

## Eutanazja a wartości w cywilizacji zachodniej

Współczesny człowiek skupiony jest na terażniejszości. Jego uwagę pochłania konieczność ciągłego dostosowywania się do szybkiego tempa życia, zmienność i różnorodność towarzyszące mu na co dzień. Ma świadomość przejściowości i nietrwałości własnych sytuacji życiowych i doświadczeń. Jak pisze Z. Baumann, żyje on w płynnej nowoczesności<sup>1</sup>.

Pod wpływem cieszących się dużą akceptacją zasad liberalizmu gospodarczego następuje urynkowanie i komercjalizacja wszelkich dziedzin życia i relacji społecznych. Komercjalizacji ulega również samo życie, któremu np. towarzystwa ubezpieczeniowe, pracodawcy, firmy oferujące na rynku dobra i usługi przypisują konkretną wartość pieniężną<sup>2</sup>. Ludzi łączy przede wszystkim relacje funkcjonalne, pozbawione więzi afektywnych. G. Soros nazywa współczesne społeczeństwo społeczeństwem transakcyjnym, w którym kontakty sprowadzają się głównie do adekwatnej wymiany informacji, dóbr, usług i związanych z tym korzyści. Podkopuje to, zdaniem autora, wartości społeczne i rozluźnia moralne ograniczenia<sup>3</sup>. Główną zasadą moralną staje się własna korzyść. Jak stwierdza F. Fukuyama, tradycyjne wspólnoty miały dużo zobowiązań i niewiele możliwości<sup>4</sup>. We współczesnym społeczeństwie jest odwrotnie – ludzie uciekają od zobowiązań i gonią całe życie za nowymi możliwościami i wygodnym życiem. Wolność osobista i niezależność stają się wartościami nadrzędnymi. Własne potrzeby są najważniejsze, a własne „ja” jedynym punktem odniesienia. Ludzie starają się sprostać wymaganiom nowoczesnej gospodarki rynkowej, w której trzeba być mobilnym, kreatywnym, skutecznym, osiągać sukces zawodowy, poszerzać obszar swojej wolności poprzez pomnażanie bogactwa materialnego i jak najdłużej zachować młodość. Nie szczędzą więc czasu i wysiłku, żeby lepiej wyglądać, być sprawnym, rozwijać własną osobowość, intelekt,

---

<sup>1</sup> Z. Baumann, *Płynna nowoczesność*, Warszawa 2006.

<sup>2</sup> J. Ryfkin, *Wielki dostęp*, Wrocław 2003, s. 251 i n.

<sup>3</sup> G. Soros, *Kryzys światowego kapitalizmu*, Warszawa 1999, s. 24.

<sup>4</sup> F. Fukuyama, *Wielki wstrząs*, Warszawa 2000, s. 51.

gromadzić dobra i ekscytujące doznania. Współczesne społeczeństwo nazywane jest rynkowym albo konsumpcyjnym, w którym wszyscy poddani są presji osiągnięcia sukcesu materialnego, ale ten wspólny cel bardziej dzieli niż łączy ludzi. Aby sprostać rynkowi i utrzymać się na nim, trzeba być samodzielnym i dyspozycyjnym<sup>5</sup>.

Bezinteresowność i wrażliwość społeczna uważane są często za słabość, a poświęcenie i chęć niesienia pomocy traktowana jest jako bohaterstwo. W społeczeństwie nowoczesnym i postnowoczesnym, kryterium oceny podejmowanych decyzji i działań jest ich racjonalność. Pojęcie prawdy zastępuje więc często użyteczność a moralności – skuteczność. Zainteresowaniem cieszą się poradniki na temat, jak być egoistą czy też jak nauczyć się asertywności. Gospodarka wolnorynkowa działa według zasady przetrwania najlepiej przystosowanych.

Starość przestaje być synonimem mądrości, doświadczenia i autorytetu. Następuje zerwanie więzi międzypokoleniowych, ponieważ każda kolejna generacja żyje w zupełnie innej rzeczywistości, niekiedy zupełnie niezrozumiałej dla ludzi urodzonych kilkadziesiąt lat wcześniej.

