí nebojí nikdo jiný. Neopakovatelným způsobem tuto lidskou situaci vyjádřil před mnohými roky Nietzsche: „O co silnější je vůle k životu, o to mučivější a hrozivější je strach ze smrti.“ (12)

Co je to vlastně žádost o usmrcení? Touha pacienta zemřít znamená vlastně výkřik o pomoc v situaci, která se zdá nemocnému beznadějná, cítí se osamělý a často trpí depresemi. Člověk je povoláný k plnosti, která přesahuje rozměry jeho pozemské existence. Těžce nemocný člověk se potřebuje vypořádat s otázkami o smyslu života a potřebuje podporu a naději. Laskavá podpora nejbližších příbuzných, přátel a ošetřujícího personálu mírní bolesti a úzkosti umírajícího člověka a jeho obavy z budoucnosti. (11)

1.4.1. Umírání

Pojem umírání je v odborném, lékařském slova smyslu synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu říká, že dochází k postupujícímu, nevratnému selhávání životně důležitých funkcí, jehož výsledkem je zánik individua. Lze říci, že terminální stav je faktickým umíráním, tedy procesem, kdy se kruh života svírá a postižený člověk je v situaci extrémního osamění, které vnímá málo nebo téměř vůbec ne. V těchto stádiích nelze prakticky nic vykonat ve smyslu psychologické pomoci a příbuzní či profesionálové mohou pouze sekundovat a být garantem důstojnosti lidského konce. (17)

Americký chirurg a vysokoškolský profesor S. B. Nuland říká, že umírání je ve většině případů ošklivá záležitost. Ačkoliv řada lidí skutečně dosáhne stavu bezvědomí a bezstarostnosti tím, že upadne nebo je přivedena do jakéhosi komatu nebo polovědomí; ačkoliv někteří jiní jsou opravdu požehnáni pozoruhodně mírumilovným závěrem po dlouhotrvající chorobě; ačkoliv tisíce lidí každý rok doslova padnou mrtví bez jakéhokoli nepohodlí; ačkoliv oběti náhlého poranění jsou často ochráněni před hroznými bolestmi, jaké by se daly při jejich stavu očekávat, přesto méně než jeden z pěti umírajících požívá některé z těchto výhod. Konečně i ti, kteří dosáhnou určité

míry pohody na samém konci života, dny a týdny, které mu předcházejí, jsou velmi často pokaženy duševním i tělesným utrpením. (41)

Aby bylo možno lépe pochopit proces umírání a to, co umírající člověk prožívá, byl proces umírání popsán 5 fázemi. Těchto 5 fází je podle Blumenthal – Barbyho, jak je popsal v knize Kapitoly z thanatologie. (3) Je nutné zdůraznit, že ne všichni umírající prožívají všechny fáze, jak budou uvedeny. Některé mohou chybět nebo může být jejich sled jiný. Skončené fáze se mohou objevit znovu. Průběh umírání je dán hlavně druhem onemocnění.

1. fáze: odmítání přijmout pravdu a izolace, šok, popření. První fáze je charakterizována šokem z poznání blízké smrti. Chování postiženého člověka je často impulzivní a nekontrolovatelné. Je zde nebezpečí sebevraždy. Popřením nebo potlačením se uvede do chodu mechanismus, který lze pozorovat i při jiných konfliktních situacích. Potlačení může jít často tak daleko, že nemocný odmítá nutné diagnostické a terapeutické zásady, protože pro něho nejsou nutné. Zvláště silná šoková reakce vznikne, je-li pacient v okamžiku poznání sám. Zvláště často je to tehdy, když se rozhodlo, že se věc pacientovi zamlčí a nemocný se z neopatrnosti dozví skutečný stav.

2. fáze: hněv. Pro toto období je charakteristické, že se pacient začíná vyrovnávat se svým osudem, projevuje se to útočností navenek. Umírající rozpoznává nevyhnutelnost situace a zoufale se jí brání. Zvenčí se jeví jako nespravedlivý a především nevďěčný, jeho výbuchy zlosti se zaměřují i vůči těm, kteří chtějí to nejlepší a k nimž má zvláště hluboké citové vztahy.

3. fáze: smlouvání. V této fázi dochází k výraznému tápání umírajícího mezi iluzí dalšího života - vyléčení a jistotou smrti. Chápe sice nevyhnutelnost své situace, ale ještě se mu nedaří, aby ji uznal nebo ji uznává jen dočasně. Vypytává se na nové metody léčby. Do této fáze také patří sliby nemocných, jaké přinesou v budoucnosti oběti, bude-li jejich život déle zachován.

4. fáze: deprese, zoufalství. Nástup této fáze velmi podstatně závisí na tom, jak se umírající cítí tělesně. Opouštějí-li ho tělesné síly, pochopí nemocný spíše nevyhnutelnost svého osudu. Pacient zanechává nereálných nadějí a vytáček. Deprese je přitom vyvolávána dvěma různými příčinami. Na jedné straně nemocný lituje všeho, co

opustí. Vidí, že končí i jeho role v povolání nebo rodině. Na druhé straně pramení smutek nemocného též z nadcházejícího rozloučení se všemi blízkými lidmi. V tomto období se nemocný vymaňuje ze svých sociálních vztahů. Každý nemocný touží po životě, i když akceptuje blížící se konec a právě v tomto smyslu je smutek zcela normální.

5. fáze: přitakání, smíření. Tuto fázi neprožívají všichni umírající. Přichází souhlas s nadcházející smrtí. Umírající, pokud je toho schopen, se rozloučí se svými blízkými a vyřídí a uspořádá věci, které považuje za důležité. Smíření nebo přitakání znamená pokojnou rezignaci, která však obvykle nepříjde dříve, dokud se smrt doopravdy nepřiblíží. Umírající mívají období, kdy jsou se svou smrtí zdánlivě smířeni, ale později se tento pocit vytratí. Avšak pak se smrt přibližuje čím dál víc, a tehdy zpravidla dochází k trvalému smíření. Když u umírajícího tento stav nastane – za předpokladu, že nemá žádné bolesti ani nepříjemné pocity – zpravidla má už jen velmi málo potřeb a stačí mu přítomnost jednoho nebo dvou lidí, kteří jsou pro něj nejdůležitější. (6)

1.4.2. Domácí a institucionální model umírání

Z hlediska místa úmrtí, pokud pomineme tragickou smrt při dopravní nehodě, ve válce nebo kdekoliv jinde, jsou v podstatě možné dvě varianty. Je to takzvaný domácí a institucionální model umírání. Z tohoto pohledu člověk může zemřít buď doma nebo v nemocnici nebo jiném zařízení.

Domácí model umírání v našich představách vypadá tak, že nemocný umírá v kruhu svých blízkých, kteří jsou s ním v jeho posledních chvílích a doprovází ho a poskytují mu oporu. Protože se v dřívějších dobách lidé setkávali se smrtí a umíráním v běžném životě, umírající v určité chvíli zhodnotil svoji situaci a sám poznal, že se jeho život blíží ke konci. Byli svoláni členové rodiny, se kterými se umírající rozloučil a vyslovil svá poslední přání. Byl povolán kněz, který nemocnému poskytl duchovní útěchu a poskytl mu svátost nemocných, pomocí které byl umírající připraven na poslední, neznámou cestu. Kněz přicházel se zvonečkem v ruce, který dával lidem na

srozuměnou, že někdo z jejich okolí se chystá na poslední cestu. Smrt a umírání tak byla běžnou součástí jejich života. Haškovcová říká, že umírající se pak obvykle zklidnil a dále už jen tiše a trpělivě čekal, nejčastěji v oparu agónie, na svou smrt. (18) Jestliže trpěl bolestmi, byl výjimečně povolán lékař, aby podal bolest utišující prostředky.

Z odborného hlediska je třeba zdůraznit, že idylické umírání v uvedené formě a takto často popisované bylo často vzácností. Mnoho lidí rodinu nemělo nebo příslušníci rodiny nebyli nablízku. Ani lékař se často domácího umírání nezúčastňoval. Jednak nebyl dostatek lékařů, dále mnoho rodin nebylo schopno zaplatit lékaři za provedené služby. Svou roli sehrál i fakt, že lékařům bylo již od dob Hippokratových doporučováno, aby se raději vzdálili od domu, kde umírajícímu už nemohou nic nabídnout. Ostatně i později byly skromné pomoci rychle vyčerpány, a tak morfium reprezentovalo nejen výrazný, ale často i jediný způsob úlevy. Idealizace domácího modelu umírání má své důvody. Lidé, pokud měli rodiny, neumírali sami, ale ve společnosti svých nejbližších. Mezi rodinné příslušníky byly rozděleny pečovatelské role. Po psychologické stránce byli podporováni vírou, knězem. Umírající byl na základě zkušeností srozuměn se svou rolí. Protože dnešní umírající často postrádají psychickou podporu a pomoc, je tento model často glorifikován. Platí však, že nebylo mnoho odborných prostředků pomoci, ale o to více vlídnosti a psychické pomoci od příbuzných a rodiny. Konfrontace se smrtí v dětství i dospělosti bývá dnes vzácná, a tak první a pozdní setkání s umírajícím provází panický strach a bezradnost. Nejistota je ochromující a způsobuje, že je obtížné, a mnohdy dokonce nemožné, aktuálně si osvojit potřebné dovednosti, i když ochota podílet se na péči o umírající zpravidla existuje. Nepochybné je, že závěr života vnímá dnešní umírající a jeho rodina jako krizi, kterou je těžké zvládnout. V tomto čase je umírající primárně ohrožen fyzicky, doprovodně psychicky. Zvládnout krizi, respektive prožít ji bez dramatické újmy na zdraví, předpokládá znalost reálií, tedy toho, co se bude dít, a zřetelné vymezení cíle. Tím je dnes snaha učinit z umírání sociální akt, v němž se plně projeví solidarita všech smrtelníků.

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Nejdříve byla snaha o zajištění čistého lůžka, tepla, jídla a pití a základních hygienických potřeb pro vážně nemocné a

umírající. Nemocní a umírající byli většinou umisťováni nejdříve do chorobinců, později do špitálů a nemocnic. Umírajícím nebyla dlouho věnována z hlediska odborného ošetřovatelství speciální pozornost. Na velkých pokojích bylo mnoho postelí, které byly odděleny pouze úzkými mezerami s nočními stolky. Aby se zlepšila situace umírajících i ostatních nemocných na pokojích, kteří měli být chráněni pohledu na umírajícího neznámého člověka, byla zavedena praxe takzvané bílé zástěny. Ta se začala běžně používat až ve dvacátých letech dvacátého století a měla umírajícímu zajistit klid. (18) Později docházelo k vyčlenění jednoho pokoje, kam byli umírající nemocní převáženi. Bílá zástěna se používá dodnes, od převozu umírajícího do zvláštního pokoje bylo upuštěno. Medicína začala dosahovat úspěchů a lidé začali věřit, že medicína dokáže skoro nemožné. Lékaři začali uplatňovat milosrdnou lež. Umírající, který byl schopen posoudit význam transportu, pochopil, že nastává konec a ten se bude odehrávat v úplném osamění. Pokoj pro umírající měl negativní psychický dopad i na ostatní pacienty. Těžce nemocní se báli, že je brzy potká stejný osud. Zavládlo přesvědčení, že umírající a nemocní potřebují přísný klid a pořádek. Toho bylo dosaženo tak, že příbuzní byli vyloučeni z účasti na péči o těžce nemocné a umírající. Podpora rodiny, kterou potřeboval těžce nemocný nebo umírající, byla znemožněna. Existovaly i takzvané propustky. Lékař mohl vystavit mimořádné propustky. Nejbližší příbuzní mohli nemocného denně navštěvovat. Bylo to diskutabilní, protože tito nejbližší se obávali, že nemocný díky tomuto privilegiu pochopí pravý stav věcí a propadne zoufalství. Příbuzní se jich příliš nedožadovali, protože se obávali, že budou posly špatných zpráv a také věřili, že umírajícím je v péči profesionálů nejlépe. A tak se stalo to, co důvěrně známe: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé. Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v pochopitelné naději, že vítězná medicína zabráni smrti, nebo zajistí důstojný odchod ze života. O to první se vítězná medicína snaží za každou cenu, tedy i za cenu dystanazie. V tom druhém selhává. Nespokojeni jsou všichni. Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče. Ta, která tolika lidem pomohla a kterou nespravedlivě

odsuzujeme ve chvílích, kdy přichází smrt. V takové situaci si medicína uvědomuje existenci svých vlastních hranic. Veškerý život nelze ovládat prostřednictvím medicíny. Její možnosti jsou právě tak omezené jako možnosti lidských bytostí, které jí slouží. O to více a plným právem však nárokuje účastnou péči. Takto o modelech umírání píše Haškovcová. (18)

Určitým zlepšením a možným řešením této situace je hospicová péče.

1.4.3. Sebevražda

V souvislosti s eutanazií bývá často zmiňována sebevražda. I tento pojem bývá chápán jednostranně a zjednodušeně. Sebevražda je chápána jako dobrovolný odchod ze života. Dá se říci, že je to ukončení života vlastní rukou. V případě eutanazie však akt sebevraždy nabývá dalšího rozměru, protože přestává být aktem soukromým. Jedná se o ukončení života za asistence a dohledu další osoby, tedy lékaře.

Podle křesťanské morálky je sebevražda hříchem. Křesťanství i další monoteistická náboženství odsuzují sebevraždu jako zavrženíhodný akt. Reportér Reflexu Jiří X. Doležal vyjadřuje zajímavý názor, že odmítání sebevraždy z náboženských důvodů platí pro mocenské teologické systémy vytvářející monoteistické církve, které ze svých věřících žily, de facto je vlastnily, a proto sebevraždou přicházely o jednoho konkrétního daňového poplatníka. Navíc sebevražda představovala možnost úniku z jimi kontrolované reality, a jakákoliv možnost úniku byla nežádoucí. Proto se křesťané svým sebevrahům mstí ještě po smrti jejich vyobcováním ke hřbitovní zdi. (7) I Jack Kevorkian, doktor medicíny, který se „proslavil“ na poli eutanazie, důrazně prohlašuje, že rozum a střízlivé uvažování konečně zlomily ono škrtící sevření, jímž tyranie filosofie stigmatizovala sebevraždu jako neodpustitelný hřích. (5)

Ne vždy a ne ve všech společnostech však byla sebevražda odsuzována. Příkladem může být sebevražda v Japonsku, harakiri, kdy si samurajové sáhli na svůj život v okamžiku ztráty cti. Dalším příkladem mohou být indické ženy, které si kdysi po

smrti svého manžela lehaly na pohřební hranici a zemřely vedle jeho mrtvého těla. Lze říci, že tito lidé ztratili smysl života, život pro ně nemá už žádnou hodnotu, a proto raději volí smrt. J. X. Doležal tvrdí, že nelze rozhodování o životě přisoudit nikomu jinému než tomu, kdo onen život žije. Sebevražda je pro člověka, který už svůj život z jen jemu známých příčin nedokáže naplnit, zcela legitimním koncem. (7)

V případě lidské osoby musíme rozlišovat několik druhů sebevraždy. Jednotlivé případy mají společnou pouze technickou stránku věci. První případ je možno kvalifikovat jako oběť vlastního života. Je to vlastně opak sebevraždy. Člověk obětuje vlastní život v zájmu vyššího cíle. Jde tam o životy jiných, nějaké vyšší cíle, vlastní čest nebo doložení pravdy, kterou jinak dokázat nelze. Sebevraždu vidí jako jediné východisko z takové situace. Dalším druhem sebevraždy je sebevražda omylem. Sebevražda je akt technicky snadno proveditelný. Podlehnutí návalu dojmů, ztráta naděje a smyslu nebo i jiné zatemnění mysli mohlo být samo o sobě přechodné, bohužel však stačilo dovést člověka k činu s trvalým a nevratným důsledkem. Sem patří většina romantických sebevražd i dnes asi nejčastější sebevraždy demonstrativní, které se vlastně obracejí vůči jiným blízkým lidem jako jakási symbolická pomsta. Právě tyto případy výmluvně dokládají, že člověk není vždy a za všech okolností svrchovaným pánem svého jednání a že mu může být někdy velice ve prospěch, nechá-li se vést osvědčenými zásadami, jejichž důvody sám nenahlíží. (49) Nejblíže k označení sebevražda se blíží takové případy, kdy člověk ukončí nebo chce ukončit život proto, aby ukončil trápení nebo bolest, která mu připadá nesnesitelná anebo prostě zbytečná. Sem je možno zařadit případy aktivní eutanazie. Jak již bylo řečeno, je to komplikovanější, než se zdá na první pohled, protože je zde vyžadována pomoc a asistence lékaře.

