

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Problematika eutanazie v sociální teorii

20. století

Tereza Soldátová

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Bakalářská práce

Problematika eutanazie v sociální teorii 20. století

Tereza Soldátová

Vedoucí práce:

Doc. PhDr. Jan Váně, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2016

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2016

.....

Anotace:

Tato bakalářská práce se věnuje problematice eutanázie z hlediska teoretických přístupů Dietricha Bonhoeffera a Petera Singera. Práce zkoumá rozdílnosti v postojích těchto dvou teoretických stanovisek, které dále konfrontuje s výsledky vybraných sociálně vědních výzkumů. Cílem je porovnávání východisek teoretických přístupů a zkoumání jejich projevů ve výsledcích sociálně vědních výzkumů.

Abstract:

The purpose of this bachelor thesis is to explore the issue of euthanasia in terms of theoretical approaches of Dietrich Bonhoeffer and Peter Singer. The thesis explores differences in the attitudes of these two theoretical positions which are further confronted with the results of the social scientific researches. The goal of the thesis is to compare the bases of the two theoretical approaches and examining their manifestation in social science researches results.

Klíčová slova: eutanázie, lékařem asistovaná sebevražda, právo jedince na sebeurčení, morální dilema

Key words: euthanasia, physician assisted suicide, right to self-determination, moral dilemma

Za podnětné připomínky k tématu i způsobu zpracování práce bych ráda poděkovala vedoucímu práce Doc. PhDr. Janu Váněmu, PhD..

Obsah

ÚVOD	1
1 KONCEPTUALIZACE POJMŮ.....	2
2 DURKHEIMOVO KATEGORIE SEBEVRAŽDY	6
2.1 EGOISTICKÁ SEBEVRAŽDA	7
2.2 ALTRUISTICKÁ SEBEVRAŽDA.....	8
2.3 ANOMICKÁ SEBEVRAŽDA.....	8
3 DIETRICH BONHOEFFER	10
3.1 KONCEPTUALIZACE DOBRÉHO A ZLÉHO V DÍLE BONHOEFFERA	11
3.2 PŘIROZENOST ŽIVOTA	12
3.3 SVOBODA ŽIVOTA	13
4 PETER SINGER.....	15
4.1 ROVNOST JAKO GARANT SPRÁVEDLNOSTI?.....	15
4.2 VZTAH LIDSKÉ BYTOSTI K OSOBE.....	17
4.3 SMRT TĚLA, SMRT MOZKU	20
4.4 EUTANÁZIE JAKO PROJEV SVOBODNÉ VŮLE.....	21
5 VÝZKUMY	23
5.1 MĚLO BY BÝT NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝM PACIENTŮM UMOŽNĚNO ZEMŘÍT?	23
5.1.1 POZADÍ VÝZKUMU	24
5.1.2 METODOLOGIE ANALÝZY DAT GSS	25
5.1.3 VÝSLEDKY ANALÝZY DAT GSS.....	25
5.1.4 DISKuze NAD VÝSLEDKY VÝZKUMU	26
5.2 REAKCE PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ NA ŽÁDOST O EUTANÁZII U PACIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM AIDS	27
5.2.1 POZADÍ VÝZKUMU	27
5.2.2 METODOLOGIE VÝZKUMU	28
5.2.3 VNÍMÁNÍ A ZKUŠENOSTI S EUTANÁZII V AUSTRÁLII	29
5.2.4 TYPOLOGIE VNÍMÁNÍ EUTANÁZIE.....	30
5.2.5 SMRT JAKO STIGMA.....	33
5.3 DŮSTOJNÁ SMRT MÝCH RODIČŮ JE ROZDÍLNÁ OD MÉ	34
5.3.1 POZADÍ VÝZKUMU	34
5.3.2 TEORETICKÉ ZAKOTVENÍ VÝZKUMU A DEFINICE POJMŮ	35
5.3.3 METODOLOGIE VÝZKUMU A CHARAKTERISTIKY RESPONDENTŮ	37
5.3.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	38
5.3.5 HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	41
5.3.6 SMRT MÉHO RODIČE NENÍ STEJNÁ, JAKO TA MOJE	43
5.4 UKONČIT NEBO NEPRODLOUŽIT ŽIVOT?	43

5.4.1	POSTOJE VŮČI PASIVNÍ A AKTIVNÍ EUTANÁZII A RÁMOVÁNÍ SITUACE	44
5.4.2	HYPOTÉZY A METODOLOGIE VÝZKUMU RÁMOVÁNÍ SITUACE	45
5.4.3	ZÁVĚRY A DISKUZE VÝSLEDKŮ	47
	ZÁVĚR	49
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51

Úvod

Tato bakalářská práce se věnuje problematice eutanázie z několika perspektiv. Představuje dva odlišné teoretické přístupy, které následně konfrontuje s výsledky sociálně vědních výzkumů na toto téma. Cílem je zkoumat funkčnost vybraných teoretických přístupů v současném diskurzu týkajícího se eutanázie. Výsledky výzkumů budeme sledovat především z perspektivy Dietricha Bonhoeffera a Petera Singera. Jedná se o dva názorově velmi odlišné autory, kteří poskytují vhodný náhled na danou problematiku.

Dietrich Bonhoeffer představuje autora zaměřeného na náboženské aspekty života. Jeho pojetí života, eutanázie a příbuzných témat bude přiblíženo skrze teleologický spis *Etika* vypracovaný v období 2. světové války. Bonhoeffer klade důraz na soulad života člověka s Bohem a pomůže nám pochopit úskalí eutanázie z hlediska křesťanství. Na druhé straně Peter Singer představuje současného autora, který nahlíží na problematiku života, eutanázie a příbuzných témat z perspektivy utilitarismu. Singer problematizuje otázku diagnózy smrti, postavení člověka vůči ostatním živočichům a oproti Bonhoefferovy otevřeně podporuje legalizaci eutanázie. Jeho přístup si přiblížíme skrze díla *Practical Ethics* z roku 1993 a *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics* z roku 1994. V této bakalářské práci budeme pracovat také s typologií sebevražd Émila Durkheima, která poslouží k bližší identifikaci rozdílů mezi přístupy jednotlivých autorů i výzkumů.

Eutanázie je komplexní problém zahrnující několik problematických aspektů, kterým se budeme v této práci věnovat.

(1) Prvním z nich je otázka morálnosti předčasného ukončení života jedince. Je správné, aby byly žádosti pacientů o urychlení konce života vyslyšeny, a za jakých okolností je možné tyto žádosti vyslyšet? Tato otázka otevírá téma konceptualizace života a smrti a práva jedince na rozhodování o

svém osudu, které Bonhoeffer i Singer vnímají odlišně. Tato odlišnost bude blíže představena v oddílech 3 a 4.

Do procesu provádění eutanázie jsou zapojeny tři subjekty. Pacient, pacientovo nejbližší okolo a lékaři. (2) Dalším aspektem problému je tedy přístup samotných lékařů, jakým způsobem eutanázii hodnotí, jaké charakteristiky jí připisují a zda jsou ochotni ji provádět. Výzkumy uvedené v oddíle 5 nás seznámí se stanovisky zaměstnanců ve zdravotnictví a jejich postoje budou interpretovány z hlediska vybraných teoretických přístupů.

(3) Eutanázie je sociální problém nejen z hlediska veřejných debat¹ probíhajících na toto téma, ale významně působí i na sociální okolí pacienta. Existují případy, kdy jedinec nemůže vydat oficiální rozhodnutí o budoucí podobě péče (v tomto smyslu o dříve vysloveném přání zemřít v případě, že se jeho zdravotní stav nebude zlepšovat) a musí o jeho situaci rozhodovat rodinní příslušníci². V oddíle 5 se tedy seznámíme s přístupy sociálního okolí pacientů k eutanázii z hlediska vztahu k pacientovi. Budeme se také zabývat postoji veřejnosti vůči eutanázii a vlivy, které mohou působit na veřejné mínění.

V závěru práce se pokusíme o shrnutí získaných poznatků a skromnou reflexi.

1 Konceptualizace pojmů

1.1 Právní aspekty usmrcení

Chápání eutanázie se liší dle typu diskurzu, který o ní hovoří. Než se však dostaneme k samotnému termínu eutanázie, je potřeba představit si

¹ Např. Guerra, J. M. 1999. „Euthanasia in Spain: The public debate after Ramon Sampedro's Case.“ *Bioethics* 13(5):426-432.

² Jedná se o situaci v Izraeli, která je popsána v článku Lichtentritta a Rettigové [1999] v oddíle 5.

ještě další, obecnější pojmy, které nám pomohou pochopit (především právní) rozdíl mezi vraždou, zabitím, účastí na sebevraždě a eutanázií.

Dle českého trestního zákoníku je život a zdraví jedince (stejně tak ještě nenarozených dětí)³ tou nejvyšší společenskou hodnotou, kterou má trestní zákoník chránit. Životem, či přesněji živým člověkem, je dle trestního zákoníku jedinec, který *“přestal být lidským plodem”* a je jím až do okamžiku biologické smrti. Člověk přestává být plodem v okamžiku začátku porodu. [Šámal 2010: 1294, 1297-1298]. Smrt je z právního hlediska vnímaná jako biologická smrt mozku. Jedná se o stav lidského organismu, kdy již není možno, aby životní funkce byly obnoveny. Určení okamžiku i stavu smrti je zcela přenecháno na metodách lékařské vědy. Trestní zákoník však rozlišuje mezi smrtí vnímanou jako nenávratný stav, kdy všechny důležité životní funkce selhaly a není možno tuto situaci změnit, a klinickou smrtí. Úroveň lékařské vědy v dnešní době umožňuje, aby důležité životní funkce vykonávaly stroje. Jedná se tedy o stav, kdy je jedinec životně závislý na strojích nahrazujících jeho životní funkce [Šámal 2010: 1298].

Vraždou je v českém právním řádu míněn takový čin, kdy někdo *“jiného úmyslně usmrtí”* a pachatel pak čelí trestu odnětí svobody na deset až osmnáct let [Šámal 2010: 1295]. Rozdíl mezi vraždou a zabitím spočívá především v rozpoložení pachatele, kdy zabití je definováno jako úmyslné usmrcení *“v silném rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného”*. Výše trestu v případě zabití se pohybuje mezi třemi až deseti lety. Jak uvádí česká legislativa, lidský život je chráněn i v případě, že daná osoba je těžce a nevléčitelně nemocná. Usmrcení v případě eutanázie je tedy rovněž protizákonné, nicméně je obtížně klasifikovatelné,

³ Výše trestů jsou často ovlivněné tím, kdo je obětí trestného činu (dítě, těhotná žena apod.), nicméně pro tuto práci nejsou tyto variance zásadně důležité.

jak uvádí Šámal [2010: 1298]: *“je proto trestný i útok na život takové (nevyléčitelně nemocné) osoby, a to i z důvodů tzv. euthanasie, kterou se rozumí uspíšení smrti z útrpnosti, aby bylo zkráceno utrpení umírajícího, a to často na jeho vlastní a výslovnou žádost. V těchto případech je však třeba pečlivě zvážit, zda se jedná o trestný čin vraždy nebo zda jsou splněny podmínky pro posouzení takového jednání jako trestného činu zabití”*. Do souvislosti s eutanázií je často stavěná účast na sebevraždě. Jedná se o ten typ činu, kdy někdo *“jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá”*. Trestem za účast na sebevraždě je odnětí svobody až na tři roky [Šámal 2010: 1354]. Pohnutím je dle Šámala [2010: 1356] míněno jakékoliv jednání, které může v oběti podpořit, anebo vyvolat, rozhodnutí spáchat sebevraždu. Jde tedy jak o poučení dané osoby o možnosti sebevraždy, intelektuálního schvalování takového činu, přemlouvání apod. Pomocí k sebevraždě je míněno usnadnění provedení sebevraždy. Jedná se o poskytnutí či usnadnění přístupu k prostředkům sebevraždy, o psychickou podporu rozhodnutí sebevraždu provést apod. Jak dále uvádí Šámal [2010: 1355], sebevražda sama o sobě není trestným činem a v tom případě je svedení či napomáhání k sebevraždě tzv. pachatelstvím, což znamená, že sám poškozený se žádného trestného činu (ani pokusu o něj) nedopustil.

Český právní diskurz tedy rozeznává několik různých aspektů usmrcení jiného člověka. Ty se od sebe liší především úmyslem a výší trestu. Pojetí eutanazie a asistované sebevraždy se od sebe může lišit v závislosti na oboru. Např. bioetika se problematikou eutanazie zabývá z hlediska práva jedince na sebeurčení a hodnoty lidského života. S přístupem bioetiky se seznámíme v oddíle 4.

1.2 Pojetí a dělení eutanázie v lékařství

Vlastnosti a charakteristiky připisované eutanázii se v lékařském diskurzu váží především ke způsobu provedení a postoji pacienta. Je možné ji rozdělit na pasivní a aktivní, přímou a nepřímou a na dobrovolnou a nedobrovolnou [Kutnohorská 2007: 84].

Pasivní eutanázie se dle Kutnohorské [2007: 84] v lékařském prostředí nazývá tzv. strategií odložené stříkačky. Jedná se o rozhodnutí nejednat, tedy nepodnikat kroky, které by vedly k prodlužování života jedince, jehož důležité životní funkce již selhaly a jsou závislé na vnější podpoře. Patří sem tedy odpojení od přístrojů - odpojení od umělé výživy, zastavení techniky podporující dýchání, tep srdce apod. Pojem pasivní eutanázie je do jisté míry matoucí, neboť i v případě, že se ošetřující osoba rozhodne nejednat, koná kroky, které vedou k úmrtí pacienta a tím pádem nese zodpovědnost za jeho smrt [Kutnohorská 2007: 84] a [Kerecman 1998:18]. Aktivní eutanázie označuje jednání druhé osoby, které vede k úmrtí ošetřované osoby. Aktivní eutanázie probíhá pouze v případě, kdy si tento krok vyžádal sám ošetřovaný a dále se dělí na přímou a nepřímou. Přímá aktivní eutanázie označuje jednání lékaře, jehož cílem je ukončení života pacienta, např. podání smrtelné dávky toxických látek apod. Nepřímá aktivní eutanázie naopak označuje neúmyslné jednání lékaře, který podal pacientovi přílišnou dávku léku např. analgetik, u kterých je známo, že ve vysokých dávkách mohou způsobit smrt. Lékař však v tomto případě nejedná za účelem zabití pacienta, nýbrž za účelem zmírnění jeho utrpení. Eutanázie je možné dále dělit na dobrovolnou (vyžádanou) a nedobrovolnou (nevyžádanou) [Kerecman 1998:18].

