

Urszula Romanowska, Edyta Laska, Zofia Foryś

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

EUTANAZJA W OPINII STUDENTÓW KIERUNKU *PIELĘGNIARSTWO*

Autor korespondencyjny:
Urszula Romanowska, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych,
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
e-mail: ulroma@interia.pl

Streszczenie

Wprowadzenie: Fundamentalnym prawem człowieka jest prawo do życia. Eutanazja definiowana jako przyspieszenie śmierci w celu skrócenia cierpień chorego na jego życzenie, czyli śmierć zadana, sprzeciwiająca się śmierci naturalnej jest bardzo kontrowersyjnym tematem. Celem badań było poznanie opinii studentów na temat eutanazji.

Materiał i metody: W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Badania przeprowadzono wśród 100 studentów studiów niestacjonarnych II stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Zdrowia i Nauk Medycznych Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Wyniki: Analiza materiału badanego wykazała, że większość ankietowanych sprzeciwia się prawnej legalizacji: eutanazji czynnej (60%), eutanazji biernej (56%), eutanazji dzieci (83%), samobójstwa wspomaganego (82%), eutanazji dokonywanej bez zgody i wiedzy chorego (95%). Stwierdzono istotną zależność między popieraniem legalizacji eutanazji czynnej a uznawanymi wartościami $\chi^2(1) = 6,42$; $p = 0,011$ oraz między popieraniem legalizacji samobójstwa wspomaganego a uznawanymi wartościami $\chi^2(1) = 8,63$; $p = 0,003$.

Wnioski: 1) Większość badanych nie popiera legalizacji eutanazji oraz samobójstwa wspomaganego; 2) Uznawane wartości miały wpływ na opinie ankietowanych dotyczące legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego.

Słowa kluczowe: eutanazja, samobójstwo wspomagane, kres życia

Wprowadzenie

Życie jest podstawowym i najcenniejszym dobrem człowieka i jako główna wartość witalna ma charakter fundamentalny wobec wszystkich pozostałych dóbr ziemskich [1]. W Polsce prawo człowieka do życia jest chronione przez Konstytucję RP i ustawy, ponadto chronią go umowy i konwencje międzynarodowe. Zgodnie z art. 38 Konstytucji RP „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia” [2]. „W prawie polskim zawarto ogólną zasadę zakazującą pozbawiania drugiego człowieka życia (wyjątek stanowią przepisy zezwalające na dokonywanie aborcji). Norma ta obowiązuje nie tylko w sytuacji, gdy dany człowiek sprzeciwia się pozbawieniu go życia, lecz także wówczas, gdy wyraża on na to zgodę lub tego żąda. Ustawodawca traktuje bowiem życie ludzkie nie tylko jako wartość indywidualną, lecz także jako wartość społeczną. Chroni zatem życie osób niezależnie od ich woli, w tym także wbrew ich woli. W konsekwencji, poszczególny człowiek nie jest uważany za wyłącznego właściciela swojego życia. Nie może rozporządzać nim jak innymi dobrami, np. rzeczami. Nie może zatem upoważnić drugiej osoby, aby pozbawiła go życia. Czyn tej osoby jest zawsze bezprawny. Przedstawione powyżej zasady znajdują swoje zastosowanie także w medycynie. Nie ma bowiem w polskim prawie przepisu, który zezwalałby lekarzowi na pozbawienie chorego życia. Eutanazja czynna jest w świetle prawa polskiego zakazana, co więcej – także karalna” [3]. Zgodnie z art. 150 kodeksu karnego z dnia z 6 czerwca 1997 r. „kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (§ 1). Zwraca uwagę fakt, że odpowiedzialność za zabójstwo eutanatyczne została złagodzona „w wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia” (§ 2) [3,4].

Eutanazja w prawie karnym jest określona jako zabójstwo człowieka dokonane na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego. Według encykliki *Evangelium vitae* przez „eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia” [5]. Etymologicznie termin eutanazja (*eu* – dobra; *thanatos* – śmierć) oznacza „dobrą śmierć”. W literaturze przedmiotu rozróżnia się eutanazję: czynną (podjęcie działań, których bezpośrednim celem jest skrócenie ludzkiego życia) i bierną (nieuzasadnione zaprzestanie leczenia w celu przyspieszenia śmierci chorego [6]; dobrowolną (spowodowa-

nie śmierci chorego na jego świadomą prośbę), niedobrowolną (spowodowanie śmierci chorego bez jego zgody, podejmowaną u osób niezdolnych do wyrażenia woli) oraz dokonywaną wbrew woli chorego [7]. Eutanazja może mieć również charakter zabójstwa i samobójstwa (które może być samodzielne lub wspomagane przez innych) [6].

Celem badań było poznanie opinii studentów na temat eutanazji dorosłych i dzieci oraz samobójstwa wspomaganego.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 100 studentów studiów niestacjonarnych II stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Zdrowia i Nauk Medycznych Krakowskiej Akademii im Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety, przygotowanego na potrzeby niniejszej pracy, uwzględniającego dane socjodemograficzne, a także pytania dotyczące: opinii na temat prawnej legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego, rozumienia terminów eutanazja i godna śmierć, czynników kształtujących opinie studentów na temat eutanazji, oceny opieki sprawowanej nad nieuleczalnie chorymi w placówkach ochrony zdrowia oraz samooceny przygotowania badanych do sprawowania opieki nad nieuleczalnie chorymi, u kresu życia.

Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Badania przeprowadzono w kwietniu i maju 2015 roku. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej wykorzystując program SPSS for Windows 17.0, w analizie wykorzystano test niezależności χ^2 . Za statystycznie znamienne przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Badaną grupę stanowiło 97% kobiet i 3% mężczyzn. Najliczniej reprezentowane były osoby w przedziale wiekowym 20–25 lat oraz 41–50 lat (po 27%), następnie w wieku 31–40 lat (21%), w wieku 26–30 lat (13%), w wieku 51–60 lat (12%). Największy odsetek stanowiły osoby ze stażem pracy w zawodzie pielęgniarki od 0–5 lat (38%) oraz ze stażem powyżej 20 lat pracy (37%). Respondentów ze stażem pracy od 11–20 lat było 19%, a najmniej (6%) ze stażem od 6–10 lat. Wśród respondentów przeważały osoby sprawujące w pracy zawodowej opiekę nad nieuleczalnie chorymi (74%). Wszyscy objęci badaniem studenci (100%) byli czynnymi zawodowo pielęgniarkami/pielęgniarzami zatrudnionymi w zakładach opieki zdrowotnej na terenie Małopolski.

Godna śmierć, według większości ankietowanych (60%), oznacza śmierć naturalną, która jest następstwem nieuleczalnej choroby lub procesu starzenia się

organizmu, bez wpływu na jej przyspieszenie. Jedna trzecia (34%) określiła godną śmierć również jako śmierć naturalną, która jest następstwem nieuleczalnej choroby lub procesu starzenia się organizmu bez wpływu na jej przyspieszenie, ale także bez wpływu na jej przedłużanie poprzez stosowanie uporczywej terapii. Zaledwie 6% badanych stwierdziło, że „godna śmierć” jest śmiercią zadaną osobie nieuleczalnie chorej, na jej życzenie, w celu skrócenia jej cierpień.

Eutanazja przez znaczną większość respondentów (79%) została określona jako świadome zabójstwo osoby ciężko chorej poprzez podanie jej środków powodujących śmierć lub przyspieszenie śmierci chorego poprzez zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu, w celu skrócenia jego cierpień i na życzenie chorego. Nieliczna grupa (16%) stwierdziła, że eutanazja oznacza świadomą pomoc osobie ciężko chorej w wypełnieniu samobójstwa poprzez dostarczenie jej środków niezbędnych dla dokonania aktu zakończenia życia. Z kolei 5% badanych uznało, że jest to odebranie życia nieuleczalnie choremu bez jego zgody i wiedzy.

Zdaniem ponad połowy respondentów (58%) osoba u kresu swojego życia, świadoma swojej nieuleczalnej choroby, powinna mieć możliwość decydowania o zakończeniu swojego życia, 20% nie zgadzało się z tym poglądem, a 22% nie wyraziło swojej opinii. Według większości ankietowanych (60%) lekarze nie powinni spełniać woli nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć, odmienne zdanie miało 40% badanych studentów. Większość respondentów (60%) była przeciwna prawnej legalizacji eutanazji czynnej, rozumianej jako świadome zabójstwo osoby nieuleczalnie chorej, na jej świadomą prośbę, w celu skrócenia jej cierpień. Za prawnym usankcjonowaniem, tak rozumianej eutanazji, opowiedziało się 40% badanych. Nieco mniejszy odsetek ankietowanych (56%) nie akceptował legalizacji eutanazji biernej, oznaczającej zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu na dobrowolną i kompetentną prośbę chorego, w celu skrócenia jego cierpień; za legalizacją opowiedziało się 44% badanych. Prawie wszyscy (95%) badani studenci wyrazili sprzeciw wobec eutanazji dokonywanej bez wiedzy i zgody chorego, 5% wyraziło poparcie.

Prawnej legalizacji eutanazji dzieci nie popierała zdecydowana większość respondentów (83%), dopuszczała ją 17% badanych. Większość (79%) osób objętych badaniem, uważała, że dziecko nie może mieć pełnej świadomości, czym jest eutanazja i pełnej zdolności osądu, jakie będą skutki decyzji dotyczącej dokonania eutanazji, pozostała część badanej grupy (21%) była przeciwnego zdania. Na prawną legalizację samobójstwa wspomaganego, polegającego na dostarczeniu środków osobie nieuleczalnie chorej niezbędnych do dokonania przez nią samobójstwa, na jej prośbę, nie wyrażała zgody zdecydowana większość (82%) studentów, przyzwalała na nią 18% respondentów. Analiza testem niezależności χ^2 nie wykazała istotnych statystycznie różnic między: wiekiem, stażem pracy,

sprawowaniem opieki nad nieuleczalnie chorymi a opiniami badanych, dotyczącymi dopuszczalności prawnej legalizacji eutanazji dorosłych i dzieci oraz samobójstwa wspomaganego (Tab. 1–12).

