

Regina Sierżantowicz<sup>1</sup>, Katarzyna Łagoda<sup>2</sup>, Halina Doroszkiewicz<sup>3</sup>,  
Grażyna Jurkowska<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>3</sup>Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>4</sup>Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

# Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji

## *The opinions of doctors, nurses, patients and students about euthanasia*

### Abstract

**Background.** The draft concerning legalization of euthanasia in Poland is currently widely discussed. The medical environment is bound to be the first to have to express their opinion “for” or “against” legalization of euthanasia. The aim of the conducted research was to evaluate the opinions that doctors, nurses, patients and nursing students have about euthanasia.

**Material and methods.** The research was conducted in Białystok, and 300 persons were covered by it, including 100 students of the Division of Nursing (group A), 100 doctors and nurses (group B) and 100 patients (group C). The method of a survey questionnaire, comprising 23 questions, was applied.

**Results.** Respondents from all these groups correctly explained the nature of euthanasia. Nearly half (41%) of the health care workers, 27% of the patients and 31% of the students absolutely rejected granting approval for legalization of euthanasia. The half of the respondents in every three groups under consideration allowed a specially-appointed doctors’ team the right to conduct euthanasia. A possible decrease of trust towards health care centres highlighted 40% of health care workers and 30% persons from each of the remaining groups. The group of patients and students regarded fulfilling the patient’s will, as well as untreatable patients’ pain, suffering and fear as the most significant factors justifying the necessity of conducting euthanasia. As for the health care workers, they pointed out brain death (42%), a dignified end of life and humanitarian considerations (40%).

**Conclusions.** Greater attention should be given to providing psychological and spiritual care for untreatable, suffering patients. The information campaign concerning available forms of providing care for severely and incurably ill patients should be conducted on a larger scale in the society.

*Gerontol. Pol. 2011; 19, 2: 99–106*

**key words:** euthanasia, attitude, patients, doctors, nurses, students

### Wstęp

Rozwój medycyny i profilaktyki zdrowotnej spowodował wydłużenie przeciętnej długości życia. Skala zjawiska wywołała konieczność dyskusji o proble-

mach etycznych u schyłku życia oraz o stosunku do problemu eutanazji [1–3].

Eutanazję (gr. *euthanathos*; *eu* — dobro, *thanatos* — śmierć) obecnie rozumie się jako „powodowane współczuciem zabicie człowieka, który cierpi i jest nieuleczalnie chory”. Wyróżnia się eutanazję czynną, bierną, dobrowolną oraz niedobrowolną. W eutanazji czynnej śmierć spowodowana jest określonym działaniem. W eutanazji biernej śmierć następuje na

Adres do korespondencji:  
dr n. med. Regina Sierżantowicz  
Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu  
Medycznego w Białymstoku  
ul. Waszyngtona 15A, 15–269 Białystok  
tel.: (85) 746 87 85  
e-mail: renatasierz@wp.pl

skutek zaniechania terapii podtrzymującej życie. Eutanazja dobrowolna polega na wyrażeniu świadomej prośby o spowodowanie śmierci. W przypadku braku możliwości wyrażenia prośby, na przykład gdy pacjent jest nieprzytomny, jest to eutanazja niedobrowolna. Biorąc pod uwagę udział woli pacjenta, wyróżnia się eutanazję na prośbę pacjenta oraz eutanazję bez zgody pacjenta, nazywaną także kryptanazją [2, 4–9].

Z problemem szeroko rozumianej eutanazji można się spotkać już u ludów wędrownych, wśród których porzucano osoby starsze i niedołążne oraz zabijano kalekie dzieci [3, 10–12].

Według danych statystycznych pochodzących z Holandii [13], w której eutanazja jest zalegalizowana, rocznie wśród 130 000 zgonów aż 1/3 jest rezultatem eutanazji lub kryptotanazji. Prawo do eutanazji zalegalizowano między innymi w Belgii [14], stanie Oregon w Stanach Zjednoczonych [15], jednak formy stosowania eutanazji są w tych krajach odmienne [3, 8, 11, 12, 16].