Pro vyjasnění rozdílů mezi právním a lékařským pojetím eutanázie musíme konstatovat, že provádění eutanázie má právně nejbližší k

asistované sebevraždě. Nicméně tento příměr není zcela přesný a to z několika důvodů. V případě asistované sebevraždy jsou oběti (rozumějme sebevrahovi) poskytnuty prostředky ke spáchání sebevraždy, samotný akt pak vykoná sebevrah sám. V případě eutanázie se však jedná o konání druhé osoby, které vede ke smrti pacienta. Další rozdíl spočívá ve stavu pacienta/sebevraha. Eutanázie je ve většině případů spojována se stavem nevyléčitelné nemoci, či nesnesitelného utrpení pacienta. Pro účast na sebevraždě však tento předpoklad není nutný, proto zahrnuje mnohem širší pole jednání. Tím se dostáváme k rozdílu v subjektu - eutanázii podstupují pacienti či osoby zakoušející nějaké silné utrpení, kdežto při účasti na sebevraždě se může jednat o kohokoliv. S tím je také spojen rozdíl v tom, kdo v těchto dvou případech vyvolává smrt. Jednající osobou v případě eutanázie bývá lékař, při asistované sebevraždě může být druhou osobu kdokoliv [Kerecman 1998:19]. Die Hautové [1993:4 in Kerecman 1998] je pro eutanázii podstatné to, že je vykonána lékařem na žádost a souhlas pacienta, s cílem zbavit ho nesnesitelného utrpení v případě, že všechny možnosti, prostředky pro léčbu a zlepšení nejsou možné, či selhaly.

2 Durkheimovo kategorie sebevraždy

Durkheim ve své knize *Sebevražda: Sociologická studie* rozlišuje tři typy sebevražd. V předchozím oddíle jsme si vysvětlili rozdíl mezi sebevraždou a eutanázií, přesto pro nás budou Durkheimovo kategorie sebevražd užitečné. Durkheim definoval a popsal tři základní ideál typy sebevraždy podle příčin, jako sebevraždu egoistickou, altruistickou, a anomickou. Tyto typy pro nás budou v následujících kapitolách sloužit jako

základní ukotvení, které nám pomůže identifikovat rozdíly mezi autory a přístupy k eutanázii. Durkheim studoval sebevraždu jako sociální fenomén, který nemá žádné speciální biologické či kosmické opodstatnění. Objevil souvislosti mezi sebevražedností a vlivy různých sociálních faktorů, jako je např. rodina, náboženské skupiny, nastavení ekonomiky či politika. Podobné vlivy jsou sledované i v případě studia přístupů k eutanázii, které si blíže popíšeme v oddíle 5. Rozkrytím těchto vztahů Durkheim poukázal na skutečnost, že každá společnost má do jisté míry sklony k sebevraždám a tato míra zůstává stejná, pokud se nemění nastavení společnosti. [Durkheim 2012: 16] Nyní si jednotlivé kategorie blíže popíšeme.

2.1 Egoistická sebevražda

První kategorií, o které Durkheim hovoří, je egoistická sebevražda. Příčiny egoistické sebevraždy Durkheim vidí ve snížené míře integrace, kterou jedinec pociťuje vůči společnosti. Čím více společnost přenáší zodpovědnost na jedince, tím vyšší míra sebevražednosti [Durkheim 2012: 14]. Durkheim ilustruje nižší míru integrace na rozdílu mezi sebevražedností katolíků a protestantů. Podle něj každá náboženská společnost operuje s jistým společným systémem věr a hodnot, který ovlivňuje a směřuje život jedince. Čím obsáhlejší tento systém je, tím více spojuje členy daného náboženského společenství, kteří jsou tím pádem silněji integrováni [Durkheim 2012: 159]. Míra sebevražednosti u protestantů je vyšší právě z důvodů vyšší míry individualismu, který jim umožňuje tvůrčí, a do jisté míry i morální svobodu. Katolická komunita je podle Durkheima velmi silně integrovaná díky zpovědím, které podporují komunitní vztahy a míra sebevražednosti je v "katolických" státech velice nízká (podle Durkheimových statistických dat bylo v "protestantských" státech v průměru 190 sebevražd na milion obyvatel, kdežto v katolických státech 58) [Durkheim 2012: 105].

Nízkou míru integrace vedoucí k sebevraždě sledoval Durkheim i u jedinců pocházejících z rodin s oslabenými vazbami mezi jejími členy [Durkheim 2012: 14].

Podle Durkheima je možné snížit počet egoistických sebevražd reintegrací jedinců do skupinového života. Znovuzavedení a podpora zájmových či dobrovolnických skupin může být podle Durkheima jednou z cest [Durkheim 2012: 17].

2.2 Altruistická sebevražda

Další kategorií je sebevražda altruistická, kterou Durkheim vysvětluje jako akt, kdy si jedinec vezme život pro nějaké vyšší principy, pro které se obětuje, nebo protože má jedinec pocit, že je sebevražda v danou situaci povinností [Durkheim 2012: 14]. Je do jisté míry opakem egoistické sebevraždy (pro kterou je charakteristická deprese, melancholie či lhostejnost), neboť Durkheim vyděluje v rámci kategorie altruistické sebevraždy jednotlivé specifické typy - sebevraždu z povinnosti, dobrovolnou sebevraždu a nutnou sebevraždu. Jedná se o případy, kdy jedinec cítí silnou a ze své pozice zcela racionální potřebu sebeobětování se. Je tedy do jisté míry v opozici vůči sebevraždě egoistické, protože se vyznačuje silnou integrací jedince do společnosti [Durkheim 2012: 14].

2.3 Anomická sebevražda

Poslední Durkheimovou kategorií je sebevražda anomická, kterou spojoval s příchodem moderní ekonomie. Ta je způsobená nedostatečnou společenskou regulací jedince, který se objevuje v situacích, kdy nároky na něj kladené nejsou nadále únosné. Příčiny Durkheim nacházel i v proměnách standardů jedinců – například náhlé bohatství může vést k sebevražedným

sklonům jedince, neboť jeho současná situace je v rozporu s jeho předchozí zkušeností, rozvod manželství v mnoha případech vede k sebevraždám bývalých manželů (častěji, než bývalých manželek), protože to byli právě muži, kdo nejvíce profitovali z regulačního vlivu manželství [Durkheim 2012: 15].

Jak bylo zmíněno v bloku o egoistické sebevraždě, Durkheim sebevražednost nejen studoval, ale také podával návrhy, jak situaci zlepšit. Stejně jako v případě egoistické sebevraždy, je podle Durkheima možné snížit míru anomických sebevražd zavedením zájmových skupin, další možnosti řešení vidí v poskytnutí větší svobody jedincům a zrovnoprávnění žen [Durkheim 2012: 17].

V sociologických učebnicích a přehledech⁴, ale i během sociologických kurzů⁵ jsou studenti a čtenáři často seznamováni ne se třemi, ale se čtyřmi typy sebevražd ustavených Durkheimem. Tou čtvrtou je sebevražda fatalistická. Předchozím třem typům sebevraždy věnoval Durkheim celé kapitoly, avšak fatalistickou sebevraždu zmínil pouze v krátké poznámce pod čarou. Příčiny fatalistické sebevraždy viděl Durkheim v přílišné regulaci společností, kdy je život jedince maximálně řízen a kontrolován a skrze přílišnou regulaci mu znemožňuje seberealizaci a výhledy do budoucna. Takové podmínky zažívali (a zažívají) například otroci. Durkheim tuto kategorii definoval v protikladu k sebevraždě egoistické a fatalistické nevěnoval tolik pozornosti, neboť jí vnímal jako záležitost minulosti [Durkheim 2012:239]. V současnosti je však fatalistická sebevražda podrobována empirickému zkoumání. Například Aliverdinia [2009] sledoval tento typ sebevraždy v Iránu. Sledoval spojitost mezi sebevražedností žen a jejich sociální kontrolou, čímž předpokládal vyšší frekvenci sebevražednosti v

⁴ Např. [Osborne, Loon 2002: 39], [Keller 2005: 219].

⁵ Např. Szelényi, I. 2009. "Durkheim on Suicide." Příspěvek přednesený jako přednáška na University of Yale. 1. 12. 2009.

oblastech se silnější sociální regulací. Iránská společnost je totiž dle Aliverdinia silně integrovaná a reguluje život jedince v mnoha aspektech [Aliverdinia 2009: 308 a 311]. Aliverdinia ve svém článku poukazuje na eurocentričnost Durkheimových výsledků, neboť Durkheim ve své analýze často spojoval rozvodovost s vyšší frekvencí sebevražd. Situace v Iránu je přesně opačná, neboť dle Janghorbani a Sharifirada jsou to právě vdané ženy, které mají mnohem častěji sklony k sebevražednému chování [Janghorbani & Sharifirad in Aliverdinia 2009: 308]. Výsledky ukázaly vyšší frekvenci sebevražd v oblastech, kde převažovaly kmenové samosprávy, tedy v tradičnějších oblastech, které jsou spojované s nižší mírou vzdělanosti, nižší mírou zapojení žen na pracovní trh apod. [Aliverdinia 2009: 313].

3 Dietrich Bonhoeffer

Dílem, ze kterého budeme v tomto oddílu vycházet, je *Etika*⁶ Dietricha Bonhoeffera. Jedná se o obsáhlý teologický text, který bude v rámci této práce zredukován na témata relevantní v debatě o otázkách eutanázie. Bonhoeffer v *Etice* popisuje *křesťanskost*, vede debaty o jednotlivých aspektech života a přístupech k němu, které argumentuje skrze Boha. Pro tuto bakalářskou práci představuje Bonhoeffer průvodce křesťanským myšlením, které zásadně ovlivňuje náhled na eutanázii a její hodnocení.

⁶ Jedná se o nedokončené dílo, které vyšlo až po autorově smrti. Bonhoeffer byl v období druhé světové války stíhán a vězněn a nakonec byl odsouzen k trestu smrti oběšením v koncentračním táboře ve Flossenbürgu v dubnu roku 1945. Na spisu *Etika* pracoval usilovně několik let, části jeho prací byly zničeny gestapem, jiné se mu podařilo uschovat a zachránit. Bonhoeffer nevytvořil žádný obsah svého díla, byla nalezena pouze jistá tématická skica z roku 1940, podle které následně zachráněné texty seřadili především Eberhard Bethge a Anni Lindner. Podoba s uspořádání díla se v průběhu času upravovalo tak, aby co nejvíce odpovídalo předpokládané Bonhoefferově představě [Bonhoeffer 2007: 7-9].

Rozpory mezi vírou, jejím učením a praxí volenou jedinci si představíme v oddíle 5, který se věnuje studiu několika výzkumů postojů k eutanázii.

3.1 Konceptualizace dobrého a zlého v díle

Bonhoeffera

Na samém začátku celého textu Bonhoeffer hovoří o základním problému lidského žití, a tím je svět konfliktů, ve kterém člověk žije, a to, jak na tento konflikt reaguje křesťanství, potažmo křesťanská etika. Za jeden z nejhlavnějších úkolů etiky obecně považuje Bonhoeffer rozlišení mezi dobrým a zlým. Dle Bonhoeffera je tento přístup v rozporu s křesťanskou etikou [Bonhoeffer 2007: 15]. Rozlišování na dobré a zlé vychází ze zkušenosti jedince, a tím jej staví do pozice toho, kdo určuje co je dobré a špatné. To přímo popírá roli Boha v určování hodnotového systému. Takový člověk, který hledá své vlastní „dobré a zlé“ je farizeus. Farizeus se odpoutává od Boha a vytváří vlastní hodnotový systém založený na observaci okolí a na individuálním vyhodnocování situace: *“Sám sebe nyní chápe vedle Boha, mimo Boha, a to znamená, že zná jen sebe a Boha už vůbec ne; neboť Boha může znát jen tehdy, jestliže zná jedině Boha.”* [Bonhoeffer 2007: 16]. Farizeus je člověk, který svůj život a veškeré své jednání směřuje k poznávání dobrého a zlého. Jak Bonhoeffer uvádí: *“Farizeovi se každý okamžik života stává konfliktní situací, kdy se musí rozhodnout mezi dobrým a zlým. Aby se neprohřešil, horlivě, ve dne i v noci, předjímá v myšlenkách nezměrné množství možných konfliktů, způsobů jejich řešení a svoji volbu.”* [Bonhoeffer 2007: 24].

Hlavním problémem, který farizeovský přístup k hodnocení situace způsobuje je skutečnost, že hodnocení dobrého a zlého vychází ze zkušeností daného jedince, který se svým postojem odklání od Boha jako nejvyšší autority a staví se tak na jeho rovinu. Dle Bonhoeffera je s takovým přístupem přímo spojené neustále posuzování stanovisek a jednání ostatních lidí, tedy (což je pro Bonhoeffera nejpodstatnější) i činů Ježíše Krista [Bonhoeffer 2007: 25-27]. Pokud člověk jedná dle svého hodnocení dobrého

a zlého, staví se do pozice soudce. Tím však hřeší, i přesto, že v danou chvíli jedná dle své představy dobrého [Bonhoeffer 2007: 28]. Snahy o osobní hodnocení dobrého a špatného jsou tedy pro tento přístup nepřijatelné a chybné, neboť poznání dobrého a zlého je možné pouze skrze Boha a jeho vůli, která v sobě zahrnuje celý řád světa [Bonhoeffer 2007: 27]. Veškerá morální autorita vychází z autority Boha a jeho učení. Jak uvidíme v oddíle 5, autorita Boha zde popisovaná skrze dílo Bonhoeffera, je v praxi aplikovaná odlišně.