Tabela 1. Wiek a opinie badanych na temat prawnej legalizacji eutanazji czynnej

Czy popiera Pan/i prawną legalizację eutanazji czynnej oznaczającej świadome zabójstwo osoby nieuleczalnie chorej, na jej świadomą prośbę, w celu skrócenia jej cierpień?	Wiek										
	20–25 lat		26–30 lat		31–40 lat		41–50 lat		51–60 lat		
	N	z	N	z	N	z	N	z	N	z	
Tak	12	44,44	6	46,15	5	23,81	9	33,33	8	66,67	
Nie	15	55,56	7	53,85	16	76,19	18	66,67	4	33,33	
Analiza statystyczna		$\chi^2(4) = 6,65; p = 0,159.$									

Tabela 2. Wiek a opinie badanych na temat prawnej legalizacji eutanazji biernej

Czy popiera Pan/i prawną legalizację eutanazji biernej oznaczającej zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu na do- browolną i kompetentną jego prośbę, w celu skrócenia jego cierpień?	Wiek										
	20–25 lat		26–30 lat		31–40 lat		41–50 lat		51–60 lat		
	N	z	N	z	N	z	N	z	N	z	
Tak	14	51,85	5	38,46	4	19,05	14	51,85	7	58,33	
Nie	13	48,15	8	61,54	17	80,95	13	48,15	5	41,67	
Analiza statystyczna		$\chi^2(4) = 7,82; p = 0,098.$									

Tabela 3. Wiek a opinie badanych na temat prawnej legalizacji eutanazji dzieci

Czy akceptuje Pan/i prawną legalizację eutanazji dzieci?	Wiek										
	20–25 lat		26–30 lat		31–40 lat		41–50 lat		51–60 lat		
	N	z	N	z	N	z	N	z	N	z	
Tak	6	22,22	3	23,08	2	9,52	3	11,11	3	25,00	
Nie	21	77,78	10	76,92	19	90,48	24	88,89	9	75,00	
Analiza statystyczna		$\chi^2(4) = 3,13; p = 0,552$									

Tabela 4. Wiek a opinie badanych na temat prawnej legalizacji samobójstwa wspomaganego

Czy popiera Pan/i prawną legalizację samobójstwa wspomaganego, polegającego na dostarczeniu środków osobie nieuleczalnie chorej niezbędnych dla dokonania przez nią samobójstwa?	Wiek										
	20–25 lat		26–30 lat		31–40 lat		41–50 lat		51–60 lat		
	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	
Tak	9	33,33	1	7,69	1	4,76	5	18,52	2	16,67	
Nie	18	66,67	12	92,31	20	95,24	22	81,48	10	83,33	
Analiza statystyczna		chi ² (4) = 7,04; p = 0,119.									

Tabela 5. Staż pracy a opinie badanych na temat prawnej legalizacji eutanazji czynnej

Czy popiera Pan/i prawną legalizację eutanazji czynnej oznaczającej świadome zabójstwo osoby nieuleczalnie chorej, na jej świadomą prośbę, w celu skrócenia jej cierpień?	Staż pracy								
	0–5 lat		6–10 lat		11–20lat		Powyżej 20 lat		
	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	
Tak	16	42,11	3	50,00	5	26,32	16	43,24	
Nie	22	57,89	3	50,00	14	73,68	21	56,76	
Analiza statystyczna		chi ² (3) = 2,05; p = 0,591							

Tabela 6. Staż pracy a opinie badanych na temat prawnej legalizacji eutanazji biernej

Czy popiera Pan/i prawną legalizację eutanazji biernej oznaczającej zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu na dobrowolną i kompetentną jego prośbę, w celu skrócenia jego cierpień?	Staż pracy								
	0–5 lat		6–10 lat		11–20 lat		Powyżej 20lat		
	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	
Tak	17	44,74	2	33,33	5	26,32	20	54,05	
Nie	21	55,26	4	66,67	14	73,68	17	45,95	
Analiza statystyczna		chi ² (3) = 4,16; p = 0,245.							

Tabela 7. Staż pracy a opinie badanych na temat prawnej legalizacji eutanazji dzieci

Czy akceptuje Pan/i prawną legalizację eutanazji dzieci?	Staż pracy								
	0–5 lat		6–10 lat		11–20 lat		Powyżej 20 lat		
	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	
Tak	7	18,42	1	16,67	4	21,05	5	13,51	
Nie	31	81,58	5	83,33	15	78,95	32	86,49	
Analiza statystyczna		chi ² (3) = 0,88; p = 0,909.							

Tabela 8. Staż pracy a opinie badanych na temat prawnej legalizacji samobójstwa wspomaganego

Czy popiera Pan/i prawną legalizację samobójstwa wspomaganego, polegającego na dostarczeniu środków osobie nieuleczalnie chorej niezbędnych dla dokonania przez nią samobójstwa?	Staż pracy								
	0–5 lat		6–10 lat		11–20 lat		Powyżej 20 lat		
	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	N	% z grupy	
Tak	10	26,32	0	0,00	3	15,79	5	13,51	
Nie	28	73,68	6	100,00	16	84,21	32	86,49	
Analiza statystyczna		chi ² (3) = 2,91; p = 0,403.							