Argumentami stanowiącymi podstawę do dyskusji o eutanazji są pojęcie wolności oraz zagadnienie cierpienia. Główne religie świata zakładają, że eutanazja jest niedopuszczalna i traktuje się ją jako naruszenie praw człowieka [1, 3, 6, 11, 12, 17]. Problem eutanazji jest obecnie szeroko dyskutowany w Polsce. Nowelizacja Kodeksu Karnego z przełomu 2000/2001 roku zakłada odstąpienie od wymierzenia kary w przypadkach dokonania eutanazji motywowanej współczuciem. Środowisko medyczne jako pierwsze będzie zobligowane do opowiedzenia się za lub przeciw legalizacji eutanazji. Prowadzone dotychczas badania przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) wskazują, że około 50% badanych uważa za słuszne wprowadzenie przepisów umożliwiających lekarzom przyspieszenie śmierci cierpiącego nieuleczalnie chorego na jego prośbę [18].

Celem przeprowadzonych badań była ocena opinii lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji.

### Material i metody

Badania przeprowadzono na przełomie 2005/2006 roku w Białymstoku. Objęto nimi 300 osób, w tym 100 studentów II roku Wydziału Pielęgniarstwa studiów stacjonarnych (grupa A), 100 lekarzy i pielęgniarek (grupa B) oraz 100 pacjentów (grupa C). Pracownicy medyczni byli zatrudnieni w placówkach lecznictwa zamkniętego, na oddziałach chirurgicznych i internistycznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Dane zebrano za pomocą kwestionariusza stworzonego przez autorów niniejszej pracy, składającego się z 23 pytań dotyczących: ogólnej charakterystyki badanych grup, profilu chorobowości, opinii na temat ewentualnej legalizacji eutanazji, propozycji pomocy osobom nieuleczalnie chorym, oceny wpływu legalizacji eutanazji na zaufanie do pracowników ochrony zdrowia. Udział w badaniach był całkowicie dobrowolny i anonimowy.

### Wyniki

Wszyscy ankietowani studenci (grupa A) byli w przedziale wiekowym 25–30 lat. Wśród pracowników medycznych (grupa B) i pacjentów (grupa C) najwięcej osób było w wieku 20–35 lat, odpowiednio 45% i 35%. Wśród badanych większość stanowiły kobiety. Charakterystykę grupy przedstawiono w tabeli 1. Pacjenci biorący udział w badaniu byli hospitalizowani w Klinice Chirurgii Ogólnej (45%) oraz na oddziałach internistycznych: w Klinice Hematologii (24%) i w Klinice Gastroenterologii (31%). Wśród ankietowanych pacjentów stwierdzono następujące choroby przewlekłe: reumatoidalne zapalenie stawów (3%), astmę (4%), chorobę Leśniowskiego-Crohna (9%), nadciśnienie tętnicze (43%), chorobę wieńcową serca (29%), cukrzycę typu 2 (19%), przewlekłe zapalenie trzustki (7%), przewlekłą białaczkę limfatyczną (17%), szpiczaka mnogiego (1%), przewlekłą białaczkę szpikową (5%). W grupie pracowników medycznych wykazano: nadciśnienie tętnicze (17%), cukrzycę typu 2 (2%) i astmę (1%). Wśród studentów występowały: astma (2%) i choroba refluksowa przełyku (2%).

Występowanie chorób przewlekłych i nieuleczalnych wśród respondentów i ich rodzin może wpływać na ich stanowisko wobec ustawy o legalizacji eutanazji. Jak wynika z badań, choroby przewlekłe najczęściej występowały wśród pacjentów (grupa C — 34%) i ich rodzin (25%). Choroba o charakterze przewlekłym dotyczyła 6% studentów (grupa A), a ich bliskich — 17%. Schorzenia wymagające stałego leczenia występowały również wśród 4% ankietowanych pracowników medycznych oraz 25% ich rodzin. Ankietowani ustosunkowali się do poparcia ustawy legalizującej eutanazję w naszym kraju. Największą grupą zdecydowanie popierającą legalizację eutanazji była grupa studentów (grupa A — 22%). W grupie pacjentów (grupa C) poparcie projektu wyraziło 13%, natomiast najmniej zwolenników eutanazji było wśród pracowników medycznych (grupa B) (4%). Zdecydowane sprzeciwiało się ustawie legalizującej eutanazję 41% lekarzy i pielęgniarek, 31% studen-

