

JULIA PAJKERT

Uniwersytet Wrocławski

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY LEGALIZACJI EUTANAZJI

WSTĘP

Eutanazja to w powszechnym rozumieniu zadanie osobie nieuleczalnie chorej śmierci, mające na celu skrócenie jej cierpienia. Pojęcie eutanazji nie zostało jednoznacznie zdefiniowane, więc bywa używane w kilku rozmaitych znaczeniach. Zwykle oznacza ono pomoc w zakończeniu życia, udzielaną przez lekarza osobie cierpiącej i nieuleczalnie chorej. W takim znaczeniu niekiedy używa się zamiennie terminów „pomoc w umieraniu” bądź „wspomagane samobójstwo”. Podjęcie takiego działania wymaga jasnego wyrażenia przez pacjenta życzenia uwolnienia się od cierpienia doczesnych poprzez zakończenie życia. Niekiedy jednak w publicystyce termin ten jest stosowany do określenia takiego czynu, jakim jest zaprzestanie podtrzymywania czynności życiowych osób, u których nie można jednoznacznie stwierdzić aktywności mózgu¹. Słowo „eutanazja” pochodzi od greckiego *eu* – dobry i *thanatos* – śmierć.

W literaturze² wskazuje się z reguły pięć możliwych aktów medycznych, podejmowanych w stanie terminalnym chorego:

1. Podawanie podwyższonych dawek środków przeciwbólowych, które ewentualnie mogą przyspieszyć zgon.
2. Ograniczenie lub zaprzestanie aktywnego leczenia, reanimacji.
3. Odłączenie urządzeń sztucznie podtrzymujących życie (np. respiratora).
4. Pomoc lub towarzyszenie przy samobójstwie.
5. Iniekcja śmiertelnie działającej substancji.

Wymienione czynności wyczerpują katalog działań eutanatycznych, które zwykło się dzielić na tzw. eutanazję bierną i eutanazję czynną. Eutanazją bierną

¹ M. Wenzel, *Opinie o eutanazji, czyli pomocy w umieraniu. Komunikat z badań*, BS/93/2007, CBOS, Warszawa 2007.

² N. Aumonier, B. Beignier, P. Letellier, *Eutanazja*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2003, s. 50.

nazwać można czynności określone w pkt. 1–3. Jest nią zatem powstrzymanie się od podejmowania czynności, które służą przedłużeniu życia pacjenta. Eutanazję czynną natomiast stanowią czynności określone w pkt. 4–5, a zatem działania aktywne i świadomie zmierzające do skrócenia życia³ chorego. Kontynuując rozważania o zakresie znaczeniowym pojęcia, należy wskazać, iż wiele osób rozumie przez nie tylko eutanazję czynną. Osoby te stawiają wyraźną granicę między czynnościami określonymi w pkt. 1–3 i 4–5.

Również z prawnego punktu widzenia można wyodrębnić granicę pomiędzy tymi rodzajami eutanazji – w wielu państwach i stanach USA odłączenie na życzenie pacjenta urządzeń podtrzymujących życie jest przedmiotem regulacji prawnych, a obowiązujące prawo sankcjonuje uprawnienie pacjenta do dokonania takiego wyboru. Istnieje jednak znacznie mniej aktów prawnych, które zezwalają na dokonanie czynnej eutanazji. Zazwyczaj jest ona kwalifikowana jako pomoc w samobójstwie lub wręcz jako zabójstwo (jego uprzywilejowany typ) i objęta regulacją prawa karnego. Bardzo niewiele aktów prawnych sankcjonuje takie działania (Australia – Terytorium Północne – *Rights of Termination III Act*, Stany Zjednoczone – Oregon – *Death with Dignity Act*, Holandia – *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*).

Przez pojęcie „eutanazja” zatem rozumie się podejmowanie wszelkich czynności, które zmierzają do ulżenia w cierpieniu i skróceniu życia za zgodą samego pacjenta lub jego najbliższych.