Następuje ekonomizacja i urynkowanie dotychczas nierynkowych dziedzin życia (bezpieczeństwo, ochrona zdrowia, opieka nad ludźmi starymi i niepełnosprawnymi). Funkcjonowanie instytucji z nimi związanych ocenia się, podobnie jak działalność gospodarczą, według ponoszonych kosztów oraz uzyskiwanych zysków i efektywności ekonomicznej. Kupuje się edukację, bezpieczeństwo, opiekę, leczenie i dłuższe życie. Zgodnie z filozofią rynkową, osoby stare, przewlekłe chore, niepełnosprawne traktowane są w kategoriach dodatkowych obciążeń i ośrodka kosztów.

W czasach fascynacji młodością, sprawnością i użytecznością problemy starości, chorób, śmierci stają się tematami wstydliwymi, budzącymi strach i dostarczającymi negatywnych wrażeń estetycznych. Usuwa się je więc z pola widzenia i świadomości ludzi. Jak pisze Z. Baumann: „Izoluje się ludzi zgrzybiałych w geriatrycznych gettach na długo przedtem, zanim usunie się ich na cmentarz, ów prototyp wszelkiego getta. (...) Umiera się nie w domu, w otoczeniu najbliższych, lecz z dala od rodzinnego gniazda, w lokalach o skrupulatnie nadzorowanym wstępie, w otoczeniu innych umierających i pod pieczęcią profesjonalistów”<sup>6</sup>. Z drugiej strony, śmierć ulega banalizacji przez częstotliwość jej pokazywania w środkach publicznego przekazu, staje się zdarzeniem medialnym wyzwalamym jedynie ulotne, pozbawione wzruszeń emocje.

Jednak, dzięki postępowi medycyny, rośnie liczba ludzi starych a ciężkie choroby i umieranie trwa dłużej. Medycyna posiada coraz potężniejsze środki umożliwiające przedłużenie życia. Przywilej długiego życia i zadowalającej kondycji nie jest jednak dostępny dla wszystkich w takim samym stopniu i staje się coraz bardziej zależny od techniki, zamożności pacjenta oraz dobrej woli i kompetencji lekarzy. Zastosowanie nowoczesnych technologii leczenia wiąże się z wysokimi kosztami i staje się przedmiotem selekcji

<sup>5</sup> E. Polak, *Integracja i dezintegracja: jako współzależne procesy współczesnych przemian cywilizacyjnych*, Gdańsk 2001, s. 211.

<sup>6</sup> Z. Baumann, *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Warszawa 2000, s. 267.

wśród potrzebujących pomocy pacjentów. Według Z. Baumanna może stać się to najważniejszym czynnikiem społecznego uwarstwienia i polaryzacji<sup>7</sup>.

Narasta też sprzeczność między skutkami wykorzystania możliwości nauki a lansowanymi współcześnie wartościami, preferencjami i stylami życia. Występująca coraz częściej długa starość i przewlekły charakter wielu chorób stają się obciążeniem czasowym, psychicznym, fizycznym i ekonomicznym dla reszty społeczeństwa. Powinności wobec ludzi potrzebujących pomocy ograniczają możliwości osiągnięcia satysfakcjonującego poziomu konsumpcji i komfortu życia. Pojawiło się nawet pojęcie ageizmu jako synonimu nietolerancji wobec osób starszych i ich potrzeb.

Rosnące koszty leczenia i przedłużania życia, problemy ekonomiczne i społeczne z tym związane oraz mała przystawalność życia osób przewlekle chorych i starych z wzorcami zachowań w skomercjalizowanej kulturze konsumpcyjnej powodują, że obok prawa do życia i korzystania z osiągnięć nauki dla jego przedłużania i podwyższania jego komfortu, pojawiło się prawo do śmierci „dobrej, godnej” śmierci. Uczeni, politycy i tzw. autorytety moralne często przy tym dowodzą, że odmowa prawa do życia „leży w interesie” tych, którym prawa odmówiono, przedkładają bowiem śmierć nad „takie życie, które niewarte jest życia”<sup>8</sup>. Prawo do śmierci spowodowanej przez osoby trzecie w określonych sytuacjach, próbuje się dołączyć do listy praw człowieka.