**Tabela 1.** Charakterystyka badanej grupy  
**Table 1.** Characteristic of study group

	Studenci (grupa A)		Pracownicy medyczni (grupa B)		Pacjenci (grupa C)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Przedział wieku</b>						
20–35 lat	100	100	45	45	35	35
36–45 lat	–	–	25	25	13	13
46–55 lat	–	–	15	15	25	25
56–65 lat	–	–	15	15	10	10
66–75 lat	–	–	–	–	16	16
<b>Płeć</b>						
Kobieta	96	96	65	65	51	51
Mężczyzna	4	4	35	35	49	49
<b>Miejsce zamieszkania</b>						
Duże miasto (> 100 tys.)	37	37	81	81	62	62
Małe miasto (< 100 tys.)	37	37	14	14	21	21
Wieś	26	26	5	5	17	17
<b>Wykształcenie</b>						
Zawodowe	–	–	–	–	30	30
Średnie	100	100	55	55	44	44
Wyższe	–	–	45	45	26	26

tów oraz 27% pacjentów. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 2.

Terminalnie chorzy wymagają całościowej, wszechstronnej opieki uwzględniającej uśmierzenie bólu, wsparcia psycho-socjalnego i duchowego. Taką opiekę świadczą hospicja. W grupach ankietowanych pracowników ochrony zdrowia (grupa B) i pacjentów (grupa C) (10%) przyznano, że osoby z bliskiej rodziny przebywały w hospicjum. Wśród badanych studentów tylko 1% bliskich było objętych opieką hospicyjną. Rozpoczęcie dyskusji o problemie eutanazji wymaga zdefiniowania samego pojęcia eutanazji. Ankietowani spośród wszystkich grup w zdecydowanej większości (93%) określili eutanazję jako „chęć zakończenia życia lub przyspieszenia śmierci człowieka na jego życzenie”. Wszyscy respondenci zgodnie stwierdzili, że krajem, w którym zalegalizowano eutanazję, jest Holandia. W grupie A — 31% ankietowanych opowiedziało się pozytywnie wobec możliwości przyspieszenia śmierci pacjenta na jego życzenie, natomiast 22% stanowczo się temu sprzeciwiało. Grupa B w 40% zdecydowanie przeciwstawiła się spełnieniu życzenia chorego, natomiast wolę chorego wypełniłoby 5%. W grupie C — 25% raczej nie przyspieszyłoby śmierci, natomiast 18% ankietowanych opowie-

działo się zdecydowanie przychylnie wobec takiej sytuacji.

Z grupy studentów 28% odmówiłoby poparcia zakończenia życia chorych cierpiących przez odłączenie aparatury medycznej podtrzymującej czynności życiowe lub podanie środków usypiających. Podobny odsetek badanych (27%) raczej poparłby taki sposób zakończenia cierpienia nieuleczalnie chorego pacjenta. Ponad połowa ankietowanych (56%) z grupy pracowników medycznych była niezdecydowana lub raczej przeciwna w stosunku do przedstawionego rozwiązania. Podobny odsetek (54%) badanych z grupy pacjentów nie podzielało proponowanego sposobu postępowania (tab. 3).