3.2 Přirozenost života

Bonhoeffer upozorňuje na přirozený život, který je v souladu s Bohem. Přirozený život není samoučelný, ani nepředstavuje pouhý prostředek k cíli, je střední cestou mezi těmito dvěma extrémními póly. Samoučelnost přirozeného života vychází ze samotné skutečnosti stvoření, je důsledkem stvoření a je prostředkem k cíli ve smyslu podílu na Božím království. Život, který je nahlížen pouze jako samoučelný, či pouze jako prostředek k cíli nemůže být považován za přirozený, neboť přímo vede ke zhroucení. Takový život se zacyklí na neustálé představě dosahování cílů. Pokud tedy budeme nahlížet na život účelně, odkloníme se od představy přirozeného života [Bonhoeffer 2007: 151-152]. Bonhoeffer hovoří o právech přirozeného života, která představují dar od Boha a jsou nevymahatelná, neboť jsou zaručována samotným Bohem. Přirozené právo staví životy všech lidí na jednu rovinu, toto právo není možné žádným způsobem popřít a musí být v souladu s přirozeným právem ostatních [Bonhoeffer 2007: 154-155]. K přirozenému životu se přímo váže přináležení k tělu, lidem je dáno prožít pozemský život jako tělesný. Tělo je prostředkem, darem od Boha, který umožňuje lidem žít na světě a má stejné přirozené právo na zachování jako život [Bonhoeffer 2007: 158]. Není tedy možné upřít jedinci právo na život, ať už z důvodů vážného provinění, ani z hlediska jeho užitečnosti. Bonhoeffer kritizuje moderní náhled na život jako na způsob uspokojování potřeb (jedince i společnosti). Tento důraz na užitečnost vede k rozpadu života jedinců, kteří tak nenásledují Boží příkazy [Bonhoeffer 2007: 151-153].

3.3 Svoboda života

Bonhoeffer vede debatu o možnosti ospravedlnění sebevraždy a eutanázie. Člověk se liší od zvířete tím, že není ke svému životu ani tělu tak pevně připoután a má možnost si zvolit, zda bude v životě pokračovat či nikoliv. Pokud by člověk neměl možnost obětovat svůj život pro Boha, nebyl by jeho život lidský. Bonhoeffer nevnímá sebevraždu jako projev zbabělosti, nepopírá naléhavost určitých situací (např. vážná nemoc, úmrtí blízkého člověka apod.), ale pouze v případech, kdy je sebevražda konána dobrovolně. Možnost ukončení vlastního života tak dává lidem do rukou silnou zbraň, která může vyvolat dojem, že jsou vládci nad svým osudem. Sebevraždou mohou lidé „*vyrvat osudu jeho vítězství.*“ [Bonhoeffer 2007: 169]. Bonhoeffer uvádí, že častým argumentem podporujícím sebevraždu je zoufalství. Autor však namítá, že samotnou příčinou sebevraždy není zoufalství, ale právě svoboda člověka. Člověk, který již není schopen argumentovat své konání jinak, může se vždy obrátit k zoufalosti. Zoufalost je stav mysli, který vyžaduje pochopení, avšak není argumentem pro sebevraždu. Bonhoeffer nesouhlasí s církví, která sebevraždu odsuzuje jako čin, který „*znemožňuje pokání, a proto i odpuštění.*“ [Bonhoeffer 2007: 171]. Bonhoeffer tomuto přístupu vytýká přílišné lpění na posledním okamžiku života, neboť mnoho věřících zemřelo bez vlastního přičinění náhle a bez posledního pokání. Sebevražda je pro Bonhoeffera zavrženíhodná v případě, že je konána za účelem ospravedlnění života jedince. Jedinou přijatelnou formou sebevraždy je sebeobětování se pro Boha [Bonhoeffer 2007: 169-172].

Stejně je tomu tak i v případě eutanázie. Eutanázii je možné akceptovat pouze v případě naprosté nezbytnosti a se souhlasem dané osoby. Bonhoeffer zdůrazňuje, že existuje-li jakákoliv jiná možnost, než eutanázie, není možné ji nadále ospravedlnit. Problematický je dle jeho názoru i souhlas jedince se zabitím. Je možné, aby člověk pod tlakem těžké nemoci či deprese mohl vyjadřovat skutečnou touhu zemřít? Deprivace ze situace může vyvolat v jedinci dojem, že jedinou možností je pro něj smrt. Ten fakt Bonhoeffer přímo nezavrhuje, protože pokud člověk nemá žádnou

další životní motivaci, než odchod k Bohu, je možné naplnit své žití právě v odchodu [Bonhoeffer 2007: 163-165]. Z hlediska Durkheimových kategorií sebevraždy je možné vztáhnout Bonhoefferův přístup na altruistickou, ale i egoistickou sebevraždu. Bonhoeffer připouští nátlak určité situace na postoje jedince, který tak může vyjádřit touhu ukončit svůj život. V případě sebevraždy mohou být příčiny egoistického charakteru (tak jak jej definoval Durkheim). Jedná se právě o ty situace, kdy jedinec již nepocituje žádnou vazbu k pozemskému životu a jeho jedinou možnou cestou je odchod k Bohu. Takto se jedinec může projevat jak v případě sebevraždy, tak v případě eutanazie [Bonhoeffer 2007: 163-165]. Kritickou otázkou zůstává, zda nechat zemřít, nebo zabít. Za jistých okolností není možné neustále oddalovat smrt, avšak úmyslné zabití člověka je hříchem. Pro Bonhoeffera je tedy přijatelné ulevit člověku od jeho fyzického utrpení a následně ho nechat zemřít, nikoliv však konat za účelem zabití jedince [Bonhoeffer 2007: 163-164]. Z hlediska lékařské hodnocení eutanazie tedy Bonhoeffer přijímá pouze pasivní anebo aktivní nepřímou eutanázii.

Bonhoefferův přístup nám ukázal, že pro křesťanskou etiku není zcela nepřijatelná ani sebevražda, ani eutanazie, avšak oba tyto činy musí splňovat přísné parametry. Autor zásadně kritizuje utilitaristický pohled na život člověka a zdůrazňuje, že v případech sebevraždy a eutanazie je vždy nutné klást důraz na konkrétní situaci a její důvody. Pokud jsou motivace k těmto činům v rozporu s Bohem, je porušeno přirozené právo života, který zůstává až do konce života jedince (i jeho těla) v rukou Boha [Bonhoeffer 2007: 151-172]. Peter Singer, jehož přístupy si představíme v následujícím oddíle, hledá odpovědi na otázky eutanazie právě v užitečnosti a schopnosti vyjadřovat své potřeby.

4 Peter Singer

Australský filozof Peter Singer se problematice konce života věnuje systematicky již několik let a toto téma můžeme nalézt v mnoha jeho publikacích. Pro tuto práci budou nejdůležitějšími zdroji knihy *The Practical Ethics* z roku 1993 a *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics* z roku 1994. Singer je ve svých postojích vůči proměnám etiky jistý - odmítá tradiční etiku založenou na náboženské tradici, která hledá v lidském utrpení boží záměr. Singer je pro tuto práci klíčovým autorem, neboť představuje protipól vůči náboženskému uvažování o problematice eutanazie. Je myslitelem, který dlouhodobě podporuje eutanázii⁷ a jeho argumentace tak představuje protipól vůči postojům Dietricha Bonhoeffera. Singerovu práci je možné vnímat skrze pět základních tematických okruhů, kterými jsou rovnost, osoba, sebeuvědomění, schopnost trpět a zbavování utrpení, které si v následujících oddílech představíme. Budou to právě tyto okruhy, které nám poslouží jako odrazový můstek pro pochopení Singerových stanovisek.

4.1 Rovnost jako garant spravedlnosti?

Singer [1993:16] v druhé kapitole knihy *Practical Ethics* upozorňuje na problém rovnosti a jejího vývoje. V průběhu 20. století došlo k významné proměně náhledu na lidská práva a rovnost⁸. Jak Singer uvádí, přesto, že se morální postoje v mnoha oblastech, jako je např. homosexualita, eutanázie, pornografie apod., dramaticky proměnily, zůstávají tato témata silně kontroverzní a debaty okolo nich nejsou ještě zdaleka uzavřené. Stejně dramatickými proměnami prošla i myšlenka rovnosti lidí, především rovnosti ras. Dle Singera se však proměny ve vnímání rovnosti lidí a proměny

⁷ K tématu se vyjadřuje právě v publikacích *The Practical Ethics* a *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*,

⁸ Jako příklad můžeme uvést proměnu náhledu na rasovou diskriminaci. V roce 1965 byl v USA schválen Voting Rights Act, který umožnil volit všem občanům bez ohledu na "rasovou příslušnost" [Garrow 1978].

přijímání výše uvedených problematik zásadně liší v tom ohledu, že lidská rovnost se stala univerzální a debata okolo rovnosti je tedy již více méně uzavřena. Singer si však pokládá zásadní a o to kontroverznější otázku, co vlastně myšlenka rovnosti všech lidí znamená a proč jsme ji přijali [1993:16].

Singer poukazuje na různé způsoby pojetí a klasifikace rovnosti, tedy na způsoby, jakými je rovnost argumentována. Navzdory myšlence rovnosti všech lidí totiž namítá, že jsou mezi lidmi nepopiratelné odlišnosti, ať už se jedná o odlišnosti fyzické (výška, váha...), intelektové či jiné. Na tuto námitku, kterou Singer užívá pro ilustraci rozdílností mezi lidmi, navazuje postojem Johna Rawlse. Rawls ve své knize *A Theory of Justice* rozvádí myšlenku rovnosti všech lidí založenou na představě, že každý člověk je "morální osobnost"⁹. Rawls však morální osobností nemínil to, že rovnost vyplývá z morálně *dobrého* jednání, ale schopnosti člověka respektovat jisté morální výzvy [Rawls 1999:17]. Singer namítá, že moralita v Rawlsově pojetí vede ke škálovosti, neboť někteří lidé jsou citlivější na otázky etiky, spravedlnosti a morálky, avšak jiní takový cit neprojevují. Dle této logiky by byli lidé zařazováni do skupin dle stupně morality a od jejich přináležení ke skupině by se odvíjely jejich závazky a povinnosti [Singer 1993:18-19]. Tento problém Singer dále napadá. Rawls se totiž jen velmi nesnadno vypořádává s problémem lidí, kteří nejsou morálními osobnostmi téměř vůbec - jedná se především o děti a znevýhodněné osoby. Rawls kategorii dětí odlišuje jejich potenciálem stát se morálními osobami, v případě znevýhodněných osob konstatoval, že hodnocení jejich schopností být morálními osobami, může představovat jistý problém, avšak již nenavrhl žádné řešení či argumentaci [Singer 1993:19].

Morální osobnost tedy pro Singera není dostatečně silným argumentem/pojetím pro rovnost všech lidí. Jakékoliv pojetí rovnosti

⁹ Anglicky *moral personality* [Singer 1993:18].

založené na inteligenci, racionalitě, morální osobnosti apod. totiž vždy vede k vytváření skupin, které podléhají hodnotovým soudům, a tedy některé z nich jsou “lepší”, tedy mají právo na držení moci atp., a jiné jsou “horší”, a těmito právy nedisponují. Základem rovnosti lidí je dle Singera uznání rovnosti jejich zájmů nezávisle na pohlaví, věku, genderu apod. Přináležení k jisté etnické skupině, nižší intelektové skupině či např. psychické či fyzické znevýhodnění, tedy nemá žádný vliv na rovné uznání zájmů všech lidí. Singer doplňuje, že podmínkou pro rovné uznání zájmů je nějaký zájem mít [1993:20-23].

4.2 Vztah lidské bytosti k osobě

Pojetí osoby Petera Singera úzce souvisí s výše zmíněnými pojmy, jako je sebeuvědomění a schopnost trpět. Než se však budeme moci zaměřit na pojem “osoba”, je nutné se na okamžik vrátit o krok zpět k pojetí rovnosti. Na koncepci osoby Singer pracoval a pracuje již mnoho let a “laický” čtenář se s ní může setkat v jeho popularizačním betselleru *Osvobození zvířat*. Singer se totiž zásadně vyjadřuje proti myšlenkám *speciecismu*, tedy představě, že jedinci náležící ke druhu *Homo sapiens*, jsou nadřazení ostatním živočišným druhům. Jak již bylo zmíněno v oddíle o rovnosti, není možné dělat rozdíly v rovnosti na základě např. intelektových vlastností, etnické příslušnosti a dle Singera, ani na základě příslušnosti k druhu *Homo Sapiens* [Singer 2001:23]. Singer pro strukturaci svého argumentu užívá dvou základních dichotomií, kterými jsou lidské bytosti a ostatní živé bytosti¹⁰ a lidská bytost a osoba¹¹.

Vztah mezi *humans* a *nonhumans* ilustruje Singer na praktikách zacházení lidí se zvířaty, která jsou velmi často bez větších problémů využívána při nejrůznějších pokusech, jako zdroje masa, kůže, mléka, vajec

¹⁰ V anglickém originále jako *humans* a *nonhumans* [Singer 1993:55-57].

¹¹ V anglickém originále jako *human being* a *person* [Singer 1994:162-163].

apod. Přesto, že některým živočišným druhům jsou přisouzeny mnohé intelektové vlastnosti, nejsou *nonhumans* považováni za rovné lidem. Důvody pro tuto distinkci jsou dle Singera stejně chatrné, jako “rozdělování” rovnosti na základě barvy pleti, neboť zvířata jsou bezesporu schopná trpět - tedy pociťovat fyzickou bolest, úzkost, strach, stres, ale i radost, potěšení a tyto pocity vyjadřovat (jsou tedy schopna vyjadřovat své potřeby). *“Kámen nemá své zájmy, protože nemůže trpět. Nic, co v tom můžeme udělat, pravděpodobně nezpůsobí změnu v jeho blahu. Schopnost trpět nebo mít radost je nicméně nejen nezbytná, ale i dostačující pro to, abychom mohli říci, že bytost má zájmy - absolutně minimálním zájmem je netrpět.”* [Singer 2001:23].