Nasileniu ulega w związku z tym dyskusja na temat prawa do eutanazji. Należy przy tym podkreślić, iż nie ma jednej wyczerpującej definicji tego pojęcia, pomimo że traktuje ono o tak istotnych i ostatecznych sprawach dotyczących każdego człowieka. Eutanazja jest słowem pochodzącym z języka greckiego. Zostało ono utworzone z dwóch słów *eu* – co oznacza dobry, łagodny i *thanatos* czyli śmierć. Tak więc eutanazja to dobra śmierć. W *Słowniku Wyrazów Obcych* z 1969 r. zdefiniowano eutanazję jako zabójstwo nieuleczalnie chorego, cierpiącego człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego<sup>9</sup>. Podobnie wyjaśnione jest to pojęcie w *Małej Encyklopedii Medycznej* z 1982 r.<sup>10</sup> W *Wielkiej Encyklopedii PWN*, wydanej w 2002 r. i w Nowym Leksykonie PWN z 1998 r. eutanazja opisana jest jako powodowane współczuciem zabicia człowieka, który cierpi i jest nieuleczalnie chory<sup>11</sup>. Natomiast w *Przewodniku po etyce* z 1998 r. eutanazję określa się jako sytuację, w której osoba A kończy życie osoby B ze względu na dobro B<sup>12</sup>. Z trzech ostatnich definicji zniknęło słowo zabójstwo oraz pominięto jej element mówiący o tym, że eutanazja to śmierć na żądanie czy prośbę cierpiącego. W definicji pochodzącej z *Przewodnika po etyce* bagatelizuje się nawet kwestię niemożności wyeliminowania cierpienia i poprawy stanu zdrowia pisząc jedynie enigmatycznie o względach dobra osoby poddanej eutanazji i nie określając jednocześnie co oznacza to dobro i kto o nim ma decydować. Jan Paweł II w swojej encyklice *Evange-*

<sup>7</sup> Ibidem, s. 266.

<sup>8</sup> Z. Baumann, *Cierpienie...*, s. 265.

<sup>9</sup> W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1968, s. 229.

<sup>10</sup> *Mała Encyklopedia Medyczna*, t. 1, Warszawa 1982, s. 301.

<sup>11</sup> *Nowy Leksykon PWN*, Warszawa 1998, s. 461; *Wielka Encyklopedia PWN*, Warszawa 2002, s. 465.

*lium vitae* stwierdza, że eutanazja to czyn lub zaniedbanie, które powoduje śmierć w celu pozbawienia cierpienia.

Tak więc wspólne elementy wszystkich definicji eutanazji to jedynie powodowanie śmierci oraz dobre intencje osób przyczyniających się do niej. W związku z tym, że intencje są trudne do określenia i zmierzenia, eutanazja zmienia się z „dobrej śmierci” w „śmierć powodowaną”. Powodowana śmierć to również każde zabójstwo, morderstwo, błąd w sztuce medycznej czy zaniedbanie ze strony lekarza lub pielęgniarki przyczyniające się do skrócenia życia. Brak jednoznacznej definicji eutanazji prowadzić więc może do wielu nadużyć.

Miało to również miejsce w przeszłości, kiedy to eutanazją nazywano zarówno szybką, lekką śmierć naturalną<sup>13</sup> jak i uśmiercanie chorych noworodków w starożytnej Grecji i Rzymie, uśmiercanie przez Indian i plemiona azjatyckie, uśmiercanie rannych żołnierzy w średniowieczu, ludobójstwo dokonywane w hitlerowskich Niemczech na osobach nieuleczalnie chorych i niepełnosprawnych umysłowo lub fizycznie<sup>14</sup>.

Za zabijaniem dzieci z „gorszych” obywateli oraz poczętych w wyniku kazirodztwa opowiadał się Platon, a Arystoteles i Seneka popierali praktykę zabijania ułomnych noworodków. F. Bacon wprowadził termin eutanazji zewnętrznej do języka nowożytnego na początku XVII w. Określił ją jako łagodne, wspomagane medycznie rozstanie się z życiem w przypadku chorób nierokujących nadziei na wyzdrowienie. T. Morus w dziele *Utopia* popierał eutanazję, której celem było wyeliminowanie nieprzydatnych społecznie, pomniejszających zasoby żywności, jednostek.