ZGODA NA ZABIEGI MEDYCZNE A ZGODA NA EUTANAZJĘ – ASPEKTY PRAWNE I MEDYCZNE

W większości państw podstawą udzielenia przez personel medyczny świadczeń medycznych – diagnostycznych lub terapeutycznych jest wyrażenie przez pacjenta zgody na poddanie się takim zabiegom. Taką przesłankę zawiera np. art. 32 ustawy o zawodzie lekarza⁴. Art. 15 Kodeksu etyki lekarskiej⁵ mówi: „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta”.

Z podobnymi regulacjami spotykamy się również w prawie europejskim. Europejska Konwencja Bioetyczna stanowi, że: „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Osobie

³ A. Carmi, *Informed Consent*, The UNESCO Chair In Bioethics, Israel National Commission for UNESCO, s. 46.

⁴ Art. 32–34 ustawy z 5 XII 1996 o zawodzie lekarza, Dz.U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152.

⁵ Oficjalny serwis internetowy Naczelnej Izby Lekarskiej, www.nil.org.pl, 2006–11–12.

tej należy udzielić uprzednio odpowiednich informacji o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencji i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdym czasie swobodnie cofnąć swoją zgodę⁶.

W USA w 1914 r. wydano precedensowe orzeczenie w sprawie *Schloendorff vs Society of New York Hospital*, w którym prowadzący rozprawę sędzia stwierdził: „Każdy człowiek dorosły i poczytalny ma prawo określić, co może być czynione z jego własnym ciałem. Chirurg, który przeprowadza operację bez zgody pacjenta, popełnia czyn niedozwolony, wskutek czego odpowiada za szkodę, z wyjątkiem, gdy działa w stanie wyższej konieczności, a pacjent jest nieprzytomny⁷”.

Francuski Sąd Kasacyjny w wyroku z 11 października 1988 r.⁸ uznał, iż lekarzowi nie wolno bez „wolnej i objaśnionej” zgody chorego przedsięwziąć interwencji chirurgicznej, jeśli nie zachodzi oczywista konieczność albo bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta. Domniemywać więc można, że w szczególnym przypadku braku zgody pacjenta powodowanej niemożnością wyrażenia takiej zgody (np. na skutek utraty przytomności) – interwencja jest dopuszczalna.

W wielu krajach zatem zgoda pacjenta jest warunkiem legalnego przeprowadzenia zabiegu medycznego. W większości regulacji zaznacza się, iż zgoda ta musi być swobodna i świadoma. Co do pierwszej przesłanki – w wypadku osób małoletnich lub ubezwłasnowolnionych mamy do czynienia ze zgodą prawnego opiekuna lub przedstawiciela. Zgoda świadoma wymaga natomiast odpowiedniego poinformowania o interwencji medycznej w taki sposób, aby pacjent poznał wszelkie istotne jej aspekty i wymiar towarzyszącego jej ryzyka, jeśli takowe planowana interwencja niesie. Czy jednak eutanazja może być uznana za czynność medyczną?

Franciszek Bacon przypisuje w XVII w. medycynie podwójne zadanie – leczenia i łagodzenia bólu, także w chwili śmierci, na co wskazują Aumonier, Beignier i Letellier⁹: „Termin eutanazja pojawia się w jego dziele w znaczeniu »dobrej śmierci, otoczonej troską«. *De euthanasia exteriori (O eutanazji fizycznej)*”. „Co więcej, uważam, że zadaniem lekarza nie jest tylko leczenie ludzi, lecz łagodzenie cierpień i bólu wtedy, kiedy wpływa to korzystnie na odzyskanie zdrowia, ale także wówczas, kiedy pomaga spokojnie i łatwo skonać¹⁰”.

Aumonier, Beignier i Letellier w swoim studium eutanazji wskazują, iż eutanazja może być:

⁶ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 19 X 1996, ETS No. 164.

⁷ M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, wyd. V, Toruń 2001, s. 68.

⁸ *Ibidem*.

⁹ N. Aumonier, B. Beignier i P. Letellier, *op. cit.*, s. 39.

¹⁰ F. Bacon, *O postępach nauk*, tłum. ks. II, Gallimard, Paryż 1991, s. 150, 151.

