

Badania opinii dotyczącej eutanazji i aborcji wśród studentów w porównaniu z osobami po 60. roku życia na Dolnym Śląsku

Opinion research on euthanasia and abortion in students compared to people over 60 years of age in Lower Silesia

Anna Maria Choińska¹, Ludwika Sadowska¹, Bożena Bartosik², Henryk Filipowski³,
Wiktoria Rytwińska⁴, Aleksandra Pryk⁴, Magdalena Porębska⁴, Ewa Gieysztor⁵

¹Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Rozwojowej, Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Instytut Pedagogiki Specjalnej, Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

³Katedra i Zakład Patofizjologii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

⁴Kierunek pielęgniarstwo, Studenckie Koło Naukowe NR-18 Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży, Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

⁵Studia Doktoranckie, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Streszczenie

Wprowadzenie: Problematyka eutanazji i aborcji jest kontrowersyjna i różnie postrzegana w zależności od wieku i doświadczenia. Zawiera w sobie akt zabijania człowieka, stawiając osobę w obliczu umierania i śmierci.

Cel pracy: Porównanie opinii studentów i osób po 60. roku życia na temat eutanazji i aborcji.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 667 respondentów – 376 studentów wrocławskich uczelni oraz 291 osób po 60. roku życia z Uniwersytetu Trzeciego Wieku we Wrocławiu oraz oddziałów szpitalnych z Dolnego Śląska. W kwestionariuszu posłużono się stwierdzeniami podzielonymi na dwie części: dotyczących eutanazji – 12 cech diagnostycznych (oznaczonych X_1 – X_{12}), oraz dotyczących aborcji – 10 cech diagnostycznych (oznaczonych X_{13} – X_{22}). Odpowiedzi badanych wyrażone w postaci: negacji – nie zgadzam się z twierdzeniem, postawy pośredniej negującej – raczej się nie zgadzam z twierdzeniem, postawy neutralnej – nie wiem, nie mam zdania, oraz postawy pośredniej akceptującej – raczej zgadzam się z twierdzeniem, i postawy akceptacji – tak, zgadzam się z twierdzeniem, zebrano na liście zbiorczej stanowiącej macierz do obliczeń statystycznych. Wyniki przedstawiono w tabelach, które weryfikowano statystycznie za pomocą testu χ^2 i ANOVA.

Wyniki: 1. Studenci istotnie częściej niż osoby po 60. roku życia uważają aborcję za zabicie człowieka ($p < 0,001$). 2. Zarówno większość studentów, jak i osób starszych po 60. roku życia uważa eutanazję za zabicie człowieka.

Wnioski: Poglądy badanych osób na temat aborcji i eutanazji są zróżnicowane w zależności od wieku i doświadczenia życiowego. Większość badanych wypowiedziała się, że zabijanie człowieka, włączając selekcję eugeniczną, jest niedopuszczalne: zarówno w postaci aborcji, jak i eutanazji.

Słowa kluczowe: aborcja, eutanazja, studenci, ludzie starsi.

Abstract

Introduction: The issue of euthanasia and abortion is controversial and perceived differently, depending on the age and experience. It includes the act of killing a man and put a person in the face of death and dying.

Aim of the study: Comparing the students and people over 60 years old opinions about euthanasia and abortion.

Material and methods: The study involved 667 respondents – 376 students of Wrocław University and 291 seniors from The University of the Third Age in Wrocław and hospitals from Lower Silesia. The questionnaire was divided into two parts: euthanasia – 12 diagnostic features (marked X_1 – X_{12}) and abortion – 10 diagnostic features (marked X_{13} – X_{22}). The responses expressed as: Do not agree with the statement, Tend to disagree with the statement, I do not know, I have no opinion

and Rather agree with the statement, Yes, I agree with the statement. The results are shown in tables and graphs and statistically verified using the χ^2 test and ANOVA.

Results: 1. Students are significantly more likely than seniors consider abortion as killing a man ($p < 0.001$). 2. The majority of students and the elderly over 60 years old consider euthanasia as killing a man.

Conclusions: The views of respondents about abortion and euthanasia are varied depending on the age and their own life experience. Most respondents spoke out that killing a man, including eugenic selection, is not allowed, both: abortion and euthanasia.

Key words: abortion, euthanasia, students, elderly people.