W drugiej połowie XIX w. F. Galton stworzył termin eugenika – tłumaczony jako nauka o doskonaleniu dziedzicznych właściwości rasy ludzkiej przez ograniczenie wpływu cech negatywnych. W konsekwencji tego coraz większą akceptację zyskiwać zaczęły poglądy dopuszczające możliwość aby jedni (silniejsi, zdrowsi, bardziej wartościowi) mogli decydować o życiu innych. Pomocna w tym zakresie była „filozofia śmierci” G. W. Hegla. Na początku XX w. pojawiły się m.in. prace Ch. Richeta (laureata nagrody Nobla z 1913 r.) *Naturalna selekcja* i K. Bindiga i A. Hoche’a *O swobodnym niszczeniu życia, które nie jest warte życia*. Określenie eutanazja używano w nich w trojakim znaczeniu: 1) spowodowanie śmierci z litości; 2) przyczynienie się do śmierci na prośbę chorego; 3) uśmiercenie osób mało wartościowych<sup>15</sup>.

Bezpośrednio po drugiej wojnie światowej, ze względu na tragiczne skojarzenia i doświadczenia, zaczęto negować wszelkie postaci eutanazji.

W ostatnim ćwierćwieczu jednak znowu rośnie liczba zwolenników eutanazji, różnie i nieostro interpretowanej w poszczególnych środowiskach i sytuacjach. Eutanazją bowiem nazywa się:

<sup>12</sup> Przewodnik po etyce, red. P. Singer, Warszawa 1998, s. 337.

<sup>13</sup> Np. grecki poeta Kratynos w V w. p.n.e., pisarz Posejlippos w II w. p.n.e. i rzymski historyk Swetoniusz.

<sup>14</sup> W. Aumonier, B. Bejgnier, P. Letellier, *Eutanazja*, Warszawa 2003, s. 40 i n.; J. C. Wilke, *Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji*, Gdańsk 2000, s. 23.

<sup>15</sup> J. Bogusz, *Lekarz i jego chory*, Warszawa 1984, s. 40.

- odstąpienie od uporczywej terapii podtrzymującej życie, np. za pomocą respiratora lub kosztownej terapii farmakologicznej, inaczej niezapobieżenie śmierci, nieprzedłużanie agonii;
- wspomaganie samobójstwa poprzez udostępnienie środków umożliwiających samodzielne skrócenie życia;
- działania, w których skrócenie życia jest efektem ubocznym, np. podanie leku szkodliwego dla zdrowia, ale eliminującego trudny do wytrzymania ból (wybór mniejszego zła);
- interwencję lekarza lub innych osób powodującą celową śmierć chorego, podjętą na jego wyraźne i uporczywe żądanie;
- interwencję lekarza lub innych osób powodującą śmierć chorego, podjętą bez jego wiedzy i świadomości, zwłaszcza w sytuacji, gdy chory nie jest w stanie wyrazić swojej woli.

Wspólnym mianownikiem wszystkich podjętych działań lub zaniechań ma być efekt końcowy, czyli śmierć oraz intencje i motywy – współczucie, chęć wybrania mniejszego zła, ulżenie w cierpieniach, pomoc w zachowaniu godności w ostatnich chwilach życia i w momencie śmierci<sup>16</sup>.

Wobec niejednoznaczności terminu eutanazji i kojarzeniu niektórych działań z nią związanych ze zwykłym zabójstwem zaczęto rozróżniać różne jej rodzaje: 1) dobrowolną i niedobrowolną, tzw. kryptanazję, która jednak według wielu autorów bliższa jest zabójstwu niż dobrej śmierci; 2) czynną i bierną, kiedy to śmierć jest wynikiem zaniechania, a nie interwencji. Szczególnym przypadkiem tej ostatniej jest ortotanazja polegająca na odstąpieniu od tzw. uporczywej terapii. Niektórzy autorzy stoją na stanowisku, że nie należy jej zaliczać do eutanazji, bowiem uporczywa terapia, tzw. dystanazja przedłuża agonię i cierpienie pacjenta a nie jego życie; 3) pośrednią i bezpośrednią – w przypadku tej pierwszej śmierć jest przewidywana jako skutek uboczny, a w sytuacji drugiej – śmierć jest zamierzona, stanowi cel podjętych działań.