Ať už je snaha o záchranu lidských životů v medicíně v jednotlivých případech více či méně nadějná, je vždycky v souladu se základním směřováním života vůbec, totiž hájit život a odsouvat jeho konec, smrt. Uvolnění, vyvázání člověka z instinktivních vazeb jde však tak daleko, že může i tento přirozený příklon k životu odmítnout. (49)

1.4.4. Důstojnost života a umírání

Zastánci eutanazie často argumentují důstojností lidského života a umírání. V etickém kodexu Práva pacientů, právo číslo 10, je uvedeno, že nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony. (15) Je třeba změnit přístup k umírajícím, aby bylo možno naplnit přání každého člověka zemřít v důstojnosti. Není to snadné, protože pojem důstojnost je velmi široký. Každý si pod ním představuje něco jiného. Máme-li uspět a poskytnout umírajícím péči v kvalitativně nových formách, musíme si především ujasnit, co pojmem důstojné umírání a důstojná smrt myslíme, pak hierarchicky stanovit cíle a postupně se snažit o jejich naplnění. Je jisté, že na péči o umírající se nemohou podílet pouze zdravotníci, ale také sociální pracovníci, psychologové a teologové. V každém případě by měla spolupracovat rodina a přátelé. Účast laických dobrovolníků je u nás zatím neobvyklá, ve světě je však značně rozšířena. (15)

Člověk má právo na sebeurčení, samostatnost (autonomii). Je odvozeno z obecných lidských práv a svobod a dává důraz na důstojnost a svobodu jednotlivce. Člověk má právo na názor. Pokud ten není v rozporu se zákonem, měl by být zohledněn při rozhodování o léčbě nebo diagnostickém zákroku. V žádném případě však právo na sebeurčení není možné vytrhovat z kontextu jiných práv a povinností jak nemocného, tak lékaře. Lékař nese plnou právní odpovědnost za pacienta a autonomie nemocného má tedy omezené možnosti. V každém případě je však dnes větší prostor pro spoluúčast nemocného na rozhodování o jeho vlastním osudu v situaci nemoci. (14)

Nemoc má vždy velký vliv na psychiku nemocného. Situace nemocného, kterému je sdělena pravda o jeho onemocnění, které je nevyléčitelné, se ocitá v obtížné situaci. V jeho životě nastává zásadní zlom. Je nucen se vyrovnat s novou situací. Vznikají u něj obavy o rodinu, strach z invalidity, strach z odloučení od rodiny. Přichází pocity strachu z opuštění, obavy z budoucnosti a neplnohodnotného života. Lékaři dnes dokáží vrátit člověka do života, i když již byl na pokraji smrti. Zachránění lidského života nesmí v žádném případě znamenat strádání a živoření. Musí být životem, i když ve své kvalitě životem jiným. Nemoc může mít na lidskou mysl destruktivní vliv, může oslabit

rozumovou činností, může odejmout smysl lidskému konání, ale může také nebýt pouze rušivým prvkem. Ona může být tím, co stmelí poklady niterného života, množí bohatství jeho hodnot, dobývá duše a zvýrazňuje v sobě tvořivý hlad. (16) Nad otázkou důstojnosti lidského života a umírání se zamýšlí veřejnost i lékaři. Jistý lékař se k otázce eutanazie vyjádřil své postřehy: Ve svém lékařském životě jsem se setkal již s mnoha pacienty, kteří umírali na generalizovaný nádorový proces. Lidské trosky, ležící a sténající na lůžku, vykonávající tělesné potřeby bez kontroly, s nesnesitelnými bolestmi, ale hlavně bez jakékoliv možnosti terapeutické intervence vyjma tišení bolestí. Pokoje s těmito pacienty proběhne velká vizita velmi rychle, prohodí se pár slov o smyslu takového života, o hrozném lidském konci. Každý lékař a především chirurg považuje takového ztraceného pacienta ve skrytu duše za své osobní selhání a setkání s ním za prohru. Pacient se izoluje od těch více nadějných a všichni jen čekají na co nejrychlejší konec. Sáhněme si však do svědomí, zda víme dokonale o všech možnostech současné analgezie a tišení bolesti, zda je beze zbytku využíváme a o tyto pacienty pečujeme dobře a důstojně. Zda nabízená eutanazie není jenom rychlým a ekonomickým řešením naší vlastní doktorské a lidské bídy. Nechceme se dívat na ošklivé věci, nechceme se dívat na umírající, nechceme trpět bolest, utrpení. Co tedy vlastně chceme? (52)

1.5. Hospicová péče

V mnoha zemích, počítaje v to i Českou republiku, doznává značného rozmachu hospicová péče. V dějinách můžeme nalézt hospice již v Římské říši a ve starověku. Byly to přístřešky nebo útulky okolo cest, kde si mohli lidé odpočinout, těhotné ženy zde mohly porodit své dítě. Nemocní se v hospici mohli buď uzdravit nebo v klidu zemřít. Podobná zařízení byla zakládána i ve středověku. Dnešní hospice již nejsou útulky při cestách. Na rozvoji hospicové péče a hospiců má velký podíl Dr. Cecilie Saundersová, která v Anglii v roce 1967 založila a uvedla do provozu Hospic sv. Kryštofa. Nemocní zde byli zaopatřeni dobrou úlevnou léčbou a péčí, a to ne pouze pokud jde o potíže rázu fyzického. Mohli pak, spolu se svými blízkými, řešit i různé citové a duchovní problémy, napravovat nesrovnalosti a konflikty, smířovat se se svým

údělem a tedy zbavovat se nejen bolestí tělesných, ale veškerého jiného utrpení. Navíc viděli, že nejsou jiným na obtíž, ale naopak, že jsou milováni a že jsou pro své blízké (i pro personál, který se stal jejich blízkými) nesmírně důležití. Jejich přechod ze života ke smrti byl učiněn co nejschůdnějším. (34) U nás byl první hospic založen v roce 1995, a to Hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti. Svatošová uvádí, že hospic nemocnému garantuje, že

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen. (51)

Pokud se nad těmito myšlenkami zamyslíme bod po bodu, vyplynou z toho rozdíly mezi běžnou nemocnicí a hospicem. To, že klient nebude trpět nesnesitelnou bolestí, může zajistit vhodná paliativní léčba, která v běžné nemocnici někdy není dostačující. I umírající člověk má potřeby, je to bytost, která cítí potřebu vědomí vlastní důstojnosti, která v běžné nemocnici mnohdy není dostatečně vyjádřena. Klienta v jeho poslední fázi mohou doprovázet jeho blízcí nebo je mu nablízku ošetřující personál, což v běžné nemocnici není někdy možné. Všechny tyto tři myšlenky a to, jak se s nimi vyrovnáme a reagujeme na ně, ovlivňují i náš pohled na smrt a umírání. (51)

Je třeba si uvědomit, že hospicová péče nespočívá jenom v tom, že klient je hospitalizován v hospici a „čeká“ na smrt. V podstatě existují tři formy hospicové péče. První z nich je domácí hospicová péče. Přichází v úvahu tehdy, když pro další pobyt klienta v nemocnici není důvod, protože doporučenou léčbu, například paliativní, lze aplikovat doma. Domácí hospicová péče je pro mnoho nemocných ideální, i když i ta má své hranice. Je to například tehdy, když u rodinných příslušníků, kteří o nemocného pečují, dojde k nástupu syndromu vyhoření a pečující další péči nezvládnou, nemají sílu o nemocného nadále pečovat, jsou vyčerpaní. (51) Dalším příkladem mohou být bytové podmínky, kdy byt je jednoduše přeplněný a rodina, byť má snahu a ochotu, péči nezvládá. Každý má potřebu určitého soukromí, každý potřebuje relaxovat, odpočinout si před odchodem do zaměstnání, děti se musí učit a připravovat do školy a tak podobně.

Další možností jsou stacionární hospicové pobyty. Do hospicu je klient dopraven ráno a odpoledne odchází. Pro tuto formu je možných více důvodů. Jsou to diagnostické důvody, léčebné důvody, psychoterapeutické a azylové důvody.

Třetí, nejznámější formou, je lůžková hospicová péče. Pro lůžkovou hospicovou péči jsou možné ty samé důvody, které byly uvedeny u stacionární hospicové péče. Pokud by pro klienta nebylo možné do hospice denně dojíždět, ať už ze zdravotních důvodů nebo z prostého důvodu vzdálenosti bydliště od hospice, je možná hospitalizace v hospici. Většina lidí má právě tuto formu za jedinou formu hospicové péče. Klient si sám určuje svůj denní režim. Může si určit i možnosti návštěv. Ty jsou umožněny 24 hodin denně po celých 365 dnů v roce. Klient může v hospici pobývat i se svým průvodcem. Návštěvy nebo pobyt průvodce jsou v hospici vítány, protože jsou vnímány a uznávány jako nezbytná součást péče o těžce nemocného klienta. Průvodci nebo návštěvě, pokud jsou toho schopni a ochotni, je umožněno o nemocného pečovat a ošetřovat ho. Pozůstalým v případě úmrtí klienta vědomí toho, že pro svého blízkého udělali vše, co bylo v jejich silách a byli s ním až do jeho konce, pomáhá překonat bolest z jeho odchodu.⁽⁵⁰⁾ Stejně jako si klient určuje návštěvy, určuje si i svůj denní režim. V tom je výrazný rozdíl v porovnání s nemocniční péčí. Klient si určí, kdy bude vstávat, ukládat se ke spánku, myje se, kdy chce on sám. Může jíst, kdy chce. Personál, pokud je to možné, vychází vstříc klientovým přáním a potřebám. Pokud mu to zdravotní stav dovolí, nemusí trávit pobyt na lůžku, oblékne se do svých šatů a může se pohybovat po celém areálu hospice. Má-li zrovna potřebu o svých problémech hovořit, vždycky je tu pro něj někdo chápající, i kdyby to bylo v nočních hodinách. ⁽⁵¹⁾ Hospice mají i společné prostory, kde se mohou klienti, návštěvy i dobrovolníci pracující v hospici neomezeně scházet. Je snaha, aby prostředí hospice připomínalo více domov než ústav nebo nemocnici. Klienti mají možnost využít pomůcek usnadňujících jim život a pobyt. Jsou to pojízdná lůžka, pojízdné koupací vany, zvedáky. Samozřejmostí je bezbariérový přístup do všech prostorů hospice. Součástí každého hospice je i kaple, kde mohou klienti hledat duchovní útěchu.

O tom, zda bude klient přijat na hospicové lůžko nebo se o něho lze postarat ve stacionári nebo doma, rozhoduje zásadně hospicový lékař. Ten, po dohodě s ošetřujícím

lékařem klienta, zváží především jeho zdravotní indikaci, ale i možnosti hospice. Může být benevolentnější, jsou-li některá lůžka volná. Je-li hospic plný, bezpodmínečně musí být dán přednost těm klientům, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti. Takovým nemocným je hospic určen především. Ty nesmí v žádném případě zklamat, a to ani za cenu, že z kapacitních důvodů zklame jiné, méně akutní nemocné. Jakákoliv protekce by v případě hospicové péče byla neetická.

Většina lidí má zažitou představu, že hospic je jakýsi druh nemocnice, kam chodí umírat lidé s rakovinou nebo lidé s nějakou jinou nevyléčitelnou nemocí. Pravda je však poněkud jiná. Hospicovou péči lze popsat z časového hlediska. Podle Svatošové rozeznáváme tři období hospicové péče. (51)

- 1. období: období: prae finem - je charakterizováno tím, že v rámci hospicové péče může být klient a jeho blízcí doprovázeni a může mu být věnována péče již od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu.
- 2. období: období in finem – jedná se o péči a doprovázení klienta a jeho blízkých během umírání v užším slova smyslu.
- 3. období: období post finem – v této fázi se již jedná o péči o tělo zemřelého klienta a hlavně o doprovázení a pomoc pozůstalým podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu jednoho roku.

Chybou by bylo hospic chápat pouze jako péči o klienta a to pouze v období in in finem. Z uvedeného vyplývá, že čím dříve těžce nemocný a jeho rodina hospic kontaktují, tím víc pro ně hospic může udělat. Z téhož důvodu je nesmírně důležitá dobrá spolupráce ošetřujících lékařů a nemocnic s hospicovým týmem. (51)

Podle pracovníků hospiců eutanazie není ani potřeba. Dnes už má medicína takové prostředky, že je v podstatě schopna tlumit bolest ve všech případech. Konec života nemusí být krutý. ... Vašíčková je přesvědčena o tom, že ze zkušenosti hospicové péče podle zdravotníků plyne, že v případech, kdy je o nemocného či starého člověka dobře postaráno, ten o eutanazii nikdy nežádá. (54)

Další službou, kterou hospice mohou poskytovat, je respitní péče. Holmerová respitní péči charakterizuje jako pohlídání pacienta trvale vyžadujícího dohled a péči,

kdy mu tuto péči dlouhodobě poskytuje rodina. Jedná se o zajištění odpočinku, úlevy pro pečující (anglicky respite = oddech, úleva). (20)

1.6. Hodnota, smysl a kvalita života

Zastánci eutanazie volají po legálním chtěném ukončení života ve chvíli, kdy podle nich život ztrácí smysl a nemá již žádnou hodnotu. Otázkou je, kdy lidský život ztrácí smysl a nemá hodnotu? Smysl a hodnota života jsou pojmy subjektivní, pro každého člověka jsou jiné. Viktor E. Frankl tvrdí, že subjektivní je smysl potud, pokud neexistuje jeden smysl pro všechny, nýbrž pro každého jiný smysl; ale smysl, o němž od počátku jde, nemůže být pouze subjektivní, nemůže být pouhým výrazem a pouhým zrcadlem mého bytí. (10) Smysl života je pojem také relativní, protože se odvíjí od situace, ve které se člověk nachází. Představu o smyslu života bude mít určitě člověk jinou v dětství, v dospělosti nebo ve stáří.

Stává se, že lidé tvrdí, že jejich život už postrádá smysl, nemá žádnou hodnotu. I tento pojem (hodnota života) je relativní a subjektivní. Stejně jako u smyslu života se hodnoty během života mění. Jiné hodnoty považuje za důležité člověk v dětství, v dospělosti a ve stáří. Frankl rozlišuje trojí hodnoty. Prvními jsou hodnoty tvůrčí. Tyto hodnoty člověk posuzuje podle toho, co dělá, co vytváří. Pokud člověk tvrdí, že jeho život postrádá hodnoty, takovému člověku musíme poukázat především na to, že je nakonec lhostejné, kde člověk stojí v povolání, co dělá; daleko spíše záleží na tom, jak pracuje, zda místo, na které byl jednou postaven, skutečně také zastává. Důležité tedy není, jak velký je jeho akční rádius, důležité je pouze, plní-li okruh svých úkolů. (10) Důležité je, zda plní svoji roli. Žádný člověk na světě není bez role. Každý má svoji roli, svůj úkol, i člověk, který se ocitne na konci života. Další hodnoty můžeme nazvat hodnoty zážitkové, které se uskutečňují v prožívání. Jsou realizovány v přijímání světa. Existuje ještě třetí kategorie hodnot. Život může být smysluplný i tehdy, pokud již není naplněn tvůrčími nebo zážitkovými hodnotami. Záleží na tom, jak se člověk staví k omezením života. I zdánlivě tolik ochuzený život, život ochuzený o tvůrčí a zážitkové hodnoty, může směřovat k hodnotám, které Frankl nazývá postojovými. Možnost

realizovat takové hodnoty postoje vzniká tehdy, kdykoli je člověk postaven proti osudu, vůči němuž může jít pouze o to, že ho bere na sebe, že ho nese; jako ho však nese, jak ho jako svůj kříž bere na sebe, že ho nese; o to jde. Jde o postoje jako statečnost v utrpení, důstojnost také ještě v záhubě a ztroskotání. Jakmile jsme však zahrnuli postojové hodnoty do oblasti možných hodnotových kategorií, ukazuje se, že lidská existence nemůže být nikdy opravdu bezesmyslná; život člověka má svůj smysl až do „in ultimus“ – tedy dokud dýchá; dokud je při vědomí, nese odpovědnost vůči hodnotám, i kdyby to byly pouze hodnoty postoje. (10)

Pro křesťany je možno nalézt nejhlubší hodnotu a smysl života ve víře v Boha. Křesťan věří, že Bůh mu dal život, proto tedy má jeho život určitý smysl a hodnotu za jakýchkoliv podmínek. Nic není bezúčelné. I lidské utrpení a bolest má smysl. Věřící, že je povolán k věčnému životu. Podle křesťanů hodnota lidského života se tedy nevyčerpává schopností užívat života a něco dokázat v materiální oblasti, nýbrž nejhlouběji se zakládá ve vztahu člověka k Bohu. (47)

Termín kvalita života je často používán zastánci eutanazie. Chápání kvality života vychází z osobní zkušenosti toho kterého člověka, vyjadřuje celkové chápání života, vztahy s okolím, prožitky, naděje, cíle, ale i bolesti, utrpení, nezdary a obavy v životě. Pro některé nemocné však léčba a život v nemoci znamená jen prodlužování jejich neutěšeného stavu bez naděje na zlepšení života jako celku. Pro jiné ale léčba může znamenat naopak výhled na lepší budoucnost, i když musí prožít určitou bolest a utrpení. Termín kvalita života by nikdy neměl být používán k měření ceny nebo hodnoty osoby jako takové, jako kdyby některé lidské životy byly cennější než jiné lidské životy. Nikdo by nikdy neměl deklarovat, že kvalita života jiného člověka je tak ubohá, že jeho život není hoden žití. Za tímto prohlášením je myšlenka, že život a důstojnost každé lidské bytosti nejsou cenné samy v sobě, ale jsou cenné jenom jako prostředky ke kvalitě vědomé zkušenosti a činnosti člověka (nejčastěji tak, jak je to hodnoceno jinými). (31)

Které okolnosti jsou takové, že život by byl již potupný? Rozdíl mezi životem kvalitním a jeho opakem je předmětem otázky palčivé beze změny přes všechny věky až dosud, přičemž na každé a další generaci bylo a je, aby se s ní vyrovnávala.

