

CENTRUM BADANIA OPINII SPOŁECZNEJ

SEKRETARIAT 629 - 35 - 69, 628 - 37 - 04 UL. ŻURAWIA 4A, SKR. PT.24
ZESPÓŁ REALIZACJI 00 - 503 W A R S Z A W A
BADAŃ 621 - 07 - 57, 628 - 90 - 17 TELEFAX 629 - 40 - 89
INTERNET: <http://www.cbos.pl> E-mail: sekretariat@cbos.pl

BS/134/99

POSTAWY WOBEC EUTANAZJI

KOMUNIKAT Z BADAŃ

WARSZAWA, SIERPIEŃ '99

PRZEDRUK MATERIAŁÓW CBOS W CAŁOŚCI LUB W CZĘŚCI ORAZ WYKORZYSTANIE DANYCH EMPIRYCZNYCH
JEST DOZWOLONE WYŁĄCZNIE Z PODANIEM ŹRÓDŁA

- ◆ Polacy mają podzielone opinie na temat postępowania lekarza, który pomaga nieuleczalnie chorym - na ich prośbę - w umyślnym skróceniu życia: 42% wyraża akceptację, a 40% dezaprobatę.
- ◆ Nieco więcej osób sprzeciwia się spełnianiu przez lekarzy woli cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć (44%), niż uważa, że lekarze powinni to czynić (40%). Przeważa zarazem opinia, że nie należy karać lekarzy za ułatwianie chorym śmierci na ich życzenie i pod wpływem współczucia (37%). Karanie w pewnych okolicznościach, a w innych nie, postuluje 24% respondentów i niemal tyle samo (25%) jest za bezwzględnym karaniem.
- ◆ W sytuacjach terminalnych najczęściej aprobowane jest - jako dopuszczalne zdaniem badanych - odłączenie aparatury podtrzymującej funkcje życiowe organizmu pacjenta z uszkodzonym mózgiem, jeśli wcześniej wyrażał on taką wolę (55%), następnie odłączenie aparatury w analogicznej sytuacji pacjenta po wypadku, jeśli rodzina o to prosi (49%), i spowodowanie zakończenia życia pacjenta bliskiego śmierci i cierpiącego, jeśli świadomie o to prosi, a nie może tego uczynić sam (45%). Najmniej osób (41%) akceptuje pozostawienie nieuleczalnie chorego i cierpiącemu pacjentowi środków umożliwiających mu bezbolesne zakończenie życia.
- ◆ Jeśli spełnienie prośby osoby nieuleczalnie chorej i cierpiącej określamy jako eutanazję - więcej ankietowanych uważa takie postępowanie za nie dające się usprawiedliwić (43%) niż takie, które można usprawiedliwić (30%). Mają na to zapewne wpływ negatywne skojarzenia związane z tym pojęciem.
- ◆ Połowa ankietowanych (51%) opowiada się jednak za legalizacją postępowania będącego w istocie eutanazją, uważając, że prawo powinno zezwalać na to, aby w przypadku nieuleczalnie chorego, którego cierpieniem nie można ulżyć, na prośbę jego i jego rodziny lekarz mógł skrócić mu życie za pomocą bezbolesnych środków. Przeciwnicy legalizacji stanowią ponad jedną trzecią respondentów (36%).