Podejmowane próby uporządkowania zakresu pojęcia eutanazji i rozróżnienia odmiennych jej rodzajów, jeszcze bardziej komplikują jej obraz i rodzą nowe wątpliwości. Co to znaczy godna śmierć, jak zweryfikować intencje lekarza, jak należy rozumieć dobro pacjenta i kto o nim decyduje, jak odróżnić śmierć spowodowaną od zamierzonej, a tę z kolei od niezamierzonej, jak oddzielić dopuszczalne od niedopuszczalnych środków zaniechania udzielania pomocy, z czego wynika pewność, że sytuacja zdrowotna pacjenta nie może ulec poprawie? Czy wspomaganie samobójstwa to również dawanie pacjentowi do zrozumienia, że nie ma dla niego ratunku, że jest balastem dla rodziny, szpitala lub niedostateczna dbałość o właściwe leczenie i eliminowanie bólu towarzyszącego chorobie, a więc w pewnym sensie zmuszanie do pragnienia eutanazji? Stanowić to może powód do niepokoju, zwłaszcza w warunkach rozwijających się dynamicznie badań genetycznych, których skutki są trudne do określenia i w sytuacji obserwowanego

---

<sup>16</sup> *Między życiem a śmiercią: uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne*, red. M. Bołoz i M. Ryś, Warszawa 2002, s. 133.

ostatnio renesansu teorii o genetycznym podłożu różnic między ludźmi i rasami ludzkiemi<sup>17</sup>. Jakiego w związku z tym użyć określenia dla śmierci z powodu ignorancji, zaniedbania, niedostatecznej wiedzy lekarza lub dla dokonującej się jawnie selekcji pacjentów do terapii ratującej życie? Jak nazwać zmniejszającą się dostępność pacjentów do nowoczesnych i kosztownych form leczenia, albo wydawanie oficjalnych przepisów uniemożliwiających skorzystanie ze skutecznych terapii ludziom starym lub nierokującym dużej poprawy zdrowia? Jak określić stanowisko liberalnie nastawionych polityków, ekonomistów i lekarzy, którzy twierdzą, że państwo jest winne obywatelowi świadczenia jedynie minimalnego, podstawowego zakresu usług medycznych, podczas gdy świadczenia te mogą nie wystarczać do zachowania życia lub przywrócenia zdrowia niezamierzonego chorego? Problemy te bagatelizuje się i pomija w toczącej się dyskusji. Nie zajmują one również uwagi tzw. „obrońców życia” różnej proveniencji. W odniesieniu do eutanazji coraz rzadziej też używa się przykrego dla ucha określenia zabójstwo, zastępując je „śmiercią powodowaną”, „skracaniem agonii i cierpienia”, „godną śmiercią”, „przyzwoleniem na śmierć” itp.

Analizując historię eutanazji zauważyć można, że przyzwolenie na nią rośnie w systemach totalitarnych; w kulturach, w których dominuje kult siły, użyteczności, pragmatyzmu; w ustrojach gospodarczych, gdzie prawa ekonomiczne górują nad polityką i wartościami społecznymi i gdzie nadrzędnym kryterium oceny zjawisk jest zysk i efektywność ekonomiczna, racjonalność i skuteczność.

Eutanazja jest bezwzględnie zakazana i traktowana jako zwykłe zabójstwo m.in. w Szwecji, Kanadzie, Luksemburgu, Lichtensteinie, Egipcie, Turcji i Czechach. Przy tym tolerowana jest jednak eutanazja pośrednia oraz zaprzestanie terapii podtrzymującej życie na żądanie pacjenta. Uprzywilejowany typ zabójstwa przewiduje dla niej ustawodawstwo karne w Niemczech, Portugalii, Grecji, Włoszech, Finlandii, Islandii i Polsce. Okolicznościami łagodzącymi są: wola osoby uśmierconej lub motyw dokonanego czynu. Niekiedy wymaga się, aby wola osoby poddanej eutanazji potwierdzona była tzw. testamentem życia (*living will*), którego autor wypowiada się w jakich okolicznościach nie chce być utrzymywany przy życiu.