Adres do korespondencji

dr Anna Maria Choińska, Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Rozwojowej, Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław, tel. +48 71 784 06 55/+48 71 784 06 54, faks +48 71 784 01 82, e-mail: anna.choinska@umed.wroc.pl

WSTĘP

Problematyka eutanazji i aborcji jest kontrowersyjna i odmiennie postrzegana w różnych społeczeństwach w zależności od wieku i doświadczenia człowieka. Eutanazja i aborcja zawierają w sobie akt zabijania człowieka i stawiają go w obliczu umiarkowania i śmierci. Według raportu CBOS coraz częściej mówi się o aborcji i eutanazji eugenicznej, kiedy dochodzi do pozbawiania życia zarodków, płodów, noworodków oraz osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, pozostających w intensywnej terapii w każdym wieku [1, 2].

CEL PRACY

Celem pracy było poznanie różnic w opiniach studentów wrocławskich oraz osób po 60. roku życia z Uniwersytetu Trzeciego Wieku we Wrocławiu i oddziałów szpitalnych z Dolnego Śląska wobec eutanazji oraz aborcji.

MATERIAŁ I METODY

W badaniach postawy wobec eutanazji oraz aborcji wzięło udział 667 respondentów, wśród których było 376 studentów wrocławskich uczelni: z Wydzia-

łu Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Instytutu Pedagogiki Dolnośląskiej Szkoły Wyższej i 291 osób po 60. roku życia z Uniwersytetu Trzeciego Wieku we Wrocławiu i oddziałów szpitalnych z Dolnego Śląska. Charakterystyka ilościowa uczestników w badaniach opinii na temat eutanazji oraz aborcji jest przedstawiona w tabeli 1.

Badanie opinii studentów i osób po 60. roku życia na temat eutanazji i aborcji polegało na wyrażeniu swojego przekonania w stosunku do stwierdzeń zestawionych w kwestionariuszu badania. Stwierdzenia te podzielono na dwie części: dotyczące eutanazji (oznaczone X_1 – X_{12}) oraz dotyczące aborcji (oznaczone X_{13} – X_{22}). Zostały one zestawione w postaci 12 cech diagnostycznych dla eutanazji oznaczonych w tabeli 2. (X_1 – X_{12}) oraz w postaci 10 cech diagnostycznych dla aborcji oznaczonych w tabeli 3. (X_{13} – X_{22}). Badani zostali poproszeni o wyrażenie opinii o poszczególnych stwierdzeniach, czy są one zgodne z ich przekonaniami. Uznanie zgodności z ich opinią oceniali: w 5-stopniowej skali: 1 – nie (nie zgadzam się z twierdzeniem); 2 – raczej nie (raczej nie zgadzam się z twierdzeniem); 3 – nie wiem (nie mam zdania); 4 – raczej tak (raczej tak, zgadzam się z twierdzeniem); 5 – tak (zgadzam się z twierdzeniem). W kwestionariuszu stwierdzenia dotyczące eutanazji i aborcji były poprzepłatane tak, aby respondent nie mógł się sugerować swoją poprzednią opinią.

Tabela 1. Charakterystyka ilościowa studentów wrocławskich uczelni oraz osób po 60. roku życia z Wrocławia i okolic uczestniczących w badaniu opinii na temat eutanazji i aborcji z podziałem na grupy ze względu na płeć

Grupa	Liczebność	Płeć		Wiek
	N (%)	kobieta	mężczyzna	$\bar{x} \pm SD$
studenci	376 (100%)	328 (87%)	48 (13%)	24,5 \pm 6,5
dorośli po 60. roku życia	291 (100%)	172 (59%)	119 (41%)	67,8 \pm 8,0

Tabela 2. Zestawienie liczbowe odpowiedzi respondentów na pytania kwestionariusza badania postaw wobec eutanazji