W przeprowadzonych badaniach poproszono respondentów o wskazanie osób, które mogłyby być uprawnione do wykonania eutanazji. Studenci w 61%, pracownicy medyczni w 52%, a pacjenci w 50% przyznali uprawnienia do przeprowadzenia zabiegu eutanazji specjalnie powołanemu zespołowi lekarzy. Badanych poproszono o wskazanie powodów przemawiających za lub przeciwko wykonywaniu eutanazji (tab. 4). Wśród czynników, które dopuszczają wykonanie eutanazji, grupa studentów i pacjentów wymieniła: wypełnienie woli pacjenta (odpowiednio

**Tabela 2.** Poparcie ankietowanych dla eutanazji  
**Table 2.** Support respondents' opinion of euthanasia

	Studenci (grupa A)		Pracownicy medyczni (grupa B)		Pacjenci (grupa C)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Poparcie dla projektu ustawy legalizującej eutanazję</b>						
Zdecydowanie tak	6	6	4	4	13	13
Raczej tak	22	22	17	17	19	19
Zdecydowanie nie	31	31	41	41	27	27
Raczej nie	15	15	18	18	23	23
Trudno powiedzieć	25	25	20	20	17	17
<b>Poparcie dla przyspieszenia śmierci na życzenie chorego</b>						
Zdecydowanie tak	11	11	5	5	18	18
Raczej tak	31	31	17	17	23	23
Zdecydowanie nie	22	22	40	40	17	17
Raczej nie	19	19	19	19	25	25
Trudno powiedzieć	17	17	16	16	17	17
<b>Poparcie dla przerwania życia chorego przez na przykład odłączenie aparatury, podanie środków usypiających</b>						
Zdecydowanie tak	3	3	3	3	11	11
Raczej tak	27	27	22	22	26	26
Zdecydowanie nie	28	28	19	19	21	21
Raczej nie	21	21	33	33	33	33
Trudno powiedzieć	21	21	23	23	9	9

**Tabela 3.** Uprawnienia do wykonywania eutanazji w opinii ankietowanych  
**Table 3.** Authorizations to perform euthanasia among respondents' opinion

	Studenci (grupa A)		Pracownicy medyczni (grupa B)		Pacjenci (grupa C)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Wszyscy lekarze	1	1	3	3	5	5
Specjalnie powołany zespół lekarzy	61	61	52	52	50	50
Lekarze anesteziolodzy	2	2	4	4	4	4
Lekarze z hospicjum	7	7	3	3	5	5
Brak akceptacji dla zabiegów eutanazji	29	29	38	38	35	35

43% i 31%) oraz ból, cierpienie i lęk chorego (odpowiednio 39% i 45%). Pracownicy medyczni (42%) uznali odkorowanego pacjenta jako kwalifikującego się do eutanazji.

Ankietowanych poproszono o wskazanie szpitali lub placówek służby zdrowia, które byłyby uprawnione do wykonania eutanazji. Wśród wszystkich respondentów 300 osób (30%) wymieniło hospicja. W gru-

pie studentów — 35% uznało, że takie miejsca nie powinny istnieć. Pracownicy medyczni (58%) i pacjenci (46%) odpowiedzieli, że żadne jednostki opieki zdrowotnej nie powinny wykonywać eutanazji. Bardzo ważne jest, aby osobom cierpiącym, nieuleczalnie chorym proszącym o eutanazję można było zaproponować inne formy pomocy. Wśród badanych studentów, pacjentów i pracowników medycznych

**Tabela 4.** Argumenty za lub przeciw eutanazji w opinii ankietowanych  
**Table 4.** For and against arguments for euthanasia among respondents' opinion

Argumenty	Studenci (grupa A)		Pracownicy medyczni (grupa B)		Pacjenci (grupa C)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>ZA eutanazją</b>						
Względy ekonomiczne (brak pieniędzy np. na leki)	4	4	3	3	5	5
Ból, cierpienie, lęk	39	39	24	24	45	45
Współczucie, bezradność	3	3	17	17	8	8
Wypełnienie woli pacjenta	43	43	27	27	31	31
Zmniejszenie cierpienia rodziny	6	6	2	2	7	7
Godna śmierć i względy humanitarne	24	24	40	40	19	19
Utrata godności i zeszpecenie	0	0	8	8	2	2
Pacjent odkorowany	30	30	42	42	18	18
Brak powodów	24	24	30	30	25	25
<b>PRZECIW eutanazji</b>						
Niebezpieczeństwo nadużyć	57	57	66	66	58	58
Wartość samego życia	72	72	48	48	55	55
Względy moralne	44	44	50	50	39	39
Lęk, strach	0	0	10	10	11	11