Vyhrocení této otázky se pak objevuje v současné medicíně s tím, že ovšem její řešení v konkrétních případech není na lékaři; lékař morálně konající je vždycky veden toliko svou hippokratovskou přísahou, čili tím, že nikdy nikomu nebude škodit. Tudíž mu občas v souvislosti s eutanazií podsouvaná pohnutka zabíjet z milosrdenství je buď výrazem poťouchlosti okolí, anebo případně jeho mravního selhání: pokládat milosrdnou smrt za eutanazii je v každém případě naprosté zmatení a zdá se vyjadřovat neschopnost soustředit se na tuto otázku či ji i jen myslet vážně. Jde přece o to, že jediným ospravedlním eutanazie je úcta k rozhodnutí či svobodné vůli vůbec pacienta samotného. Takže se všechno vrací zpět k původní otázce po tom, zda je sebevražda přípustná či nikoliv. (44)

2. Cíle práce a hypotézy

Cílem práce je zmapování diskuse o eutanazii ve vybraných českých dennících od roku 1996, klasifikace a systematizace názorů objevujících se v denním tisku, komparace názorů, zveřejňovaných v denním tisku, s odbornou literaturou. Vedle stanovení typologie názorů je cílem práce vysledovat společenský kontext, v jakém se diskuse o eutanazii na stránkách denního tisku objevuje.

Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum, hypotézy budou stanoveny v diskusi k výzkumu.

3. Metodika

Jedná se o kvalitativní výzkum. Při výzkumu byla použita metoda obsahové analýzy dokumentů. Zkoumaným souborem jsou 3 české denníky, vydávané kontinuálně od roku 1996 do současnosti. Jsou to Mladá fronta-Dnes, Lidové noviny a Právo. Bylo též užito komparativní metody pro vzájemné porovnání názorů prezentovaných v denním tisku a pro jejich srovnání s odbornou literaturou.

Při výzkumu jsem názory prezentované v denním tisku zkoumal z několika hledisek. Zkoumal jsem, kdy byl názor publikován a při jaké příležitosti (co vyvolalo diskusi). Dalším předmětem zkoumání bylo, kdo názor prezentoval. Diskutující jsem rozdělil do několika skupin podle profesí. Do některých skupin jsem zařadil více profesí podle předpokladu, že by lidé z různých profesí mohli mít podobný náhled na problematiku eutanazie. Při výzkumu jsem sledoval, jaké diskutující zaujal stanovisko k dané problematice. To znamená, že jsem sledoval, zda s eutanazií souhlasí nebo nesouhlasí, zda o eutanazii pouze polemizuje, ale své vlastní stanovisko vlastně nevyjádří anebo souhlasí s argumenty obou stran (zastánců i odpůrců eutanazie). Dále jsem zkoumal, jak diskutující odůvodnil své stanovisko. Provedl jsem klasifikaci a systematizaci názorů, kdy jsem názory a důvody, vyjádřené v diskusi, rozdělil do několika skupin, které mají, podle mého názoru, podobné rysy. Při svém výzkumu jsem se zajímal také o to, čím názor byl v denním tisku nejčastěji publikován.

Sledovaným souborem jsou novinové články, které byly zveřejněny v českých dennících Právo, Lidové noviny a Mladá fronta – DNES v letech 1996 – 2006. Toto časové rozmezí jsem vybral z důvodu přístupu do elektronické databáze novinových článků a z důvodu zmapování diskuse o eutanazii v poslední dekádě. Databáze novinových článků v elektronické podobě je vedena od roku 1996. Databáze článků, které byly zveřejněny v Mladé frontě – DNES je přístupná na internetu po zaregistrování se a zadání hesla, které jsem po registraci obdržel. Články, které byly publikovány v dalších dvou sledovaných dennících, nejsou volně od roku 1996 přístupné, proto bylo nutné požádat o pomoc českobudějovickou redakci Mladé fronty –

DNES, kde mi byl přístup do databáze laskavě umožněn. Elektronickou databázi spravuje Newton Information Technology, společnost s ručením omezeným.

Z důvodu mého zaměstnání ve zdravotnictví jsem se také zaměřil na to, jaké názory vyjadřuje v denním tisku především zdravotnická odborná veřejnost a jaké má pro své stanovisko důvody.

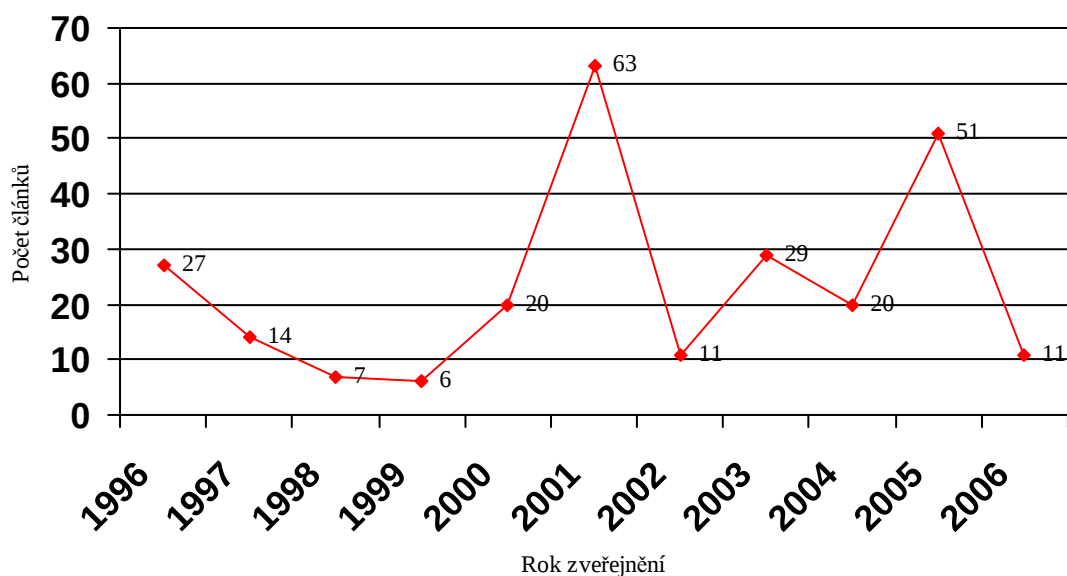
4. Výsledky

4.1. Počet zveřejněných článků a souvislosti zveřejnění

Slovo eutanazie je v českém denním tisku poměrně frekventovaným výrazem. Ne všechny příspěvky však bylo možno zařadit do výzkumu. Například v Mladé frontě – DNES se slovo eutanazie, psáno v jakékoliv možné podobě (eutanazie, eutanázie, euthanasie, euthanázie), vyskytlo celkem v 638 novinových článcích. Pro svůj výzkum jsem však vybíral pouze takové příspěvky, kde byl vyjádřen názor diskutujícího, popřípadě jeho stanovisko k této problematice. Do výzkumu jsem zahrnul i takové příspěvky, kdy autor o dané problematice polemizuje, zamýšlí se nad argumenty jedné i druhé strany. Vyloučil jsem tedy takové zprávy, které měly informativní charakter, například že se v Holandsku jedná o legalizaci eutanazie. V některých příspěvcích se slovo eutanazie objevuje v jiné souvislosti. Slovo eutanazie se objevuje například v recenzi na nový film. Jiným příkladem výskytu slova eutanazie může být diskuse okolo evropské ústavy, kdy byla vyslovena myšlenka na eutanazii Evropské unie.

Celkový počet novinových článků, které bylo možno zahrnout do výzkumu, to znamená zveřejněných ve všech třech sledovaných dennících od roku 1996, je 259. Jejich počet a to, jak byly zveřejněny v jednotlivých letech sledovaného období, je znázorněn v tomto grafu.

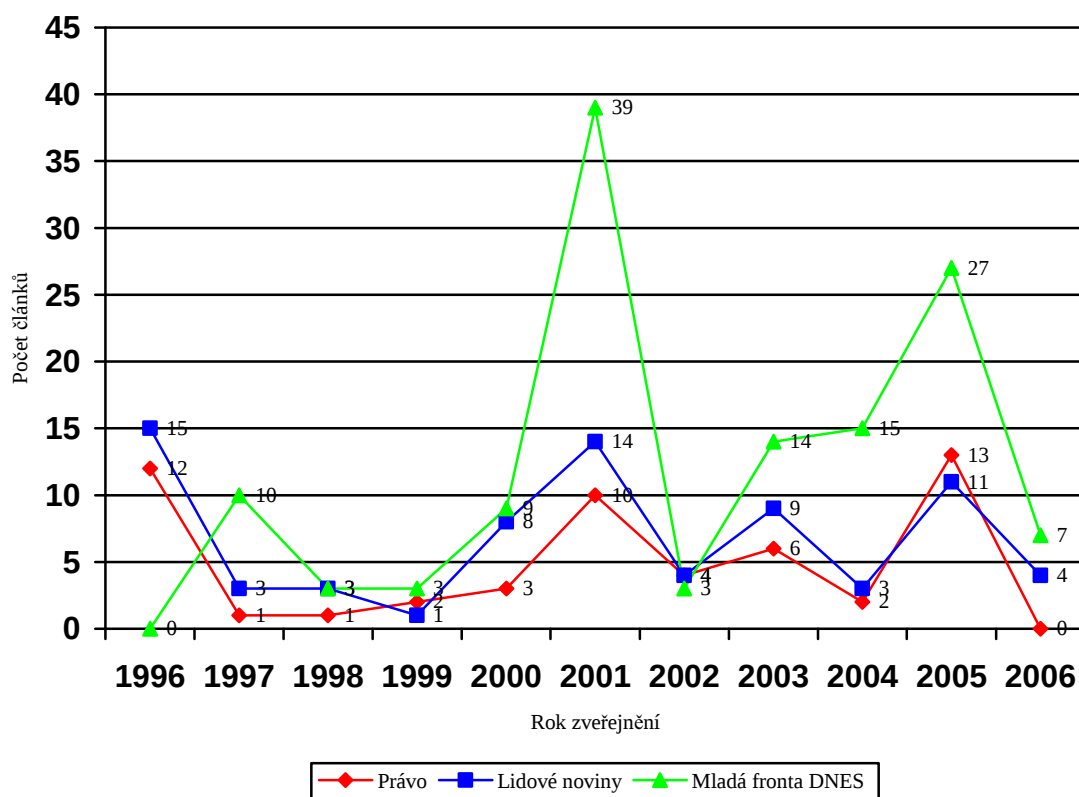
Graf 1: Počet publikovaných článků celkem



zdroj: vlastní výzkum

Při zkoumání počtu novinových článků, publikovaných v jednotlivých dennících, jsem zjistil, že v denníku Právo bylo v letech 1996-2006 publikováno 54 článků, které vyjadřují nějaký názor na eutanazii. V Lidových novinách to bylo 75 článků a v Mladé frontě - DNES bylo takových článků zveřejněno 130. Jejich počty a rozložení v jednotlivých dennících a v jednotlivých letech je znázorněno v dalším grafu.

Graf 2: Počet článků v jednotlivých dennících a v jednotlivých letech



zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je jasné vidět, že počty publikovaných článků v jednotlivých letech značně kolísají. Závisí to na tom, při jaké příležitosti byl názor prezentován nebo co vyvolalo diskusi o eutanazii. Můžeme konstatovat, že v uplynulých deseti letech byla diskuse o eutanazii otevřena ve čtyřech vlnách, kdy byl výskyt prezentovaných názorů vyšší než v jiných letech.

První taková vlna byla v roce 1996 a přetrvala částečně ještě do roku 1997. Tuto vlnu diskusí o eutanazii vyvolaly zprávy o připravovaném novém znění trestního zákoníku, kdy se začaly objevovat návrhy na nižší tresty za provedení eutanazie. Dalším důvodem pro vyvolání této vlny diskusí o eutanazii byly názory prezentované v denním tisku ohledně problematiky potratů a dále připravovaná reforma zdravotnictví.

Druhá vlna diskusí vypukla v roce 2001, kdy byl prudký nárůst příspěvků především v Mladé frontě – DNES. Tuto diskusi vyvolalo velké množství zpráv

v českém denním tisku o připravovaném zákonu o eutanazii v Holandsku a o směřování k tomuto řešení problematiky eutanazie i v dalších státech.

Další, třetí vlna diskuse o eutanazii byla otevřena v roce 2003 v souvislosti se zprávami o Vincentu Humbertovi ve Francii a Terri Schiavové v USA. Vincent Humbert zůstal po autonehodě ochrnutý na celé tělo kromě prstu pravé ruky, ohluchl, oslepl, s okolím komunikoval pouze pomocí počítače. Opakovaně žádal o možnost zemřít. Jeho matka mu injekčně aplikovala sedativa, po kterých upadl do kómatu a lékaři odpojili přístroje. Matka byla zatčena pro vraždu a posléze propuštěna do psychiatrické léčby. Případ Terri Schiavové byl taktéž medializován. Terri Schiavová je ochrnutá a možnost eutanazie žádal její manžel, protože podle jeho tvrzení vyjadřovala touhu zemřít. Tato žádost se dostala až do Kongresu USA, který žádost zamítl. Dalším takovým mediálně známým žadatelem o eutanazii byla Diana Prettyová ve Velké Británii. Tato zcela ochrnutá žena žádala britský soud o beztrestnost pro svého manžela, pokud by jí pomohl spáchat sebevraždu. Po zamítnutí žádosti se obrátila na Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku, který žádost taktéž zamítl. Zemřela krátce po vynesení rozsudku.

Čtvrtá vlna diskusí o eutanazii nastoupila v roce 2005, a to v souvislosti opětovných jednání o podobě nového trestního zákoníku. V médiích byl opět diskutován případ Terri Schiavové a diskuse se otevřela i v souvislosti se zvolením konzervativního kardinála Ratzingera novým papežem katolické církve, kdy se v denním tisku začaly objevovat úvahy o tom, jaký bude mít nový papež názor na diskutované problémy dneška, například jak se staví k potratům, antikoncepci a eutanazii.

Toto byly nejčastější souvislosti, které vyvolaly diskusi o eutanazii. Výzkumem jsem zjistil, že další názory na eutanazii byly prezentovány i v dalších souvislostech. Sem je možno zařadit další zprávy o pacientech žádajících smrt v zahraničí, otevření nového hospice, polemiky okolo trestu smrti, případ zdravotního bratra Zelenky v havlíčkobrodské nemocnici na konci roku 2006. Názory na eutanazii se objevily i v souvislosti se zprávami o dalším činu dr. Kevorkiana v USA nebo o soudním procesu s ním. Větší počet názorů na eutanazii se objevil i v souvislosti s volbami, ať už

parlamentními nebo senátními, kdy se k eutanazii vyjadřují různí politici. V roce 1997 se o eutanazii diskutovalo v souvislosti s případem dvou českých lékařů, kteří byli obviněni, že zavinili smrt svých klientů. V roce 1998 se konal mezinárodní kongres o lidském životě a jeho důstojnosti a jednala komise Rady Evropy pro sociální, zdravotní a rodinné otázky o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka u nevyléčitelně nemocných a umírajících, což se také v diskusi o eutanazii odrazilo. Jeden názor byl publikován i v souvislosti se smrtí Pavla Tigrida. Při zkoumání publikovaných názorů se však vyskytly i články, u kterých nebylo možno určit souvislosti nebo zřetelný důvod, proč byly publikovány konkrétně v tu určitou dobu.

4.2. Diskutující

Při svém výzkumu jsem se dále zaměřil na to, kdo daný názor publikoval nebo vyjádřil z hlediska profese. Diskutující jsem rozčlenil do několika kategorií.