Tabela 9. Sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorym a opinie badanych na temat prawnej legalizacji eutanazji czynnej

Czy popiera Pan/i prawną legalizację eutanazji czynnej oznaczającej świadome zabójstwo osoby nieuleczalnie chorej, na jej świadomą prośbę, w celu skrócenia jej cierpień?	Sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorym				
	Tak		Nie		
	N	% z grupy	N	% z grupy	
Tak	28	37,84	12	46,15	
Nie	46	62,16	14	53,85	
Analiza statystyczna		chi ² (1) = 0,55; p = 0,457			

Tabela 10. Sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorym a opinie badanych na temat prawnej legalizacji eutanazji biernej

Czy popiera Pan/i prawną legalizację eutanazji biernej oznaczającej zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu na dobrowolną i kompetentną jego prośbę, w celu skrócenia jego cierpień?	Sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorym			
	Tak		Nie	
	N	% z grupy	N	% z grupy
Tak	31	41,89	13	50,00
Nie	43	58,11	13	50,00
Analiza statystyczna	$\chi^2(1) = 0,51; p = 0,474$			

Tabela 11. Sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorym a opinie badanych na temat prawnej legalizacji eutanazji dzieci

Czy akceptuje Pan/i prawną legalizację eutanazji dzieci?	Sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorym			
	Tak		Nie	
	N	% z grupy	N	% z grupy
Tak	13	17,57	4	15,38
Nie	61	82,43	22	84,62
Analiza statystyczna	$\chi^2(1) < 0,01; p > 0,999$.			

Tabela 12. Sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorym a opinie badanych na temat prawnej legalizacji samobójstwa wspomaganego

Czy popiera Pan/i prawną legalizację samobójstwa wspomaganego, polegającego na dostarczeniu środków osobie nieuleczalnie chorej niezbędnych dla dokonania przez nią samobójstwa?	Sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorym			
	Tak		Nie	
	N	% z grupy	N	% z grupy
Tak	12	16,22	6	23,08
Nie	62	83,78	20	76,92
Analiza statystyczna	$\chi^2(1) = 0,24; p = 0,627$.			

Ankietowani ustosunkowali się również do ewentualnej możliwości ich udziału w dokonaniu eutanazji chorych. Zdecydowana większość (90%) w sytuacji, kiedy nieuleczalnie, cierpiący chory zwróciłby się z prośbą o skrócenie życia, w celu skrócenia jego cierpień, nie zadeklarowała gotowości dokonania

eutanazji chorego; 10% wyraziło gotowość wykonania eutanazji. Zdecydowana większość badanych (93%) nie udzieliłaby także pomocy osobie nieuleczalnie chorej, polegającej na dostarczeniu jej środków niezbędnych dla dokonania przez nią samobójstwa, w celu skrócenia jej cierpień, 7% zadeklarowało udzielenie choremu takiej pomocy. Analiza testem niezależności χ^2 nie wykazała istotnych statystycznie różnic między stażem pracy oraz sprawowaniem opieki nad nieuleczalnie chorymi a deklaracjami badanych dotyczącymi dokonania eutanazji czynnej (wyniki kolejno: $\chi^2(3) = 2,17$; $p = 0,527$.; $\chi^2(1) = 0,01$; $p > 0,999$). Nie stwierdzono również istotnej statystycznie zależności pomiędzy stażem pracy oraz sprawowaniem opieki nad nieuleczalnie chorymi a deklaracjami badanych dotyczącymi pomocy choremu w dokonaniu samobójstwa. ($\chi^2(3) = 3,18$; $p = 0,318$.; $\chi^2(1) = 1,39$; $p = 0,238$).

Znaczna większość (77%) ankietowanych chciałaby mieć możliwość odmówienia wykonania eutanazji korzystając z klauzuli sumienia, gdyby pracowała w państwie, gdzie eutanazja jest dopuszczalna, pozostała część grupy (23%) miała odmienne zdanie.

Według zdecydowanej większości ankietowanych (93%) nieuleczalnie chory, u kresu życia w sytuacji cierpienia oczekuje uśmierzenia bólu, złagodzenia objawów choroby, wsparcia psychicznego i duchowego oraz otoczenia troskliwą opieką do chwili naturalnej śmierci; zdaniem 3% eutanazji; w opinii 2% pomocy personelu medycznego w dokonaniu przez nich samobójstwa wspomaganego. Podobne oczekiwania mieliby respondenci w sytuacji, gdyby byli nieuleczalnie chorzy. Zdecydowana większość (84%) oczekiwałaby uśmierzenia bólu, złagodzenia objawów choroby, wsparcia psychicznego i duchowego oraz otoczenia troskliwą opieką do chwili naturalnej śmierci; 10% eutanazji; 4% pomocy w dokonaniu samobójstwa wspomaganego, a 2% nie potrafiło udzielić odpowiedzi. Większość spośród ankietowanych (77%) w swojej pracy zawodowej, jako pielęgniarka/pielęgniarz, nie spotkała się z prośbą chorego o skrócenie życia z powodu cierpienia, w przebiegu nieuleczalnej choroby.

Zdaniem respondentów na podejmowanie decyzji o eutanazji przez nieuleczalnie chorego mogą mieć wpływ następujące czynniki: ból i cierpienie (92%), osamotnienie (58%), zmęczenie chorobą (45%), uzależnienie od innych (44%), brak wsparcia ze strony rodziny (36%), brak akceptacji zmiany wyglądu powstałego w wyniku choroby (31%), lęk przed utratą autonomii (25%), brak właściwej opieki medycznej (21%), brak środków finansowych na leczenie i opiekę (27%).

Kolejnym zagadnieniem, które poddano badaniu była ocena sprawowanej opieki medycznej w placówkach ochrony zdrowia wobec nieuleczalnie cierpiących pacjentów u kresu życia w opinii respondentów. Jako średnią oceniła ją 37% badanych, jako dobrą 29%, jako bardzo dobrą 5%, natomiast jako niewystarczającą 27%. Większość ankietowanych (69%) uważała, że w szpitalu

lach nie są zapewnione warunki godnego umierania; 31% nie zgodziło się z tą opinią.