Schopnost “mít” nějaké zájmy, je v utilitaristické logice klíčová při definování toho, co je to osoba/osobnost. Singer [1993:162] se nespokojuje s názorem, že osoba je *“myslící inteligentní bytost, která je schopná reflexe a rozumové úvahy a uvědomuje si sebe sama v různých časech i místech”¹²*, jak jí definoval John Locke, neboť tato definice je vztahována pouze k příslušníkům druhu *Homo sapiens* [Locke 2005:285]. Singer upozorňuje na skutečnost, že druhová nadřazenost lidí se v otázkách hodnocení lidského života projevuje skrze zaměňování pojmu *osoba* a *lidská bytost*. V knize *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics* [1994:180] vysvětluje křesťanské ustavení rozdílu mezi osobou a lidskou bytostí. Nejsvětější Trojice sestává ze tří osob - Boha Otce, Boha Syna a Ducha Svatého. Bůh a Duch Svatý ovšem nejsou lidskými bytostmi. Křesťanský filozof Boëthius pak, jak zdůrazňuje Singer, dále rozvedl definici osoby jako *“an individual substance of rational nature”*, kterou pak John Locke doplnil o sebeuvědomění [1994:180]. Je tedy zřejmé, že osobou nemusí být nutně

¹² “A thinking intelligent being that has reason and reflection and can consider itself as itself in different times and places.” [Locke 2005:285]. Volně přeloženo

lidská bytost, ovšem dle Boëthia i Tomáše Akvinského, jsou jedinými *nonhuman* osobami Bůh a Duch Svátý.

Singer, který je vůči křesťanské etice velmi kritický, se opírá o definici Johna Locka a rozšiřuje její aplikaci i na ostatní živé bytosti, tedy zvířata. Na planetě je tedy mnoho osob. A ne všechny z nich jsou lidské bytosti. Pro Singera je nejdůležitějším znakem osoby sebeuvědomění, projevování preferencí atd. Charakteristiky osoby pak splňují nejen lidé, ale i mnohá zvířata a naopak do této kategorie nespádají např. osoby v dlouhodobém a nenávratném komatu, lidské plody či novorozeňata [1994:180-183]. A je to právě toto tvrzení, které vzbuzuje tak bouřlivé reakce, neboť je často vnímáno jako legitimizace pro zabití dětí i osob s postižením, či jako snižování hodnoty plodů apod. Singer poznamenává, že na samotném tvrzení, že novorozenec či osoba v dlouhodobém a hlubokém komatu nejsou osoba, není nic nesprávného, neboť odpovídá jejich možnostem. Důležitým aspektem Singerova argumentu je tedy kritika univerzálního vnímání lidských bytostí jako osob, když na druhé straně ostatním živým bytostem je tato vlastnost upírána.

Singer řeší základní etickou otázku - proč je zabití jiného člověka špatné? V kapitole "*What's Wrong With Killing*" [1993:83-110] knihy *Practical Ethics* Singer vysvětluje, že největším problémem zabití je ukončení života bytosti, která nechce zemřít. V takové situaci je této bytosti znemožněno dále žít, vnímat, plánovat svou budoucnost apod. Singer tedy naznačuje, že zabití osoby je problematičtější, než zabití bytosti, která osobou není. Osoba totiž má své zájmy, které pociťuje, prožívá a dává najevo a tyto zájmy jsou hlubší než např. "pouhé" biologické fungování organismu. Vyšší hodnota připisovaná lidskému životu (ve srovnání s životem zvířete), a tedy problematičnost zabití jiného člověka (ve srovnání se zvířetem) vychází právě z představy, že všichni lidé se projevují jako osoby nezávisle na svém

skutečném jednání. Novorozeňata a malé děti sice dle Singera osobami nejsou, avšak disponují potenciálem se jimi stát v budoucnu. Problematické hodnocení lidských bytostí jako osob nastává v případech fyzického či psychického onemocnění. Otázce potřeb (ať už vyjadřovaných či nevyjadřovaných) se budeme blíže věnovat v oddíle 5.

4.3 Smrt těla, smrt mozku

Důležitým tématem Singerových úvah o smrti je samotná klasifikace stavu smrti v lékařství. S příchodem nových technologií v oblasti neurologie a fungování živého organismu, se proměnila i tradiční definice smrti. Ta byla v minulosti vnímaná jako stav, kdy tělem přestanou volně protékat tělní tekutiny, tělo není schopno samostatně dýchat a srdce přestává bít [Bacigalupo, Fernández 2012:8-9 in Novitzky, Cooper 2013]. V současné době je stav smrti přímo spojován s úmrtím mozku. Takto je v současnosti smrt klasifikovaná nejen v lékařství, ale např. i v právním řádu, jak je uvedeno v oddíle 1¹³. Singer poznamenává, že k posunutí hranice smrti došlo pouze u lidí, neboť u zvířat je smrt diagnostikována na základě “klasických” ukazatelů, jako je zástava srdce, ztuhnutí svalů, trvalé snížení tělesné teploty apod. Dle Singera je diagnostikování smrti až ve chvíli, kdy přestává fungovat mozek, projevem snahy oddálit stav smrti přesto, že pacient je v takovém stavu již dávno mrtev. Pro Singera je nejdůležitějším důkazem úmrtí takových pacientů fakt, že pokud by byli odpojeni od život podporujících přístrojů, zemřeli by právě z důvodů, které nejsou v současné době vnímané jako indikátory úmrtí (tedy zástava srdce apod.) [Singer 1993:32-37].

Pacienti v hlubokých a dlouhodobých komatózních stavech mají minimální šanci na zlepšení zdravotního stavu, a pokud se z komatu

¹³ Viz. [Šámal 2010: 1298].

proberou, trpí trvalými následky poškození mozku. Jejich životní funkce totiž selhaly a mozek je při životě udržován uměle. Dle Singera jsou tito pacienti již po smrti - s ohledem na jejich zdravotní stav a minimální šanci na zlepšení. Singer na druhé straně poukazuje na pacienty, jejichž zdravotní stav je za určitých podmínek zlepšit. Naráží na pacienty čekající na vhodné dárce orgánů. Těmito dárci by dle Singera mohli být právě pacienti v komatózních stavech, kteří by dárcovstvím mohli zachránit život jiných pacientů [Singer 1994:34-35].

4.4 Eutanázie jako projev svobodné vůle

Pro Petera Singera je eutanázie projev altruismu. Otázkou však zůstává, zda je možné vztáhnout Singerův přístup na Durkheimovo altruistickou sebevraždu. Singerův altruismus spočívá především v respektování potřeb a rozhodnutí trpícího jedince. I Durkheim spojuje altruistickou sebevraždu s utrpením. Jak příklady uvádí vdovy a vdovce páchající sebevraždu po úmrtí jejich partnera, ale také staré či těžce nemocné jedince. Narozdíl od Singera však Durkheim spojuje altruistickou sebevraždu s povinností. Jedinci, kteří páchají sebevraždu z důvodu vysokého věku či nemoci podle Durkheima nekonají pouze za účelem ukončení utrpení, ale také pod nátlakem povinnosti nebýt přítěží [Durkheim 2012: 177-178].

Pro Singera je eutanázie způsobem, jak svobodně vyjadřovat své potřeby a tužby, kterým by systém neměl klást překážky. Svobodná vůle a svobodné rozhodnutí ukončit svůj život však potřebuje upřesnění. Z výše uvedených poznatků vyplývá, že eutanázii může podstoupit pouze osoba (v Singerově pojetí), tedy bytost, která má nějaké specifické zájmy a je schopná je projevat. Do této "skupiny" tedy nespádají velmi malé děti, některé osoby s mentálním či fyzickým znevýhodněním, osoby v dlouhodobém

komatu apod. Jak uvádí Camosy [2012:44], Singer aplikoval své etické postoje na případ vlastní matky, která trpěla pokročilým stádiem Alzheimerovy choroby. Singer, přesto, že shledal, že jeho matka nadále nesplňuje kritéria osoby, pokračoval v péči. Následně tedy přiznal, že aplikace jeho etických postojů může být problematictější, než se zdá.

Tato skutečnost by však neměla vést ke smetení Singerovy perspektivy. Autor totiž na mnoha místech zdůrazňuje¹⁴, že možnost eutanázie (či asistované sebevraždy) je projevem uznání autonomie jednotlivce a jeho přání. Eutanázie totiž umožňuje jedincům, kteří již nejsou spokojeni s kvalitou svého života či nesnesitelně trpí, ukončit důstojně svůj život. Singer zdůrazňuje, že hodnocení “nesnesitelného utrpení” či “kvality života” je do značné míry závislé na jedinci, kterého se týká a proto by měla medicína a právo respektovat přání těchto jedinců o ukončení života [Singer 1994:106-114]. Singer kritizuje postupy lékařské péče, které naopak udržují při životě jedince, jejichž tělo již zemřelo, ale stále pracují některé části mozku. Tito pacienti jsou dle Singera udržováni ve vegetativním stavu proto, aby jejich orgány zůstaly nepoškozené a bylo možné je využít pro transplantaci. Z perspektivy Singerova přístupu se v případě komatózních pacientů již nejedná o eutanázii, neboť se nechovají jako osoby a zároveň jsou z hlediska Singerova uvažování již po smrti [Singer 1994:34-36].

Singer poukazuje na skutečnost, že eutanázie je z etického hlediska problematická pouze v případě lidí. Je totiž běžnou praxí, že zvířata, která jsou např. vážně zraněná či trpí nějakým onemocněním, jsou tzv. utracena, aby bylo zkráceno jejich utrpení¹⁵. Tato praxe je prováděná bez větších

¹⁴ Např. Příspěvek na International Conference on End of Life: Law, Ethics, Policy and Practice 2014 pořádané Queensland University of Technology Australian Centre for Health Law Research, Dalhousie Health Law Institute a Tsinghua Health Law Research Centre.

¹⁵ Na tuto skutečnost upozornil i jeden z respondentů výzkumu Magnussona a Balise [Magnusson, Ballis 1999:322]. Výzkum je blíže popsán v oddílu 5.

morálních překážek i v případech, kdy jsou daná zvířata schopná vyjadřovat své preference. Singer je významným podporovatelem eutanazie a stojí v téměř dokonalé opozici vůči Bonhoefferovi. Neztotožňuje svět s Boží vůlí a naopak odmítá spojování etiky s náboženstvím. Dle Singera je předpoklad správnosti Boží vůle chybný, neboť není možné pokládat např. mučení za správné, ani kdyby bylo Bohem schválené [Singer 1993:4-5].

5 Výzkumy

Druhou tematickou částí této bakalářské práce jsou rozbor sociálně vědních výzkumů týkajících se problematiky eutanazie. Cílem této části je seznámení se s přístupy výzkumníků k eutanázii a zmapování postojů různých skupin k eutanázii. Rozbory těchto textů slouží jako konfrontace přístupů teoretických stanovisek Bonhoeffera a Singera s praxí sledovanou ve výzkumech. Každý z výzkumů se věnuje jiné skupině i společnosti. Pro zachování faktické povahy výsledků budou všechny výzkumy podrobně představeny, včetně teoretického pozadí a předpokladů, které mohou mít zásadní vliv na podobu výsledků. Ve výzkumech uvidíme, jakým způsobem je eutanazie vnímaná v praxi a jak se tato praxe liší od teoretického uchopování tématu.

5.1 Mělo by být nevléčitelně nemocným pacientům umožněno zemřít?

Výzkumnice Babylonová a Monk-Turnerová porovnávaly data získaná v General Social Survey (GSS) mezi léty 1972 a 2002. Jejich výzkum i data, se kterými pracují, se věnují především kontextu Spojených Států. Cílem

tohoto výzkumu bylo analyzovat rozdíly v podpoře eutanázie v závislosti na věku, genderu, vzdělání, rase a dalších proměnných.

5.1.1 Pozadí výzkumu

První část článku se zabývá výzkumy postojů různých skupin k problematice eutanázie. Autorky čerpají z mnoha výzkumů a seznamují čtenáře s předpoklady, které se týkají podoby veřejného mínění. Předešlé výzkumy¹⁶ ukázaly, že americká společnost je v průběhu času čím dál benevolentnější vůči otázkám eutanázie či urychlení konce života. Výzkumnice dále popisují argumentační strategie táborů podporovatelů a odpůrců. Mezi základní argumenty pro eutanázii patří soucit s utrpením druhých, svobodná volba jedince a touha po užitku. Na druhé straně, v postojích proti eutanázii nejčastěji zaznívají náboženské (křesťanské) argumenty, které lze rozdělit na tři základní oblasti odmítající eutanázii. Patří mezi ně příkázání *“Nezabiješ”*, vnímání utrpení jako součásti božského záměru a vnímání vlivu Boha na osud života, o kterém člověk nemůže sám rozhodovat [Babylon, Monk-Turner 2009:312].

Z předešlých výzkumů¹⁷ vyplývá, že vliv pohlaví na postoje k eutanázii se různí. Babylonová a Monk-Turnerová uvádí, že ve výzkumu Parksové [2000:30] bylo pro eutanázii více žen, než mužů. Babylonová a Monk-Turnerová představují i výzkumy¹⁸, které naopak odhalily opačný přístup pohlaví, kdy většinu podporovatelů eutanázie představovali muži [2009:313]. Další skupinou, která se častěji vyjadřuje pro eutanázii, lékařem asistovanou sebevraždu či neposkytování lékařské péče, jsou mladí lidé. Výzkumy

¹⁶ Např. Horsfall, S. et al. (2001) “Views on euthanasia from an East Texas University.” *The Social Science Journal*. 38 (4):617-630.

¹⁷ Např. Parks, J. 2000. “Why gender matters to the euthanasia debate.” *Hastings Center Report* 30 (1):30-37.