Do první skupiny, kterou jsem nazval odborná veřejnost, jsem zařadil především odbornou zdravotnickou veřejnost, to znamená lékaře a zdravotní sestry. Dále jsou v této skupině uvedeni vědci, antropologové, sociologové, sociologové, filozofové, profesori na vysokých školách, soudní znalec. Z lékařů se do diskuse zapojili onkologové, chirurgové, praktičtí lékaři, psychiatři, internisté.

Další skupinou jsou politici.

Dále se k eutanazii vyjadřovali právníci a studenti práv.

Dalšími skupinami jsou představitelé církve.

Do další skupiny jsem zařadil osoby, které se zabývají občanskými právy nebo jsou členy různých občanských sdružení. Sem jsem zařadil například prezidenta Hnutí pro život a členku Hnutí Pražské matky. Dalšími diskutujícími jsou lidé, kteří působí v Občanském institutu. Dále sem patří předsedkyně Občanského sdružení na ochranu práv pacientů a předseda Sdružení ochrana nenarozeného života.

Do další skupiny jsem zařadil publicisty a novináře, spisovatele.

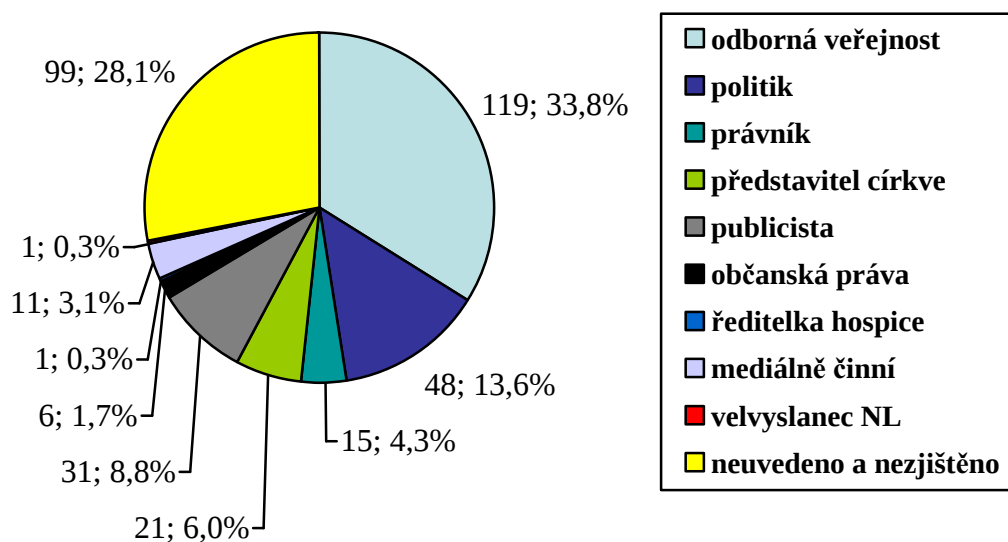
Poslední větší skupinu lidí, kteří prezentovali svůj názor, jsem nazval osoby mediálně činné. Do této kategorie patří herečky, zpěváci, režiséři, známý sportovec, malíř, architekt.

Dalšími osobami, které uvedly svoji profesi, jsou ředitelka hospice a velvyslanec Nizozemska v České republice.

Poměrně velký počet diskutujících svoji profesi neuvedl. Je pravděpodobné, že se mezi nimi nalézají i lidé ze skupin, které jsem již uvedl, ale toto nebylo možné zjistit. Jedná se o diskutující z řad čtenářů jmenovaných denníků. Tuto skupinu jsem nazval neuvedeno a nezjištěno.

Počet všech diskutujících rozdělených do jednotlivých skupin je znázorněn v následujícím grafu.

Graf 3: Diskutující podle profesí



zdroj: vlastní výzkum

Celkem se v diskusi objevilo 119 příspěvků od lidí, které jsem označil jako odbornou veřejnost. Je to 33,% z celkového počtu. U 48 (13.6%) příspěvků byl autorem politik. Autoři, které jsem označil jako právníky, přispěli 15 příspěvky (4,3%). Představitelé církví byli autory 21 příspěvků (6%). 31 příspěvků do diskuse (8,8%), pocházelo od publicistů. Osoby zabývající se občanskými právy napsaly 6 článků (1,7%). Po jednom příspěvku (0,3%) měli ředitelka hospice a velvyslanec Nizozemska v České republice. Mediálně činné osoby se vyjádřily v 11 článcích (3,1%). Poslední, druhou nepočetnější skupinou, byly příspěvky od osob, které neuvedly svoji profesi nebo toto nebylo možno zjistit. Bylo jich 99 (28,1%).

Někteří autoři se v diskusi vyjadřovali častěji než ostatní nebo byly jejich názory častěji zmiňovány. Nejfrekventovanější jména jsem zobrazil v následující tabulce.

Tabulka č. 1: Nejfrekventovanější jména

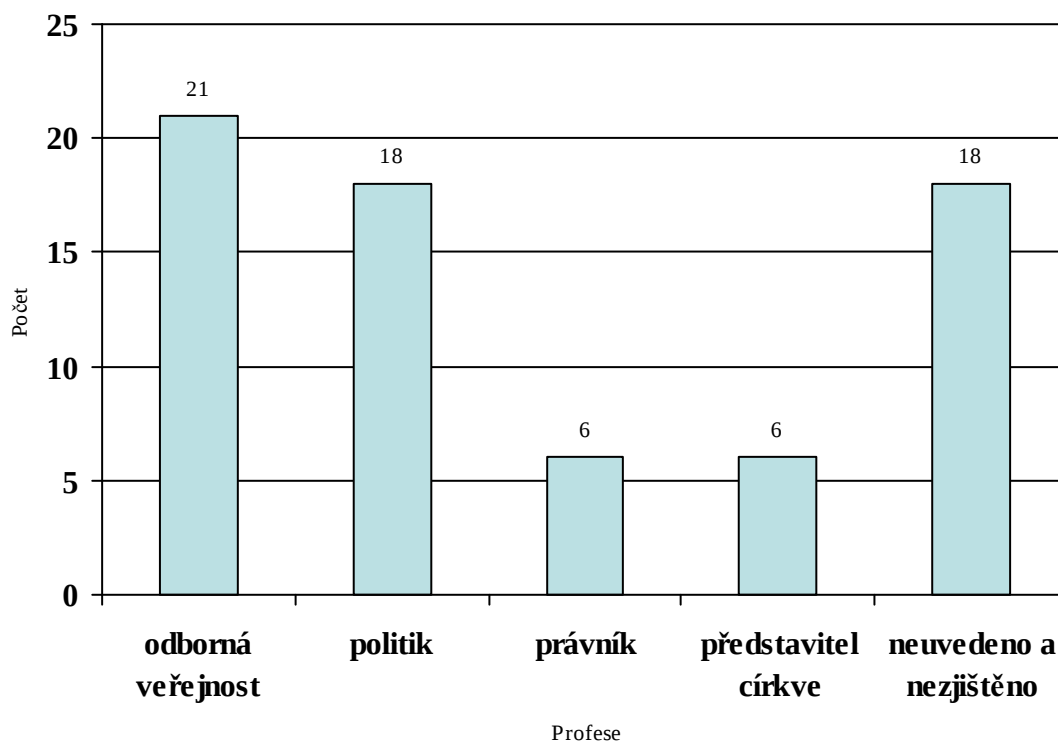
MUDr. Marie Svatošová - zakladatelka hospicového hnutí
MUDr. Pavel Pařko - lékař
Jiří Karas - poslanec KDU-ČSL
MUDr. PhDr. Jan Payne, CSc. - vedoucí Centra pro bioetiku Ústavu pro humanitní studia v lékařství 1.lékařské fakulty Univerzity Karlovy
MUDr. Petr Příhoda - vedoucí Ústavu lékařské etiky a humanitních základů medicíny 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze
Michaela Freiová - Občanský institut
Martin Komárek - komentátor Mladé fronty - DNES
prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. - bioložka, filozofka a první česká univerzitní profesorka lékařské etiky
prof.MUDr. Marta Munzarová, CSc. - přednostka Ústavu lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně
MUDr. Tomáš Lajkep - přednáší lékařskou etiku

zdroj: vlastní výzkum

V denníku Právo vyšlo nejméně příspěvků k diskusi ze všech tří sledovaných denníků a stejně tak byl počet diskutujících nejmenší. Diskuse v tomto denníku se

zúčastnili odborná veřejnost, politici, právníci, představitelé církve a lidé, kteří neuvedli svoji profesi. Jejich rozdělení je znázorněno v tomto grafu.

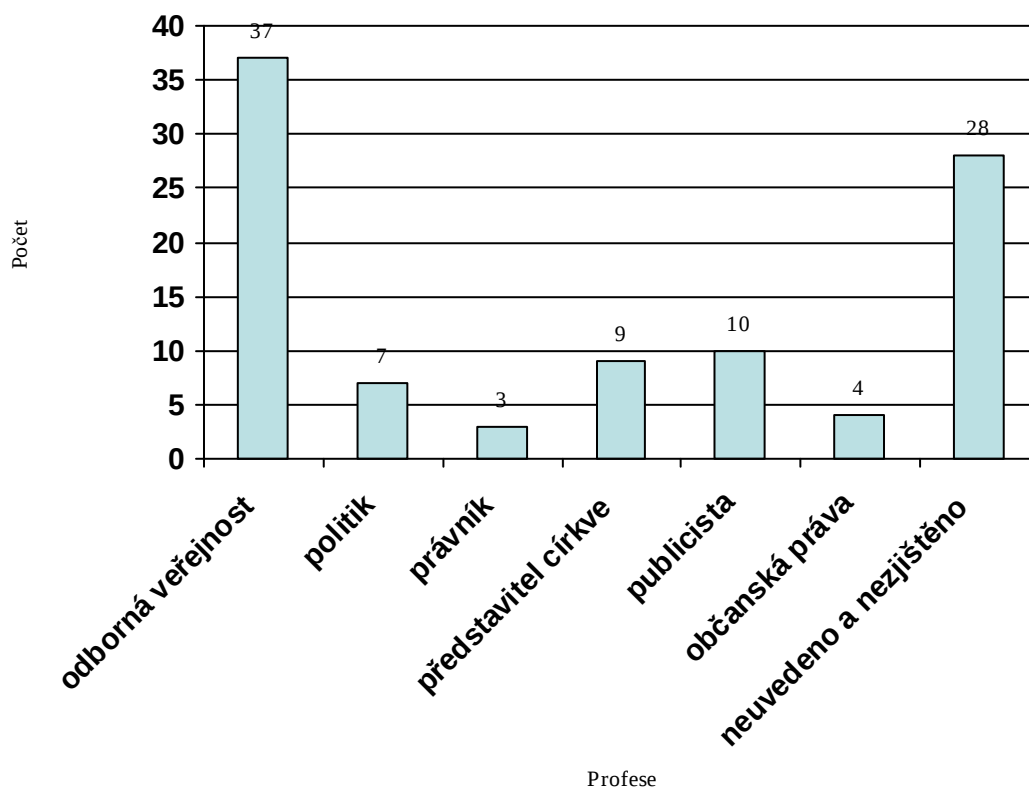
Graf 4: Diskutující v denníku Právo podle profesí



zdroj: vlastní výzkum

V Lidových novinách se do diskuse zapojilo více lidí z více profesí. Přibyli publicisté a lidé zabývající se občanskými právy. Rozložení profesí lidí, kteří vyjádřili svůj názor v Lidových novinách, je znázorněno v následujícím grafu.

Graf 5: Diskutující v Lidových novinách podle profesí

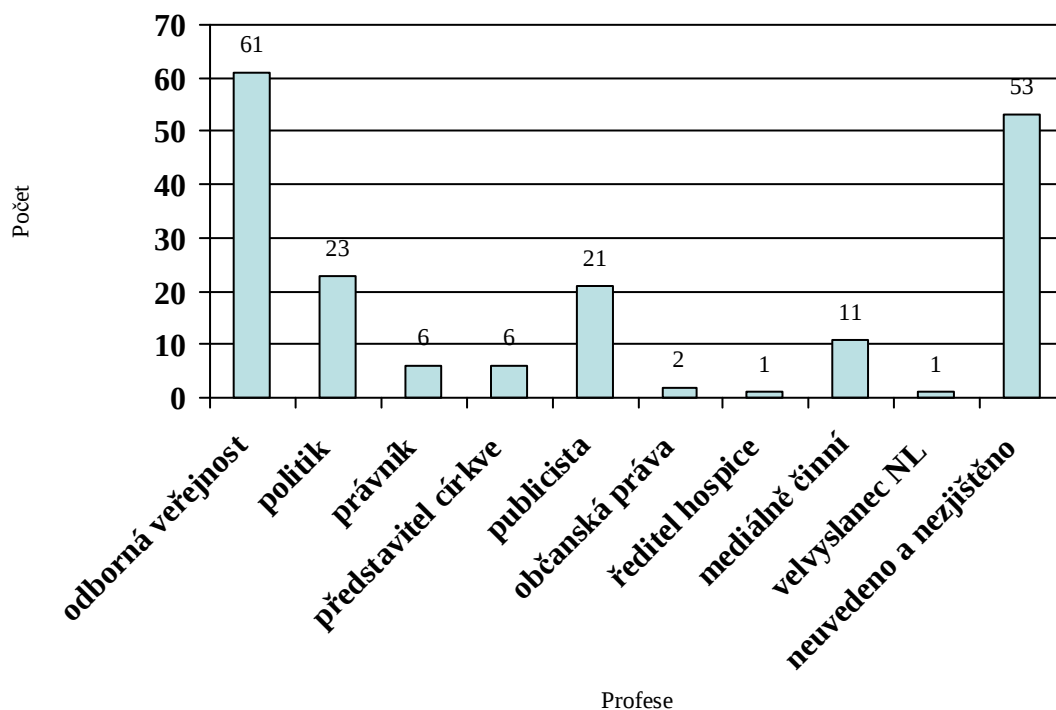


zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce názorů bylo publikováno v Mladé frontě – DNES. Zde byla i největší různorodost, co se týče profesí diskutujících. Oproti ostatním zkoumaným denníkům se v Mladé frontě – DNES k eutanazii vyjadřovali osoby ze showbusinessu, to znamená herci, zpěváci, režiséři, to znamená ti, které jsem zařadil do skupiny mediálně činných. K eutanazii se vyjádřila ředitelka hospice a dokonce i velvyslanec Nizozemska v České republice, který reagoval na článek vědce Melvyna Krausse, který působí v Hooverově institutu Stanfordské univerzity.

Počty diskutujících podle profesí v Mladé frontě – DNES jsou znázorněny v tomto grafu.

Graf 6: Diskutující v Mladé frontě – DNES



zdroj: vlastní výzkum

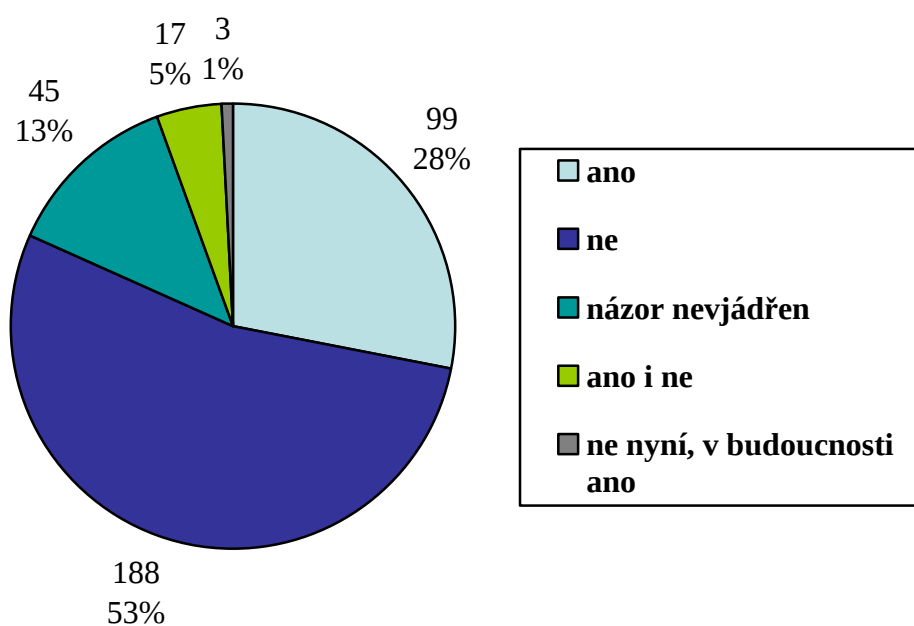
4.3. Postoje k eutanazii

Dalším předmětem mého výzkumu byl postoj k eutanazii, tak, jak ho diskutující vyjadřovali. Názory, které bylo možno vyhledat v publikovaných příspěvcích k diskusi o eutanazii, lze rozdělit do pěti skupin. Diskutující buď s eutanazií souhlasí nebo nesouhlasí. Dalším vyjádřeným názorem bylo, že diskutující souhlasí i nesouhlasí a diskutující uváděl argumenty pro i proti. Vyskytly se i příspěvky, ve kterých autor výslovně neuvedl, zda s eutanazií souhlasí nebo ne, ale polemizuje o problematice eutanazie. Poslední skupinou názorů, které bylo možno vyzkoumat v příspěvcích, je takový názor, že autor s eutanazií souhlasí, ale v současnosti ne, až někdy v budoucnu.