Cecha	Nazwa cechy diagnostycznej	Wartości odpowiedzi na pytanie: Czy zgadzam się ze stwierdzeniem?	Częstość (n = 667) %	Studenci (n = 376) %	Dorośli po 60. roku życia (n = 291) %	Wynik testu χ^2_4 i poziom istotności p
X ₁	Amerykański Związek Swobód Obywatelskich (ACLV) uważa, że eutanazja na żądanie człowieka pragnącego śmierci, który jest nieuleczalnie chory lub niepełnosprawny, pociąga za sobą konieczność podjęcia odpowiednich działań przez inną osobę, która zgodnie z życzeniem ma zaprzestać udzielania pomocy lub bezpośrednio spowodować zgon; ACLV widzi w tej formie eutanazji legalne wydłużenie prawa do kontrolowania swego życia	1	25	23	28%	7,6 p < NS
		2	9	9	10%	
		3	23	21	26%	
		4	16	17	14%	
		5	26	30	22%	
X ₂	Eutanazja to zabicie człowieka	1	17	16	18	2,34 p < NS
		2	10	11	10	
		3	9	9	10	
		4	15	14	16	
		5	49	51	46	
X ₃	Kara śmierci powinna być ustawowym środkiem karania za najcięższe przestępstwa	1	27	32	20	21,27 p < 0,001
		2	8	7	10	
		3	11	9	14	
		4	16	13	20	
		5	38	39	37	
X ₄	Wiedza o fizjologii i patologii umieraniu jak również o samej śmierci nie jest konieczna dla życia człowieka	1	38	43	31	14,43 p < 0,01
		2	13	11	15	
		3	23	19	28	
		4	10	10	10	
		5	16	16	15	
X ₅	Jeżeli istniałaby możliwość uczestniczenia w działalności ruchu hospicyjnego lub innej pomocy ludziom nieuleczalnie chorym, to skorzystałabym/skorzystałbym z tej możliwości	1	11	14	7	18,35 p < 0,01
		2	8	9	7	
		3	18	21	15	
		4	22	19	27	
		5	40	37	44	
X ₆	Temat śmierci należy usunąć jak najdalej z życia codziennego	1	69	80	56	49,39 p < 0,001
		2	15	10	20	
		3	7	5	9	
		4	4	3	4	
		5	6	2	11	
X ₇	Poświęcenie dużej uwagi problemom śmierci obniża energię twórczą człowieka	1	40	48	30	28,49 p < 0,001
		2	16	16	15	
		3	19	15	23	
		4	12	10	15	
		5	14	11	18	

Tabela 2. cd.

Cecha	Nazwa cechy diagnostycznej	Wartości odpowiedzi na pytanie: Czy zgadzam się ze stwierdzeniem?	Częstość (n = 667) %	Studenci (n = 376) %	Dorośli po 60. roku życia (n = 291) %	Wynik testu χ^2_4 i poziom istotności p
X ₈	Śmierć zwierzęcia nie różni się od śmierci człowieka	1	46	51	39	10,84 p < 0,05
		2	18	17	18	
		3	15	13	17	
		4	9	8	10	
		5	13	11	16	
X ₉	Zabieganie o przedłużenie życia ludzi nieuleczalnie chorych ma wiele ujemnych skutków społecznych i gospodarczych	1	29	19	41	93,33 p < 0,001
		2	16	11	23	
		3	21	21	21	
		4	11	14	6	
		5		34	9	
X ₁₀	Opiekowanie się nieuleczalnie chorym przynosi ulgę chorym oraz pozytywnie wpływa na opiekuna	1	6	6	6	13,29 p < 0,01
		2	7	10	3	
		3	16	14	18	
		4	19	16	22	
		5	53	54	51	
X ₁₁	Trudno mi jest wyobrazić sobie siebie w sytuacji kontaktu z człowiekiem umierającym	1	45	45	45	4,48 p < NS
		2	15	14	16	
		3	10	10	10	
		4	11	10	13	
		5	18	21	15	
X ₁₂	Wiara w radość życia i świętość śmierci niesie nadzieję na życie wieczne	1	9	13	5	30,98 p < 0,001
		2	4	6	1	
		3	17	19	14	
		4	13	10	17	
		5	57	53	62	

1 – nie, nie zgadzam się ze stwierdzeniem, 2 – raczej nie, nie zgadzam się ze stwierdzeniem, 3 – nie wiem, 4 – raczej tak, zgadzam się ze stwierdzeniem, 5 – tak, zgadzam się ze stwierdzeniem

Weryfikację statystyczną porównań uzyskanych wyników przeprowadzono za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) w pakiecie Statistica wersja 10. na poziomie istotności $p < 0,05$.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Zestawienie liczbowe respondentów odpowiadających na pytania dotyczące eutanazji przedstawiono w tabeli 2., a na pytania dotyczące aborcji w tabeli 3. Odpowiedzi zostały podane w 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza – nie, nie zgadzam się ze stwierdzeniem, 2 – raczej nie, nie zgadzam się ze stwierdzeniem 3 – nie wiem, 4 – raczej tak, zgadzam się ze stwierdzeniem, 5 – tak, zgadzam się ze stwierdzeniem.

Ponad połowa respondentów uważa, że (X₂) eutanazja to zabicie człowieka (65% studentów i 62% dorosłych po 60. roku życia), co oznacza, że studenci i osoby starsze mają podobne poglądy na ten temat.

W kwestii aborcji także ponad połowa badanych uważa, że (X₂₁) aborcja to zabicie człowieka (73% studentów i 56% dorosłych po 60. roku życia), jednakże opinie studentów i osób starszych różnią się istotnie statystycznie na poziomie $p < 0,001$. Ludzie starsi są bardziej liberalni wobec aborcji niż studenci. Wynik ten jest bardzo optymistyczny, gdyż ludzie młodzi mają większą świadomość i poczucie tego, że usunięcie dziecka z łona matki jest zabiciem człowieka.