- dobrowolna (na prośbę pacjenta),
- mimowolna (bez prośby pacjenta),
- niedobrowolna (wbrew prośbie pacjenta).

Ostatni z przypadków wydaje się w świetle zasad prawnych oraz zasad współżycia społecznego rozwiniętych społeczeństw całkowicie niedopuszczalny, jednakże warto zwrócić uwagę, iż nie zawsze tak było. W starożytnej Sparcie rada starszych decydowała, czy noworodka warto wychowywać czy też od razu rzucać w przepaść, oszczędzając mu cierpienie. W hitlerowskich Niemczech z kolei, dążąc do „oczyszczania rasy”, mordowano osoby starsze i psychicznie chore, zajmowały się zaś tym „dobroczynne fundacje opieki szpitalnej”¹¹.

Większość systemów prawnych jednoznacznie negatywnie odnosi się do wszelkich czynności skutkujących pozbawieniem życia. Istnieją jednak kraje, w których eutanazja jest prawnie dozwolona. Przykładami jurysdykcji, w obrębie których obowiązują lub obowiązywały przez jakiś czas regulacje zezwalające na podejmowanie czynności eutanatycznych, są np. Oregon, Kalifornia, Idaho, Waszyngton w USA, Terytorium Północne w Australii oraz Belgia i Holandia w Europie.

SPOŁECZNE ASPEKTY EUTANAZJI W POLSCE

W Polsce brakuje regulacji prawnych dotyczących zgody na eutanazję oraz sposobów przeprowadzenia eutanazji. Jedynie kodeks karny zajmuje się tym zagadnieniem, kwalifikując eutanazję jako szczególny, uprzywilejowany typ zabójstwa i przewidując za jego dokonanie odpowiedzialność karną. Brak szczególnych regulacji systemowych nie oznacza jednak, iż temat ten w naszym kraju i życiu społecznym nie jest istotny – wielokrotnie stanowił on przedmiot badań i ankiet badawczych, przeprowadzanych m.in. przez Centrum Badania Opinii Społecznej.

W opracowaniach z roku 1999¹² 42% respondentów wyraża aprobatę dla lekarza skracającego życie cierpiącego chorego na jego prośbę, jednak niemal tak samo liczna grupa (40%) takie zachowania neguje. Proporcje odwracają się w wypadku czynnej eutanazji – 44% respondentów sprzeciwia się podawaniu leków uśmiercających pacjenta, wyraża zaś na to zgodę 40%. W przypadku chorób nieuleczalnych bądź stanów terminalnych najczęściej akceptowane jest odłączenie aparatury podtrzymującej funkcje życiowe organizmu pacjenta z uszkodzonym mózgiem, jeśli wcześniej wyrażał on taką wolę (55%), mniejszy stopień akceptacji dotyczy odłączenia aparatury w analogicznej sytuacji pacjenta po wypadku, jeśli jego rodzina o to prosi (49%), i spowodowania zakończenia życia pacjenta

¹¹ *Ibidem*.

¹² Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat z badań BS/134/99, www.cbos.pl.

bliskiego śmierci i cierpiącego, jeśli świadomie o to prosi, nie mogą uczynić tego samodzielnie (45%).

Najmniej osób (41%) akceptuje pozostawienie nieuleczalnie choremu cierpiącemu pacjentowi środków umożliwiających mu bezbolesne zakończenie życia.

Ponad połowa ankietowanych (51%) opowiedziała się za legalizacją postępowania będącego w istocie eutanazją, uważając, że prawo powinno zezwalać na to, aby w przypadku nieuleczalnie chorego, którego cierpieniem nie można ulżyć, na prośbę jego i jego rodziny lekarz mógł skrócić mu życie za pomocą bezbolesnych środków. Przeciwnicy legalizacji takich działań stanowią ponad jedną trzecią respondentów (36%).