Ve zkoumaných dennících byla za uvedené období (od roku 1996) vyjádřeno celkem 352 postojů k eutanazii.

Názory na eutanazii, které vyjádřili autoři ve svých příspěvcích k diskusi, jsou znázorněny v tomto grafu.

Graf 7: Postoj k eutanazii



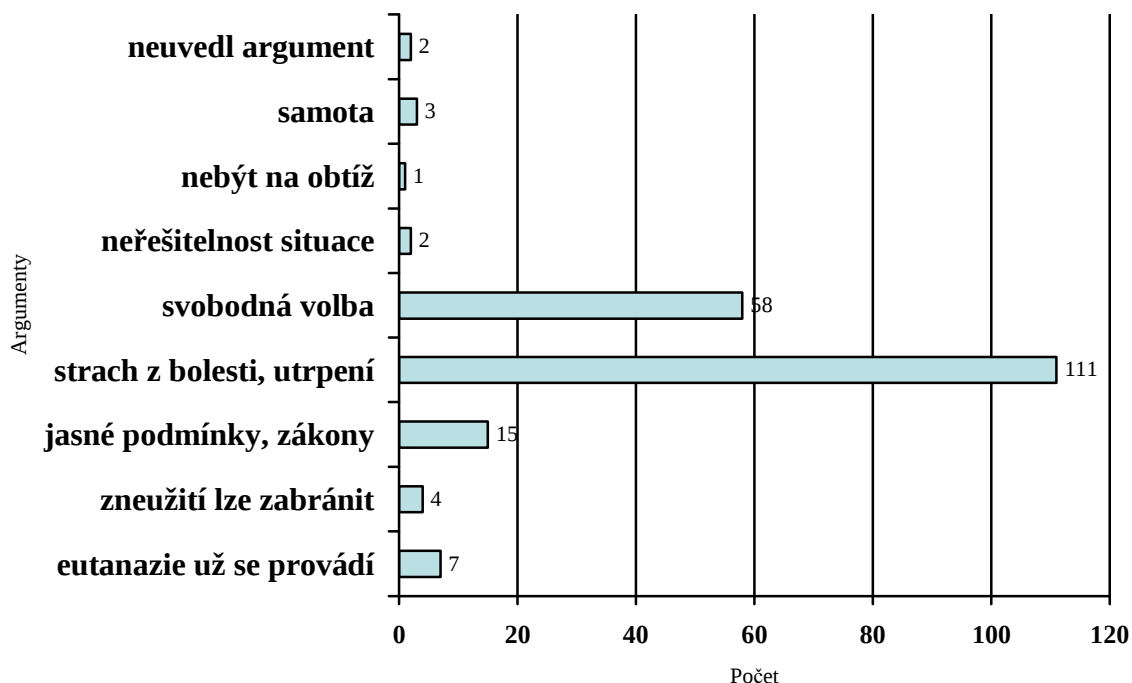
zdroj: vlastní výzkum

188 názorů (53%) vyjadřovalo negativní postoj k eutanazii. Pozitivní postoj byl vyjádřen v 99 (28%) novinových článcích. 1% (3 diskutující) se vyjádřili v tom smyslu, že s eutanazií nesouhlasí nyní, ale v budoucnosti, až k tomu budou podmínky, s ní souhlasit budou.. U 17 názorů (5%) byl vyjádřen souhlas s argumenty pro eutanazii i proti eutanazii. A konečně 45 článků (13%) o eutanazii polemizovalo, ale výslovný souhlas nebo nesouhlas vyjádřen nebyl.

4.4. Argumenty pro eutanazii

Při výzkumu jsem se zajímal o důvody, kterými diskutující zdůvodňovali své stanovisko. Kladný postoj (to znamená souhlasím s eutanazií) byl vyjádřen v 99 názorech, to je ve 28% z celkového počtu vyjádřených názorů. Sledoval jsem důvody, kterými diskutující vysvětlují svůj postoj. Argumenty jsem opět rozdělil do několika skupin podle charakteru, který, podle mého názoru, tyto argumenty mají společný. V neposlední řadě je nutno podotknout, že někteří diskutující uvedli více důvodů pro svůj postoj a jsou zde zahrnuty i argumenty těch diskutujících, kteří vyjádřili s eutanazií souhlas i nesouhlas nebo těch, kteří o eutanazii polemizovali. Znamená to tedy, že jsou zde zahrnuty všechny argumenty, které se za uvedené období v uvedeném souboru podařilo nalézt. Pro větší názornost jsem výsledky zobrazil do následujícího grafu.

Graf 8: Argumenty pro eutanazii



zdroj: vlastní výzkum

Jak můžeme poznat z grafu, zdaleka největší skupinu argumentů tvoří strach z bolesti a z utrpení. Diskutující vyjadřovali názor, že je pro ně přijatelnější podstoupit eutanazii než prožívat nesnesitelnou bolest a snášet utrpení. Tímto argumentovali především diskutující z řad těch, kteří neuvedli svoji profesi. Argument utrpení vyjádřili i někteří diskutující z řad odborné veřejnosti. Do této skupiny jsem zařadil i obavu z bezmoci a ze ztráty důstojnosti při umírání.

Dalším argumentem, který vyjádřil velký počet diskutujících, bylo právo svobodné volby. Někteří diskutující jsou přesvědčeni, že mají mít právo rozhodovat o svém životě a smrti.

Větší počet lidí, kteří se zapojili do diskuse o eutanazii v denním tisku, vyjádřil názor, že by s eutanazií souhlasili za jasných, stanovených podmínek nebo pokud by byly tyto podmínky stanoveny v zákoně.

Diskutující argumentovali i tím, že eutanazie se stejně provádí, tak proč o něčem takovém diskutovat. Ve dvou případech se vyskytlo i svědectví (z lidí, kteří neuvedli svoji profesi), že tito měli pocit, že jejich příbuzný nesnesitelně trpí a přesvědčili známého lékaře nebo lékaře, který byl členem rodiny, aby provedl aktivní eutanazii. Ve svém příspěvku do diskuse však dotyčný přiznal, že se s tím nikdy nevyrovnali, jelikož jsou věřící. V druhém případě autor uvedl, že nechali odpojit přístroje od pacienta v kómatu. To, že se eutanazie ve skutečnosti provádí, přiznala i zdravotní sestra, která se diskuse také zúčastnila. Totéž uvedli i někteří lékaři. Zároveň však mluví o principu dvojího efektu.

Mezi argumenty pro eutanazii se vyskytly i názory, že riziku zneužití, kterým argumentují odpůrci eutanazie, lze zabránit, a to jasnými pravidly a zákonnými normami.

Dva diskutující by souhlasili s eutanazií, pokud by měli pocit, že jejich situace je neřešitelná anebo by byli v kómatu. Jeden diskutující uvedl, že má obavu, aby nebyl někomu na obtíž a tři lidé, kteří svůj názor prezentovali v denním tisku, se obávají samoty a opuštění při umírání.

Dva diskutující uvedli pouze, že jsou pro eutanazii, ale neuvedli žádný argument pro své stanovisko.

Co se týče profesí lidí, kteří v denním tisku vyjádřili souhlas s eutanazií, je možno uvést, že s eutanazií souhlasí někteří z řad odborné veřejnosti, politiků, právníků, publicistů a novinářů a mediálně činných osob. Naopak se kladný postoj k eutanazii nevyskytl ani v jednom případě u představitelů církve nebo u lidí, kteří se zabývají občanskými právy.

4.5. Argumenty proti eutanazii

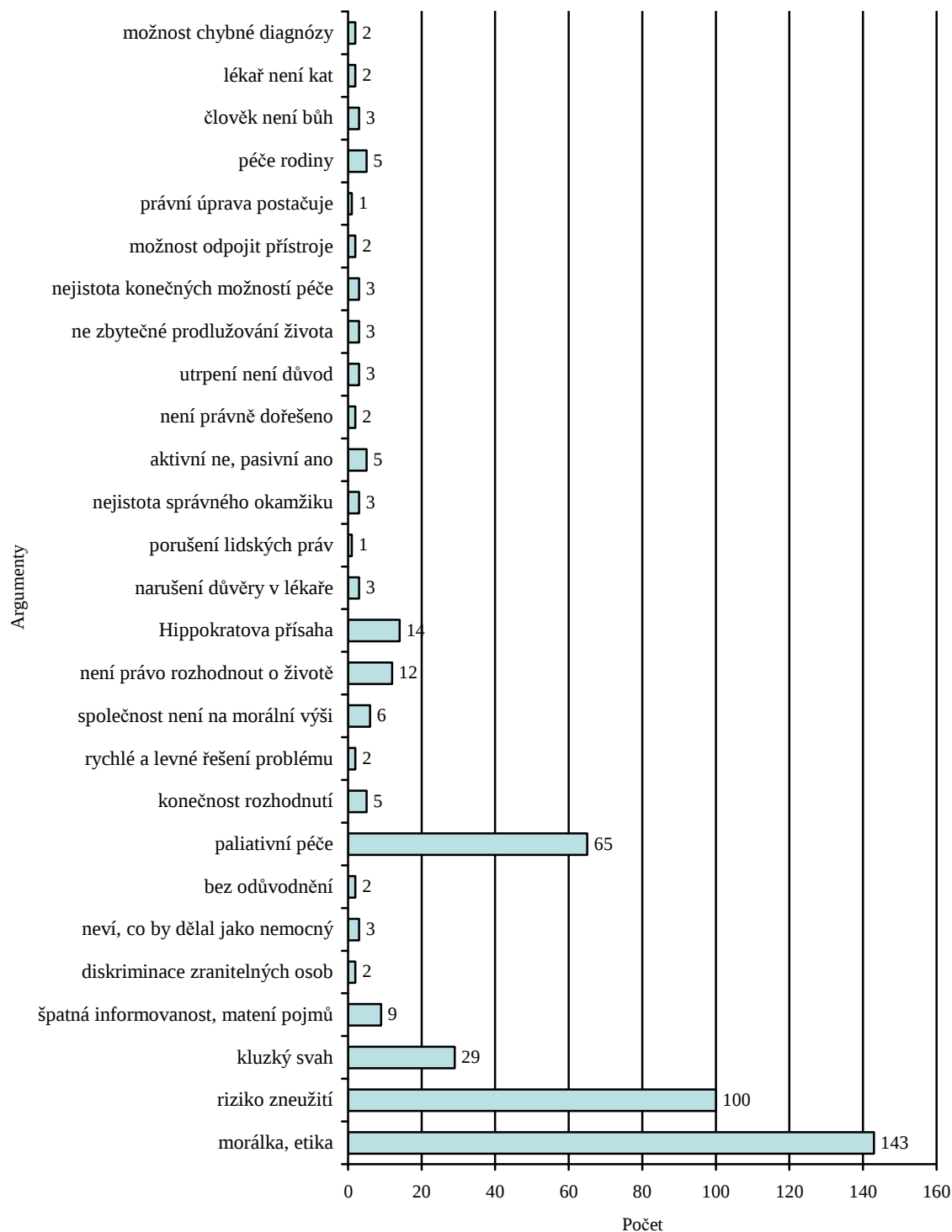
Argumentů odpůrců eutanazie bylo vyjádřeno více než argumentů zastánců eutanazie. Nejčastější argument je možno shrnout pod pojmy morálka a etika. Odpůrci považují eutanazii za zabití člověka nebo vraždu, poukazují na nedotknutelnost lidského života, argumentují úctou k člověku, eutanazii považují za popření všech hodnot.

Druhým nejčastějším argumentem bylo riziko zneužití. Ti, kteří tento argument vyzdvihovali, se vyjadřovali v tom smyslu, že by se příbuzní nebo jiní lidé mohli zbavovat nepohodlných osob a bránit se, že šlo o eutanazii.

Velké množství diskutujících vysvětluje, že dnešní paliativní péče a medicína jsou na takové úrovni, že není třeba eutanazie z důvodu utrpení a bolesti. Tímto důvodem argumentují především lékaři. Část diskutujících vidí jako problém jev zvaný kluzký svah. K riziku kluzkého svahu se vyjadřuje i jeden ze dvou zahraničních účastníků diskuse, a to vědec Melvyn Krauss. Na jeho výhrady proti eutanazii a praxi prováděné v Nizozemsku reaguje velvyslanec Nizozemska v České republice, který naopak nizozemské zákony a zkušenosti s eutanazií obhajuje. Dalším argumentem je špatná informovanost společnosti o této problematice a matení pojmů. Několik diskutujících se vyjádřilo v tom smyslu, že neví, jak by se zachovali v případě nevyléčitelné nemoci. Podle dvou diskutujících hrozí v případě kladného přijetí eutanazie diskriminace zranitelných osob. Okamžik provedení eutanazie je také kritizován jako konečné rozhodnutí, z něhož není návratu. Eutanazie je odpůrci posuzována jako rychlé a levné řešení problému. Podle některých diskutujících není

naše společnost na takové morální úrovni, abychom mohli přijmout a praktikovat eutanazii. Člověk nemá právo rozhodovat o životě druhého člověka, stejně tak jako si člověk nemá hrát na Boha nebo se lékař nemá stát katem. Někteří lékaři, kteří se staví proti eutanazii, argumentují tím, že složili Hippokratovu přísahu a mají léčit své pacienty, ne je zabíjet, obávají se, že bude narušena důvěra mezi pacientem a lékařem. Někteří lékaři vyjádřili i nejistotu okamžiku, kdy by eutanazie měla být provedena. Podle odpůrců existuje i nejistota konečných možností péče. Někteří diskutující uvedli, že utrpení není důvod pro zavedení eutanazie, ale že nejsou pro léčení a udržování života za každou cenu. Byla zmíněna i existence možnosti odpojení přístrojů. Podle jednoho politika není eutanazie nutná, stávající úprava je podle něj dostatečná. Dvě osoby uvedly jako argument proti eutanazii vlastní zkušenost, kdy byli svědky stanovení chybné diagnózy lékařem.

Graf 9: Argumenty proti eutanazii

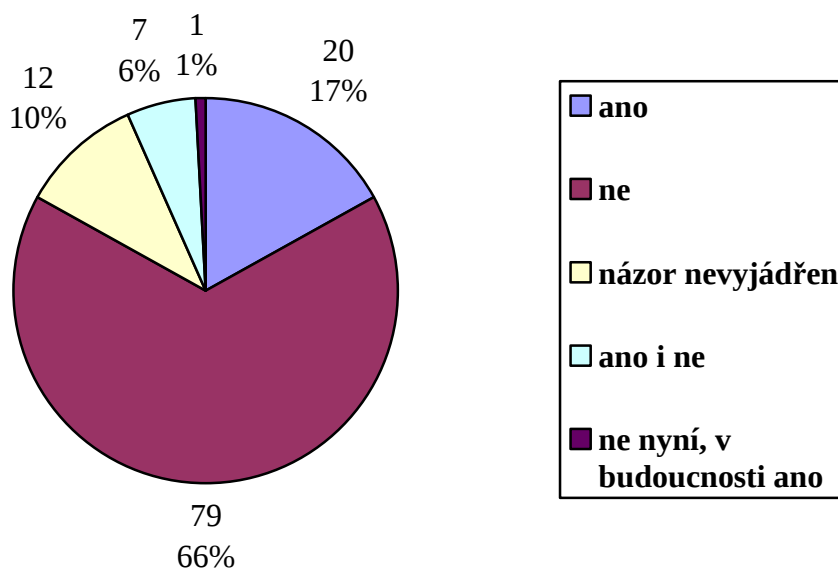


zdroj: vlastní výzkum

4.6. Srovnání odborné veřejnosti s ostatními diskutujícími

Protože pracuji ve zdravotnictví, zajímalo mne, jak se k problematice a k diskusi o eutanazii staví odborná veřejnost, to znamená především lékaři a zdravotní sestry, které jsem do této skupiny zařadil. Jak již bylo uvedeno, v diskusi bylo uveřejněno 119 příspěvků od diskutujících z řad odborné veřejnosti. Někteří přispěli více příspěvky. Jejich postoje jsou znázorněny v tomto grafu.