Ze stwierdzeniem X₁₆: *Głęboko upośledzone noworodki można zabijać, powołując się u nich na brak cech człowieczeństwa*, studenci nie zgodzili się w 77%, a osoby po 60. roku życia w 69%.

Tabela 3. Zestawienie liczbowe odpowiedzi respondentów na pytania kwestionariusza badania postaw wobec aborcji (*nie wszyscy respondenci ujawnili swoją płeć)

Cecha	Nazwa cechy diagnostycznej	Wartości odpowiedzi na pytanie: Czy zgadzam się ze stwierdzeniem?	Częstość (n = 667)	Studenci (n = 376)	Dorośli po 60. roku życia (n = 291)	Wynik testu χ^2_4 i poziom istotności p
X ₁₃	Aborcja jest niewątpliwie znęcaniem się nad dzieckiem	1	24	21	26	25,88 p < 0,001
		2	10	9	11	
		3	9	5	14	
		4	12	12	13	
		5	46	53	36	
X ₁₄	Aborcja jest jednoznaczna z gwałtem na matce i dziecku	1	28	31	25	7,73 p < NS
		2	13	12	14	
		3	14	11	18	
		4	15	15	14	
		5	30	31	29	
X ₁₅	Aborcja jest wewnątrzmacicznym okaleczeniem dziecka, a następnie jego zabiciem	1	15	10	20	47,88 p < 0,001
		2	7	5	11	
		3	9	7	12	
		4	11	9	14	
		5	58	69	43	
X ₁₆	Głęboko upośledzone noworodki można zabijać, powołując się na brak u nich cech człowieczeństwa	1	63	68	55	13,4 p < 0,01
		2	11	9	14	
		3	14	11	17	
		4	5	5	6	
		5	7	7	8	
X ₁₇	Realna przesłanka o nienormalnym rozwoju płodu jest wystarczającym powodem do przerwania ciąży	1	42	47	35	17,85 p < 0,01
		2	16	13	20	
		3	14	12	18	
		4	10	12	8	
		5	18	16	20	
X ₁₈	Kobiety zabijające swoje dzieci w tonie powinny być karane sądownie	1	40	42	38	6,91 p < NS
		2	17	15	19	
		3	19	16	22	
		4	9	10	7	
		5	16	16	15	
X ₁₉	Usunięcie ciąży przez matkę wielodzietną jest bardziej usprawiedliwione niż przez kobietę, która spodziewa się pierwszego dziecka	1	60	73	42	65,44 p < 0,001
		2	10	7	14	
		3	14	9	22	
		4	6	5	8	
		5	10	7	14	
X ₂₀	Jeżeli poczęcie dziecka jest wynikiem gwałtu, to radziłabym/radziłbym usunąć ciążę	1	27	28	27	3,32 p < NS
		2	14	12	16	
		3	24	25	23	
		4	12	13	11	
		5	22	23	22	

Tabela 3. cd.

Cecha	Nazwa cechy diagnostycznej	Wartości odpowiedzi na pytanie: Czy zgadzam się ze stwierdzeniem?	Częstość (n = 667)	Studenci (n = 376)	Dorośli po 60. roku życia (n = 291)	Wynik testu χ^2_4 i poziom istotności p
X ₂₁	Aborcja to zabicie człowieka	1	15	12	19	23,44 p < 0,001
		2	10	8	12	
		3	9	7	12	
		4	13	12	14	
		5	53	61	42	
X ₂₂	Sądzę, że istnieje realne zagrożenie brakiem żywności spowodowane wzrastającą liczbą ludności – dlatego sztuczne poronienia są dobrą drogą regulacji liczebności poczęć	1	73	80	64	21,9 p < 0,001
		2	9	7	11	
		3	15	10	21	
		4	2	2	2	
		5	2	1	2	

1 – nie, nie zgadzam się ze stwierdzeniem, 2 – raczej nie, nie zgadzam się ze stwierdzeniem, 3 – nie wiem, 4 – raczej tak, zgadzam się ze stwierdzeniem, 5 – tak, zgadzam się ze stwierdzeniem

Ze stwierdzeniem X₁₇: *Realna przesłanka o nienormalnym rozwoju płodu jest wystarczającym powodem do przerwania ciąży*, nie zgodziło się 60% studentów i 55% osób po 60. roku życia.

Studenci istotnie częściej niż osoby po 60. roku życia uważają, że wady rozwojowe wykryte przed urodzeniem oraz upośledzenie noworodka nie są wystarczającym powodem do przeprowadzenia aborcji nienarodzonego dziecka oraz zabicia noworodka na poziomie istotności $p < 0,01$.