Badani z wykształceniem podstawowym rzadziej niż pozostali aprobują pomoc w skróceniu życia i częściej oceniają takie postępowanie negatywnie. Jednak prawie równie często potępiają je respondenci z wykształceniem wyższym. Negatywna ocena działań eutanatycznych dotyczy też częściej osób o prawicowych poglądach politycznych niż osób o przekonaniach centrowych i lewicowych (różnica 20 punktów procentowych) oraz osób mieszkających na wsi, a probata natomiast – osób zamieszkujących większe miasta i aglomeracje. W grupach społeczno-zawodowych negacja omawianego postępowania jest najczęstsza wśród emerytów i rolników, akceptacja zaś wśród robotników (niewykwalifikowanych i wykwalifikowanych). W badaniach ujawniono też silniejszą zależność postawy wobec eutanazji od wieku – im młodszy respondent, tym wyższy jego poziom akceptacji dla lekarza skracającego cierpienie pacjenta.

Warto zwrócić uwagę, że pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX w. eutanazja nie była w Polsce najistotniejszym tematem publicznych dyskusji i społecznych badań. Z socjologicznego punktu widzenia można powiedzieć, że zgadnienia dotyczące nie tylko eutanazji, ale także bioetyki dopiero zaistniały w szerokim społecznym odbiorze; zwłaszcza otwarcie na zagraniczną literaturę i dostęp do mediów spowodowały uświadomienie doniosłości tych zagadnień w społeczeństwie polskim.

„Warto przypomnieć, że w wielu krajach odsetki zwolenników zalegalizowania eutanazji (na prośbę chorego) są wyższe niż w Polsce. Eutanazja jest bowiem od dawna przedmiotem społecznego zainteresowania, co wynika m.in. z rozwoju współczesnej medycyny, która umożliwia już długotrwałe sztuczne podtrzymanie życia terminalnie chorych. Na interesowanie się tym zagadnieniem wpływa też nieradzenie sobie w dostatecznym stopniu z cierpieniem umierających oraz coraz większy nacisk społeczny na respektowanie autonomii pacjenta i prawa do godnej śmierci. Istnienie wielu organizacji działających na rzecz realizacji prawa do godnej śmierci, podejmowanie próby legalizacji, rozstrzygnięcia sądowe, liczne publikacje z zakresu bioetyki w prasie popularnej, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, Europie Zachodniej i Australii, a także praktyka lekarska i doniesienia prasowe o przypadkach eutanazji stale to zainteresowanie podsycają. Ale i w Pol-

sce co jakiś czas pojawiają się w prasie¹³ publikacje dotyczące trudnych i kontrowersyjnych kwestii związanych z szeroko rozumianą eutanazją. W Stanach Zjednoczonych Ameryki poparcie dla zalegalizowania eutanazji na prośbę pacjenta w ostatnich latach kształtuje się w granicach od 68% do 75%, natomiast niższe jest dla legalizacji pomocy lekarza w popełnieniu przez pacjenta samobójstwa (45%–61%)¹⁴. Zbliżony do polskich wyników wynik badania opinii społecznej (53% za legalizacją) wystąpił w roku 1973¹⁵, od tego czasu aprobata dla legalizacji rosła. W Wielkiej Brytanii poparcie dla zalegalizowania eutanazji wynosiło w roku 1995, zależnie od okoliczności, od 42% w przypadku pacjenta nieuleczalnie chorego i cierpiącego, ale nie umierającego, do 80% w przypadku pacjenta nieuleczalnie chorego, cierpiącego i umierającego¹⁶. W Australii 78% ankietowanych w roku 1995 uważało, że lekarz powinien mieć prawo podać pacjentowi – na jego prośbę¹⁷ – śmiertelną dawkę odpowiedniego środka, jeśli cierpiący jest nieuleczalnie chory¹⁸.

Według wyników badań z kwietnia 2001 r. przeprowadzonych przez CBOS: „Połowa Polaków (50%) uważa za słuszne wprowadzenie przepisów umożliwiających lekarzom przyspieszanie śmierci cierpiącego, nieuleczalnie chorego – na jego prośbę. Przeciwną opinię wyraża niespełna dwie piąte badanych (38%)”¹⁹. W 2001 r. 49% respondentów uważało, że lekarze powinni spełniać wolę cierpiących pacjentów, którzy proszą o przyspieszenie śmierci poprzez podanie odpowiednich leków. Jest to wzrost w stosunku do lat poprzednich (1988 r. – 30%, 1999 r. – 42%). W badaniach z 2001 r. warto zwrócić uwagę na szerszy kontekst społeczny niż w badaniu z roku 1999, albowiem w Polsce toczyła się społeczna dyskusja po tym, jak projekt ustawy legalizującej eutanazję uzyskał akceptację izby niższej parlamentu w Holandii.