**Tabela 5.** Wpływ wykonywania eutanazji na zaufanie do pracowników medycznych w opinii badanych  
**Table 5.** Euthanasia performing influence to trust for medical employers among respondents' opinion

Czy wykonywanie eutanazji zmniejszy zaufanie do pracowników medycznych?	Studenci (grupa A)		Pracownicy medyczni (grupa B)		Pacjenci (grupa C)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Zdecydowanie tak	30	30	40	40	30	30
Raczej tak	23	23	18	18	18	18
Zdecydowanie nie	3	3	6	6	8	8
Raczej nie	21	21	20	20	24	24
Trudno powiedzieć	23	23	16	16	21	21

1/3 z nich uznała, że najważniejszym działaniem jest opanowanie bólu. Wśród istotnych propozycji pomocy osoby z grupy A wskazały na rozmowy z psychologiem (26%), natomiast pacjenci na potrzebę wsparcia duchownych (30%). Prawie połowa osób biorących udział w badaniach z grupy pracowników medycznych zaproponowała opiekę hospicyjną. W prowadzonych badaniach oceniano opinię ankietowanych na temat wpływu wykonywania eutanazji przez pracowników medycznych na zaufanie społeczeństwa do tej grupy zawodowej. Badani ze wszyst-

kich grup (po 30%) zdecydowanie potwierdzili, że zaufanie się zmniejszy (tab. 5).

### Dyskusja

Ostatnio eutanazja staje się aktualnym problemem społeczno-medycznym. Współczesne argumenty przemawiające za wykonywaniem eutanazji różnią się od argumentów przytaczanych w przeszłości. Kiedyś zjawisko eutanazji miało charakter raczej lokalny bądź jednostkowy. Obecnie zakres przeprowadzanych praktyk może przybierać charakter ogólnoludzki i powszechny.

Samo pojęcie eutanazji stało się wieloznaczne, co odzwierciedla zróżnicowanie terminów omawianych we wstępie. Propozycję uporządkowanego pojęcia podała *Deklaracja o eutanazji* ustalona przez Kongregację Nauki Wiary w 1980 roku. Rozróżnia ona pierwotne znaczenie eutanazji jako „łagodną śmierć bez przykrych cierpień”. Obecnie definiuje eutanazję jako: „działanie lub wstrzymanie się od działania powodujące śmierć z samej swej natury lub dokonanie w intencji spowodowania śmierci w celu wyeliminowania wszelkiego bólu” [1, 6, 19]. Grupa osób biorących udział w badaniach podała określenie eutanazji jako „śmierć pacjenta nieuleczalnie chorego na jego życzenie”.

W polskim prawie eutanazja jest nielegalna i traktuje się ją jako przestępstwo przeciwko życiu. Kontrowersje budzi zapis w Kodeksie karnym o możliwości złagodzenia kary, a nawet odstąpienia od jej wymierzenia, w przypadku gdy zabicie drugiej osoby odbyło się pod wpływem współczucia wywołanego ciężką i nieuleczalną chorobą [20].

Problem śmierci u nieuleczalnie chorych regulują Kodeksy Etyki Lekarskiej [21] i Pielęgniarskiej [22]. Podstawową zasadą zawartą w tych Kodeksach jest poszanowanie życia. Współczesna farmakoterapia, fizjoterapia oraz chirurgiczne zabiegi przeciwbólowe umożliwiają skuteczną walkę z cierpieniem fizycznym oraz duchowym [2, 7, 9].