Na stwierdzenie X₁₉: *Usunięcie ciąży przez matkę wielodzietną jest bardziej usprawiedliwione niż przez kobietę, która spodziewa się pierwszego dziecka*, przecząco odpowiedziało 80% studentów i 56% osób po 60. roku życia. Studenci istotnie częściej nie usprawiedliwiają aborcji matek wielodzietnych niż osoby starsze ($p < 0,001$).

W kwestii usuwania ciąży powstałej w wyniku gwałtu (X₂₀) obserwuje się tyle samo przeciwników co zwolenników oraz ludzi niemających zdania zarówno wśród studentów (40%, 36% i 25%), jak i osób po 60. roku życia (43%, 33% i 23%).

Ze stwierdzeniem X₂₂: *Sądzę, że istnieje realne zagrożenie brakiem żywności, spowodowane wzrastającą liczbą ludności. Dlatego sztuczne poronienia są dobrą metodą regulacji poczęć*, nie zgodziło się 87% studentów i 75% osób po 60. roku życia. Zarówno 87% studentów, jak i 75% dorosłych po 60. roku życia uważa, że sztuczne poronienia nie są dobrą drogą do regulacji liczebności ludności wobec wystąpienia zagrożenia braku żywności. Jednakże 10% studentów w porównaniu z 21% dorosłych po 60. roku życia nie ma na ten temat zdania.

Studenci oraz osoby po 60. roku życia uważają, że aborcja nie jest sposobem na rozwiązanie problemu

braku żywności spowodowanym wzrastającą liczbą ludności, stąd brak ich akceptacji aborcji jako metody regulacji demografii.

Istotnie więcej studentów (48%) niż dorosłych po 60. roku życia (15%) uważa, że (X₉) zabieganie o przedłużenie życia ludzi nieuleczalnie chorych ma wiele ujemnych skutków społecznych i gospodarczych. Inaczej mówiąc, osoby starsze istotnie częściej od studentów nie zgadzają się, że przedłużanie życia ludziom chorym jest nadmiernym obciążeniem dla państwa.

Ze stwierdzeniem X₅: *Jeżeli istniałaby możliwość zaangażowania się w działalność ruchu hospicyjnego lub innej pomocy ludziom nieuleczalnie chorym, to skorzystałabym/skorzystałbym z tej możliwości*, zgodziło się 56% studentów oraz 69% osób po 60. roku życia.

Na stwierdzenie X₁₀: *Opieka nad chorymi terminalnie przynosi ulgę nie tylko choremu, ale też wywiera pozytywny wpływ na opiekuna*, 70% studentów oraz 73% osób po 60. roku życia odpowiedziało twierdząco.

Studenci istotnie częściej uważają, że pomaganie terminalnie chorym wpływa na ich pozytywny rozwój, chociaż rzadziej zaangażowaliby się w ruch hospicyjny niż osoby starsze.

Studenci istotnie częściej niż osoby po 60. roku życia uważają, że temat śmierci jest częścią życia codziennego (X₆), a świadomość śmierci nie obniża energii twórczej człowieka, a raczej motywuje do dobrego życia (X₇).

Studenci oraz osoby po 60. roku życia w jednakowym stopniu uważają kontakt z umierającym za normalny element życia, chociaż osoby starsze widzą częściej od studentów swoją przyszłość w życiu po śmierci (w życiu wiecznym).

DYSKUSJA

Na wstępie dyskusji zdefiniowano problemy omawiane w pracy.

Eutanazja (gr. *euthanasia* – dobra śmierć) rozumiana jest jako zabójstwo drugiego człowieka, inaczej zwana eutanazją zabójczą, lub samego siebie, zwana eutanazją samobójczą. Jeżeli jest to czyn, eutanazja jest czynna; jeżeli polega na zaniechaniu czynności ratujących życie, ma charakter bierny i zwana jest ortotanazją. Dotyczy ona przypadków nieuleczalnej choroby i związanego z nią cierpienia albo uciążliwości i wysokich kosztów podczas podtrzymywania życia chorego. Czachorowski [3] wyróżnia:

- eutanazję dobrowolną, za zgodą pacjenta,
- niedobrowolną (kryptanazja) – bez zgody pacjenta, ze względu na jego stan kliniczny,
- eutanazję wbrew woli pacjenta,
- „samobójstwo wspomagane”, gdy pracownik służby zdrowia na życzenie pacjenta czynnie uczestniczy w zakończeniu jego życia, dostarczając uśmiercającą substancję.