„Połowa Polaków (50%) uważa, że wprowadzenie prawa umożliwiającego lekarzom przyspieszanie śmierci osób nieuleczalnie chorych i cierpiących – na ich prośbę – jest słuszne. Przeciwnicy legalizacji eutanazji stanowią niespełna dwie piąte respondentów (38%). Co ósmy badany (12%) nie ma wyrobionego zdania

¹³ Por. np. artykuł S. Zagórskiego *Świętość przeciw jakości* w „Gazecie Wyborczej” z 17–18 lipca 1999 r. albo notatkę w „Rzeczypospolitej” z 15 maja 1999 r., dotyczącą procesu jednego z lekarzy brytyjskich, który podawał pacjentom zwiększoną dawkę morfiny, przyspieszającą śmierć.

¹⁴ Zob. J.M. Benson, M.J. Herrmann, *Right to Die or Right to Life?*, „Public Perspective”, June/July 1999.

¹⁵ Zob. The Gallup Poll Monthly, No 367, April 1996. Pytanie było identyczne z pytaniem zadany w Polskim Generalnym Sondażu Społecznym.

¹⁶ The British Social Attitudes, 13th Report ed. By Roger Jowell and others, Dartmouth 1996.

¹⁷ The Bulletin of Roy Morgan Research Centra, 28 June 1995.

¹⁸ Centrum Badania Opinii Społecznej, Komunikat z badań BS/134/99, www.cbos.pl 2008–01–28.

¹⁹ Centrum Badania Opinii Społecznej, Komunikat z badań BS/48/2001, www.cbos.pl 2006–11–05.

w tej sprawie. Zwolenników legalizacji eutanazji jest więc w naszym kraju znacznie mniej niż np. w Holandii czy Belgii lub niektórych innych krajach zachodnich”²⁰.

Ponownie okazało się, że częściej przychylniej o eutanazji wyrażali się mieszkańcy dużych miast oraz osoby o lewicowej orientacji politycznej.

W badaniu autorzy podkreślają, że odpowiedzi na pytania w wysokim stopniu zależą od sposobu sformułowania pytania. Pytanie, w którym użyte zostaje słowo „eutanazja”, daje mniejszy odsetek osób popierających niż pytanie, w którym jest mowa o skróceniu cierpienia. Wydaje się zatem, że samo już brzmienie tego terminu spotyka się w społeczeństwie polskim z odbiorem pejoratywnym.

W 2001 r. w grudniu przeprowadzono ankietę „Opinie o legalizacji eutanazji”²¹. W Polsce dostrzeżono już, iż w dwóch, stosunkowo bliskich geograficznie krajach, tj. Belgii i Holandii, przyjęto prawną dopuszczalność eutanazji. Mimo że, jak podkreślali autorzy badania, Belgia jest krajem katolickim, a Kościół sprzeciwia się eutanazji i aborcji jako przejawom „kultury śmierci” – odsetek Belgów popierających eutanazję sięga 70%. Tymczasem w Polsce wprowadzenie przepisów prawnych, które umożliwiłyby lekarzom przyspieszanie śmierci osób nieuleczalnie chorych i cierpiących, jest uważane za słuszne przez 48% respondentów. Przeciwnicy legalizacji eutanazji stanowią niespełna dwie piąte badanych (39%). Prawie co ósmy respondent (13%) nie ma wyrobionego zdania w tej sprawie.