Graf č. 10: Postoje odborné veřejnosti k eutanazii



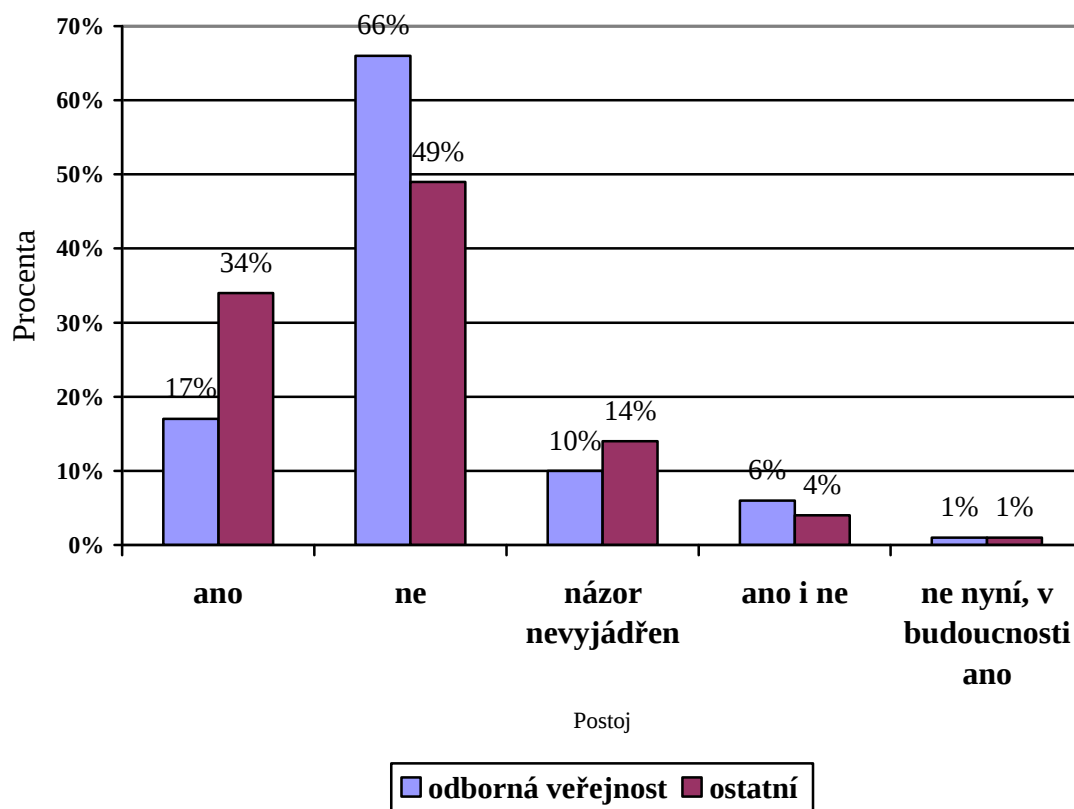
zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je možno vyčíst, že 79 názorů z řad odborné veřejnosti (66%) vyjadřovalo nesouhlas s eutanazií. Ve 20 příspěvcích (17%) svůj postoj vyjádřilo kladně, ve 12

(10%) případech nebyl názor vyjádřen, 7 (6%) souhlasilo s argumenty pro i proti eutanazii a 1 (1%) příspěvek vyjadřoval názor, že s eutanazií nyní nesouhlasí, ale v budoucnosti ano.

Porovnal jsem postoje odborné veřejnosti na jedné straně a ostatních diskutujících na straně druhé. Výsledek je znázorněn v tomto grafu.

Graf č. 11: Srovnání postojů odborné veřejnosti s ostatními diskutujícími



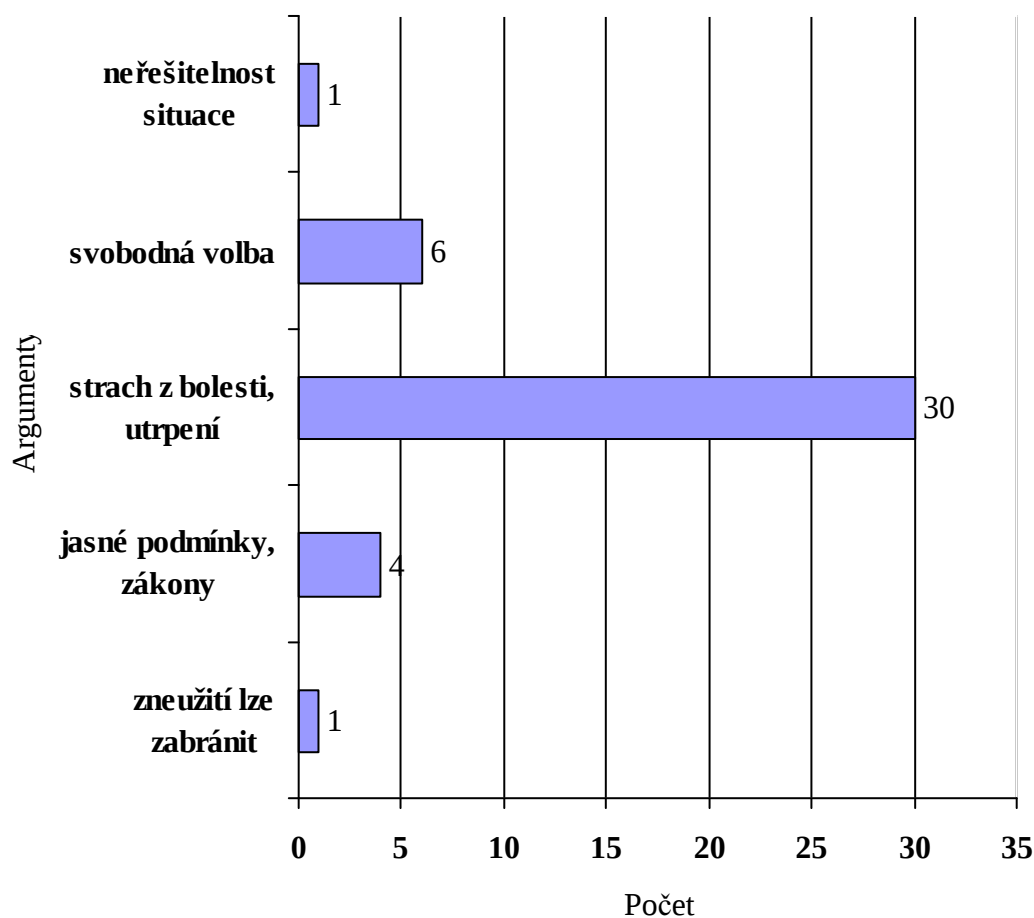
zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je možno vypočítat rozdílné postoje k eutanazii u odborné veřejnosti a ostatních diskutujících. Je zřetelný rozdíl u negativního postoje (66% odborné veřejnosti říká eutanazii ne oproti 49% ostatních diskutujících). Stav u kladného postoje je opačný.

S eutanazií souhlasí 17% diskutující odborné veřejnosti oproti 34% zastánců z řad ostatních diskutujících. U zbývajících postojů nebyl rozdíl tak markantní.

Argumenty zastánců eutanazie z řad odborné veřejnosti jsou znázorněny v tomto grafu.

Graf č. 12: Argumenty zastánců eutanazie z řad odborné veřejnosti



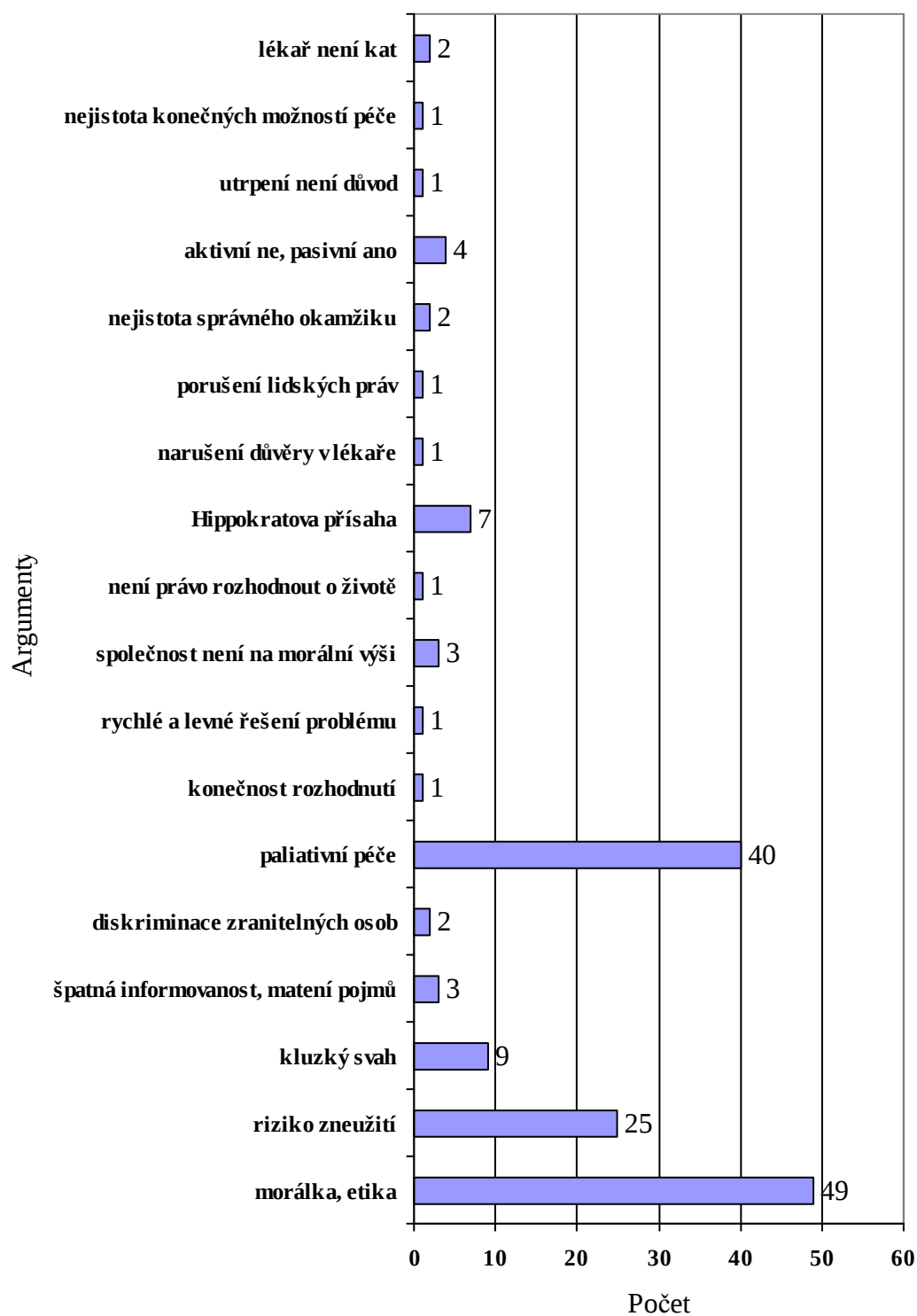
zdroj: vlastní výzkum

Z grafu můžeme vyčíst, že mezi odbornou veřejností, která souhlasí s eutanazií, je nejčastějším argumentem strach z bolesti a utrpení (30 = 71,4%), následuje s velkým odstupem právo svobodné volby (6 = 14,5%). Čtyřikrát (10%) byl vyjádřen názor, že za

jasných podmínek v zákonech by s eutanazií souhlasili a jednou (2,4%) byl vyjádřen názor, že zneužití lze zabránit a že by s eutanazií diskutující souhlasil v případě neřešitelné situace.

Co se týče argumentů proti eutanazii mezi odbornou veřejností, tam bylo výzkumem zjištěno toto rozložení.

Graf č. 13: Argumenty proti eutanazii z řad odborné veřejnosti



zdroj: vlastní výzkum

Z grafu lze vyčíst, že u odpůrců eutanazie za řad odborné veřejnosti převažuje argument morální a etický (49), následován argumentem paliativní péče (40). Riziko zneužití se objevilo ve 25 příspěvcích do diskuse. Za hrozbu kluzkého svahu považuje eutanazii 9 názorů. V 7 příspěvcích z řad odborné veřejnosti bylo argumentováno Hippokratovou přísahou. 4 názory jsou vyjádřeny v tom smyslu, že lze souhlasit s pasivní eutanazií, ale s aktivní nikoli. Po 3 diskutujících se vyjádřilo tak, že panuje špatná informovanost a matení pojmů a že společnost není na morální výši pro zavedení eutanazie. 2 diskutující vyjádřili obavy z nejistoty správného okamžiku a též 2 z diskriminace zranitelných osob. 2 názory byly vyjádřeny též v tom smyslu, že lékař není kat. V počtu jednoho názoru se vyskytly mezi odbornou veřejností konečnost rozhodnutí, rychlé a levné řešení problému, nikdo nemá právo rozhodnout o životě druhého, porušení lidských práv, narušení důvěry v lékaře, utrpení není důvod k usmrcení a konečně nejistota konečných možností péče.

Při srovnání argumentů pro eutanazii u odborné veřejnosti s argumenty ostatních diskutujících vyplynulo, vezmeme – li nejčastější argumenty, že 71,4% diskutujících za řad odborné veřejnosti má obavu z bolesti a utrpení oproti 50,6% téhož argumentu u ostatních diskutujících. Naopak právem svobodné volby argumentuje větší množství diskutujících z řad ostatních (32,5%) než z řad odborné veřejnosti (14,5%).

U argumentů proti eutanazii z tohoto srovnání vyplynulo, že hlavním argumentem u obou srovnávaných skupin jsou morální a etické důvody. Rozdíl je patrný u paliativní péče, kterou jako argument uvedlo 26% diskutujících z řad odborné veřejnosti, ale pouze 9% z řad ostatních. Rozdíl byl zřejmý u argumentu rizika zneužití, kterého se obává 16,3% diskutujících za řad odborné veřejnosti, ale 27,1 % ostatních diskutujících. Opět jsem vybral pouze nejčastěji uváděné argumenty, protože u dalších argumentu nebyl rozdíl tak zřetelný nebo se některé argumenty u některé skupiny neobjevily vůbec, například nikdo z odborné veřejnosti nezmínil možnost chybné diagnózy.

5. Diskuse

Z výsledků výzkumu lze vyvodit, že diskuse o eutanazii je ve společnosti rozvířena v souvislosti s nějakou událostí. Protože, ať chceme nebo ne, veřejné mínění je z velké části formováno médii a lidé si svoje mínění často utváří podle názorů prezentovaných v těchto médiích při různých událostech. Jsou to například snahy o možnou legalizaci eutanazie v právním systému, ať už u nás nebo v jiných státech světa. Další událostí může být tragický osud lidí, kteří, například po nějaké nehodě, zůstali bezmocní upoutáni na lůžko, často ochrnutí nebo jinak handicapovaní, odkázáni na pomoc a péči jiných lidí. Tyto události vždy vyvolají všeobecný soucit ve společnosti a zprávy o těchto tragických osudech nahrávají zastáncům eutanazie, kteří pak často v této vzrušené atmosféře získávají hlasy pro svoji stranu. Z průzkumu vyplývá, že diskuse o eutanazii se zúčastňují lidé zdraví a soběstační, protože velká část diskutujících vyjadřuje názor, že má obavy z bolesti a utrpení, které jejich vlastní smrt budou doprovázet. Toto je v souladu s teorií, protože například Nuland tvrdí, že dny a týdny, které předcházejí konci života, jsou velmi často pokaženy tělesným i duševním utrpením. (41). Někteří diskutující se obávají bezmoci a někteří mají strach, že budou na obtíž. Nikdo se nevyjádřil v tom smyslu, že trpí a má nesnesitelné bolesti a proto žádá eutanazii. Lidé argumentují případy ze svého nejbližšího okolí. Málokdo si však uvědomuje, že člověk zdravý a plný sil vidí situaci jinak než člověk nemocný. Pokud by se lidé dostali do situace, kdy by bylo možno žádat eutanazii, svůj postoj by mohli změnit. Nebudou mít potom jiný názor? Nebudou chtít žít do poslední možné chvíle, i když možná s bolestmi a utrpením, které však v této situaci budou vnímat jinak, než když byli zdraví, protože ve své nejisté a bolestné situaci vnímají vše jinak, jak se o tom zmiňuje Haškovcová. (16) nebo například Blumenthal – Barby, když popisuje fáze umírání. (3) Co když budou žít v naději na to, že se situace obrátí a jejich zdravotní stav se zlepší? Naděje přece, podle jednoho přísloví, umírá poslední. Napadne je ještě myšlenka na eutanazii?