Według wytycznych Komitetu Etyki Stowarzyszenia Opieki Medycznej w Stanach Krytycznych (ECSCCM) w Stanach Zjednoczonych nie jest eutanazją rezygnacja z uporczywej terapii i zabiegów przedłużających agonię pacjenta, które są uciążliwe dla chorego i jego rodziny [4]. Istnieje również eutanazja eugeniczna dotycząca noworodków z deformacjami ciała, ludzi dorosłych z poważnymi niepełnosprawnościami fizycznymi i psychicznymi, jak również ludzi starych. Do zamaskowanej formy eutanazji należy zaliczyć pobieranie organów do przeszczepów przed zaistnieniem śmierci dawcy, rozpoznawalnej jako nieodwracalne obumarcie całego mózgu (*Evangelium vitae* – Jan Paweł II) [5].

Eutanazję dopuszczano w starożytnym Rzymie w „Prawie dwunastu tablic”, czemu przeciwstawiał się Hipokrates, co sformułował w przysiędze składanej przez adeptów sztuki lekarskiej w słowach: *Nigdy nikomu, także na żądanie, nie dam zabójczego środka ani też nawet nie udzielę w tym względzie rady; podobnie nie dam żadnej kobiecie dopochwowego środka poronnego* [cyt. za 6, 7]. Chrześcijaństwo przyniosło jednoznacznie negatywną ocenę eutanazji. Zarówno chrześcijanie, jak i żydzi oraz muzułmanie powszechnie przeciwstawiali się eutanazji i aborcji. Dopiero w XVI w. Marcin Luter, tworząc schizmę protestancką, opowiedział się za eutanazją [8].

Obecnie eutanazja dopuszczalna jest m.in. w Albanii, Holandii, Belgii, Luksemburgu, Japonii, częściowo w Australii i w stanach Teksas oraz Oregon w Stanach Zjednoczonych. Parlament Europejski, Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej i Kościół katolicki odrzucają możliwość eutanazji „w każdych okolicznościach” [1, 3, 9–11].

Aborcja definiowana jako dobrowolne i bezpośrednie uśmiercanie człowieka przed urodzeniem niesie za sobą również skutki zdrowotne i psychiczne u matki [11–16]. Aborcję należy odróżnić od samorzutnego poronienia oraz niezamierzonego dopuszczenia do śmierci dziecka przed urodzeniem, spowodowanego działaniem przyczyn niezależnych od sprawcy. Niektóre środki aborcyjne, tj. wkładki domaciczne, pigułki antykoncepcyjne, pigułki „dzień po” (*morning-after pill*), określa się niekiedy jako środki antykoncepcyjne, maskując w ten sposób ich wczesnoporonny mechanizm działania.

Aborcja jest legalna w większości państw wysoko rozwiniętych (także w Polsce), gdzie dopuszcza się ją w trzech określonych przypadkach, takich jak: zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby lub gdy ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (gwałtu) [11–15]. Aborcja w pierwszym trymestrze ciąży jest legalna na życzenie bez większych ograniczeń m.in. w Rosji, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Chinach, Francji, Holandii, Belgii, Niemczech.

Problematyka aborcji stała się szczególnie aktualna w XX w. zarówno z powodu rozwoju i dostępności technik ułatwiających jej dokonanie, jak i z racji rozpowszechnienia się mentalności i praw aprobujących jej dopuszczalność. Najbardziej podstawową warstwą sporu o aborcję jest spór o jej moralną ocenę, która jest niezależna od przekonań opartych na wierze religijnej.

Autorzy zainteresowani opiniami dotyczącymi eutanazji i aborcji w Polsce przeprowadzili badania w grupie ludzi młodych i starszych, które odnoszą do obowiązującego prawa polskiego. Eutanazja w Polsce jest prawnie zabroniona i traktowana jako przestępstwo ze skutkiem pozbawienia wolności do lat pięciu. Pomimo klarownej sytuacji prawnej, z raportu CBOS opracowanego na podstawie badań przeprowadzonych na 1055-osobowej reprezentatywnej próbie losowej ludności dorosłej wynika, że opinia Polaków jest podzielona. W badaniu 42% ankietowanych akceptowało umyślne skrócenie życia osoby nieuleczalnie chorej przez lekarza (na jej życzenie), dezaprobatę natomiast wyrażało 40% badanych [1, 17]. Leppert i wsp. przeprowadzili badanie ankietowe wśród 263 studentów IV roku Uniwersytetów Medycznych w Poznaniu i Łodzi. Ponad połowa (56%) była przeciwna stosowaniu eutanazji, 30% nie potrafiło odpowiedzieć na zadane im pytanie. Pozostałe 14% badanych opowiedziało się za eutanazją w celu skrócenia cierpienia na życzenie pacjenta. Za legalizacją eutanazji było 35% badanych, przeciwko legalizacji 49% przebadanych studentów. Większość ankietowanych obawiała się nadużyć w przypadku legalizacji eutanazji [18].