„Jak można było oczekiwać, opinie w tej kwestii są wyraźnie powiązane z religijnością ankietowanych (mierzoną deklarowaną częstością praktyk) oraz z ich poglądami politycznymi. Wśród osób religijnych oraz badanych o poglądach prawicowych więcej jest przeciwników legalizacji eutanazji niż wśród pozostałych. Stąd też częściej można ich spotkać wśród mieszkańców wsi oraz respondentów z wykształceniem podstawowym [...]. Inne cechy ankietowanych mają niewielki wpływ na opinie w tej kwestii. Warto zwrócić uwagę, że im badani są młodszy, tym częściej opowiadają się za legalizacją eutanazji. Wyraźnie częściej też mężczyźni niż kobiety uważają, że wprowadzenie odpowiedniego prawa jest słuszne”²².

Okazało się również, że zapatrywania Polaków są dość mocno ugruntowane – wydarzenia w Belgii w niewielkim stopniu wpłynęły na opinie polskich respondentów w zakresie legalizacji eutanazji w naszym kraju. Porównano postawy dotyczące legalizacji eutanazji w czerwcu i grudniu 2001 r., jednak okazało się, że różnice w odpowiedziach na pytania o jej legalizację nie przekraczały jednego punktu procentowego.

Zagadnienie eutanazji stało się przedmiotem kolejnych znaczących badań po upływie 4 lat. W maju 2005 r. Centrum Badania Opinii Społecznej przeprowadzi-

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Centrum Badania Opinii Społecznej, Komunikat z badań BS/170/2001, www.cbos.pl 2008–01–29.

²² *Ibidem*.

ło badanie „Poparcie dla eutanazji a przyzwolenie na określone działania w tym zakresie”²³. Jak czytamy w komunikacie z badań: „Sam termin »eutanazja« w dalszym ciągu budzi w polskim społeczeństwie negatywne reakcje, stąd w odpowiedziach na pytanie wprost o poparcie dla eutanazji odsetek jej zwolenników spada (do 35%), natomiast liczba przeciwników wzrasta (do 48%). Przyzwolenie na konkretne działania przyspieszające śmierć (nazywane eutanatycznymi), zarówno przypadku terminalnie chorych dorosłych, jak też nieuleczalnie chorych małych dzieci, jest znacznie wyższe niż poparcie dla eutanazji, jeśli w pytaniu użyjemy tego terminu”²⁴.

Ponownie okazało się, że poparcie dla eutanazji jest bardzo skorelowane z wiekiem i religijnością respondentów. Religijność respondentów określono na podstawie zadeklarowanej częstości uczestnictwa w praktykach religijnych. Osoby deklarujące regularne uczestnictwo w praktykach religijnych zdecydowanie częściej były przeciwne eutanazji, podczas gdy akceptację wyrażały osoby deklaruujące sporadyczny udział w praktykach religijnych albo też w ogóle w nich nieuczestniczące.

Jak wskazują autorzy badania, w roku 2005 eutanazja była w Polsce znacznie szerzej dyskutowana społecznie niż w latach osiemdziesiątych czy dziewięćdziesiątych. Wynikało to z kilku czynników, wśród których warto wymienić:

- pewną poprawę standardów medycznych, implikującą większe możliwości podtrzymywania życia w stanach terminalnych bez większych ujemnych konsekwencji dla chorego;

- świadomość, że pewne rozwiązania legislacyjne dotyczące eutanazji wprowadzono w niektórych państwach europejskich i że zostały one przez tamte społeczeństwa akceptowane;

- wstrzymanie prac legislacyjnych nad propozycją ustawy, która miałaby prawnie uregulować tę problematykę w naszym kraju. Prof. Maria Szyszkowska jest autorką projektu ustawy²⁵ zezwalającej na przeprowadzenie eutanazji w sposób legalny. Projekt ten zakładał przyznanie uprawnień do przeprowadzania eutanazji zaledwie 10 lekarzom anesteziologom na terenie całego kraju. Jest to istotna różnica w stosunku do zagranicznych przepisów, czyniąca proponowane przez prof. Szyszkowską regulacje bardziej restrykcyjnymi niż w wypadku zachodnich regulacji. Projekt ustawy przewidywał także wymóg wyrażenia przez chorego pisemnej zgody, po której udzieleniu musiałyby upłynąć co najmniej 4 tygodnie, zanim eutanazja mogłaby zostać przeprowadzona;