Ankietowani dokonali samooceny swojego przygotowania do opieki nad chorym nieuleczalnie, u kresu życia, zdobytego w czasie studiów. Spośród badanych najliczniejsza grupa (43%) oceniła je jako dobre; 28% jako dostateczne; 16% jako bardzo dobre, a 12% uznało je za niewystarczające do sprawowania opieki nad chorym nieuleczalnie, u kresu życia. Zdecydowana większość ankietowanych (81%) uznała, że program studiów należy poszerzyć o zagadnienia dotyczące opieki nad chorym nieuleczalnie, u kresu życia; 19% uważało, że nie należy poszerzać programu w tym zakresie.

Celem badań było również poznanie czynników, które zdaniem respondentów kształtowały ich opinie na temat eutanazji. Najczęściej wskazywanym czynnikiem przez badanych była zdobyta wiedza w zakresie zagadnień etycznych i prawnych dotyczących eutanazji (70%), następnie zdobyta wiedza z zakresu opieki paliatywnej (59%), wiara (54%), uznawane wartości (48%), opieka nad chorymi nieuleczalnie u kresu życia (48%), opieka nad bliską osobą nieuleczalnie chorą (30%), własne doświadczenie choroby (12%), media (11%). Analiza statystyczna dokonana za pomocą testu χ^2 pomiędzy wskazanymi przez respondentów czynnikami kształtującymi ich opinie na temat eutanazji a opiniami badanych na temat dopuszczalności prawnej legalizacji eutanazji dorosłych i dzieci oraz samobójstwa wspomaganego wskazała, że istotne związki występują tylko pomiędzy: uznawanymi wartościami a opiniami badanych na temat legalizacji eutanazji czynnej oraz uznawanymi wartościami a opiniami badanych na temat legalizacji samobójstwa wspomaganego. Osoby nie popierające prawnej legalizacji eutanazji czynnej (Tab. 13) i samobójstwa wspomaganego (Tab. 14) częściej wskazywały wśród czynników, które kształtowały ich opinie na temat eutanazji uznawane wartości.

Osoby różniące się opiniami na temat prawnego usankcjonowania legalizacji eutanazji dzieci nie różniły się pod względem wskazania czynników, które kształtowały ich opinie na temat eutanazji. Analizy wykonane testem niezależności χ^2 nie wykazały istotnych statystycznie różnic (Tab. 15).

Tabela 13. Czynniki kształtujące opinie badanych na temat eutanazji a opinie badanych na temat prawnego usankcjonowania eutanazji czynnej

Czynniki kształtujące opinie badanych na temat eutanazji	Popieranie prawnej legalizacji eutanazji czynnej				Analiza statystyczna testem niezależności χ^2
	Tak		Nie		
	N	% z grupy	N	% z grupy	
Zdobyta wiedza z zakresu opieki paliatywnej	25	62,50	34	56,67	$\chi^2(1) = 0,34$; $p = 0,561$
Zdobyta wiedza w zakresie zagadnień etycznych i prawnych dotyczących eutanazji	26	65,00	44	73,33	$\chi^2(1) = 0,79$; $p = 0,373$
Wiara	17	42,50	37	61,67	$\chi^2(1) = 3,55$; $p = 0,060$
Opieka nad chorymi nieuleczalnie w kresu życia	18	45,00	30	50,00	$\chi^2(1) = 0,24$; $p = 0,624$
Uznawane wartości	13	32,50	35	58,33	$\chi^2(1) = 6,42$; $p = 0,011$
Własne doświadczenie choroby	6	15,00	6	10,00	$\chi^2(1) = 0,19$; $p = 0,660$
Opieka nad bliską osobą nieuleczalnie chorą	11	27,50	19	31,67	$\chi^2(1) = 0,20$; $p = 0,656$
Media	4	10,00	7	11,67	$\chi^2(1) < 0,01$; $p > 0,999$

Tabela 14. Czynniki kształtujące opinie badanych na temat eutanazji a opinie badanych na temat prawnego usankcjonowania samobójstwa wspomaganego

Czynniki kształtujące opinie badanych na temat eutanazji	Popieranie prawnej legalizacji samobójstwa wspomaganego				Analiza statystyczna testem niezależności χ^2
	Tak		Nie		
	N	% z grupy	N	% z grupy	
Zdobyta wiedza z zakresu opieki paliatywnej	10	55,56	49	59,76	$\chi^2(1) = 0,11$; $p = 0,743$
Zdobyta wiedza w zakresie zagadnień etycznych i prawnych dotyczących eutanazji	11	61,11	59	71,95	$\chi^2(1) = 0,83$; $p = 0,363$
Wiara	6	33,33	48	58,54	$\chi^2(1) = 3,77$; $p = 0,052$
Opieka nad chorymi nieuleczalnie u kresu życia	9	50,00	39	47,56	$\chi^2(1) = 0,03$; $p = 0,851$
Uznawane wartości	3	16,67	45	54,88	$\chi^2(1) = 8,63$; $p = 0,003$
Własne doświadczenie choroby	3	16,67	9	10,98	$\chi^2(1) = 0,07$; $p = 0,785$
Opieka nad bliską osobą nieuleczalnie chorą	3	16,67	27	32,93	$\chi^2(1) = 1,86$; $p = 0,173$
Media	1	5,56	10	12,20	$\chi^2(1) = 0,16$; $p = 0,690$