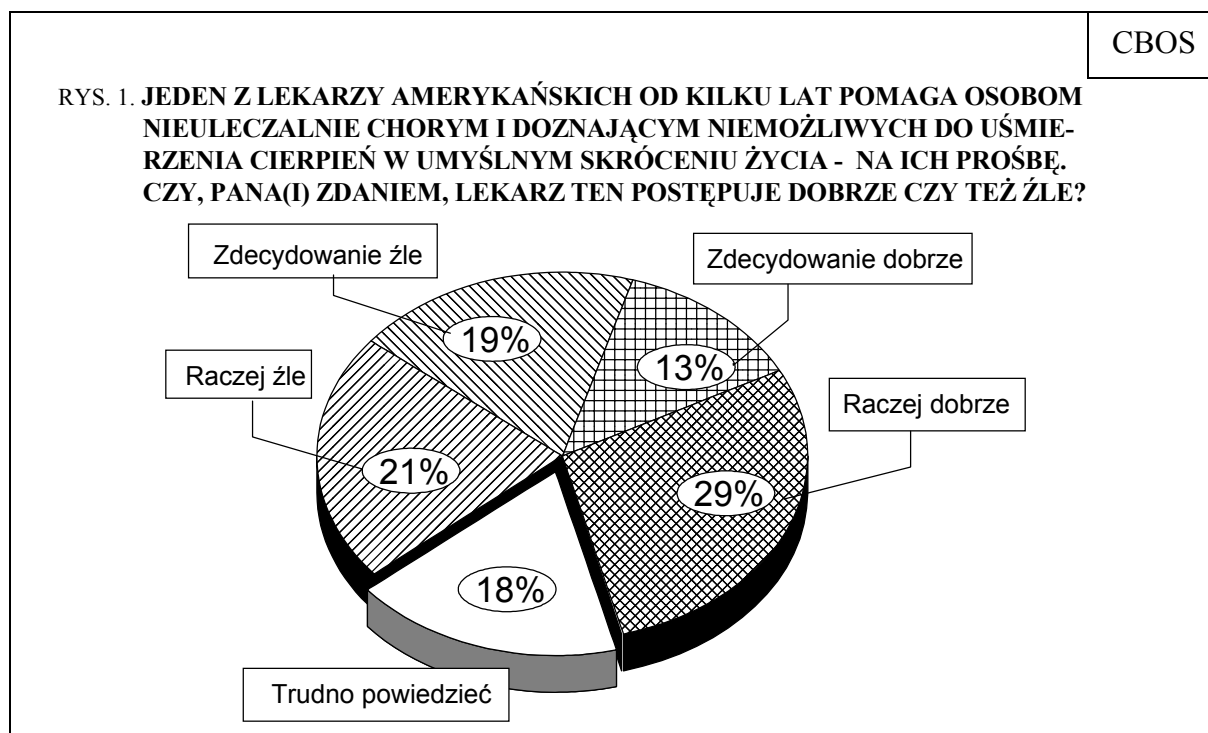
Kwestia eutanazji nie jest w Polsce przedmiotem inicjatyw legislacyjnych, spraw sądowych czy szerokiej dyskusji. Do opinii publicznej nie docierają też żadne sygnały o przypadkach przyspieszania w naszym kraju śmierci nieuleczalnie chorych lub udzielania im pomocy w skróceniu życia. Od czasu do czasu jednak media donoszą o różnych przypadkach skracania życia, pomocy w umieraniu, rozstrzygnięciach procesów sądowych i rozwiązaniach legislacyjnych w krajach zachodnich. Pojawiają się też publikacje podejmujące wątek eutanazji, w których omawia się złożone zagadnienia filozoficzne, religijne, etyczne, prawne i społeczne związane z umieraniem, cierpieniem, prawem do godnej śmierci i zasadą świętości życia. Ponadto eutanazja - obok aborcji - jest dość często wymieniana i piętnowana przez Kościół jako przejaw tzw. kultury śmierci.

Nieliczne sondaże opinii publicznej, które poruszały ten temat w Polsce, przyniosły wyniki niespójne i nie dają jasnego obrazu stosunku naszego społeczeństwa do kwestii próśb osób cierpiących nieuleczalnie chorych o przyspieszenie ich śmierci czy udzielania im pomocy. Nie wiemy dokładnie, jaka jest ocena moralna takich aktów, co społeczeństwo sądzi o odpowiedzialności prawnej i powinnościach lekarzy w odniesieniu do tego rodzaju sytuacji, jak postrzega kwestię legalizacji takiego postępowania i respektowania woli pacjenta czy też problem pozbawionych świadomości chorych, których życie jest sztucznie podtrzymywane. Z tego względu w jednym z ostatnich sondaży¹ zadaliśmy ankietowanym kilka pytań dotyczących tej problematyki, nie próbując jednak wyczerpać tego bardzo złożonego i obszernego tematu.