Grupa holenderskich liberałów postulująca wprowadzenie eutanazji twierdzi, że pozbawienie ludzi prawa do „dobrej śmierci” ogranicza wolność pacjenta. Motywuje postępowanie eutanastyczne pragnieniem niesienia pomocy, litościwego wspierania konającego człowieka, „uśmiercanie z litości”, ulżenie w „potwornych i bezsensownych” cierpieniach. Druga holenderska grupa zwolenników eutanazji to socjaldarwiniści, są to zwolennicy „zdrowego i silnego społeczeństwa”. Twierdzą, że osoby zniedołężniałe, zespalone chorobami, nieproduktywne, wymagające kosztownego leczenia lub drogiej aparatury specjalistycznej, psychicznie chore, należy eliminować [10, 13]. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej jednoznacznie przedstawia obowiązek poszanowania życia człowieka aż do naturalnej śmierci [16].

W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że niewielu ankietowanych zdecydowanie poparło eutanazję. Największą grupę stanowili studenci (22%), następnie pacjenci (13%), a najmniejszą pracownicy medyczni (4%). Przedstawione opinie być może wynikają z odmiennych doświadczeń życiowych i wiedzy medycznej. Podobne wyniki otrzymano w badaniach przeprowadzonych przez CBOS [18], w któ-

rych im młodszy byli badani, tym większe było ich poparcie dla legalizacji eutanazji.

W badaniach wykazano, że indywidualne przyspieszenie eutanazji na życzenie chorego jest popierane przez 18% ankietowanych z grupy pacjentów i 11% z grupy studentów. Jednak w grupie pracowników medycznych takie rozwiązanie popiera tylko 5%. Być może wynika to ze znajomości leczenia przeciwbólowego, zwalczania innych objawów towarzyszących chorobie oraz cierpień psychicznych i duchowych. Artykuł 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi: „1) W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych; 2) Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych” [21]. Często w związku z tym zapisem zadaje się pytanie: czy stosowanie uporczywej terapii i nowoczesnej aparatury przedłużającej życie jest uzasadnione?

Największa grupa badanych pracowników medycznych (42%) uznała, że jest dopuszczalne, aby zakończyć terapię, gdy chory jest pacjentem odkorowanym.

Krajem, w którym zalegalizowano eutanazję, jest Holandia. Raport Komisji do Spraw Badania Praktyk Medycznych w tym państwie ujawnił, że mimo wielu obwarowań dopuszczalności praktykowania eutanazji doszło do wielu nadużyć. Holenderscy lekarze nie wywiązują się z obowiązku dokumentowania zabiegów eutanazji i szacuje się, że około 72% z nich ukrywa przeprowadzenie eutanazji. Doprowadziło to do powstania Holenderskiego Stowarzyszenia Pacjentów, które chroni chorych przed eutanazją w czasie ich leczenia. Stowarzyszenie obawia się również, że publiczna służba zdrowia traktuje eutanazję jako sposób na ograniczenie wydatków [10–13].

We własnych badaniach ankietowani uważają, że jeśli eutanazja miałaby być wykonywana, to tylko przez zespół lekarzy specjalnie do tego powołanych. Natomiast wskazywanymi ośrodkami, w których mogłyby być wykonywane zabiegi eutanazji, byłyby hospicja lub tylko niektóre wyznaczone szpitale.

Potrzeba wypracowania profesjonalnych metod łagodzenia dolegliwości u pacjentów cierpiących na nieuleczalne schorzenia sprzyja rozwojowi medycyny paliatywnej i hospicyjnej. Głównym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych. Lepsze warunki leczenia i opieki powodują zmniejszenie pragnienia pacjenta do skrócenia życia, dlatego uważa się, że opieka paliatywna jest najważniejszą alternatywą dla eutanazji.

Według Łuczaka, wykładowcy Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, winą za utratę chęci do życia,



a nawet życzenie eutanazji należy obciążyć pracowników medycznych, którzy nie dość skutecznie uśmierniają ból. Większe zaangażowanie pracowników medycznych i rodziny w łagodzenie bólu fizycznego i cierpień duchowych umierającego pacjenta może w dużej mierze pomóc w zmianie jego decyzji o poddaniu się zabiegowi eutanazji [16].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) opracowała algorytm leczenia przeciwbólowego. Terapia według proponowanych zasad pozwala na eliminowanie bólów nowotworowych u około 90–95% chorych. Udowodniono, że domaganie się śmierci ze strony cierpiącego człowieka najczęściej wiąże się z oczekiwaniem od lekarza do udzielenia skuteczniejszej pomocy. Życzenie to staje się zwykle nieaktualne, jeśli działania lekarzy lub pielęgniarek spowodują nawet minimalne złagodzenie cierpienia [2, 22].