Tabela 15. Czynniki kształtujące opinie badanych na temat eutanazji a opinie badanych na temat prawnego usankcjonowania eutanazji dzieci

Czynniki kształtujące opinie badanych na temat eutanazji	Popieranie prawnej legalizacji eutanazji dzieci				Analiza statystyczna testem niezależności chi ²
	Tak		Nie		
	N	% z grupy	N	% z grupy	
Zdobyta wiedza z zakresu opieki paliatywnej	11	64,71	48	57,83	chi ² (1) = 0,28; p = 0,600
Zdobyta wiedza w zakresie zagadnień etycznych i prawnych dotyczących eutanazji	12	70,59	58	69,88	chi ² (1) < 0,01; p = 0,954
Wiara	8	47,06	46	55,42	chi ² (1) = 0,40; p = 0,529
Opieka nad chorymi nieuleczalnie u kresu życia	9	52,94	39	46,99	chi ² (1) = 0,20; p = 0,654
Uznawane wartości	6	35,29	42	50,60	chi ² (1) = 1,32; p = 0,250
Własne doświadczenie choroby	4	23,53	8	9,64	chi ² (1) = 1,43; p = 0,232
Opieka nad bliską osobą nieuleczalnie chorą	6	35,29	24	28,92	chi ² (1) = 0,27; p = 0,601
Media	1	5,88	10	12,05	chi ² (1) = 0,10; p = 0,459

Dyskusja

Eutanazja to kontrowersyjny temat różnie oceniany w społeczeństwie. Na stosowanie eutanazji w Polsce nie zezwalają przepisy prawa, a także kodeksy etyczne [2,3,4,8]. Znaczący wpływ na postawy wobec eutanazji ma stanowisko Kościoła Katolickiego, który jednoznacznie potępia eutanazję „Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych lub umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna. W ten sposób działanie lub zaniechanie działania, które samo w sobie lub zamierzeniu powoduje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i z szacunkiem wobec Boga żywego, jej Stwórcy. Błąd w ocenie, w który można popaść w dobrej wierze, nie zmienia natury tego zbrodniczego czynu, który zawsze należy potępić i wykluczyć” [9]. W *Evangelium Vite* Jan Paweł II podkreślił „Kto popiera samobójczy zamiar drugiego człowieka i współdziała w jego realizacji poprzez tak zwane «samobójstwo wspomagane» staje się współnikiem, a czasem wręcz bezpośrednim sprawcą niesprawiedliwości, która nigdy nie może być usprawiedliwiona, nawet wówczas, gdy zostaje dokonana na żądanie. (...) Eutanazja staje się aktem jeszcze bardziej godnym potępienia, gdy przybiera formę zabójstwa, dokona-

nego przez innych na osobie, która w żaden sposób jej nie zażądała ani nie wyraziła na nią nigdy zgody” [5].

„Eutanazja jest śmiercią narzuconą, która sprzeciwia się śmierci naturalnej” [10]. „Każdy człowiek ma prawo do ludzkiej, czyli naturalnej i godnej śmierci” [11]. Termin „godna śmierć” nie jest jednoznacznie rozumiany. Środowiska przeciwne legalizacji eutanazji o orientacji personalistycznej podkreślają, że „śmierć godna” oznacza śmierć naturalną, będącą następstwem nieuleczalnej choroby lub brakiem możliwości biologicznych organizmu człowieka do kontynuowania życia z powodu starzenia się, bez sztucznego jej przyspieszenia lub przedłużania. Tylko taka śmierć nie narusza podstawowego prawa do życia [12]. Prawo do godnej śmierci oznacza więc prawo do śmierci naturalnej. Z kolei „środowiska utylitarystyczne i preferujące etykę relatywistyczną interpretują prawo do „godnej śmierci” jako prawo chorego do eutanazji [12]. Badania własne wykazały, że respondenci w zdecydowanej większości (94%) prezentowali stanowisko personalistyczne określając godną śmierć jako śmierć naturalną, która jest następstwem nieuleczalnej choroby lub procesu starzenia się organizmu, bez wpływu na jej przyspieszenie, w tym 34% uznało, że również bez wpływu na jej przedłużanie poprzez stosowanie uporczywej terapii. Zaledwie 6% badanych stwierdziło, że termin „godna śmierć” oznacza śmierć zadaną osobie nieuleczalnie chorej, na jej życzenie, w celu skrócenia jej cierpień.

Termin eutanazja nie jest rozumiany jednoznacznie, potwierdziły to badania CBOS z 2012 roku przeprowadzone na liczącej 952 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Najwięcej osób (66%) określiło eutanazję jako podanie przez lekarza środków przyspieszających śmierć ciężko i nieuleczalnie choremu, cierpiącemu pacjentowi, jeśli jest w pełni świadomy i sam o to prosi; 56% uznało, że eutanazja to odłączenie specjalnej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe pacjenta po wypadku, jeśli jest w pełni świadomy i sam o to prosi; 46% z kolei za eutanazję uznało wspomaganie samobójstwo, a więc pozostawienie przez lekarza ciężko i nieuleczalnie choremu, cierpiącemu pacjentowi środków umożliwiających jemu samemu bezbolesne zakończenie życia [13].