Eutanazję próbowano zalegalizować w wielu krajach, np. w USA, Australii, Wielkiej Brytanii. W 1994 r. zezwolono na samobójstwo wspomagane w amerykańskim stanie Oregon, a w latach 1995–1997 legalna była dobrowolna eutanazja czynna i wspomagane samobójstwo na Terytorium Północnym Australii. W Holandii eutanazja tolerowana była przy spełnieniu pewnych warunków od 1991 r., a w 2001 r. została ona zalegalizowana, w tym również eutanazja dzieci oraz osób, które nie są w stanie wyrazić swojej woli. W 2002 r. zalegalizowano eutanazję w Belgii. W Szwajcarii dopuszczalne jest wspomagane samobójstwo, a bierna eutanazja nie jest poddana regulacjom prawnym. W Kolumbii od 1997 r. i w Japonii dozwolona jest dobrowolna eutanazja czynna<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> B. Kastory, *Uczeni pod presją*, „Newsweek” 2006, nr 40.

<sup>18</sup> <http://www.opoka.org.pl/biblioteka/F/FE/eutanazja-szerocyńska-09>.

W Polsce zakazane są wszelkie formy eutanazji, przy czym art. 150 § 2 Kodeksu Karnego mówi, że sąd może złagodzić karę lub w ogóle jej nie wymierzyć w wyjątkowych sytuacjach. Przeciwnicy eutanazji twierdzą, że jest to częściowa legalizacja eutanazji. Według Kodeksu Etyki Lekarskiej eutanazja jest czynem zakazanym, jednak jego autorzy pozostawiają decyzji lekarza kwestię prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii.

Sformułowania o bezwzględny zakazie stosowania wszelkich form eutanazji zawarte są w najważniejszych dokumentach prawa międzynarodowego, m.in. w Deklaracji Praw Człowieka, w Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. W Europejskiej Konwencji Bioetycznej oraz rekomendacji Rady Europy z 25 czerwca 1999 r. podkreślone jest z kolei uwzględnianie woli chorego dotyczącej leczenia oraz jego zaniechania, dopuszczając przy tym również stanowisko zawarte w *living will*. Każdy chory, zgodnie z wymienionymi dokumentami, powinien mieć dostęp do opieki paliatywnej. Jako czyn zakazany eutanazję traktują również najważniejsze religie. Katolicy, muzułmanie, buddyści, żydzi, protestanci i prawosławni akceptują jedynie rezygnację z uporczywej terapii jako sztucznie przedłużającej życie i cierpienie<sup>19</sup>.

Do publicznej wiadomości podawane są szacunkowe dane na temat liczby osób, które zakończyły swoje życie z powodu niepodjęcia skutecznego leczenia zaniedbań, niekompetencji i nierzetelności lekarzy. Od 1983 r. na świecie zaczęły się też ukazywać wiadomości o praktykach kryptanatycznych, polegających na celowym pozbawieniu życia pacjenta, który deklarował chęć życia, bądź nie był o to zapytany. Badając słynną sprawę dr. Kevorkiana, holenderska Komisja Etyki stwierdziła, że 20% uśmierconych przez niego nie miało żadnych problemów ze zdrowiem, a tylko jedna czwarta była chora terminalnie<sup>20</sup>. W Polsce poruszenie wywołało postępowanie pracowników pogotowia ratunkowego w Łodzi. Na 20 500 przypadków eutanazji zarejestrowanych w Holandii tylko 2300 spełniało urzędowe kryteria jej dopuszczalności<sup>21</sup>. Z raportu opublikowanego w Holandii w 1991 r. (kiedy jeszcze eutanazja była nielegalna) wynika, że w podanym roku ujawniono około 1000 przypadków uśmiercenia pacjentów bez ich zgody i wiedzy, a prawie 5000 osób podano śmiertelne dawki leków przeciwbólowych. Tego typu praktyki lekarskie odbywają się jednak z reguły bez rozgłosu i są trudne do jednoznacznego stwierdzenia<sup>22</sup>.