¹ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (110), 7-13 lipca '99, reprezentatywna próba losowo-adresowa dorosłych mieszkańców Polski (N=1055).

OPINIE O UDZIELANIU POMOCY W SKRÓCENIU ŻYCIA NIEULECZALNIE CHORYM

Opinie Polaków dotyczące postępowania lekarza, który pomaga w umyślnym skróceniu życia osobom nieuleczalnie chorym i cierpiącym - na ich prośbę - są niemal dokładnie podzielone: 42% akceptuje taki uczynek, a 40% potępia go. Przy czym wśród potępiających nieco więcej jest ocen zdecydowanych. Blisko jedna piąta ankietowanych nie ma jasno określonego zdania w tej sprawie.



Jak można było oczekiwać, opinie na ten temat najbardziej różnicuje religijność badanych, mierzona deklarowaną częstością praktyk religijnych². Wśród osób niepraktykujących lub czyniących to jedynie okazjonalnie, kilka razy w roku, jest aż o 37 punktów procentowych więcej akceptujących pomoc w skróceniu życia niż wśród praktykujących kilka razy w tygodniu. Jeszcze większą różnicę (40 punktów) można zauważyć przy potępianiu takiego postępowania (zob. tabele aneksowe).

² V Cramera = 0,22; jeśli przyjmując, że mamy do czynienia ze skalami, to r Pearsona = 0,279. Natomiast związek opinii w tej kwestii z deklaracjami ankietowanych dotyczącymi ich wiary (od „niewierzących” do „głęboko wierzących”) okazał się słabszy: V Cramera = 0,15; r Pearsona = 0,188.

Widoczne są też różnice w ocenach (choć niewielkie) powiązane z poziomem wykształcenia ankietowanych, z poglądami politycznymi, przynależnością do określonych grup społeczno-zawodowych, miejscem zamieszkania i wiekiem.

Badani z wykształceniem podstawowym wyraźnie rzadziej niż pozostali aprobują pomoc w skróceniu życia, a zarazem częściej oceniają takie postępowanie negatywnie. Jednak równie często potępiają je respondenci z wykształceniem wyższym, najbardziej podzieleni w swych opiniach. Potępienie wiąże się też częściej z prawicowymi poglądami politycznymi niż z centrowymi czy lewicowymi (różnica 20 punktów procentowych) oraz z mieszkaniem na wsi, aprobata natomiast - z mieszkaniem w wielkich aglomeracjach. W grupach społeczno-zawodowych dezaprobata omawianego postępowania jest najczęstsza wśród emerytów i rolników, akceptacja zaś wśród robotników (niewykwalifikowanych i wykwalifikowanych).

Na uwagę zasługuje prostoliniowa zależność między wiekiem ankietowanych a aprobatą pomocy w umieraniu - im młodsi respondenci, tym częściej uważają, że lekarz, który to czyni, postępuje dobrze (od 26% wśród najstarszych do 51% wśród najmłodszych). Ocenę negatywną układają się nieco inaczej: potępienie jest rzadsze w tym samym mniej więcej stopniu wśród wszystkich ankietowanych w wieku do 44 lat, częstsze wśród starszych, szczególnie jednak wśród najstarszych, mających 65 lat i więcej.

Ogólnie rzecz biorąc, oceny pozytywne przeważają wśród badanych w wieku od 18 do 44 lat, mieszkańców miast, osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim, respondentów nie biorących udziału w praktykach religijnych lub praktykujących nie częściej niż 1-2 razy w miesiącu, deklarujących centrowe i lewicowe poglądy polityczne, przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji, pracowników umysłowych niższego szczebla, robotników, pracujących na własny rachunek poza rolnictwem, niepracujących gospodyń domowych oraz uczniów i studentów.