¹⁸ Anderson, J., D. Caddell. 1993. “Attitudes of the medical professionals toward euthanasia.” *Social Science and Medicine*. 37 (1):105-114.

názorů na eutanázii se věnovaly i vlivu etnicity. Dle Babylonové a Monk-Turnerové [2009:313] většina výzkumníků tvrdí, že mezi Afroameričany je méně zastánců eutanázie či sebevraždy, než mezi tzv. bílými Američany. Silný vliv na postoje má i vzdělání. Jedinci s vyšším vzděláním častěji souhlasí s eutanázií či právem na ukončení života obecně.

5.1.2 Metodologie analýzy dat GSS

Data, která Babylonová a Monk-Turnerová analyzovaly, pochází z let 1972 až 2002. Celkem se výzkumu zúčastnilo 43 698 respondentů. Výzkumnice si vytvořily několik sledovaných kategorií proměnných. Mezi tyto proměnné patřil gender, věk, etnicita, vzdělání, náboženská příslušnost, politická orientace, příjem a rodinný stav [Babylon, Monk-Turner 2009:314-315].

5.1.3 Výsledky analýzy dat GSS

Na otázku, zda by mělo být nevyléčitelně nemocným umožněno zemřít, odpovědělo z celkového počtu pouze 50,4% respondentů, z nichž většina vyjádřila podporu. Z analýzy výpovědí vyšlo najevo, že výsledky ve většině případů odpovídají zjištění předešlých výzkumů.

Mezi muži bylo o 8% více zastánců neposkytování lékařské péče než mezi ženami. Potvrdil se také pokles podpory neposkytnutí péče s přibývajícím věkem, neboť respondenti mladší 30 let vyjádřili podporu v 74,7% případů, oproti 58,9% respondentům starší 60 let. Projevil se také vliv vyššího než středoškolského vzdělání. Nejméně podporovatelů tohoto přístupu se našlo mezi respondenty s nižším než středoškolským vzděláním (57,1%). Oproti tomu lidé s vyšším než středoškolským vzděláním vyjádřili podporu v 73,4% případů. Ke shodě mezi zjištěními ostatních výzkumníků a

Babylonové s Monk-Turnerovou došlo i v případě vlivu politické orientace. Nejvíce příznivců přístupu ukončení lékařské péče se objevilo mezi liberály (74,5%), kteří stáli proti 62,2% příznivců z řad konzervativců. Překvapivé výsledky se ukázaly v oblasti vlivu náboženství. Paradoxně nejméně příznivců tzv. *non-treatment*¹⁹ se ukázalo mezi protestanty, kteří projevili podporu v 63,4% případů. Vyšší podpory se ukončení lékařské péče dočkalo mezi katolíky (67,8%). Nejsilnější podpora *non-treatment* však přišla ze strany židů a respondentů bez náboženského vyznání (v obou případech 86,2%). Rozdílnosti v přístupech respondentů různých příjmových skupin se neukázaly jako významné. *Non-treatment* se dočkal podpory 66% mezi příslušníky vyšší příjmové skupiny a 68% podpory v nižší příjmové skupině [Babylon, Monk-Turner 2009:315-316].

Shrnutím výsledků dat došly Babylonová a Monk-Turnerová [2009:316] k závěru, že možnost ukončení lékařské péče nachází silnější podporu mezi jedinci s vyšším vzděláním, liberály a sezdanými jedinci. Naopak nižší podporu nachází *non-treatment* mezi staršími respondenty, ženami, protestanty a mezi příslušníky vyšších příjmových skupin.

5.1.4 Diskuze nad výsledky výzkumu

Výzkum Babylonové a Monk-Turnerové představil postoje americké společnosti z hlediska statistických dat získaných během výzkumů GSS. Představuje postoje respondentů z hlediska nejrůznějších proměnných, které mohou ovlivnit názor na eutanázii. Výsledky tohoto výzkumu měly statistickou povahu a jejich srovnání s přístupy Durkheima, Singera a Bonhoeffera tak může být do jisté míry zavádějící, neboť neseznamují s motivacemi respondentů. Tento výzkum ilustroval působení vnějších vlivů

¹⁹ Neposkytnutí lékařské péče

na podobu postojů vůči eutanázii, které se dále budou projevovat i v následujících studiích.

5.2 Reakce pracovníků ve zdravotnictví na žádost o eutanázii u pacientů s onemocněním AIDS

Tato studie z roku 1999 se věnuje výzkumu pracovníků ve zdravotnictví, kteří se věnují pacientům s onemocněním HIV a AIDS. Cílem výzkumu bylo odhalit způsoby, jakými je prováděná ilegální eutanázie v Austrálii a jaké postoje vůči urychlení smrti pacienta zastávají pracovníci ve zdravotnictví. Výzkum zmapoval způsoby, jakými jsou lidé do "procesu" eutanázie zapojeni, do jaké míry jsou různí lidé zapojeni a jaké typy sociálních vztahů toto zapojení umožňují. Studie ukázala, že mezi pracovníky ve zdravotnictví a pacienty s HIV/AIDS existují různé formy konsensu ohledně eutanázie. Dále studie ukazuje, jakým způsobem je ilegální eutanázie prováděná a omezení, která sebou přináší právní úpravy tohoto problému [Magnusson, Ballis 1999:312].

5.2.1 Pozadí výzkumu

V roce 1995 byl v Severním Teritoriu (Austrálie) uzákoněn tzv. *Rights of the Terminally Ill Act 1995*. V té době bylo již možné beztrestně vykonávat eutanázii v Nizozemí a v Oregonu (USA), avšak tento australský zákon byl vůbec prvním na světě, který explicitně legalizoval eutanázii. Nový zákon umožňoval nevléčitelně nemocným pacientům ukončit svůj život. Aby se tak mohlo stát, bylo potřeba projít přísným procesem, který zahrnoval dvě na sobě nezávislé diagnózy zdravotního stavu pacienta, psychologické

vyšetření apod. [Zinn 1995:1427]. Společnou charakteristikou názorů proti eutanázii byla představa nevhodnosti eutanázie jako řešení situace nevléčitelně nemocných pacientů. Eutanázie byla odpůrci vnímaná jako projev úpadku, odklonu od humanity, jako extrémní řešení. Autoři výzkumu se zaměřili na ty, kteří eutanázii prováděli, aby tak čelili předpokladům odpůrců. Argumentem pro tuto výzkumnou strategii je dle autorů fakt, že samotné obavy týkající se legalizace eutanázie a toho, co by mohla přinést, jsou zcela na místě. Nicméně v debatách na toto téma se často opomíjí současná podoba eutanázie [Magnusson, Ballis 1999:313].

Autoři uvádějí, že debata nad tématem eutanázie je kontroverzní z několika důvodů. Tím prvním je možnost devalvace lidského života a možnost zneužití zranitelných a nemocných pacientů v prostředí, kde je možné legálně provést eutanázii. Autoři podotýkají, že studium nejrůznějších výzkumů ukázalo vysokou míru zapojení lékařů v procesu eutanázie, avšak jen malé množství z nich se zabývalo charakterem jejich zapojení. Cílem Magnussona a Ballise [1999:313-314] je tedy odhalit praktiky spojené s eutanázií a prostředí pracovníků věnujících se pacientům s HIV/AIDS.

5.2.2 Metodologie výzkumu

Pojem eutanázie v tomto výzkumu odkazuje k aktivní a dobrovolné eutanázii. Výzkumníci zvolili metodu polostrukturovaných rozhovorů, ve kterých zjišťovali, zda pracovníci ve zdravotnictví znají a chápou rozdíl mezi těmito dvěma pojmy. Bylo provedeno třicet devět rozhovorů s pracovníky ve zdravotnictví na nejrůznějších pozicích. Většinu respondentů představovali lékaři a zdravotní sestry, do vzorku však byli zahrnuti i terapeuti a další pracovníci, kteří se věnují osobám s HIV/AIDS [Magnusson, Ballis 1999:315-316].

5.2.3 Vnímání a zkušenosti s eutanázií v Austrálii

Značná část lékařů, či jiných pracovníků ve zdravotnictví, měla s eutanázií zkušenosti, ať už se jednalo o nějaký druh zapojení či žádosti od pacientů. Autoři uvádí, že 46% lékařů z Teritoria hlavního města Austrálie bylo svými pacienty požádáno o urychlení konce života a přibližně 28% z nich těmto žádostem vyhovělo. Dalších 59% z nich vyslovilo názor, že eutanázie je vhodnou cestou a 58% lékařů vyžadovalo změnu zákonů [Magnusson, Ballis 1999:316].

Autoři uvádí poznatky ze srovnávacího výzkumu Kuhse [1997 in Magnusson, Ballis 1999:316], který porovnával způsoby rozhodování o konci života v Austrálii s výzkumem van der Maase z roku 1991. Z Kuhsova výzkumu vyšlo najevo, že v Austrálii bylo 1,7% všech úmrtí mezi léty 1995-1996 výsledkem aktivní eutanázie a pouze v 0,1% případů se jednalo o lékařem asistovanou sebevraždu. Tato čísla jsou znepokojující vzhledem k faktu, že eutanázie či lékařem asistovaná sebevražda probíhá v takovém případě nekontrolovaně. Neznámé číslo australských lékařů nerespektuje právní nařízení a asistují při smrti vážně nemocných pacientů. Vzhledem k ilegálnosti jejich počínání, musejí zůstat v tajnosti a skrývat svou činnost. Pokud tedy někdo chce podstoupit eutanázii, musí najít "toho správného člověka" a doufat, že nebude zneužit či zda nedojde k nějaké chybě. Tyto praktiky bývají často ignorovány, nebo smeteny pod stůl s odůvodněním, že jejich výskyt je velice vzácný. S tímto postojem však Magnusson a Ballis nesouhlasí a chtějí tyto činnosti zařadit do debaty o eutanázii [Magnusson, Ballis 1999:318-319].

5.2.4 Typologie vnímání eutanázie

Autoři uvádí, že pacienti s HIV/AIDS onemocněním často projevují suicidální chování. Ve vyšší míře také dochází k eutanázii a zabití osobami, kterým důvěřují. Cílem zkoumání bylo odhalit typologii reakcí zaměstnanců ve zdravotnictví na žádosti HIV/AIDS pacientů o eutanázii. Výzkumníci řadili výpovědi do třech kategorií podle postojů k eutanázii a s nimi spojenou praxí. Respondenti byli do kategorií řazeni podle třech základních proměnných, kterými byli (1) morální postoje vůči eutanázii, (2) míra zapojení v praxi asistované sebevraždy a (3) aktivní eutanázie a postoje vůči legalizaci eutanázie. V rámci typologizace respondentů byl kladen důraz i na vnímání role lékaře jako profesionála, díky čemuž výzkumníci sledovali, jakým způsobem respondenti ospravedlňují své postoje [Magnusson, Ballis 1999:319].

První sledovanou kategorií respondentů byli tradicionalisté. Tato skupina se vyznačovala omezenými zkušenostmi s eutanázií a nikdy se žádných podobných aktivit neúčastnila. Z morálního hlediska respondenti nesouhlasili s myšlenkou aktivní eutanázie. Ze zkoumaného vzorku respondentů, byli pouze tři klasifikováni jako tradicionalisté a ve všech třech případech se jednalo o lékaře. Jeden z respondentů se o ilegálnosti eutanázie na společenské úrovni vyjádřil v tom smyslu, že je *“téměř chromosomálně determinovaným pravidlem²⁰”* [Magnusson, Ballis 1999:320], neboť zabití pacienta považoval za obłudné. Jeden z respondentů uvedl, že v případě by eutanázie měla být prováděna, je potřeba ji rozeznat a standardizovat jako jiné lékařské zákroky. Zavedení přísných pravidel kontroly činnosti lékařů by v tomto případě mělo být samozřejmostí. Důvodem je právě ochrana pacientů před nezodpovědnými lékaři. Další z

²⁰ Volně přeloženo z výrazu “almost a chromosomally determined rule” [Magnusson, Ballis 1999:320].

respondentů vyslovil názor, že není možné, aby právo dostatečně definovalo a naložilo s problémem eutanázie, a zajistilo tak pacientům dostatečnou ochranu. Argumentem je klinická povaha problému, kterou dokáží posoudit pouze lékaři a to případ od případu. V případech všech tří respondentů bylo možné identifikovat obavu z byrokratického zneužití eutanázie ve prospěch třetích osob a také obavu z ohrožení autonomie lékařské vědy. Respondenti ve svých výpovědích zdůrazňovali dopad legalizace eutanázie na lékaře samotné [Magnusson, Ballis 1999:320]. Postoje této skupiny respondentů je možné srovnat se stanovisky Bonhoeffera. Vnímají eutanázii jako nepřijatelnou aktivitu, kterou není možné dostatečně právně ošetřit a předejít tak zneužití. Stejně jako v případě Bonhoeffera, je kladen důraz na individuální případy a je zpochybňovaná nutnost takového počínání. Obavy ze zneužití eutanázie jsou zde podobné, jako Bonhoefferův názor na zneužití možnosti spáchání sebevraždy. V obou případech je možné eutanázii či sebevraždu provést, neboť technické či legální podmínky této aktivitě nijak nebrání, avšak správnost této činnosti nespočívá pouze v možnosti provedení.