W opracowaniu Sleziony i Krzyżanowskiego 58% pielęgniarek było świadkiem śmierci, która w szczególności stała się dla nich ważnym i niezapomnianym przeżyciem [19]. Zgodnie z wynikami niniejszej pracy studenci (59%) oraz osoby starsze (61%) wyobrażają sobie siebie w kontakcie z człowiekiem umierającym. W opracowaniu Reczka [20] za eutanazją opowiedziało się 46% respondentów, których stanowili studenci Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W badaniach własnych wykazano, że 27% studentów i 28% osób po 60. roku życia nie uważa eutanazji za zabicie człowieka, tym samym dając przyzwolenie na jej dokonanie. Jak wynika z badań przeprowadzonych w Białymstoku przez Matejuka i wsp. [21], największymi zwolennikami eutanazji są młodzi ludzie poniżej 35. roku życia, przy czym przeciwnikami eutanazji jest 33% studentów medycyny, natomiast w badaniach własnych przeciwników eutanazji jest dwukrotnie więcej – 65%.

Badania Rudolovic i Mojsilivic przeprowadzone w Belgradzie wykazały, że za legalizacją eutanazji opowiada się tylko 20% studentów, 30% lekarzy i aż 61% serbskich prawników [22].

Aborcja jest zjawiskiem silnie związanym z eutanazją, stąd częste nazywanie aborcji eutanazją prenatalną. Z badań przeprowadzonych przez Brodacką wśród rodziców dzieci terminalnie chorych, pozostających pod opieką hospicjum wyjazdowego we Wrocławiu, wynika, że większość (66%) odrzucała możliwość dokonania aborcji, nawet gdyby w wyniku badań prenatalnych wiedzieli, że ich dziecko będzie nieuleczalnie chore. Jeszcze więcej rodziców (86%) nie poprosiłoby o eutanazję swojego dziecka. Pomimo niełatwej sytuacji rodzinnej z powodu zaistniałego cierpienia rodzice nieuleczalnie chorych dzieci zdecydowanie stają po stronie życia, dążąc wszelkimi siłami do jego ochrony od poczęcia aż do naturalnej śmierci [23].

WNIOSKI

Analiza szczegółowa odpowiedzi dotyczących 12 twierdzeń na temat eutanazji i 10 twierdzeń na temat aborcji pokazuje, że opinie są zróżnicowane w zależności od wieku i doświadczenia życiowego, przy czym większość badanych wypowiedziała się, iż zabijanie człowieka, włączając selekcję eugeniczną, jest niedopuszczalne zarówno w formie aborcji, jak i eutanazji.

Studenci istotnie częściej niż osoby po 60. roku życia uważają aborcję za zabicie człowieka ($p < 0,001$), a większość studentów i osób starszych po 60. roku życia uznaje eutanazję za zabicie człowieka.

Studenci w większym stopniu niż osoby po 60. roku życia nie widzą potrzeby leczenia osób terminalnie chorych, ponieważ uważają, że przynosi to

wiele ujemnych skutków ekonomicznych i społecznych. Ludzie młodzi myślą, że problem leczenia paliatywnego nie dotyczy ich na tym etapie życia. Osoby po 60. roku życia, w większości nie dostrzegając ujemnych skutków społecznych i gospodarczych w opiece nad sobą, uważają, że mają prawo do korzystania z opieki terminalnej.

Studenci istotnie częściej niż osoby po 60. roku życia uważają, że pomaganie terminalnie chorym wpływa pozytywnie na ich osobisty rozwój, ale mniej chętnie zaangażowaliby się w ruch hospicyjny niż osoby starsze ($p < 0,01$).

Studenci istotnie częściej ($p < 0,001$) niż osoby po 60. roku życia uważają, że temat śmierci jest częścią życia codziennego i świadomość śmierci nie obniża energii twórczej człowieka, a raczej motywuje do dobrego życia, ale jednakowo uważają kontakt z umierającym za normalny element życia, a osoby starsze częściej od studentów mają nadzieję na życie wieczne.

Studenci istotnie częściej niż osoby po 60. roku życia uważają, że wady rozwojowe wykryte przed urodzeniem oraz upośledzenie noworodka nie są wystarczającym powodem do przeprowadzenia aborcji lub zabicia noworodka. Ponadto aborcja nie jest metodą regulacji demograficznej związanej z problemem braku żywności. Różnice są istotne na poziomie $p < 0,01$.