Treść omawianego wyżej pytania nawiązywała do kontrowersyjnej postaci dr Jacka Kevorkiana, o którego działalności było głośno w mediach, także w polskich, jednak bez wymieniania jego nazwiska. Nie precyzowano wyraźnie, czy chodzi o pomoc w popełnieniu samobójstwa czy też o podanie przez lekarza osobiście środka skracającego życie chorego (co także niedawno uczynił dr Kevorkian i za co skazano go na więzienie). Sformułowania użyte

w pytaniu sugerowały pomoc w samobójstwie, nie można jednak całkowicie wykluczyć, że i aktywne działanie lekarza (tzn. podanie środka) było przez część badanych brane pod uwagę.

Aby uniknąć możliwego wpływu sformułowania pytania na opinie ankietowanych, moralną ocenę pomocy w umyślnym skróceniu życia sondowaliśmy także za pomocą innego pytania. Posłużyliśmy się pytaniem zawierającym opis określonej sytuacji, zadawanym w naszych badaniach już wcześniej, przed jedenastu laty, zmieniając je tylko nieznacznie, co umożliwia porównanie opinii wcześniejszych i obecnych.

W pytaniu tym również mówiliśmy o prośbie pacjenta, ale takiego, który nie znajduje się w sytuacji terminalnej i nie doświadcza cierpień fizycznych. Jest natomiast całkowicie uzależniony od pomocy innych i nie chce znajdować się w takim stanie, degradującym jego osobę i pozbawiającym sensu jego życie. Ponadto jasno określiliśmy, że w szpitalu podano mu środki powodujące zgon.

W porównaniu z poprzednim sondażem (z roku '88) odsetek akceptujących postępowanie lekarzy wzrósł o 5 punktów, mniej więcej o tyle samo zmalała liczba potępiających skrócenie życia.

Tabela 1

W jednym ze szpitali zachodniej Europy zdarzyła się taka sytuacja, że całkowicie sparaliżowany młody sportowiec, który nie miał żadnej szansy na najmniejszą choćby poprawę zdrowia, zdecydował się na zadanie sobie śmierci. Umożliwiono mu to w szpitalu, podając odpowiednie środki. Czy, Pana(i) zdaniem, postępowanie personelu medycznego - spełniającego wolę pacjenta - bardziej zasługuje na miano aktu miłosierdzia czy też raczej zabójstwa? A może nazwał(a)by to Pan(i) inaczej? Jak?	Wskazania respondentów według terminów badań	
	'88*	'99
	w procentach	
Był to raczej akt miłosierdzia	37	42
Był to raczej akt zabójstwa	37	31
Oceniam to inaczej	3	5
Trudno powiedzieć	23	22

* W roku '88 pytanie zawierało trochę inny opis sytuacji: „Kilka miesięcy temu prasa podała wiadomość o całkowicie sparaliżowanej młodej sportsmence z zachodniej Europy, która nie miała ...”

Odpowiadając na omawiane pytanie ankietowani mieli możliwość wyrażenia własnej opinii na temat opisywanej sytuacji, odmiennej od odpowiedzi podanych do wyboru. Część badanych skorzystała z niej (51 osób). Wśród nich największa grupa (18 osób) stwierdziła, że było to przede wszystkim poszanowanie woli pacjenta, podkreślając ten aspekt sytuacji, który odnosi się do autonomii jednostki. Niemal tyle samo respondentów (15 osób) określiło postępowanie personelu medycznego jako niesienie pomocy w cierpieniu, znacznie mniej zaś (8 osób) uznało, że było to lekkomyślne, nieodpowiedzialne i niedopuszczalne działanie, z którym należało się przynajmniej wstrzymać. Pozostali określali sytuację jako wybór mniejszego zła bądź powoływali się na względy religijne, przepisy prawne albo uchylali się od oceny.

Jak z tego wynika, duża część wyrażających opinię odmienną w istocie aprobowała postępowanie lekarzy: jeśli ich odpowiedzi dołączymy do tych, którzy uznali działanie personelu medycznego za akt miłosierdzia, liczba odpowiedzi akceptujących wzrośnie do 45%. Doliczenie odpowiedzi potępiających do określających opisywane działanie jako zabójstwo spowodowałoby ich wzrost do 32%. Przewaga opinii aprobujących podanie środka skracającego życie jest więc w rzeczywistości nieco większa.