Eutanazja w badaniach własnych również nie była jednoznacznie określona. Znaczna większość ankietowanych studentów (79%) uznała, że eutanazja oznacza świadome zabójstwo osoby ciężko chorej poprzez podanie jej środków powodujących śmierć lub przyspieszenie śmierci chorego poprzez zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu, w celu skrócenia jego cierpień i na życzenie chorego; 16% uznało, że termin ten oznacza świadomą pomoc osobie ciężko chorej w popełnieniu samobójstwa poprzez dostarczenie jej środków niezbędnych dla dokonania aktu zakończenia życia; 5% z kolei stwierdziło, że jest to odebranie życia nieuleczalnie choremu bez jego zgody i wiedzy.

Badania wykazały, że większość respondentów sprzeciwiała się dopuszczalności eutanazji.

W badaniu Mickiewicz z 2010 dotyczącym 183 pielęgniarek czynnych zawodowo, stwierdzono, że największa grupa badanych (42,1%) była przeciwko prawnej legalizacji eutanazji. Prawną akceptację eutanazji popierało 24,6%, a 31,1% badanych nie wyraziło swojej opinii w tej kwestii [14]. W badaniu Leppert i wsp. przeprowadzonym w 2009 roku wśród 263 studentów IV roku medycyny, uniwersytetów medycznych w Poznaniu i Łodzi okazało się, że 49% z nich opowiedziało się przeciwko legalizacji eutanazji, za legalizacją było 35%, a 16% nie wyraziło swojego zdania [15]. Badania CBOS wykazały, że w opinii 43% badanych lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć. Z poglądem tym nie zgadzało się 41% ankietowanych [13]. W badaniach własnych podobnie 40% respondentów było zdania, że lekarze powinni spełniać wolę nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć, więcej (60%) osób wyraziło odmienne zdanie. Większość respondentów opowiedziało się również przeciw prawnej legalizacji: eutanazji czynnej (60%) i biernej (56%), eutanazji dzieci (83%), eutanazji dokonywanej bez wiedzy i zgody chorego (95%) oraz samobójstwa wspomaganego (82%). Należy zwrócić uwagę na fakt, że dwie piąte (40%) badanych pielęgniarek poparło legalizację eutanazji czynnej i nieco większy odsetek (44%) legalizację eutanazji biernej; 5% wyraziło poparcie dla eutanazji dokonywanej bez wiedzy i zgody chorego, 17% dla legalizacji eutanazji dzieci, a 18% dla legalizacji samobójstwa wspomaganego.

Respondenci w większości nie wyrażali zgody na dokonywanie przez nich eutanazji chorych. We wspomnianym już badaniu Leppert i wsp. większość (57,8%) badanych opowiedziało się przeciw dokonywaniu przez nich eutanazji chorych, 13,7% zadeklarowało gotowość stosowania eutanazji, 28,5% nie potrafiło udzielić odpowiedzi [15]. W badaniu Mickiewicz największy odsetek respondentów (43,7%) zdecydowanie odmówiłby zgody na asystowanie podczas eutanazji, raczej nie uczestniczyłoby w eutanazji 22,4%. Nie umiało odpowiedzieć 18,6%, a 13,7% zadeklarowało swoją gotowość na asystowanie podczas eutanazji, w tym 12,5% badanych udzieliło odpowiedzi raczej tak, a 1,2% zdecydowanie tak [14]. W badaniach własnych zdecydowanie większy odsetek respondentów niż w wyżej wymienionych badaniach, nie wyrażał zgody na dokonywanie eutanazji chorych (90%) oraz na pomoc choremu w popełnieniu samobójstwa (93%). Zdecydowanych na stosowanie eutanazji było 10% osób, a 7% na udzielenie pomocy choremu w dokonaniu samobójstwa.

Badacze starali się również ustalić jakie czynniki mogły kształtować postawy ankietowanych wobec eutanazji. W badaniu CBOS stwierdzono, że opinie badanych dotyczące dopuszczalności eutanazji i uporczywej terapii różnicowała orientacja światopoglądowa (przede wszystkim religijność), deklarowana orientacja polityczna, płeć, wiek. Przeciwnikami eutanazji były przede wszystkim osoby religijne (najczęściej osoby biorące udział w praktykach religijnych przynajmniej raz w tygodniu), osoby identyfikujące się z prawicowym systemem

wartości i przekonań, kobiety, osoby w starszym wieku (ludzie starsi, mający 65 lat i więcej) [13]. Leppert i wsp. sugerował, że na uzyskane w badaniu wyniki dotyczące stosunku badanych do eutanazji i wspomaganego samobójstwa mogły mieć następujące czynniki: płeć (70% badanych stanowiły kobiety), miejsce zamieszkania (większość badanych zamieszkiwała miasto powyżej 500 tys. mieszkańców), wyznanie (podało 85% badanych – prawie wszyscy byli katolikami) [15]. Uzyskane wyniki w badaniu własnym różnią się od opisanych wyżej. Analiza testem niezależności χ^2 nie wykazała istotnych statystycznie różnic między: wiekiem, stażem pracy, sprawowaniem opieki nad nieuleczalnie chorymi a opiniami badanych dotyczącymi dopuszczalności legalizacji eutanazji dorosłych i dzieci oraz samobójstwa wspomaganego. Respondenci wskazali czynniki, które według nich, kształtowały ich postawy wobec eutanazji. Najczęściej wymienianym czynnikiem była zdobyta wiedza w zakresie zagadnień etycznych i prawnych dotyczących eutanazji (70%), w następnej kolejności: zdobyta wiedza z zakresu opieki paliatywnej (59%), wiara (54%), uznawane wartości (48%), opieka nad chorymi nieuleczalnie u kresu życia (48%), opieka nad bliską osobą nieuleczalnie chorą (30%), własne doświadczenie choroby (12%), media (11%). Istotne statystycznie związki stwierdzono tylko pomiędzy opiniami badanych dotyczącymi dopuszczalności legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego a uznawanymi wartościami. Osoby sprzeciwiające się prawnej legalizacji eutanazji czynnej i samobójstwa wspomaganego częściej wskazywały wśród czynników, które kształtowały ich opinie na temat eutanazji uznawane wartości.