Lidé, kteří vyjadřovali souhlas s eutanazií, chtějí mít možnost volby, jak nakládat se svým životem. Podle vyjádřených názorů si pouze malá část diskutujících si

uvědomuje, že právo volby je věc jedna a eutanazie věc druhá. Je pravda, že člověk má právo nakládat se svým životem, ale tím, že požádám svého ošetřujícího lékaře o eutanazii, přenáším rozhodnutí o svém životě na druhého člověka. A někteří diskutující si, stejně jako někteří autoři, které jsem uvedl v teoretické části, myslí, že člověk nemá právo rozhodovat o životě druhého, o čemž se zmiňuje Munzarová. (34) Odpůrci eutanazie, kteří argumentují morálními důvody, považují eutanazii za vraždu nebo zabití. Jak se člověk vyrovná s myšlenkou, že někomu pomohl zemřít (podle odpůrců eutanazie někoho zabil, zavraždil), třebaže mu pomohl od bolesti a utrpení? Podle některých odborníků by lékařem vykonaná sebevražda změnila lékaře v kata. Kdo určí ten správný okamžik, kdy je vhodné provést eutanazii? Kdo stanoví, kdy je život pro druhého již nesnesitelný, neboli není k žití? Kdo stanoví, že už umírající ztratil hodnoty, o kterých přemýšlí Frankl. (10) V celé diskusi se objevilo jen několik málo poznámek, že existuje fakt, že člověk může jednat, a tedy i žádat o eutanazii, pod tlakem situace, stejně jako o tom mluví Blumenthal – Barby. (3) Po poskytnutí žádoucí péče, po zmírnění potíží, může dotyčný na svoji situaci nahlížet úplně opačně a na svoji žádost by mohl pohlížet jako na osudovou chybu. V případě povolené (a vykonané) eutanazie by však již nebylo návratu. Odpůrci eutanazie to nazývají konečností rozhodnutí. Takové rozhodnutí již nelze vzít zpět.

Stejně jako jiní autoři, kteří se eutanazií zabývají, je velká část odborné veřejnosti přesvědčena, že současné možnosti paliativní péče značně pokročily a že je na takové úrovni, že dokáže drtivou většinu bolesti zvládnout a potlačit a eutanazie proto ztrácí smysl. Je třeba však vzít v úvahu, že paliativní péče nezahrnuje pouze léčbu bolesti, jak si myslí mnoho lidí, kteří tento pojem již někdy slyšeli, ale že se jedná o celkový přístup k člověku, tedy i ostatní péči duševní a sociální, nejen fyzickou, tedy být s umírajícím až do konce, jak o tom píše Honzák. (21) Podle toho, jak se diskutující vyjadřovali, většinou z těch lidí, které jsem nezařadil mezi odbornou veřejnost, však o paliativní péči neuvažují a v diskusi ji neberou v úvahu. V tomto případě je zřetelný rozdíl mezi teorií a praxí, protože jak podotýká doktorka Svatošová, která je průkopnicí hospicové péče (51), v hospici je paliativní péče praktikována v nejvyšší možné míře a s žádostmi o eutanazii se nesetkala. To, že poznatky paliativní medicíny nejsou v praxi využívány

tak, jak by využívané být mohly, přiznávají i někteří lékaři. Bylo by zajímavé provést výzkum, proč například v mém výzkumu mezi odbornou veřejností byly v 71,4% uvedeny bolest a utrpení jako odůvodnění, proč souhlasí s eutanazií, když lékaři by měli být ti, kdo nám od bolesti pomáhají. Odborná literatura, například O'Connor (42), říká, že paliativní medicína je na vysoké úrovni a dokáže zvládnout většinu bolesti.

Za velmi zajímavé považuji zjištění, že jak odpůrci, tak i zastánci eutanazie argumentují morálkou a úctou k člověku. U odpůrců je to celkem pochopitelné. Morálními argumenty proti eutanazii se zabývá například Munzarová (36) nebo Pollard. (45) Je nutno však konstatovat, že morální argument pro eutanazii se objevuje i v literatuře, například o něm píše Urban. (56) Tento argument zastánců eutanazie je pro mne méně pochopitelný. Tvrdí totiž, že jim úcta k člověku velí bojovat za eutanazii. Ano, pohled na člověka, který trpí velkými bolestmi, je jistě nepříjemný a vyvolává soucit a nepochybně i myšlenky, zda by pro nemocného nebylo lepší zemřít, ale nevím, zda může vyvolat myšlenky na zabití. Nebyla by na místě lepší péče, o které píše Honzák (21) nebo Svatošová. (51) Není to opravdu jen snadné a rychlé řešení problému, jak se vyjádřili dva diskutující?

Podle toho, co jsem zjistil svým výzkumem, mají nejvíce jasno při diskusi o eutanazii lidé věřící, tím myslím křesťany. Pro křesťana protože Bůh dal život, jenom Bůh může život vzít. Ale podle některých diskutujících má člověk právo nakládat se svým životem podle svého přesvědčení. Zastávají stejný názor jako Doležal. (7) Proti eutanazii se vyslovili všichni představitelé církví, kteří se diskuse zúčastnili. Oproti tomu ateisté se ptají, zda je možno za dar od Boha považovat například utrpení, které zažili Židé (nejenom oni) za druhé světové války v koncentračních táborech. Další jejich otázkou je, proč neuznávají eutanazii (vraždu) a ospravedlňují zabíjení ve spravedlivých válkách. Pouze jediný představitel církve své stanovisko upřesnil, a to tak, že je proti aktivní eutanazii, souhlasí však ve výjimečných případech s pasivní eutanazií.

A tím se dostáváme k dalšímu problému, který diskusi o eutanazii provází. Tím problémem je nedostatečná informovanost a matení pojmů. Jak již bylo řečeno v teoretické části této práce, například se k tomu vyjadřuje Prokop (46), mnoho

diskutujících má o eutanazii zkreslené představy. Často nemají jasno v základních pojmech. Problém eutanazie je značně zjednodušován. Především diskutující, kteří neuvedli svoji profesi, se spokojili pouze s konstatováním, že s eutanazií souhlasí nebo nesouhlasí z toho či onoho důvodu. Problém eutanazie je však mnohem hlubší. Zdá se, že někteří lidé nerozlišují mezi aktivní a pasivní eutanazií, neberou v úvahu, že je možno odstoupit od léčby, což je postup *lege artis* (46), že je i v České republice možno provést odpojení od přístrojů udržujících pacienta při životě v mnohdy neřešitelných situacích. Je možné odmítnout léčbu, byť v mezích, jak je vymezuje zákon. Je třeba rozlišit mezi eutanazií a ponecháním příchodu přirozené smrti. (34) Pouze v několika příspěvcích byly přesně vysvětleny pojmy týkající se eutanazie. Naopak v některých případech byly pojmy vysvětleny chybně nebo se dokonce vyskytl pojem autoeutanazie. Je to příklad matení pojmů autor měl zřejmě na mysli asistovanou sebevraždu, pak by prováděl autosebevraždu. Odborníci proto žádají opravdovou diskusi, kde by diskutující věděli, o čem vůbec mluví, o tomto mluví i Prokop. (46)

Dalším zajímavým argumentem, který se vyskytl pouze dvakrát, je možnost chybné diagnózy lékařem. Jak by se asi tvářili zastánci eutanazie, kdyby se jejich příbuzný nebo někdo jim blízký dozvěděl pro něj nepříznivou diagnózu, v duchu jejich myšlení a argumentů (strach z bolesti, utrpení, bezmoci a tak dále...) (56) podstoupil eutanazii a poté se přišlo na to, že tomu bylo úplně jinak a dotyčný mohl žít. Člověk je tvor chybující a stát se to může. Je to stejný princip, jako když je odmítán trest smrti z důvodu možného justičního omylu.

Zaujal mne i názor, že snahou o legalizaci eutanazie chce dnešní generace vrátit to, co jí dala generace předchozí, to je legalizaci potratů. Potraty byly dříve také považovány za něco výjimečného a dnes je situace jiná. Potraty se dělají běžně a stejně tak to hrozí i v souvislosti s eutanazií. Stejně tak, jako je potrat řešením nějaké obtížné situace a těhotenství jako přítěž pro matku je potratem vyřešeno, hrozí riziko, že bude v budoucnosti (pokud bude legalizována eutanazie) stejným způsobem řešena otázka starých a trpících osob coby přítěže společnosti. Hrozí zde riziko kluzkého svahu a zneužití, před kterým varují různí autoři, jmenujme například Ondoka (43) Naopak někteří autoři příspěvků se vyjádřili v tom smyslu, že riziku zneužití lze zabránit, pokud

na to budou naše právní normy připraveny a bude přijat příslušný a kvalitní zákon. Tento názor je však v rozporu s názorem Munzarové, že nelze zajistit ochranu proti zneužití. (36)

Lékaři i zdravotní sestry přiznávají, že je v praxi využíváno principu dvojího efektu tak, jak jej vysvětluje Munzarová. (34) Pacientům jsou dávány vyšší dávky morfia, ale ne za účelem smrti nemocného. Nelze to však považovat za eutanazii, ostatně na tišení bolesti (a nejen na tom) je založena hospicová péče. Někteří lékaři přiznávají, že se v praxi provádí pasivní eutanazie. Zakladatelka hospicového hnutí u nás doktorka Svatošová tvrdí, že se u nás provádí i nevyžádaná eutanazie.

Na základě svého výzkumu jsem stanovil tyto hypotézy:

Hypotéza H1: Nejčastějším argumentem pro eutanazii je strach z bolesti a utrpení.

Hypotéza H2: Nejčastějším argumentem proti eutanazii jsou morální a etické důvody.

Hypotéza H3: O eutanazii diskutují většinou lidé zdraví, kterých se rozhodnutí o možném provedení eutanazie prozatím osobně netýká.

Při výzkumu stanoviska a argumentů odborné veřejnosti jsem stanovil následující hypotézu:

Hypotéza H4: Odborná veřejnost se staví k eutanazii většinou záporně.

Při výzkumu se nevyskytly žádné větší problémy, nejnáročnější a nejzdlouhavější pro mne bylo prostudování novinových článků a výběr těch článků, které byly vhodné k mému výzkumu.

Tento výzkum rozhodně není vyčerpávající. Bylo by možno zkoumat další hlediska a souvislosti, popřípadě výzkum rozšířit na další denníky nebo delší časové období. Bylo by možno i sledovat vývoj názorů nebo to, zda se v průběhu času názory nějak neměnily. Další možností je prozkoumat, zda se názory a stanoviska k eutanazii mění s věkem. Toto však přesahuje rozsah této práce a může to být obsahem dalších prací a výzkumů.

6. Závěr

Argumenty pro i proti eutanazii vyvolávají mnoho otázek. Eutanazii můžeme, spolu s diskutovaným trestem smrti a s potraty, považovat mezi nadčasové problémy lidstva. Nabízí se otázky typu: Odmítáme zabíjet vrahy, kteří si to podle mnohých zaslouží a v případě eutanazie bychom zabíjeli ty, kteří se provinili tím, že jsou staří, nemocní a bezmocní? Svého psa bych trpět nenechal, svého blízkého mám nechat trpět? Na tyto věci lidé nemají jednotný názor a asi nikdy mít nebudou. Zdá se, že vždy budou argumenty pro i proti, které se budou zdát logické. Argumenty zastánců lze zcela jistě chápat, nikdo určitě nechce umírat v bolestech a utrpení. Na druhé straně málokdo je ochoten zabít člověka. A to jsem vyzdvihl pouze nejčastější argumenty obou stran.

Je však otázkou, kam by se ubírala medicína, pokud by se aktivní eutanazie běžně a beztrestně prováděla. Zda by se vývoj medicíny v určitém bodě nezastavil. Lékaři by totiž pravděpodobně neměli potřebu své pacienty léčit, pokud by mu mohli pomoci zemřít. Bylo by potřeba vynalézat nové léky, bádat nad novými možnostmi léčby nevyléčitelných chorob? Vyvíjela by se paliativní medicína, pokud by mohl lékař pomoci odejít člověku, který ho o toto žádá v důsledku utrpení v nesnesitelných bolestech?

S pokrokem medicíny bude diskuse o přáních ohledně léčby, které lidé vysloví předem a o eutanazii žádoucí. Je však třeba, aby diskutující byli o problému více informováni a neomezovali své myšlení pouze na některé aspekty života. K větší informovanosti by mohla přispět i tato práce a výzkum.

Lze konstatovat, že cíle této práce byly splněny. Byla zmapována diskuse o eutanazii v českém denním tisku od roku 1996. Byly vysledovány společenské události, při kterých je diskuse o eutanazii otevírána. Byly klasifikovány a systematizovány názory na eutanazii, které se objevily v denním tisku ve sledovaném období. Názory byly porovnány s odbornou literaturou.

Hypotézy, které vyšly z výzkumu, byly stanoveny v diskusi k výzkumu. Bylo by vhodné je ověřit potenciálním budoucím kvantitativním výzkumem. Stejně tak by bylo možné udělat výzkum mezi lékaři nebo zdravotníky celkově.

Na závěr mi zbývá vyjádřit svůj vlastní názor. Po vypracování této práce jsem dospěl k závěru, že i já jsem problém eutanazie dříve viděl zjednodušeně. Ještě před prací na tomto výzkumu jsem byl jednoznačně pro eutanazii. Nyní však již mé stanovisko není tak jasné. Pro eutanazii jsem pouze ve výjimečné situaci, kdy je situace opravdu neřešitelná. Například když je pacient v kómatu a lékaři dospěli k názoru, že smrt je nevyhnutelná a šance na zlepšení stavu je mizivá. Ale co když přece...? A dostáváme se opět na začátek diskuse.

Během své dvanáctileté praxe (pracuji jako sanitář v nemocnici) jsem se setkal s mnohými lidmi, kteří prožívali bolest a utrpení, mnozí vyjadřovali přání už konečně zemřít. Ale opravdu si nyní nedovolím říct, jak bych se zachoval já, pokud bych byl postaven před rozhodnutí, zda provést eutanazii a ke smrti jim dopomoci.

Přínos této práce vidím v rozšíření informovanosti o problematice eutanazie. Výsledky práce by mohly být publikovány v odborném tisku a prezentovány na vědecké konferenci s tematikou bioetiky a zdravotnické etiky.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ARIÈS, P. *Dějiny smrti I.* 1. vydání, Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-286-0.
2. BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným.* 1. vydání, Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-390-3.
3. BLUMENTHAL-BARBY, K, a kol. *Kapitoly z thanatologie.* Přel. C. Škoda, 1. české vydání, Praha: Avicenum, 1987.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla.* Verze 3.2. © 1999 – 2002, poslední aktualizace 3.9.2002. URL:<<http://www.boldis.cz/citace/citace1.ps>>.
5. BROWINSOVÁ, J. M., OEHMKE. T. *Vražda, nebo milosrdenství? Dr. Smrt.* Přel. Vladimír Smrž. 1. vydání., Praha: Brána, 1996. ISBN: 80-85946-45-9.
6. CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary.* Přel. V. Hesounová a A. Slavíková Hesounová, vydání první, Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-819-3.
7. DOLEŽAL, J.X. *Smrt je výsostné právo jedince.* Mladá fronta Dnes, 2007, roč. XVIII, č. 33, s. A8.
8. *Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418(1999)1* [on-line]. c1999, [cit. 2002-02-17]. Dostupné z: <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/radaevro.htm>>.
9. *Etický kodex: Stavovský předpis České lékařské komory č. 10* [on-line].[cit. 2007-02-17]. Dostupné z: <<http://www.clk.cz/zakpred/predpis10.html>>

10. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Přeložil V. Jochmann. Brno: Cesta, 1996.
ISBN: 80-85319-50-0.
11. GREENDA, Š. *Eutanazie – útok na život člověka* [on-line]. [cit. 2007-02-17].
Dostupné z: <<http://www.prolife.cz/eutanazie/?id=621>>.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stárí*. 1. vydání, Praha: Panorama, 1990.
ISBN 80-7038-158-2.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3., rozšířené vydání, Praha: Galén, 2002.
ISBN 80-7262-132-7.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. 1. vydání, Brno. Institut pro další
vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-310-4.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Komentované vydání, Havířov:
Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. 1. vydání, Praha: Panorama, 1985.
18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 1. vydání, Praha:
Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
19. HAUFTOVÁ, D. a kol. *Eutanazie v současném světě. Centrum pro rodinný život*.
Olomouc, 1993. č. 12/13, s.4-10.
20. HOLMEROVÁ, I, et. al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Gema, 2002.