- kontrowersyjne postulaty lekarzy z Groningen w Holandii, domagających się wprowadzenia przepisów zezwalających na humanitarne uśmiercanie nieule-

²³ Centrum Badania Opinii Społecznej, Komunikat z badań BS/101/2005, www.cbos.pl 2008–01–29.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ <http://www.lewica.pl/index.php?id=2676>, 2006–11–05.

czalnie chorych noworodków oraz wcześniaków, u których stwierdzono nieodwracalne uszkodzenie mózgu bądź schorzenie sprawiające, że funkcje życiowe mogłyby być tylko sztucznie podtrzymywane. Postulaty te wywołały prawdopodobnie skojarzenie pojęcia „eutanazja” z nazistowskimi mordami, wykonywanymi na osobach niedołąźnych i chorych w latach trzydziestych i czterdziestych XX w.

W przeprowadzonych badaniach, kiedy w pytaniach użyto pojęcia „eutanazja”, zdecydowaną akceptację deklarowało tylko 35% respondentów, podczas gdy 48% odpowiadało „raczej nie popieram” i „stanowczo nie popieram”. Kiedy jednak pytanie to zadawano w delikatniejszy sposób, pytając o poparcie dla możliwości bezbolesnego skrócenia życia dla cierpiącego, nieuleczalnie chorego pacjenta, prawie połowa (48%) respondentów uważała, że prawo powinno dopuszczać taką możliwość za zgodą pacjenta i jego rodziny.

W przytaczanych badaniach poruszono także bardzo istotną kwestię eutanazji okołoporodowej. O ile bowiem w wypadku osób dorosłych często uzyskiwano znaczny odsetek respondentów z postawą akceptującą skrócenie życia cierpiącej osoby na jej własną prośbę, o tyle w wypadku płodu lub noworodka prośba taka przez pacjenta wyrażona być przecież nie może. Okazało się, że mimo dyskusyjności problemu, stopień społecznej akceptacji jest nawet wyższy niż w wypadku eutanazji osób dorosłych. Co więcej, akceptacja ta zdaje się bardziej rosnąć wtedy, gdy dotyczy wcześniejszej fazy życia i wydaje się największa dla eutanazji w fazie płodowej, a więc wtedy, gdy mamy już terminologicznie do czynienia z aborcją płodu.

63% respondentów uważa za dopuszczalne przerwanie ciąży w wypadku stwierdzenia uszkodzenia płodu, gdy jest pewne, że dziecko urodzi się z nieuleczalnymi wadami utrudniającymi normalne życie. Przeciwników takiego postępowania jest 23%. Ponad połowa respondentów (54%) uważa za dopuszczalne niepodtrzymywanie życia wcześniaka z nieodwracalnie uszkodzonym mózgiem lub schorzeniem wymagającym specjalistycznej aparatury w celu podtrzymywania funkcji życiowych, co daje bardziej jednoznaczny obraz społecznych postaw niż w wypadku eutanazji na prośbę pacjenta.

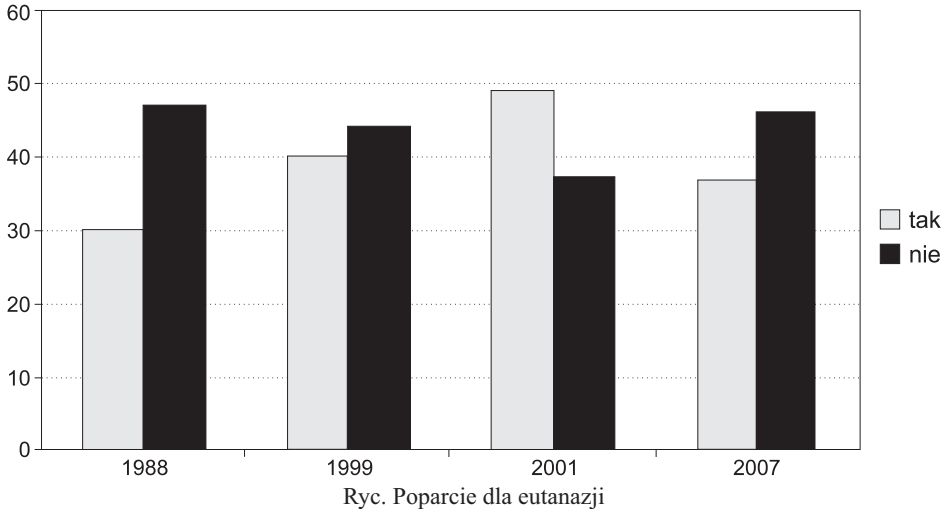
Podobnie jak poprzednio czynnikami sprzyjającymi przychylniej postawie są: niski poziom religijności, wysoki status materialny, miejsce zamieszkania w dużym mieście, płeć (mężczyźni częściej są zwolennikami skracania życia płodu lub noworodka w analizowanych wypadkach niż kobiety – co wydaje się zrozumiałe).