Studenci, pracownicy medyczni oraz pacjenci biorący udział w badaniach zgodnie wymienili postępowanie przeciwbólowe, opiekę hospicyjną, psychologiczną i duchową jako nieodzowne elementy w postępowaniu z pacjentem cierpiącym.

W czasie Krajowego Zjazdu „Lekarze o eutanazji” w 2002 roku uznano, że prawne zezwolenie wykonywania eutanazji doprowadziłoby do: 1) zmiany sposobu myślenia lekarzy o własnym zawodzie; 2) zaniechania terapii lub niesłusznego jej zaniebania; 3) zmiany postrzegania pracowników ochrony zdrowia jako towarzyszących choremu w dobrych i złych momentach; 4) dwuznaczności nowej etyki lekarzy, pielęgniarek; 5) utraty zaufania do pracow-

ników ochrony zdrowia, ale również do bliskich, którzy potencjalnie mogliby wydać zgodę na eutanazję [1, 19].

Ankietowani przyznali, że wykonywanie eutanazji zmniejszy zaufanie do pracowników ochrony zdrowia. Być może wynika to z przekonania, że zezwolenie na eutanazję dałoby personelowi medycznemu niemal nieograniczone możliwości decydowania o życiu i śmierci pacjenta, co może być zjawiskiem niebezpiecznym.

Podsumowując, uzyskane wyniki badań własnych pozostają pod wpływem toczących się dyskusji na temat nowelizacji Kodeksu karnego w zakresie problemu eutanazji. Pracownicy medyczni w większym stopniu niż pozostali ankietowani są przeciwni legalizacji eutanazji w aktualnych warunkach funkcjonowania systemu prawnego ochrony zdrowia.

Pacjenci również sceptycznie traktują zagadnienie eutanazji. Ankietowani pacjenci zwrócili uwagę na konieczność udzielania pomocy psychologicznej i duchowej osobom nieuleczalnie chorym. Przeciwną opinię wyrazili studenci, w większym odsetku popierali wykonywanie eutanazji, co można tłumaczyć brakiem doświadczenia zawodowego i wiedzy.

### Wnioski

Należy położyć większy nacisk na objęcie nieuleczalnie chorych i cierpiących pacjentów opieką psychologiczną i duchową. Kampanią informacyjną o dostępnych formach opieki nad osobami ciężko i nieuleczalnie chorymi należy docierać do większej części społeczeństwa.

### Streszczenie

**Wstęp.** Projekt eutanazji jest obecnie przedmiotem powszechnej dyskusji w Polsce. Środowisko medyczne jako pierwsze będzie zobligowane do opowiedzenia się „za” lub „przeciw” legalizacji eutanazji.

Celem przeprowadzonych badań była ocena opinii lekarzy, pielęgniarek i pacjentów oraz studentów pielęgniarstwa wobec problemu eutanazji.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w Białymstoku. Objęto nimi 300 osób, wśród których było 100 studentów Wydziału Pielęgniarstwa (grupa A), 100 lekarzy i pielęgniarek (grupa B) oraz 100 pacjentów (grupa C). Zastosowano metodę kwestionariusza ankiety składającego się z 23 pytań.