Druhou kategorií byli tzv. revizionisté. Ti se vyznačovali širokým spektrem přístupů a praktik a měli mezi respondenty nejsilnější zastoupení. Společným jmenovatelem této kategorie byla obhajoba proměny buď z hlediska legality, nebo redefinice profesionality a zodpovědnosti za péči. Mezi takové proměny byla řazena např. destigmatizace eutanázie. Respondent Chris, pracující na pozici zdravotní sestry uvedl, že eutanázie není nabízena místo paliativní péče, ale jako součást balíku lékařské péče. Další z respondentů, pracující jako lékař na oddělení paliativní péče uvedl, že byl přesvědčen, že nastane doba, kdy bude urychlení pacientovi smrti "běžnou" součástí jeho pracovní náplně. Je toho názoru, že je lékařovou povinností urychlit pacientovu smrt v případě, že si to situace symptomaticky

žádá (samozřejmě s pacientovým souhlasem) [Magnusson, Ballis 1999:321-322]. Revizionisté v rozhovorech zdůrazňovali utrpení pacientů s onemocněním AIDS, i omezené možnosti medicíny. Respondent Dean zmínil ironickou skutečnost, že lékaři mohou usnadnit něčí narození, smrt však nikoliv. Také označil eutanázii za běžnou praxi v oblasti veterinární péče, kde je urychlení smrti vnímáno jako snížení utrpení. Dean poukázal na skutečnost, že *“pokud je to dostatečně dobré pro kočku nebo psa, měli bychom mít možnost to provádět i u lidí.”* [Magnusson, Ballis 1999:322]. Podle Deanova názoru, hraje v procesu vykonávání eutanázie významnou roli vztah lékaře a pacienta, tedy přesněji to, jak dobře lékař pacienta zná. Dean tvrdí, že lékaři rozhodují o pacientově spokojenosti/životě velmi často a to bez větších obtíží: *“pokaždé, když lékař rozhoduje, zda snížit nebo zvýšit dávku léku, dělá rozhodnutí, které může potenciálně ovlivnit, když ne jeho život, tak povahu vedlejších účinků.”* [Magnusson, Ballis 1999:322]. Revizionisté se vyznačují tím, že v některých případech nerespektují to, co vnímají jako irelevantní a jejich jednání je tedy v jistých ohledech v rozporu s *Australian Medical Association*. Autoři uvádí, že pokud by eutanázie byla legalizována, rozdělilo by to tábor revizionistů do několika skupin. Je dost možné, že někteří z nich by v případě legalizace eutanázie tuto možnost ignorovali pro zachování profesní autonomie [Magnusson, Ballis 1999:322]. Postoje revizionistů v mnoha ohledech korespondují se Singerovými názory. Vnímají eutanázii především z hlediska úlevy od utrpení. Vzhledem ke své profesi jsou ovlivněni zkušenostmi s umírajícími či trpícími pacienty a situaci nezkoumají z náboženského hlediska. Zabývají se způsoby provedení eutanázie i paradoxy, ke kterým v lékařství dochází (možnost usnadnění narození, úmrtí však nikoliv) a jeden z respondentů také uvedl rozdílnost hodnocení eutanázie u lidí a u zvířat. Urychlení konce života bylo v tomto případě vnímáno jako služba pacientovi, kterou je třeba brát vážně v potaz.

Třetí kategorii respondentů představovali konzervativci, kteří názorově stáli mezi tradicionalisty a revizionisty. Tato skupina respondentů se vyznačovala konzervativním hodnocením profesního chování zaměstnanců ve zdravotnictví. Značná část respondentů této kategorie pracovala na pozicích zdravotních sester, či ošetřovatelů na odděleních paliativní péče a prokázala silný důraz na snahu zlepšit podmínky umírajícím pacientům. Někteří z respondentů vyslovili svůj souhlas s eutanázií, avšak jen malý počet z nich se aktivně angažoval v debatách či snahách o legislativní změnu. Několik z nich přiznalo, že se během své profesní kariéry nějakým způsobem přímo zapojili v provedení aktivní eutanázie, tato událost je silně emocionálně zasáhla [Magnusson, Ballis 1999:323].

5.2.5 Smrt jako stigma

Článek Magnussona a Ballise nám umožnil vhled do postojů pracovníků ve zdravotnictví k eutanázii a poukazuje na křehkost vztahu mezi lékařem a pacientem. Narozdíl od předchozího výzkumu, se věnuje pouze respondentům z lékařského prostředí a přístupy identifikovaných skupin respondentů bylo možné porovnat s přístupy Bonhoeffera i Singera. Eutanázie se setkala s otevřenou podporou pouze v případě skupiny revizionistů. Tradicionalisté a konzervativci se sice vyjadřovali proti této praxi, avšak pro každou ze skupin byla eutanázie přípustná pouze jako prostředek urychlení konce utrpení. Výpovědi jednotlivých skupin respondentů ukázaly, že postoje pracovníků ve zdravotnictví se od sebe zásadně liší a „vedou boj o pacienta“.²¹ Smrt pacienta a její vnímání zásadně ovlivňuje podobu debaty o eutanázii v lékařském prostředí. Z výzkumu Magnussona a Balise vyplývá, že většina pracovníků ve zdravotnictví

²¹ Mezi další výzkumy věnující se postojům lékařů k eutanázii patří např. Seale, C. 2009. „Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes. *Palliative Medicine* 23(3):205-212. Ten také upozorňuje na rozdílnost názorů lékařů, která vyplývá právě z pojetí role pacienta a povinností lékaře vůči pacientovi.

nesouhlasí s případnou legalizací eutanazie z toho důvodu, že představuje ohrožení suverenity pacienta a proměnu jeho vnímání jako jedince, kterému je potřeba poskytnout maximální péči. Podobně jako Bonhoeffer vnímají lékaři nepodporující eutanázii tuto praktiku jako krajní řešení vyžadující pádné důvody [Magnusson, Ballis 1999:321, 325, 326]. Žádný z respondentů se však nevyjadřoval o náboženské dimenzi zabití pacienta.

5.3 Důstojná smrt mých rodičů je rozdílná od mé

Cílem této studie bylo zkoumání morálních postojů dospívajících osob vůči pasivní eutanázii v Izraeli. Výzkumníci sledovali postoje vůči urychlení smrti jakéhokoliv občana, své vlastní, rodičů, partnera a starších nemocných pacientů [Lichtentritt, Rettig 1999:385-386].

5.3.1 Pozadí výzkumu

Otázky týkající se konce života v sobě obsahují hluboká morální dilemata zahrnující debaty o mezích práv individua. Naráží na oblasti jako je povinnost lékařů uzdravovat, snaha o zmírnění bolesti a utrpení, zákaz zabíjení jiných lidí. Tyto oblasti debat o otázkách konce života pak narážejí na kulturní a sociální normy, legislativu a mezilidské vztahy. Mnoho studií²² prokázalo vliv veřejného mínění (či kolektivního chápání daného problému), politické ideologie, náboženství, sociálního prostředí apod. na názory a postoje jedinců. Tato studie zkoumá postoje izraelských dospívajících jedinců

²² Např. Lee, Y. et al. 1996. "Cross-cultural research on euthanasia and abortion." *Journal of Social Issues* 52(2):131-148.

ke smrti jakéhokoliv občana (tento model zkoumá postoje k hypotetickému morálnímu dilematu), k smrti jedinců samotných, jejich rodičů a blízkých a na smrti starších nemocných pacientů na konci života (tento model zkoumá postoje ke skutečnému morálnímu dilematu). Výzkumníci definovali morální problém jako situaci, ve které se dostávají do rozporu hodnoty a zájmy a tento rozpor má za následek *incompatible lines of actions* [Lichtentritt, Rettig 1999:386]. Morální dilema je specifickým druhem morálního problému, neboť představuje rozpor mezi hodnotami jedince a danými zájmy. Tyto morální dilemata často pramení ze situací, kdy je rozhodováno o zájmech blízkých osob, se kterými jedinec navázal různě dlouho trvající vztah. Výzkum se zabývá nejen postoji ke smrti blízkých či nemocných pacientů, ale i ke smrti izraelských občanů proto, že z předchozích výzkumů vyšlo najevo, že izraelští občané projevují empatii, loajalitu i zodpovědnost za další občany [Lichtentritt, Rettig 1999:386].

5.3.2 Teoretické zakotvení výzkumu a definice pojmů

V této studii je chápána moralita jako proces balancování zájmů jedince se zájmy a povinnosti vůči ostatním. Morální situace pak představuje dynamickou interakci mezi třemi elementy, mezi které patří (1) vnější kontext, (2) multidimenzionální povaha morálního problému a (3) charakteristiky těch, kteří problém řeší [Lichtentritt, Rettig 1999:387].

Studie Lichtentritta a Rettigové [1999:387] se pohybuje v kontextu izraelské společnosti, kde jsou otázky konce života relativně novým tématem veřejných debat a pasivní eutanazie je vnímaná velmi kontroverzně. Kontroverznost tématu se projevuje v izraelských zákonech, osobních hodnotách občanů, náboženských tradicích a i v hebrejském jazyce samotném. Tenze vztahující se k tomuto tématu ukazují významnost vlivu

společnosti a kultury jako kontextu, který směřuje strategie řešení morálních problémů.

Rozpory, které se projevují v zákonech, se týkají především zákona o právech pacienta (*The Israeli Patient's Rights Law*), který pacientům umožňuje odmítnout či odstoupit od léčby, avšak nepodporuje psaná rozhodnutí pacientů o tom, zda mají být udržováni při životě na přístrojích, či nikoliv²³. Práva jedince jsou tak limitována na přítomnost a není možné dělat rozhodnutí o svých budoucích stavech. Tento postoj chápání individua jako osoby, která nemá právo rozhodovat o svém osudu, vychází z ortodoxního judaismu. O otázkách konce života jedince/pacienta pak v mnoha případech rozhodují členové rodiny, o kterých se předpokládá, že znají pacientovo přání, avšak nepřipouští, že by rodiny rozhodovala na základě pokynů sepsaných pacientem [Lichtentritt, Rettig 1999:387]. Judaismus vnímá lidský život jako posvátný, vytvořený k obrazu Božímu a tedy nepřipouští právo na rozhodování o konci života. Tím dochází k inkonzistenci, neboť o urychlení konce života pacienta mohou nakonec rozhodnout rodinní příslušníci, sám pacient však toto přání nemůže přímo vyslovit, či o něj zažádat.

Řešení morálního problému ovlivňuje jeho povaha. Ta v sobě zahrnuje definice a charakter zájmů a hodnot, které je třeba při řešení morálního problému zvážit. Zároveň se v ní odráží to, jaké zájmy a hodnoty jsou důležité, a kterým naopak není připisován větší význam. Povahu morálního problému také zásadně ovlivňují mezilidské vztahy. Předešlé výzkumy²⁴ prokázaly, že respondenti vnímali problémy osobní povahy jako velmi komplikované, na rozdíl od problémů profesních, či hypotetických morálních problémů, které jsou dle názoru snadněji řešitelné. Důvodem pro toto

²³ V textu je užitý výraz "living will", který se dá také přeložit jako "dříve vyslovené přání".

²⁴ Např. Saltzstein, H. D. 1994. "The relation between moral judgment and behavior: a social-cognitive and decision-making analysis." *Human Development* 37 (5):299-312.

vnímání je spojení problému s životem a životními zkušenostmi. Pokud je problém tzv. ze života a nějakým způsobem se váže k žité zkušenosti jedinců, je složitější jej vyřešit než např. zmiňované hypotetické problémy [Lichtentritt, Rettig 1999:388].

Charakter morálního problému tedy ovlivňují mezilidské vztahy, neboť morální problém “vzniká” v situaci, kdy dochází ke střetu vlastních zájmů a zájmů ostatních. Povaha mezilidských vztahů (a jejich blízkost) pak určuje to, jakým způsobem se respondenti staví k řešení morálního problému. Z výzkumu názorů na eutanázii v Izraeli vyšlo najevo, že většina respondentů nepodporovala eutanázii v případě, že byli dotázáni na možnost urychlení smrti svých blízkých. Avšak v případě, že by se sami respondenti ocitli ve stavu naléhavého a nevléčitelného onemocnění, pouze 13% respondentů vyslovilo přání neukončení léčby [Lichtentritt, Rettig 1999:389].

Lichtentritt a Rettigová uvádí, že [1999:389-390] pro řešení morálních situací je nutné, aby osoby splňovaly jisté požadavky. Osoby schopné řešit morální problémy se vyznačují okruhem určitých vlastností. Jedná se o porozumění sociálním normám a principům, oddanost a snahu podílet se na proměně daných procesů a schopnost prokázat základní sociální, kognitivní a emoční dovednosti k řešení multidimenzionálních otázek, schopnost převzít určitou roli apod. Vybavenost jedinců se pak odráží v jejich přístupu k problémům i vztahu mezi “řešitelem” a veřejností.

5.3.3 Metodologie výzkumu a charakteristiky

respondentů

Výzkumníci porovnávali postoje k pasivní eutanázii u starších závažně nemocných pacientů, u rodičů a dalších typů vztahů. Bylo provedeno 12 rozhovorů s dospělými dětmi chronicky či terminálně nemocných postarších

rodičů. Respondenti byli ve věkové kategorii od 32 let do 64 let věku a v deseti případech se jednalo o dcery pečující o své nemocné rodiče. Ve skupině respondentů převažovali jedinci identifikující se jako sekulární, pouze čtyři respondenti popsali své náboženské postoje jako *tradiční*. Výzkumnice zaujaly k rozhovorům aktivní přístup, jejich cílem tedy bylo dát respondentům dostatek prostoru pro interpretaci a popis svých postojů [Lichtentritt, Rettig 1999:391]. Rozhovory tedy nebyly pevně “svázané” předpřipravenými otázkami, důraz byl kladen na narativitu samotných respondentů. Rozhovory byly rozdělené do několika tématických částí, které zkoumaly respondentovy postoje vůči pasivní eutanázii u něho samotného, jeho blízkých apod.

5.3.4 Výsledky výzkumu

Analýza rozhovorů potvrdila vliv povahy mezilidských vztahů na postoje k pasivní eutanázii. Respondenti se projevovali benevolentněji v případech, kdy se jednalo o rozhodnutí týkající se pacientů, ke kterým nemají respondenti blízký vztah (v tomto případě se jednalo o občany Izraele). V případě rozhodování o pasivní eutanázii u rodičů, bylo 92% respondentů zcela v opozici. Postoje k urychlení konce života respondentů samotných či jejich partnerů nebyli tak jednoznačné. Polovina respondentů se vyjádřila proti pasivní eutanázii v případě jejich samotných. Při rozhodování o pasivní eutanázii u partnera byla podpora ještě nižší (42%) [Lichtentritt, Rettig 1999:393].