21. HONZÁK, R. *Eutanazie – a proč jsem proti* [on-line]. c2002, [cit. 2002-02-17].
Dostupné z: <<http://www.granosalis.cz/article.php?sid=763>>.
22. JAN PAVEL II. *Evangelium vitae* [on-line]. c1995. Přel. Markéta Koronthályová.
[cit. 2007-02-17]. Dostupné z: <<http://www.kebrle.cz/katdocs/EvangeliumVitae.htm>>
23. KABELA, M. *Holandská současnost*. 1. vydání, Brno: Barrister & Principal, 2001.
ISBN 80-85947-63-3.
24. KALČEV, I. *Etudy o smrti*. Přel. Igor Hochem. 1. vydání, Bratislava: Spektrum,
1990. ISBN 80-218-0050-X.
25. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 3., upravené vydání, Praha: Státní pedagogické
nakladatelství, 1986.
26. LAJKEP, T. Eutanazie – téma stále aktuální. *Praktický lékař*, 2002, roč. 82, č. 9,
s. 558-559.
27. LAJKEP, T. *Eutanazie – poznámky o teorii a praxi* [on-line]. 20.11.2002.
[cit. 2007-02-17]. Dostupné z: <<http://www.prolife.cz/eutanazie/?id=835>>.
28. LANDSBERG, P. L. *Zkušenost smrti*. Přeložili L. Hejdánek a J. Sokol. 1. vydání,
Praha: Vyšehrad, 1990. ISBN: 80-7021-054-0.
29. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání,
přepracované a doplněné, Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
30. MÁLEK, P. Oživené úvahy o euthanasii. *Čas. Lék. čes.*, 129/1990, 1, s. 7-10.

31. MUNZAROVÁ, M. Etická doporučení k péči o smrtelně nemocné a umírající. *Praktický lékař*, 2000c, roč. 80, č. 10, s. 550-552.
32. MUNZAROVÁ, M. Eutanazie a asistované suicidium. Holandsko, červen 1994. *Praktický lékař*, 1994a, roč. 74, č. 9, s. 437-438.
33. MUNZAROVÁ, M. Eutanazie: Dosáhne Evropa konsenzu? Brusel, listopad 1995. *Praktický lékař*, 1996, roč. 76, č. 5, s. 95-97.
34. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vydání, Praha: Grada, 2005
ISBN 80-247-1025-0.
35. MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vydání, Praha: Grada, 2005.
ISBN 80-247-0924-4.
36. MUNZAROVÁ, M. Proč jasné NE legalizaci asistovaného suicidia. *Praktický lékař*, 1998c, roč. 78, č. 11, s. 625-627
37. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II*. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2416-X.
38. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III*. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2417-8.
39. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání, Praha: Grada, 2005.
ISBN 80-247-1024-2.
40. *Návrh trestního zákoníku*[on-line]. c2004, [cit. 2007-02-17]. Dostupné z:
<<http://www.juristic.zcu.cz/download/rekodifikace/trest/trest.doc>>.

41. NULAND, S. B. *Jak lidé umírají*. Přel. A. Kotyk. 1. vydání, Praha: Knižní klub, 1996. ISBN 80-7176-264-4.
42. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče*. Vydání 1. české, Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
43. ONDOK, J. P. *Biotika, biotechnologie a biomedicína*. 1. vydání, Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
44. PAYNE, J. *Sebevražda: pro, či proti?* [on-line]. c2005, [cit. 2007-02-17]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=527>.
45. POLLARD, B. *Eutanazie, ano či ne?* Přel. E. Masnerová. 1. vydání, Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
46. PROKOP, J. Eutanazie – víme, co to vlastně je? In *Nové trendy v ošetrovatelství V. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovateľské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2006. s. 305 – 309. ISBN 80-4040-884-7.
47. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Přel. Marek Skovajsa. 2., upravené vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7192-848-8.
48. SINGER, P. *Právo zemřít* [on-line]. c2007, [cit. 2007-02-17]. Dostupné z: <http://www.project-syndicate.org/print_commentary/singer19/Czech>.
49. SOKOL, J. *Filosofická antropologie*. 1. vydání, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6.

50. SUM, T. *Eutanázie v právním řádu ČR* [on-line]. c2004, [cit. 2007-02-17].
Dostupné z: <http://www.zakony.idnes.cz/trestnipravo.asp?r=trestnipravo&c=A041020_000000_trestnipravo_4336>.
51. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1995.
52. ŠÁCHA, M. *Eutanázie dnes a zítra* [on-line]. 24.4.2001, [cit. 2007-02-17].
Dostupné z: <<http://www.christnet.cz/magazin/clanek.asp?clanek=650>>.
53. *Turisté smrti* [on-line]. 15.10.2002, [cit. 2007-02-17]. Dostupné z: <<http://zdravi.doktorka.cz/turiste-smrti/>>.
54. VAŠÍČKOVÁ, M. *Eutanazie vyvolává emoce i rozpaky* [on-line]. 8.12.2005, [cit. 2007-02-17]. Dostupné z: <<http://www.bezlepku.info/view.php?cislocclanku=2005120804>>.
55. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Klinická propedeutika*. 2. vydání, České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN: 80-7040-433-7.
56. URBAN, D. *Názory na eutanazii u studentů Zdravotně sociální fakulty a Zemědělské fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. České Budějovice, 2006. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity. Vedoucí práce Jan Vitoň.
57. VIRT, G. *Žít až do konce*. Přel. D. Pohunková a T. Starcovská. 1. vydání, Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.

8. Klíčová slova

eutanazie – smrt – umírání – etika – paliativní péče

9. Přílohy

Příloha č. 1: Seznam publikovaných novinových článků

PRÁVO:

- 2005: 6.1.2005 – Stanislav Komárek
23.4.2005 – Václav Pergl
16.6.2005 – Ivana Cihlářová
14.10.2005 – (vac)
26.10.2005 – Jiří Němec
2.12.2005 – Martin Hekrdla
2.12.2005 – Václav Pergl
3.12.2005 – Jiří Karas
3.12.2005 – Petr Uhl
10.12.2005 – (KK)
10.12.2005 – Oldřich Danda
10.12.2005 – Jaroslav Kuba
- 2004: 8.7.2004 – Stanislav Komárek
15.10.2004 – (vac)
- 2003: 11.6.2003 – Ivana Cihlářová
7.10.2003 – (MAG)
21.10.2003 – Petr Šustek
- 2002: 29.6.2002 – Petr Šustek
10.1.2002 – Václav Pergl
- 2001: 3.3.2001 – Milan Menhart

31.3.2001 – Věra Stavovská
12.4.2001 – (per, em, zde, vac)
12.4.2001 – (vac)
12.4.2001 – Václav Pergl
14.4.2001 – Pavel Verner
3.5.2001 – Jan Trefulka
19.5.2001 – O. S.
19.5.2001 – Marie Křížková
31.5.2001 – J. M.
10.10.2001 – Ivan Langr

2000: 7.3.2000 – (zde, pan)
30.11.2000 – (per, DPA)
12.12.2000 – Tomáš Kvapil

1999: 4.1.1999 - Liběna Novotná
9.10.1999 – Marie Křížková

1998: 2.9.1998 – Martin Dufek

1997: 17.3.1997 – JUDr. Božena Dorazilová

1996: 3.4.1996 – MUDr. Jiří Klen
18.5.1996 – autor neuveden
20.5.1996 – autor neuveden
21.5.1996 – (hčk)
28.5.1996 – Jaroslav Kuba
4.6.1996 – MUDr. J. Kuntscherová
10.6.1996 – (mhr)
11.6.1996 – (per, s použitím ČTK)

14.10.1996 – (per)
11.12.1996 – J. Štefanová
30.12.1996 – (aa)

LIDOVÉ NOVINY:

2006: 14.3.2006 – Petr Honzejek
16.5.2006 – (jam)
17.5.2006 – (jam)
14.8.2006 – Josef Jelínek

2005: 22.3.2005 – (trk)
1.4.2005 – Ivan Klíma
20.10.2005 – Jan Březina
26.10.2005 – Pavel Páral
1.12.2005 – Martin Zvěřina
2.12.2005 – Marta Munzarová
3.12.2005 – Mgr. Eva Remešová
10.12.2005 – Jana Machálková
10.12.2005 – Martin Zvěřina
10.12.2005 – Aleš Opatrný
17.12.2005 – Jarmila Pospíšilová - Šteflová

2004: 13.5.2004 – Martin Zvěřina
18.10.2004 – Václav Pačes
15.12.2004 – Milan Rokos

2003: 27.6.2003 – Zdeňka Rybová, Daniel Hermann, Jiří Karas, Roman Joch,
11.7.2003 – Vladimíra Bošková

27.9.2003 – Ondřej Neff
1.10.2003 – J. X. Doležal
3.10.2003 – Robert Pytlík
3.10.2003 – Vlasta Parkanová
6.10.2003 – Zdeněk Homola
14.10.2003 – Lucie Ondřichová
23.10.2003 – Ivana Benešová

2002: 23.3.2002 – Petr Fischer
25.3.2002 – Mudr. Jiří Šimek
4.4.2002 – Vladimíra Bošková
7.5.2002 – Pavel Bartošek

2001: 24.1.2001 – Michaela Freiová
24.1.2001 – M. Kabela
24.1.2001 – Vilém Holán
29.1.2001 – Alena Kačírková
12.2.2001 – Vladimír Baar
10.4.2001 – Klára Chábová
11.4.2001 – Martin Vaněk
11.4.2001 – Petruška Šustrová
17.4.2001 – Michaela Freiová
18.4.2001 – MUDr. Jiří Šimek
24.4.2001 – Václav Horn
24.4.2001 – Klára Osolsobě
11.9.2001 – Petr Moos

2000: 8.1.2000 – (ori)
30.11.2000 – Jiří Loewy
30.11.2000 – Eva, Jan Hink, Mirka, Miles (z internetové diskuse)

30.11.2000 – více autorů
5.12.2000 – Jaroslav Bílý
5.12.2000 – Borůvka, Whatever, Zdeněk J., Hana, Honza (z internetové diskuse)
5.12.2000 – Doc. MUDr. Marta Munzarová, CSc.
12.12.2000 – Michal Hořínek

1999: 4.5.1999 – Zdena Kolářová

1998: 30.6.1998 – Zdena Kolářová
9.12.1998 – Michaela Freiová
23.12.1998 – Petr Košek

1997: 23.9.1997 – MUDr. Tomáš Lajkep
16.10.1997 – Ivana Richterová
20.10.1997 – Ivana Richterová

1996: 9.4.1996 – Tomáš Hájek
18.5.1996 – Radka Pechová, Martina Rabenseifnerová
21.5.1996 – Radka Pechová
21.5.1996 – (ČTK)
23.5.1996 – Radka Pechová
24.5.1996 – (pech)
29.5.1996 – Alexandra Procházková
6.6.1996 – Ivo Horák
11.6.1996 – (ČTK)
21.6.1996 – MUDr. Adolf Slabý
27.6.1996 – Jan Štěpán
9.7.1996 – Miroslav Korecký
30.7.1996 – MUDr. Pavel Vodvářka

30.8.1996 – Karel Vereš
14.9.1996 – Johana Barvínková
5.12.2006 – Dagmar Pohunková

MLADÁ FRONTA – DNES:

2006: 12.4.2006 – Soňa Paukrtová
16.5.2006 – Jana Blažková
16.5.2006 – (jab, gag)
16.5.2006 – Jan Gazdík
8.8.2006 – Jiří Karas
20.11.2006 – Jiří Karas
23.11.2006 – MUDr. Tomáš Lajkep

2005: 10.1.2005 – Jiří Karas
24.1.2005 – Jan Jandourek
23.3.2005 – Lubomír Heger
24.3.2005 – Viliam Buchert
16.6.2005 – Martin Komárek
16.6.2005 – Radek Bartoníček, Jana Blažková
21.6.2005 – Petr Příhoda
23.6.2005 – Boris Cvek
17.9.2005 – Zdeněk Mihalco
3.10.2005 – Lenka Petrášová
4.10.2005 – Radim Ucháč
5.10.2005 – Eva Výborná
5.10.2005 – Ludmila Hamplová
7.10.2005 – MUDr. Pavel Boček
10.10.2005 – Jan Arnstein

11.10.2005 – Petr Příhoda
12.10.2005 – Martin Komárek
5.12.2005 – Jiří Němec
10.12.2005 – (om)
10.12.2005 – prohlášení církví
10.12.2005 – Jana Blažková, Olga Málková
14.12.2005 – Martin Komárek
16.12.2005 – autor neuveden (z diskuse na i.DNES)
17.12.2005 – autor neuveden (z diskuse na i.DNES)
17.12.2005 – Viliam Buchert
17.12.2005 – Jan Michalík
19.12.2005 – autor neuveden (z diskuse na i.DNES)

2004: 12.5.2004 – Jan Jandourek
12.5.2004 – (jav, rea, vdo)
19.5.2004 – (rea)
28.5.2004 – MUDr. Rudolf Zemek
19.8.2004 – Martina Riebauerová
10.11.2004 – (gag)
10.11.2004 – M. Emmerová, Tomáš Julínek, Josef Janeček
10.11.2004 – Martina Riebauerová
10.11.2004 – Martina Riebauerová, Jan Gazdík
11.11.2004 – Jan Jandourek
12.11.2004 – Petr Příhoda
13.11.2004 – Monika Elšíková
15.11.2004 – Michal Šverdík
2.12.2004 – Ivo Slavík
23.12.2004 – Ladislav Verecký

2003: 25.1.2003 – Jan Stránský

15.2.2003 – František Houdek
15.5.2003 – Monika Elšíková
18.6.2003 – Martin Komárek
25.6.2003 – Roman Joch
30.9.2003 – Jan Michalík
9.10.2003 – MUDr. Tomáš Lajkep
10.10.2003 – Stanislav Mařík
24.10.2003 – Martina Riebauerová
24.10.2003 – Martina Riebauerová
24.10.2003 – Martin Komárek
25.10.2003 – Martina Riebauerová
1.11.2003 – Jan Páral, Karel Svinenský, Jan Bejšovec

2002: 5.6.2002 – Lubomír Heger
21.6.2002 – Dana Emingerová
11.11.2002 – Zdeněk Kellner

2001: 4.1.2001 – více autorů
20.1.2001 – Jan Špáta
17.2.2001 – Oldřich Choděra
11.4.2001 – Erazim Kohák, Pavel Boček, Petr Příhoda, Jan Fatka, Marie

Svatošová, Marek Šetina

12.4.2001 – Pavel Boček
12.4.2001 – Vladimíra Bošková
12.4.2001 – Ivan Hoffman
13.4.2001 – Pavel Kula
13.4.2001 – Petr Boukal
13.4.2001 – (mik)
17.4.2001 – Vladimír Kučera
17.4.2001 – Michal Matoušek

17.4.2001 – Michal Komárek
17.4.2001 – Renata Hladká
17.4.2001 – Tomáš Pixa
17.4.2001 – Michal Semín
17.4.2001 – Tomáš Lajkep
17.4.2001 – Renata Vaňková
19.4.2001 – Zdeněk Homola
19.4.2001 – Václav a Svatava Šlajchrtovi
19.4.2001 – R. Pařízek
19.4.2001 – Vladimír Vojník
19.4.2001 – Josef Riedl
19.4.2001 – Marek Ondráček
19.4.2001 – Jiří Karas
21.4.2001 – Anna Dvořáková
21.4.2001 – M. Štěrbová
21.4.2001 – Zdeněk Hambálek
24.4.2001 – Antonín Rašek
2.5.2001 – Jiří Kobělka
4.5.2001 – Vladimír Beneš
21.5.2001 – Radka Juráková
21.5.2001 – Jaroslav Mokrý
21.5.2001 – J. Berrezouga
21.5.2001 – Hana Kovalčíková
16.6.2001 – Eva Hauserová
20.6.2001 – Zdeněk Wernhart
16.8.2001 – Šárka Rodová
20.8.2001 – Luděk Voska
7.12.2001 – Jan Flaks

2000 4.1.2000 – Melvyn Krauss

- 21.1.2000 – Robert J. van Houtum
22.7.2000 – Petra Sasínová
30.11.2000 – Petr Fleischer
2.12.2000 – Michal Mocek
5.12.2000 – Miroslav Novotný
9.12.2000 – více autorů
12.12.2000 – Anna Klázrová, Alena Perková
20.12.2000 – MUDr. Viktor Zavřel
- 1999: 13.2.1999 – Eva Rázgová
30.3.1999 – Jana Bendová
- 1998: 27.5.1998 – (kah)
8.9.1998 – Martin C. Putna
8.10.1998 – Eva Bobůrková, Martina Dvořáková
- 1997: 18.10.1997 – (rea)
21.10.1997 – Martin Komárek
24.10.1997 – Vlastislav Paseka
24.10.1997 – Dagmar Malinová
24.10.1997 – Marie Kadavá
24.10.1997 – Alexandra Šerá
24.10.1997 – MUDr. Tomáš Lajkep
24.10.1997 – MUDr. Vladimír Beneš
24.10.1997 – Václav Brabec
28.11.1997 – Michaela Freiová

V seznamu jsou zapsány data vydání novinových článků a jména autorů článků. V závorkách jsou uvedeny autorské značky novinářů.