Wszystkie te informacje skłaniają do refleksji, że legalne umożliwienie zaniechania działań na rzecz przedłużenia życia lub podjęcia ich w celu jego skrócenia szerzej otwiera furtkę zarówno dla kolejnych, coraz bardziej drastycznych żądań, jak również dla różnego rodzaju nadużyć i możliwości ich ukrywania.

Legalizacja eutanazji zmniejsza też zaufanie do lekarzy i stosowanych przez nich terapii. W Holandii odnotowano wiele przypadków ucieczek pacjentów ze szpitali i hospicjów oraz odmowy przyjęcia kroplówki w obawie przed niechcianą eutanazją. Jest

<sup>19</sup> *Między życiem a śmiercią...*, s. 127 i n.

<sup>20</sup> <http://www.life.pl/?a=articlesdid+19&er=5>.

<sup>21</sup> R. Ferguson, *Eutanazja: śmierć z wyboru?*, Poznań 2002, s. 47.

<sup>22</sup> G. Mazur, *Etyczna ocena legalizacji eutanazji w Holandii*, Kraków 2003.

ona sprzeczna z powołaniem lekarzy, które polega na leczeniu i ochronie życia, a nie na zabijaniu.

Istnieje też zawsze ryzyko, że lekarska diagnoza, na której opiera się decyzja o eutanazji może okazać się błędna. Na podstawie przeprowadzonych, w kilku wysoko rozwiniętych krajach badań, polegających na porównywaniu diagnoz podstawowych przez lekarzy z wynikami sekcji zwłok, stwierdzono, że odsetek błędnych rozpoznań wynosi od ponad 20 do 40%. W USA z kolei wskutek błędów lekarskich zmarło w 1999 r. co najmniej 99 tys. ludzi, a w 2000 r. – 120 tys.<sup>23</sup>

Wątpliwości budzi też wywołująca mniej kontrowersji, eutanazja dobrowolna lub samobójstwo wspomagane, bowiem prośby o przyspieszenie śmierci wynikają z reguły z depresji chorego i jego niskiej samooceny. Najczęściej są one wołaniem o pomoc, uczucie, akceptację; stanowią swoisty test przeprowadzany przez chorego na otoczeniu.

Zdarza się też, że wbrew rokowaniom, sytuacja chorego niespodziewanie się poprawia. Niekiedy osoby, którym nie dawano szans, wracały do zdrowia. Eutanazja odbiera im tę możliwość. Poza tym, przy współczesnym postępie nauki, zawsze istnieje nadzieja, że w krótkim czasie pojawią się leki na choroby dotychczas nieuleczalne.

Jak pokazuje praktyka, osoby bardzo chore szczególnie cenią sobie życie, traktując każdy kolejny dzień jako dar. O dopuszczalności eutanazji decydują zdrowi, a nie ci, których to dotyczy. W amerykańskim stanie Oregon w 1997 r. poparcie społeczne dla legitymizacji wspomaganego samobójstwa wynosiło 66%, jednak spośród 20 700 osób zmarłych na raka tylko 69 osób (ok. 0,3%) wykupiło recepty umożliwiające dokonanie samobójstwa<sup>24</sup>. Nie wiadomo ilu chorych wykorzystało zakupioną truciznę. Tak więc opinia publiczna często umiejętnie sterowana poprzez określone sformułowanie pytań, sugerowanie w pytaniu odpowiedzi, nienazywanie rzeczy po imieniu, rozmija się z potrzebami ludzi cierpiących.

Według badań przeprowadzonych w Holandii, skuteczna eliminacja bólu likwiduje potrzebę eutanazji<sup>25</sup>. Przy czym, jak twierdzą specjaliści, sama eutanazja nie jest bezbolesną, godną śmiercią, ale może potęgować cierpienia i wydłużać czas agonii.

Uważa się również, że legalizacja eutanazji hamuje rozwój leczenia paliatywnego – alternatywy dla eutanazji. W Holandii jest 11 razy mniej miejsc w hospicjach w relacji do liczby mieszkańców w porównaniu z Wielką Brytanią.