Na podejmowanie decyzji etycznych mają wpływ przede wszystkim uznawane wartości. Odnosi się to również do pracy pielęgniarki. W opiece nad chorym u kresu życia pielęgniarka podejmuje wiele decyzji etycznych, również tych dotyczących eutanazji, dlatego kształtowanie postaw studentów pielęgniarstwa w procesie kształcenia jest niezwykle ważne. Decyzje etyczne podejmowane w pracy zawodowej pielęgniarki ściśle związane są z odpowiedzialnością zawodową i jakością sprawowanej opieki nad chorym.

Wnioski

1. Większość ankietowanych nie popiera legalizacji: eutanazji czynnej i biernej, eutanazji dzieci, samobójstwa wspomaganego oraz eutanazji dokonywanej bez zgody i wiedzy chorego.
2. Zdecydowana większość respondentów jest przeciwna dokonywaniu przez nich eutanazji chorych oraz pomaganiu im w popełnieniu samobójstwa.
3. Uznawane wartości miały wpływ na opinie ankietowanych dotyczące legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego.
4. Zmienne: wiek, staż pracy, sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorymi, nie różnicowały opinii ankietowanych na temat legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego w badanej grupie.

5. Program studiów na kierunku pielęgniarstwo należy poszerzyć o zagadnienia dotyczące opieki nad chorym nieuleczalnie, u kresu życia.

Bibliografia

1. Kostrzanowska Z. *Ogólna etyka pielęgniarstwa* [w:] Wrońska I, Mariański J. (red.). *Etyka w pracy pielęgniarstwie*. Czelej, Lublin 2002; 139–177.
2. Konstytucja RP Dz.U. Nr 78, poz. 483.
3. Żelichowski M. *Czynna eutanazja*. *Medycyna Praktyczna* 2001, http://www.mp.pl/etyka/prawo_medyczne/show.html?id=1127 [dostęp: 10.09.2015].
4. Kodeks karny. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 523 z późn. zm.
5. Jan Paweł II. *Evangelium vitae*. TUM, Wrocław 1995.
6. Dziedzic J. *Eutanazja* [w:] Muszala A. (red.). *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Wydanie II. POLWEN, Radom 2009; 224–232.
7. Szewczyk K. *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. PWN, Warszawa 2009.
8. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.
9. Katechizm Kościoła Katolickiego. Wydanie II. Pallottinum, Poznań 2002.
10. Aumonier N. Beignier B. Letellier P. *Eutanazja*. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2003.
11. Bołoz W. *Prawa człowieka umierającego*. *Medycyna Praktyczna* 2008; 11: 140–147.
12. Bołoz W.: *Rezygnacja z uporczywej terapii a prawo do życia*. *Medycyna Praktyczna* 2009; 09: 147–154.
13. Komunikat badań CBOS, BS/3/2013. *Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja*. CBOS, Warszawa 2013; 1–20.
14. Mickiewicz I. Krajewska-Kułak E. Kędziora-Kornatowska K. et al. *Postawy pielęgniarek wobec eutanazji*. *Piel.Zdr.Publ.*2011; 1,3: 199–208.
15. Leppert W, Gottwalt L, Kzimierczak-Łukasiewicz S. *Problematyka eutanazji i opieki paliatywnej w poglądach studentów IV roku medycyny*. *Medycyna Paliatywna* 2009; 1: 45–52.

The attitudes of students towards euthanasia

Abstract

Introduction: The fundamental human right is the right to life. Euthanasia is defined as intentionally ending a life in order to end the suffering of the sick person at his request. This is a very controversial topic. The aim of the study was to examine attitudes of students towards euthanasia.

Material and methods: In the study, a diagnostic survey method and a questionnaire of our own design were used. The study was conducted among 100 part-time students of the nursing second degree at Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University.

Results: Analysis of the research material showed that the majority of respondents opposed legalization: active euthanasia (60%), passive euthanasia (56%), euthanasia of children (83%), assisted suicide (82%), euthanasia carried out without the knowledge and agreement of the patient (95%). There was a significant correlation between promoting legalization of active euthanasia and recognized values ($\chi^2 (1) = 6.42$; $p = 0.011$) and promoting the legalization of assisted suicide and recognized values ($\chi^2 (1) = 8.63$; $p = 0.003$).

Conclusions: 1) Most respondents do not support the legalization of euthanasia and assisted suicide; 2) Recognized values influence the opinions of respondents regarding the legalization of euthanasia and assisted suicide.

Key words: euthanasia, assisted suicide, end of life