Trudno określić, dlaczego oceny ankietowanych różnią się w tym wypadku istotnie od ich opinii na temat lekarza pomagającego nieuleczalnie chorym i cierpiącym w umyślnym skróceniu życia. Z pewnością zaważyć na tym mogło odmienne sformułowanie pytania, co wskazuje, jak duże ma to znaczenie przy poruszaniu złożonych i trudnych kwestii etycznych, związanych z eutanazją. Analiza odpowiedzi na oba powyższe pytania wykazała, że badani akceptujący pomoc lekarza w skróceniu życia w okolicznościach podanych w pierwszym pytaniu w zdecydowanej większości (77%) uznali postępowanie personelu medycznego wobec sparaliżowanego sportowca za akt miłosierdzia lub innymi słowami wyrazili swoją aprobatę. Jednak część z nich (w sumie 11%) uważała, że jest to zabójstwo, lub potępiła je w inny sposób; tyle samo osób nie miało zdania w tej sprawie. Natomiast ankietowani, którzy w odpowiedziach na pierwsze pytanie uznali, że lekarz postępuje źle, rzadziej (60% spośród nich) twierdzili, iż w przypadku sparaliżowanego sportowca mamy do czynienia z za-

bójstwem bądź że personel medyczny nie powinien tak postąpić. Jedna piąta spośród nich (20%) pozytywnie oceniła działanie personelu, a prawie tyle samo (18%) uchyliło się od wyrażenia opinii w tej kwestii.

Być może aprobujący działania mające na celu godną śmierć są bardziej spójni w swych ocenach różnych sytuacji niż potępiający takie akty, zwłaszcza że wyrażając takie opinie przeciwstawiają się dominującej zasadzie „świętości życia”. Jednak istotnym czynnikiem mogło być też użycie słowa „miłosierdzie” w podanych do wyboru odpowiedziach, określające pośrednio motywy decyzji - można przecież nie akceptować jakiegoś działania, ale uznawać, że jego intencje były dobre. Ponadto sytuacja opisana w pytaniu była dość szczegółowo przedstawiona, a opinie w takich sprawach mogą odbiegać od ocen wypływających z normy ogólnej, stosowanych wobec lekarza pomagającego pacjentom popełnić samobójstwo, zwłaszcza że - jak zobaczymy - pomoc udzielana osobom pragnącym skrócić swoje życie budzi wśród ankietowanych więcej wątpliwości niż inne sytuacje.

Trzeba jeszcze dodać, że badani, którzy nie mieli wyrobionej opinii na temat pomocy lekarza osobom nieuleczalnie chorym w skróceniu życia, w przypadku sparaliżowanego sportowca nieco częściej akceptowali eutanazję jako akt miłosierdzia (25%), niż ją potępiali (19%). Przypuszczalnie opisana sytuacja częściej budziła w nich współczucie czy zrozumienie - choć również w tym przypadku najczęściej (55%) wybierali odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Społeczne zróżnicowanie poglądów ankietowanych na temat spełnienia prośby sparaliżowanego sportowca jest bardzo podobne do odnotowanego w przypadku lekarza pomagającego nieuleczalnie chorym w skróceniu życia, choć różnice są nieco mniejsze. Ponadto uznanie postępowania personelu za akt miłosierdzia przeważa nad jego potępieniem jako zabójstwem we wszystkich grupach społeczno-zawodowych, z wyjątkiem jedynie uczniów i studentów (zob. tabele aneksowe).