Ostatnie badania opinii społecznej wykonano w roku 2007. W badaniu „Opinie o eutanazji, czyli pomocy przy umieraniu”²⁶ odnotowano istotny spadek poparcia dla eutanazji w porównaniu z latami ubiegłymi. „Blisko dwie piąte doro-

²⁶ Centrum Badania Opinii Społecznej, Komunikat z badań BS/93/2007, www.cbos.pl, 2008–01–29.

śluch Polaków (37%) jest zdania, że lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć, natomiast prawie połowa (46%) wyraża sprzeciw wobec tego rodzaju postępowania²⁷.

Zmianę tendencji w czasie obrazuje rycina, która przedstawia procentowy udział odpowiedzi twierdzących i przeczących na pytanie: „Czy Pana(i) zdaniem lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć?”



Źródło: na podstawie danych statystycznych CBOS, podanych w komunikacie BS/93/2007 „Opinie o eutanazji, czyli pomocy przy umieraniu”

Warto zwrócić uwagę, że jedynie w 2001 r. dominowali zwolennicy eutanazji, w pozostałych okresach widać wyraźną przewagę jej przeciwników. Co więcej, w sformułowaniu pytania nie użyto słowa „eutanazja” – w pytaniu, w którym go użyto, odsetek zwolenników dodatkowo się zmniejszył. Można więc przyjąć hipotezę, że społeczna akceptacja dla eutanazji w Polsce zmniejszyła się po roku 2001.

PODSUMOWANIE

W świetle zaprezentowanych wyników badań należy stwierdzić, że w polskim społeczeństwie poziom akceptacji eutanazji wciąż nie uzasadnia przeprowadzenia zmian legislacyjnych, depenalizujących postępowanie lekarza, skracające

²⁷ *Ibidem.*

go życie cierpiącego, nieuleczalnie chorego pacjenta na jego prośbę. Ponieważ we wszystkich badaniach podkreślano, że cechą towarzyszącą negatywnemu nastawieniu do eutanazji jest religijność, można przyjąć, że w Polsce, uznawanej za kraj wybitnie katolicki, w najbliższym czasie sytuacja ta nie zmieni się. W 2001 r. wprowadzono wprawdzie zmiany legislacyjne w Belgii i Holandii, jednak należy zwrócić uwagę, że w Belgii²⁸ jedynie 8–9% obywateli bierze czynny udział w praktykach religijnych, natomiast w Holandii katolicy to zaledwie 27% obywateli, 47% Holendrów zaś nie należy do żadnej wspólnoty religijnej²⁹. Dane te wskazują, jak bardzo opisane państwa różnią się od Polski pod względem stopnia religijności. Trudno także wskazać przykład innego bardzo katolickiego kraju, w którym regulacje takie zostałyby wprowadzone. Ze względu na wciąż istotną rolę religii i Kościoła katolickiego w życiu społecznym kraju nie można w najbliższych latach oczekiwać znaczących zmian w zakresie zapatrywań społeczeństwa polskiego na problem eutanazji.

²⁸ <http://pl.wikipedia.org/wiki/Belgia>, 2008–01–30.

²⁹ <http://pl.wikipedia.org/wiki/Holandia>, 2008–01–30.