Akceptacja eutanazji, różnicowanie wartości życia różnych ludzi i pozostawienie tak dużej władzy w rękach lekarzy może oddziaływać demoralizująco czy wręcz korupcyjnie oraz powodować, że lekarze ulegać będą nieformalnym naciskom ze strony rodziny chcącej pozbyć się kłopotu lub czekającej na spadek, zakładów pogrzebowych, towarzystw ubezpieczeniowych, ludzi zajmujących się nielegalnym handlem organami ludzkimi. Dla publicznych szpitali eutanazja może być sposobem na ograniczenie kosztów.

<sup>23</sup> <http://www.life.pl/?a+articlesdid+19&er=5>.

<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> G. Mazur, op.cit.



Decyzja o eutanazji może też być przejawem chwiejności emocjonalnej czy też poważniejszych problemów psychicznych lekarza, który w ten sposób pragnie zaspokoić patologiczną potrzebę panowania nad życiem i śmiercią pacjentów lub chce uniknąć odpowiedzialności za skutki błędnej terapii. W 1990 r. 50% holenderskich lekarzy uważało za właściwe sugerowanie eutanazji pacjentom.

Przeciwnicy eutanazji uważają, że nie jest ona prawem do umierania, ale prawem do zabijania, oraz że w związku z tym nie potrzebują jej terminalnie chorzy, ale przede wszystkim lekarze i ta część społeczeństwa, która zniecierpliwiona jest rosnącą liczbą ludzi wymagających szczególnej, często długotrwałej i kosztownej opieki i terapii. Nie stanowi ona prawa wyboru dla pacjenta, ale dla lekarzy.

Zalegalizowanie nawet najbardziej ograniczonych form eutanazji, powoduje zwiększoną jej akceptację i stwarza perspektywę rozszerzenia warunków jej dopuszczalności. Na przykład w Holandii Związek Dobrowolnej Eutanazji domaga się umożliwienia dokonywania eutanazji przez nie-lekarzy, pomimo legalności eutanazji z rąk lekarzy. Dopuszczalność eutanazji dobrowolnej ośmiela zwolenników eutanazji przymusowej. Nastąpiło też tam obniżenie wieku osób, które mogą podjąć decyzję o eutanazji – do 12 lat. W Australii można już nabyć tzw. *exit bags* (torebki zejścia), a statki eutanastyczne odwiedzają kraje, gdzie eutanazja jest nielegalna.

Z czasem postrzega się, że to co legalne jest dobre. Istnieje więc zagrożenie, że eutanazja stanie się zaakceptowanym sposobem postępowania z ciężko chorymi, alternatywnym sposobem „leczenia”. Chorzy na pewne choroby mogą automatycznie być zakwalifikowani do eutanazji. Pojawić się mogą w związku z tym tendencje dyskryminacyjne czy wręcz eugeniczne, zmieniające nastawienie do chorych i upośledzonych.

Racjonalność nakazuje podobne przypadki traktować podobnie, w związku z tym aprobata dla eutanazji może z czasem przekształcić się w zrozumienie i przyzwolenie dla innych form zabijania.

Opinię publiczną poruszyła w 2005 r. tragedia Amerykanki Terri Schiavo, która, mimo że pogrążona w śpiączce, samodzielnie utrzymywała się przy życiu. Chociaż eutanazja w USA jest zakazana, a w przypadku tej pacjentki nie można było podjąć decyzji o rezygnacji z uporczywej terapii, ponieważ terapia dla podtrzymywania życia nie była jej potrzebna, sąd, na wniosek męża chorej, zdecydował o pozbawieniu jej jedzenia i picia, aby w ten sposób spowodować jej śmierć. Postępowanie takie z eutanazją nie miało nic wspólnego i stanowi groźny precedens zwykłego zabójstwa w majestacie prawa.

W cywilizacji konsumpcyjnej ważną wartością jest jakość życia, stąd życie niskiej jakości może stać się, w ocenie społecznej, życia niewarte, niegodne. Niepokojące więc wydaje się, że prawo do korzystania z najnowszych osiągnięć nauki wydłużających życie i podnoszących jego komfort przez jednych i jednocześnie możliwość skracania życia innym stawać się zaczyna zaakceptowanym kulturowo wzorem postępowania.