Participantů byli během rozhovorů požádáni, aby dle svých představ popsali ideální jednání/rozhodnutí v případě řešení morálního problému spojeného s jejich blízcí se smrtí. Ve výpovědích se projevila dvě základní stanoviska. První z nich bylo přání “*odejít, když čas nadejde...a nevracet se*” [Lichtentritt, Rettig 1999:396], dalším ideálním řešením byla dle respondentů

možnost konzultovat situaci se svými blízkými. Respondenti se následně vyjadřovali k možným negativním důsledkům takového ideálního jednání spojené s nimi coby občany, partnery, rodiči apod. Tyto dopady byly popisovány a líčeny hodnotícím jazykem, kde nejčastěji zaznívala potřeba a důraz na důstojnost. Respondenti vyjadřovali obavu z nedůstojné smrti (své i ostatních) způsobené jejich špatným rozhodnutím. Přibližně polovina respondentů projevovала obavy z rozhodování o urychlení konce života svých rodičů. Jeden z respondentů uvedl: *“Je to k vzteku! Předpokládá se, že vím, co by můj otec chtěl...já nemám sebemenší poněti!”*²⁵ [Lichtentritt, Rettig 1999:396].

Rozdílný přístup k pasivní eutanázii u blízkých osob a občanů (zastupující roli vzdálených osob) se projevil i ve vyjadřovaných emocích. Pacienty/občany a jejich situaci popisovali respondenti méně emocionálně a jejich situace byla vnímána jako morální problém. V souvislosti s popisem situace pacientů/občanů zaznívaly argumenty vztahující se ke svobodě jedince, a k tomu do jaké míry má a může právo zasahovat do osobního života jedince. Na druhé straně stav blízkých osob vzbuzoval v respondentech silné emoce a rozhodování o jejich situaci bylo vnímáno jako morální dilema. V případě rozhodování o osudu svých rodičů hrají významnou roli důvody pro usmrcení, které jsou v mnoha případech ambivalentní a je tedy, dle respondentů, vhodnější pokračovat v léčbě [Lichtentritt, Rettig 1999:397-398].

Výzkumnice [Lichtentritt, Rettig 1999:398] zkoumaly rozdíl v postoji k pasivní eutanázii u rodičů a občanů také v intenzitě převzetí role rozhodujícího. Lichtentrittová a Rettigová uvádí, že převzetí role vyžaduje schopnost rozpoznat více možných směrů vnímání světa. Intenzita převzetí

²⁵ Z anglického originálu “It is upsetting. It assumes that I know what my father would have wanted...I have no idea!” [Lichtentritt, Rettig 1999:396].

role se pak projevuje šíří a množstvím vnímaných směrů a představuje schopnost zahrnutí více perspektiv (osobní, společenské apod.) V případě problematiky pasivní eutanázie sledovaly výzkumnice rozdíl mezi intenzitou převzetí role u rodičů a u pacientů/občanů. Jeden z respondentů identifikoval devět různých perspektiv, ze kterých je možné nahlížet na problematiku pasivní eutanázie u rodičů (např. vliv rodinných vztahů, společenských norem, přání pacienta ukončit svůj život, přání ostatních členů rodiny apod.). U pacientů/občanů nebyla intenzita převzetí role tak významná, respondenti uváděli vždy přibližně tři perspektivy (z pravidla se jednalo o vliv společenských norem, vnímání sebe samého a vztahů s okolím). V případě pacientů/občanů byl kladen důraz především na spravedlnost. Respondenti se zpravidla vyjadřovali v termínech “fér, spravedlivý, správný”. Ve výpovědích spojených s rodinnými příslušníky nebo respondenty samými se vyskytovala strategie spravedlnosti a péče. Důraz byl kladen na nutnost poskytování důkladné péče, snahu snižovat pacientovo utrpení, svobodu rozhodování o svém osudu apod. [Lichtentritt, Rettig 1999:399].

Poslední sledovanou oblastí, ve které výzkumnice identifikovaly rozdíly, bylo chápání pojmu důstojnosti. To, co respondenti popsali jako důstojnou smrt u pacientů/občanů, bylo v přímém rozporu s vnímání důstojnosti smrti rodinných příslušníků. V případech pacientů/občanů byla důstojnost nahlížena skrze hodnoty spravedlnosti, správnosti a napětí mezi komunitním chápáním situace a individualismem. Důstojná smrt respondentů samotných byla spojována (podobně jako u pacientů/občanů) se svobodou jedince avšak důraz byl kladen na snahu snížení zátěže, kterou by pro rodinu nevléčitelně nemocný pacient (respondent) znamenal. Avšak smrt rodiče vzbuzovala v respondentech pocity spojené s potřebou oddanosti, omezení vlastního pohodlí pro dobro jiného člověka, soucitem s trpícím apod. [Lichtentritt, Rettig 1999:399-400].

5.3.5 Hodnocení výsledků výzkumu

Výzkum Lichtentrittové a Rettigové poukázal na potřebu studia etnomorality a způsobů vypořádávání se s morálními problémy v každodenním životě. Cílem studie bylo zkoumat a poukázat na rozdíly ve vnímání eutanázie z hlediska toho, kdo je pacient. Analýza rozhovorů odhalila nesrovnalosti a problémy s argumentací v případech, kdy se změnil subjekt zájmu (tedy to, zda je pacient rodinný příslušník či nikoliv). Tyto změny v uvažování pak vedly respondenty k odlišným způsobům řešení situace v závislosti na povaze vztahu respondenta k pacientovi [Lichtentritt, Rettig 1999:399-400].

Studie došla k několika závěrům. Prvním z nich bylo rozdílné vnímání morální situace v případech pasivní eutanázie. Rozdílnosti vyplývaly z povahy vztahu respondenta k pacientovi, který ovlivňoval způsoby nahlížení na situaci, odůvodnění a řešení a také vyrovnávání se s výsledkem rozhodnutí [Lichtentritt, Rettig 1999:399-400]. Celkové vnímání jednotlivých fází rozhodování o řešení morálního problému, tak bylo ve všech případech ovlivněno vztahem respondenta k pacientovi. Povaha vztahu respondent/jedinec také působila na pojmání morální situace buď jako morální problém či jako morální dilema. Respondenti klasifikovali situaci nevléčitelně nemocných pacientů, ke kterým nemají blízký vztah, jako morální problém. Situaci popisovali distingovaně a rezervovaně bez silnějších emočních vlivů. Morální dilemata se na druhé straně bez výjimky týkala rodinných příslušníků či blízkých osob a vyvolávala v respondentech silné emoční reakce. Morální dilemata zároveň vyvolávala v respondentech silnější pocity střetu zájmů a emocí než v případech morálních problémů. Respondenti nakonec bez ohledu na rozdílnosti v chápání morálního

problému a morálního dilematu, vždy navrhovali ideální modely řešení takových morálních situací [Lichtentritt, Rettig 1999:399-401].

Blízkost vztahu respondenta k pacientovi se projevila i na samotné úrovni přijímání pasivní eutanázie. V případech nevyлéčitelně nemocných, avšak pro respondenty neznámých pacientů, byla pasivní eutanázie velmi dobře přijímaná. Přístupy k urychlení konce života partnerů či respondentů samotných byly značně ambivalentní a zcela nepřijatelné v případech nemocných rodičů. Tato nekonzistentnost přijímání pasivní eutanázie v závislosti na vztahu k pacientovi se projevila také v rozdílném ospravedlňování daných řešení. V případech pacientů, ke kterým neměli respondenti bližší emoční vztah, argumentovali obecnými společenskými hodnotami a svobodou jedinci. Pokud se však jednalo o partnery či rodiče, byl při ospravedlňování řešení jejich situace kladen důraz na instrumentální morální a osobní hodnoty [Lichtentritt, Rettig 1999:401].

Dalším závěrem studie je, že všichni respondenti jednali jako schopní řešitelé morálních problémů. To se projevovalo především v přístupu respondentů k jednotlivým typům smrti a zohledňováním individuálních požadavků, které se mění případ od případu. Respondenti reflektovali vliv vztahu k pacientovi, který prohlubuje emoční prožitek a ovlivňuje rozhodovací proces. V mnoha případech byla projevena snaha odhadnout možné důsledky jejich rozhodnutí z hlediska obecných a osobních hodnot. S ohledem na všechny tyto vlivy se respondenti pokoušeli navrhnout takové řešení situace, které bude v nejlepším zájmu všech zúčastněných stran. Návrhy řešení v sobě ve všech případech zahrnovaly reflexi možných dopadů na osobní, příbuzenskou i společenskou stránku života pacientů i jeho okolí. Respondenti zdůrazňovali možný pocit viny, který by působil na jedince, který se rozhodl uposlechnout žádosti pacienta o pasivní eutanázii.

Pocit viny byl spojován především s nejistotou správnosti rozhodnutí ukončit něčí život [Lichtentritt, Rettig 1999:402-403].

5.3.6 Smrt mého rodiče není stejná, jako ta moje

Studie Lichtentrittové a Rettigové ukázala vliv vztahů na vnímání pasivní eutanázie v izraelské společnosti. Přesto, že v době provádění výzkumu nebylo legální uposlechnout psané žádosti pacientů na urychlení konce života, projevovalo mnoho respondentů utrpení závažně nemocných osob za problematické a eutanázie se tak stávala jednou z možností. I v tomto případě byla eutanázie za určitých podmínek vnímaná jako projev altruismu. Argumenty favorizující pasivní eutanázie zahrnovaly právě nesnesitelné utrpení či zachování důstojnosti. Úskalím v rozhodovacím procesu byly právě mezilidské vztahy, které zásadně ovlivnily to, jakým způsobem respondenti eutanázii rámovali. Výsledky toho výzkumu můžeme srovnat s přístupem Bonhoeffera. Respondenti zdůrazňovali potřebu zachování života a problematičnost rozhodování o smrti jiného člověka. Přesto, že v případech občanů/pacientů nebylo rozhodování prožíváno tak intenzivně, jako u rodičů/pacientů, respondenti zohledňovali vážnost následků a zodpovědnost, která je tak kladena na ně a na lékaře. Pacienti se o smrti nevyjadřovali stejně jako Bonhoeffer, avšak jejich přístup zahrnoval vnímání života jako posvátného daru. Žádný z respondentů nenahlížel na život pacienta utilitaristicky ve smyslu Singerova přístupu.

5.4 Ukončit nebo neprodloužit život?

Významným dilematem pacientů, příbuzných, lékařů i společnosti jako celku je otázka, zda by mělo být jedincům povoleno rozhodnout o ukončení jejich života v případě nevléčitelné nemoci. Dilema v rozhodování podporuje

i skutečnost, že lékařská věda se v posledních letech zdokonalila a disponuje nástroji, které umožňují udržet naživu i ty pacienty, kterým životní funkce již selhaly. Mnoho výzkumů se věnovalo přijímání eutanazie různými společenskými skupinami (pacienti, příbuzní, lékaři profesionálové apod.). Studie²⁶ provedená ve Finsku a Hong Kongu např. ukázala, že lékaři a zdravotní sestry jsou obvykle více nakloněni pasivní eutanázii než veřejnost, avšak aktivní eutanázii nepřijímají. Cílem této studie je vnímání různého rámování pojmu a problematiky eutanazie. Na eutanázii můžeme nahlížet několika způsoby: jako na možnost rozhodnout o vlastní smrti, asistovanou smrt, ukončení utrpení, ukončení života či neprodłużování života [Gamliel 2012:693-694].

5.4.1 Postoje vůči pasivní a aktivní eutanázii a rámování situace

Gamliel uvádí různé studie²⁷, které tvrdí, že lidé jsou obvykle více nakloněni pasivní eutanázii, nežli aktivní. Pasivní eutanazie v sobě obsahuje představu neprodłużování života, kdežto aktivní eutanazie zahrnuje činnost prováděnou za účelem ukončení života. Dle Parkinsonova výzkumu²⁸ je zřejmé, že lidé lépe přijímají pasivní eutanázii, neboť na rozdíl od aktivní eutanazie nezahrnuje zabití jiné osoby. Na postoje vůči pasivní a aktivní eutanázii má vliv to, jaká slovní vyjádření se k těmto dvěma typům váží. [Gamliel 2012:694].

²⁶ Ryyanen et. Al., 2002. "Attitudes toward euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland." *Public Health* 166 (6):322-331.

²⁷ Např. Baron, J., I. Ritov. 1994. "Reference points and omission bias." *Organizational behavior and human decision processes*. 59: 475-498.

²⁸ Parkinson L. et al. 2005. "Cancer patients' attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide: The influence of question wording and patients' own definitions on responses." *Journal of Bioethical Inquiry* 2 (2):82-89.

Gamliel [2012:694-695] uvádí typologii rámování situace dle Tverskyho a Kahnemana²⁹, která dělí vliv rámování situace do tří skupin podle toho, k jaké fázi situace se rámování váže. První z nich je *risky choice framing*³⁰, jedná se o model tzv. *Asian disease*, kdy respondenti musejí vybrat jednu ze čtyř možností, jak řešit hypotetickou situaci epidemie v USA. Každá se čtyř možností má stejný výsledek, liší se však dramatickostí a negativitou/pozitivitou popisu. Jedná se tedy o situaci, kdy možnosti řešení jsou prezentovány s odlišným citovým zabarvením. Druhým typem je *attribute framing*, který odkazuje k situacím či událostem, které jsou lépe přijímány, pokud jsou rámovány pozitivně. Poslední typ je *goal framing*, který se zaměřuje na povahu popisu výsledků rozhodnutí. Autor poukazuje na výzkum Levina et al.³¹, který uvádí, že negativní rámování zpráv má silnější dopad na jednání jedinců, neboť potřeba předejít ztrátě či utrpení je silnější než motivace k získání určitých výhod [Gamliel 2012:695].