**Wyniki.** Ankietowani z wszystkich grup prawidłowo wyjaśnili istotę eutanazji. Prawie połowa (41%) pracowników ochrony zdrowia, 27% pacjentów i 31% studentów zdecydowanie odrzuciła akceptację legalizacji prawnej eutanazji. Połowa ankietowanych w każdej z 3 badanych grup przyznała prawo przeprowadzania eutanazji specjalnie powołanemu zespołowi lekarzy. Na możliwość zmniejszenia zaufania do placówek ochrony zdrowia zwróciło uwagę 40% pracowników medycznych i po 30% osób z pozostałych grup. Do najważniejszych czynników uzasadniających konieczność wykonywania eutanazji grupa studentów i pacjentów uznała: wypełnienie

woli pacjenta oraz ból, cierpienie i lęk, a pracownicy medyczni: śmierć mózgową (42%), godną śmierć i względy humanitarne (40%).

**Wnioski.** Należałoby zwrócić większą uwagę na objęcie opieką psychologiczną i duchową pacjentów nieuleczalnie chorych, cierpiących. Należy prowadzić powszechniejszą kampanię informacyjną wśród społeczeństwa na temat dostępnych form opieki nad osobami ciężko i nieuleczalnie chorymi.

*Gerontol. Pol. 2011; 19, 2: 99–106*

**słowa kluczowe:** eutanazja, postawa, pacjenci, lekarze, pielęgniarki, studenci

### Piśmiennictwo

- Gadzinowski J., Wiśniewski J. Eutanazja — medyczne, filozoficzne, psychologiczne i teologiczne problemy współczesnej neonatologii. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2003: 163.
- Koper A., Wrońska I. (red.). Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
- Israël L. Eutanazja czy życie aż do końca. Wydawnictwo WAM, Kraków 2002: 77–94.
- Biesaga T. Eutanazja — śmierć godna czy niegodna? *Medycyna Praktyczna* 2005; 4: 22–25.
- Drażkiewicz J. W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce. Uniwersytet Warszawski, Instytut Socjologii, Warszawa 1989.
- Encyklika *Evangelium vitae* Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, do kapłanów i diakonów, zakonników i zakonnice, do katolików świeckich oraz do wszystkich ludzi dobrej woli o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. Kraków 1995.
- Kalina K. Akuszerka dusz. Opieka duchowa nad umierającymi. Wydawnictwo Księży Werbistów Verbinum, Warszawa 2001.
- Kośmicki M. Eutanazja — spojrzenie lekarza praktyka. *Nowy Przegląd Wszeczpolski* 1996; 8–9: 29.
- Kowalski K. Trudniejsze od trudnego. *Gazeta Nauka i Technika* 1996.
- Błock B., Otrębski W. (red.). Człowiek nieuleczalnie chory. WNS KUL, Lublin 1997.
- Fenigsen R. Eutanazja. Śmierć z wyboru? Wydawnictwo W drodze, Poznań 1994.
- Sandorski J. Eutanazja i prawo do życia w świetle prawa międzynarodowego. *Euthanasia and the Right to Life of International Law of Human Rights*. *Nowiny Lekarskie* 2006: 15.
- Jans J. Prawodawstwo eutanazyjne w Holandii. W: Morciniec P. (red.). Eutanazja w dyskusji. Wydawnictwo Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2001: 93–111.
- Belgijska ustawa o eutanazji i projekt takiej ustawy w parlamencie Francji. *Prokuratura i Prawo* 2002; 7–8: 102–109.
- Keown J. *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legislation*. Cambridge University Press, Cambridge 2002: 167.
- Leppert W., Łuczak J., Góralski P. Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny. *Polska Medycyna Paliatywna* 2005; 4: 67–76.
- Kośmicki M. Eutanazja — co jeszcze powinniśmy o niej wiedzieć? Część trzecia. Wydawnictwo Puls Solidarności, Gdańsk 1998.
- CBOS. Opinie o eutanazji, czyli pomocy w umieraniu. Komunikat z badań. Warszawa BS/93/2007, <http://www.cbos.pl>.
- Biesaga T. Podmiotowość człowieka chorego i umierającego. *Medycyna Praktyczna* 2005; 5: 22–25.
- Ustawa z 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny tekst jednolity Dz.U. nr 88, poz. 553 z 2 sierpnia.
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Uchwała IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 9 grudnia 2003 r.
- Walden-Gałuszko K. Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2004.