Studenci istotnie częściej ($p < 0,01$) niż osoby starsze nie usprawiedliwiają aborcji dziecka przez matki wielodzietne. Wśród studentów i osób starszych było tyle samo przeciwników co zwolenników przerywania ciąży w wyniku gwałtu. Ponadto 39% studentów i 30% osób starszych nie uznaje kary śmierci za prawne narzędzie wymiaru sprawiedliwości.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Praca była prezentowana na IX Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej 28–30 listopada 2013 r. we Wrocławiu pt. Godność człowieka w opiece hospicyjnej i medycynie paliatywnej w aspekcie medycznym, filozoficznym, etycznym i społecznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Raport CBOS, Komunikat z badań BS/134/99: Postawy wobec eutanazji. Warszawa 1999; 1-27.
2. Schimmer C, Gorski A, Özkur M i wsp. Policies of withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in critically ill patients on cardiac intensive care units in Germany: a national survey. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2012;14: 294-299.
3. Czachorowski M. Eutanazja. W: Encyklopedia „białych plam”. Winiarczyk A (red.). Radom 2001; 313-320.
4. Teres D. Trends from the United States with end of life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 1993; 19: 316-322.
5. Jan Paweł II: Encyklika *Evangelium vitae* o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego W: W trosce o życie. Dokumenty Kościoła. Szczygiel K (red.) Wyd. Byblos, Tarnów 1998; 41-134.

6. Biesaga T. Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna. *Medycyna Praktyczna* 2006; 7: 20-25.
7. Gula J. Hipokrates a przerywanie ciąży. W: *W imieniu dziecka poczętego*. Galkowski J, Gula J (red.). Wyd. KUL, Rzym–Lublin 2001; 198-210.
8. Guz T. Die Bestimmung des neuzeitlichen Denkens durch Martin Luther (Określenie nowożytnego myślenia przez Marcina Lutra). W: *Luther und die Folgen für die Geistes- und Naturwissenschaften*. von Brandenstein-Zeppelin A, von Stockhausen A (eds.). Weilheim 2001; 41-100.
9. Drążkiewicz J. W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjum w Polsce. Wyd. Instytut Socjologii UW, Warszawa 1989.
10. Ślipko T. Antropologiczno-etyczne podstawy opieki terminalnej. Sytuacja człowieka słabego we współczesnej cywilizacji. Wyd. WMK, Toruń 1999; 39-46.
11. Kielanowki T. Etyka i deontologia lekarska. Wyd. PZWL, Warszawa 1985.
12. Sadowska L. Obrona życia – dziedzictwa jedyne i niepowtarzalne. W: *Śluzdy życia*. Jachimczak J (red.). Wyd. ITKM, Kraków 2010; 270-282.
13. Chazan B. Medyczne następstwa przerywania ciąży. *Studia Demograficzne* 1993; 1: 103-111.
14. Nathanson B. Śmiertelne oszustwo, zaplanowana zagłada. *Służba Życiu* 2005; 2: 19-22.
15. Czachorowski M. Aborcja. W: *Encyklopedia „białych plam”*. Winiarczyk A (red.). Radom 2001; I, 14-32.
16. Willke B, Willke J. Aborcja, pytania i odpowiedzi, Wyd. Stella Maris, Gdańsk 1990.
17. Wosicki P, Zięba A. Polska droga do prawnej ochrony dziecka nienarodzonego. *Służba Życiu* 2008; 2: 35-37.
18. Leppert W, Gottwald L, Kazimierczak-Lukaszewicz S. Problematyka eutanazji i opieki paliatywnej w poglądach studentów VI roku medycyny. *Med Paliat* 2009; 1: 45-52.
19. Sleziona M, Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2011; 1.
20. Reczek L. Student medycyny Śląskiej Akademii Medycznej wobec problemu eutanazji. *Psychoonkologia* 1998; 2: 37-90.
21. Matejuk A, Mikołajczyk E, Lewko A i wsp. Opieka paliatywna czy eutanazja – postrzeganie problemu przez pacjentów, lekarzy, studentów medycyny i mieszkańców województwa podlaskiego. *Onkol Pol* 2003; 6: 29-33.
22. Rudulovic S, Mojsilovic S. Attitudes of oncologists, family doctor, medical students and lawyers to euthanasia. *Support Care Cancer* 1998; 6: 410-415.
23. Brodacka M, Choińska AM, Sadowska L, Hama F. Parents of terminally ill children under the care of the Hospice for Children in Wrocław, with regards to abortion and euthanasia. W: *Live with dignity to the end. Clinical and social aspects of palliative and hospice care*. Krzyżanowski D, Krakowiak P, Binnebesel J, et al. (eds.). Publishing House WCM, Opole 2011; 61-75.