5.4.2 Hypotézy a metodologie výzkumu rámování situace

Gamliel [2012:696-697] pro svůj výzkum zvolil metodu experimentu, kterého se zúčastnilo 215 participantů. Gamliel předpokládal, že pokud bude situace rámována pozitivně, tedy z hlediska prodloužení života pacienta, budou participanté reagovat na eutanázii pozitivně. Pokud však bude situace rámována negativně, tedy z hlediska ukončení života pacienta, předpokládá se nižší podpora eutanázie.

²⁹ Tversky, A., D. Kahneman. 1981. "The framing of decisions and the psychology of choice." *Science* 211 (4481):453-458.

³⁰ Z důvodu problematičnosti překladu jsou názvy typů rámování situace ponechány v původním anglickém znění

³¹ Levin, I. P. et al. 1998. All frames are not created equal: A typology and critical analysis of framing effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 76 (2):149-188.

Pro zkoumání této hypotézy byly provedeny dva experimenty. Během experimentu 1 byl respondentům na začátku experimentu představen jeden konkrétní pacient, o jehož situaci se měli vyjadřovat. Jednalo se o 78 letého muže trpícího nevyléčitelnou formou rakoviny. Tato strategie předpokládala, že pokud budou respondenti čelit situaci identifikovaného pacienta, bude to mít vliv na jejich postoje a chování. Pacient a scénář byl představen skrze dva rozdílné medailonky. První z nich se týkal případu pasivní eutanázie, kdy byl pacient představen jako osoba závislá na život podporujících přístrojích, která je většinu času pod vlivem léků tlumících bolest. Ve chvílích, kdy je pacient při vědomí, žádá lékařský personál o odpojení od přístrojů. Druhý medailonek popisuje případ aktivní lékařem asistované eutanázie. Stejný pacient je v tomto případě popisován jako osoba, které zbývá přibližně jeden rok života, je závislá na lécích tlumících bolest a vyslovuje přání o ukončení života [Gamliel 2012:696]. Respondenti byli rozděleni na dvě skupiny, každá z nich se vyjadřovala k jinému druhu medailonku. Respondentům byly kladené pozitivně i negativně rámované otázky, na které měli vybrat nejvhodnější odpověď na škále 1 až 7³².

Experimentu 2 se zúčastnilo 112 participantů (všichni se zúčastnili i Experimentu 1). Výzkumná strategie byla podobná jako v případě Experimentu 1, respondenti však neměli k dispozici sedmibodovou škálu, ale pouze dvě možné odpovědi na otázku³³, jakým způsobem by se rozhodli v případě nemocného muže z medailonku. Zbytek otázek a možných odpovědí byl stejný jako u Experimentu 1 [Gamliel 2012:699].

³² Příklad pozitivně rámované škály: (1) a (7) "jsem si jistá/jistý, že život pacienta by měl/neměl být prodlužován", (2) a (6) "život pacient by pravděpodobně měl/neměl být prodlužován", (3) a (5) "život pacienta by možná měl/neměl být prodlužován" a (4) "život pacienta by možná měl být prodlužován a možná ne".

Příklad negativně rámované škály: (1) a (7) "jsem si jistá/jistý, že život pacienta by měl/neměl mít ukončen", (2) a (6) "život pacient by pravděpodobně měl/neměl být ukončen", (3) a (5) "život pacienta by možná měl/neměl být ukončen" a (4) "život pacienta by možná měl být ukončen a možná ne".

³³ Pozitivní rámování odpovědí: "život pacienta by měl/neměl být prodlužován". Negativní rámování odpovědí: "život pacienta by měl/neměl být ukončen".

5.4.3 Závěry a diskuze výsledků

Výsledky Experimentu 1 neprokázaly statisticky významný vliv rámování situace, povahy vzorku respondentů, ani jejich zkušenosti se smrtelně nemocnými pacienty na postoje vůči pasivní a aktivní lékařem asistované eutanázii [Gamliel 2012:697]. Bylo však možné identifikovat vliv rámování, neboť pasivní i aktivní lékařem asistovaná eutanázie byly lépe přijímané v případech pozitivního rámování situace. Gamliel předpokládá, že podobné postoje obou skupin respondentů byli ovlivněné povahou škály se sedmi možnostmi. Proto byl proveden Experiment 2, který dal respondentům pouze dvě možnosti odpovědi. V tomto případě se rozdíl mezi podporou pasivní a aktivní lékařem asistovaná eutanázie proměnil. Pasivní eutanázii favorizovalo 87% respondentů, oproti 67% u aktivní, lékařem asistované eutanázie. Podpora eutanázie v případech pozitivního rámování situace byla o 10% vyšší než u negativního rámování [Gamliel 2012:697-698].

Přesto, že se během Experimentu 1 neprojevil zásadní rozdíl ve vlivu jednotlivých proměnných, Gamliel konstatuje, že respondenti byli otevřenější pasivní eutanázii. Gamliel potvrdil předpoklad vlivu rámování situace a také snahy předejít ztrátě/utrpení³⁴. Výpovědi respondentů si vysvětluje právě skrze konotace, které jsou spojené s pasivní (nechat zemřít) a aktivní eutanázií (zabít). I v tomto případě byl kladen důraz na projevy altruismu. Eutanázie byla přijímána jako způsob zbavení pacienta utrpení, avšak představa zabití pacienta způsobila odpor. Toto vnímání koreluje s hodnocením eutanázie Bonhoeffera, který nepřijímá aktivní eutanázii jako jednání konané za účelem usmrcením jiného člověka. Rámování pasivní eutanázie jako ponechání pacienta svému osudu (které často zahrnuje podání tlumících léků pro odstranění bolesti) bylo pro respondenty morálně

³⁴ V tomto případě snahy předejít komplikacím spojených s prodloužením života pacienta.

přijatelnější. Zde můžeme sledovat spojení přístupů obou autorů. Bonhoeffer sice také za jistých okolností přijímání eutanázií jako projev altruismu, avšak jeho přístup zcela neodpovídá postoji respondentů. Altruismus byl v tomto případě vnímán spíše skrze perspektivu Singera, který jako cíl eutanazie vnímá snížení utrpení ve světě a respektování rozhodnutí pacienta.

Závěr

Cílem této práce bylo hledat rozdílnosti v teoretických přístupech Dietricha Bonhoeffera a Petera Singera, které byly konfrontovány s výsledky sociálně vědních výzkumů. Práce se pokusila nastínit vztah mezi přístupy sociální teorie a názory veřejnosti, lékařů a dalších skupin k tomuto tématu. Porovnání teorie s výsledky výzkumů ukázalo, že oba přístupy jsou platné a projevují se v postojích daných respondentů k eutanázii.

Kategorie sebevražd Émila Durkheima se ukázaly jako aplikovatelné nejvíce v případě altruistické sebevraždy (altruistického přístupu), která je s eutanázií nejčastěji spojována. Postoje k eutanázii se ve všech případech (autorů i výpovědí respondentů ve výzkumech) odkazovaly k myšlence ukončení utrpení jedince, rozpory pak vznikaly při otázce, zda je eutanázie vhodným prostředkem k ukončení utrpení. Dietrich Bonhoeffer se jako jediný vyjádřil o sebevraždě a eutanázii z hlediska egoistické sebevraždy. Jeho pojetí *egoičnosti* se projevovalo nejen na vztahu jedince ke společnosti, ale také na vztahu jedince k Bohu.

Peter Singer pro tuto práci představoval autora podporujícího eutanázii. Mezi jeho hlavní argumenty pro přijetí eutanázie patří svobodné právo jedince na určování vlastního osudu a povinnost okolí toto právo respektovat. Singer nepřijímá náboženské argumenty proti urychlení konce života a problematizuje rozdíl v pojetí smrti člověka a ostatních živých bytostí. Dále se věnuje dopadům změn v diagnóze smrti a jejich vlivu na zacházení s pacienty.

Ze srovnání výsledků výzkumů a teoretických přístupů obou autorů vyšlo najevo, že jejich stanoviska jsou stále platná a promítají se do postojů jedinců k eutanázii. Myšlení Petera Singera se nejvíce projevovalo ve stanoviscích pracovníků ve zdravotnictví, kteří vnímali eutanázii jako součást

lékařské péče³⁵. Vliv náboženského pojetí posvátnosti života a problematičnosti rozhodování o osudu jiného člověka se výrazně projevil v případě výzkumu postojů Izraelců k pasivní eutanázii. Ti pocítovali rozhodování o osudu různých typů pacientů jako nátlak na jejich vlastní svědomí. Často zpochybňovali eutanázii jako prostředek úlevy od utrpení.

Výsledky a reflexe porovnání přístupů Singera a Bonhoeffera s výsledky výzkumů naznačují, že cíle práce byly splněny.

³⁵ Magnusson, R. S., P. H. Ballis. 1999. "The response of health care workers to AIDS patients' requests for euthanasia." *Journal of Sociology* 35(3):312-330.

Seznam použité literatury

1. Anderson, J., D. Caddell. 1993. "Attitudes of the medical professionals toward euthanasia." *Social Science and Medicine*. 37 (1):105-114
2. Durkheim, E. 2012. "Suicide: A study in Sociology". Snowball Publishing. ISBN: 978-1-60796-642-5-
3. Osborne, R., B. van Loon. 2002. "Sociologie". Praha: Portál. ISBN: 80-778-610-1-
4. Keller, J. 2005. "Dějiny klasické sociologie" Praha: SLON. ISBN: 80-86426-52-0.
5. Bonhoeffer, D. 2004. "Etika" Praha: Kalich. ISBN: 978-80-7017-047-2.
6. Šámal, P. a kol. 2010. "Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář". Praha: C. H. Beck. ISBN: 978-80-7400-178-9.
7. Kutnohorská, J. 2007. "Etika v ošetrovatelství". Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a. s.
8. Kerecman, P. 1998. "Eutanázia, asistovaná samovražda - právne aspekty". Bratislava: Eurounion.
9. Seale, C. 2009. „Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes. *Palliative Medicine* 23(3):205-212.
10. Singer, P. 1993. "Practical Ethics". Cambridge: Cambridge University Press.
11. Singer, P. 2001. "Osvobození zvířat". Práh: Český Těšín.
12. Singer, P. 1994. "Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics". St. Martin's Press: New York.
13. Camosy, Ch. C. 2012. "Peter Singer and Christian Ethics: Beyond Polarization." Cambridge: Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-19915-5.
14. Babylon, D. M., E. Monk-Turner. 2006. "Should incurable patients be allowed to die?" *Omega* 53(4):311-319.
15. Magnusson, R. S., P. H. Ballis. 1999. "The response of health care workers to AIDS patients' requests for euthanasia." *Journal of Sociology* 35(3):312-330.
16. Zinn, C. 1995. "Australia passes first euthanasia law." *BMJ* 310 (6992):1427-1428.

17. Leichtenritt, D. R., K. D. Rettig. 1999. "My parent's dignified death is different from mine: moral problem solving about euthanasia." *Journal of Social and Personal Relationships* 16 (3):385-406.
18. Gamliel, E. 2012. "To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia." *Journal of Health Psychology* 18 (5):693-703.
19. Guerra, J. M. 1999. „Euthanasia in Spain: The public debate after Ramon Sampedro's Case.“ *Bioethics* 13(5):426-432.
20. Ryyanen et. Al., 2002. "Attitudes toward euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland." *Public Health* 166 (6):322-331.
21. Baron, J., I. Ritov. 1994. "Reference points and omission bias." *Organizational behavior and human decision processes*. 59: 475-498.
22. Parkinson L. et al. 2005. "Cancer patients' attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide: The influence of question wording and patients' own definitions on responses." *Journal of Bioethical Inquiry* 2 (2):82-89.
23. Horsfall, S. et al. (2001) "Views on euthanasia from an East Texas University." *The Social Science Journal*. 38 (4):617-630.
24. Tversky, A., D. Kahneman. 1981. "The framing of decisions and the psychology of choice." *Science* 211 (4481):453-458.
25. Levin, I. P. et al. 1998. "All frames are not created equal: A typology and critical analysis of framing effects." *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 76 (2):149-188.
26. Parks, J. 2000. "Why gender matters to the euthanasia debate." *Hastings Center Report* 30 (1):30-37.
27. Lee, Y. et al. 1996. "Cross-cultural research on euthanasia and abortion." *Journal of Social Issues* 52(2):131-148.
28. Saltzstein, H. D. 1994. "The relation between moral judgment and behavior: a social-cognitive and decision-making analysis." *Human Development* 37 (5):299-312.
29. Garrow, D. J. 1978. "Protest at Selma: Martin Luther King, Jr., and the Voting Rights Act of 1965." Yale University Press. ISBN:0-300-02247-6.
30. Rawls, J. 1999. "A Theory of Justice." Harvard University Press. ISBN: 0-674-00077-3.

31. Locke, J. 2005. "An essay concerning human understanding." Raleigh: Hayes Barton Press.
32. Bacigalupe, F., D. A. Huerta Fernández. 2012. "Historical Aspects of the Diagnosis of Death." Pp.7-11 in *The Brain-Dead Organ Donor: Pathophysiology and Management*. Springer. ISBN:978-1-4614-4304-9.

Seznam ostatních zdrojů

33. Singer, P. 2014. "Debate: Ethics of euthanasia and assisted suicide". Příspěvek přednesený na konferenci *International Conference on End of Life: Law, Ethics, Policy and Practice 2014*. Queensland, 13. 8. 2014. [online] [cit. 2. 3. 2016]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=qV0TdNwKa1U>
34. Szelényi, I. 2009. "Durkheim on Suicide." Příspěvek přednesený jako přednáška na University of Yale. 1. 12. 2009. [online] [cit. 22. 4. 2016]. Dostupné z: <http://oyc.yale.edu/sociology/socy-151/lecture-24#transcript>

Resumé

This bachelor thesis deals with the issue of euthanasia in terms of theoretical approaches of Dietrich Bonhoeffer and Peter Singer. The work explores differences in the attitudes of these two theoretical positions which are further confronted with the results of the social scientific researches. The researches presented here relate to the issue of euthanasia from different angles and relate to different types of societies and social groups. The thesis explores manifestation of Bonhoeffer's and Singer's theoretical approaches in results of selected social scientific researches.