OPINIE O DOPUSZCZALNOŚCI RÓŻNYCH DZIAŁAŃ W SYTUACJACH TERMINALNYCH

Ankietowanym przedstawiono cztery różne zachowania, jakie zdarzają się w sytuacjach terminalnych i których intencją jest dobro pacjenta: a) umożliwienie cierpiącemu pacjentowi popełnienia samobójstwa, b) przyspieszenie zgonu pacjenta, będące w myśl przepisów prawa zabójstwem na żądanie powodowanym współczuciem dla pacjenta, c) odłączenie na prośbę rodziny pozbawionego świadomości pacjenta z uszkodzonym mózgiem od aparatury podtrzymującej funkcje życiowe organizmu i d) odłączenie od aparatury pacjenta, znajdującego się w takiej samej sytuacji, na wcześniejszą jego prośbę.

Trzeba dodać, że nie jest jasne, czy zachowanie opisane w pierwszym przypadku jest przestępstwem na gruncie polskiego prawa karnego - zabronione jest doprowadzanie do czyjegoś samobójstwa. W drugim przypadku mamy do czynienia z tzw. zabójstwem kwalifikowanym, podlegającym łagodniejszej sankcji niż zwykłe zabójstwo. Sąd może też w takim przypadku nawet odstąpić od wymierzenia kary³. Oba zachowania różnie są natomiast oceniane z moralnego punktu widzenia - spotykają się zarówno z potępieniem, jak i z akceptacją.

W dwóch ostatnich przypadkach opis sytuacji zawiera pewne niejasności: nie określono rozległości uszkodzeń mózgu ani ich możliwych następstw, nie mówi się też o śmierci mózgowej (oznaczałoby to w istocie, że - formalnie rzecz biorąc - pacjent już nie żyje, mimo podtrzymywanych sztucznie funkcji organizmu, co zmienia prawne i etyczne aspekty sytuacji)⁴, sugeruje się jedynie nieodwracalność uszkodzeń i brak szans na powrót do zdrowia. Chodziło przede wszystkim o to, aby możliwe było porównanie uzyskanych odpowiedzi z odpowiedziami na analogiczne pytanie zadane we wcześniejszym sondażu. Można też mieć wątpliwości, czy bardziej precyzyjne określenia byłyby rozumiane przez ankietowanych - opis sytuacji odwoływał się raczej do pewnego stereotypu beznadziejnej

³ Por. K. Poklewski-Koziół „Obowiązek ochrony życia pacjenta a prawo człowieka do godnej śmierci”, Prawo i Medycyna, nr 1, 1999.

⁴ Można tu dodać, że w sondażu z roku '97 tylko 49% ankietowanych zgodziło się z opinią, że człowiek umiera wtedy, gdy jego mózg nieodwracalnie przestał działać, choćby serce jeszcze biło, 29% było przeciwnego zdania, a 22% nie miało wyrobionej opinii w tej sprawie. Zob. komunikat CBOS „Postawy wobec przeszczepiania narządów”, czerwiec '97.

sytuacji, w której nie ma szans na powrót do normalnego życia. Należy dodać, że ocena prawna zaniechania podtrzymywania funkcji organizmu w sytuacji terminalnej jest na gruncie polskiego prawa niejednoznaczna, a pozostaje jeszcze kwestia, czy w tym przypadku mamy do czynienia z sytuacją terminalną. Warto także pamiętać, że jeśli aparaturę podtrzymującą uznać za „środki nadzwyczajne”, to Kościół dopuszcza rezygnację z ich stosowania, gdy nie może to już przynieść pożytku choremu. Również w polskim kodeksie etyki lekarskiej (w art. 32) stwierdza się, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

Kwestia odłączenia od aparatury jest problemem oddziałów intensywnej terapii na całym świecie, różnie rozwiązywanym w praktyce. Ostatni z przedstawionych ankietowanym przypadków nawiązuje w treści do instytucji prawnej wcześniejszego wyrażania woli przez pacjentów („living wills”), która jednak w naszym kraju nie funkcjonuje. Na gruncie polskim sprawa liczenia się z wcześniej wyrażoną wolą pacjenta znajdującego się w opisanej sytuacji, a tym bardziej z wolą rodziny, nie jest uregulowana prawnie, a stosunek do niej jest zróżnicowany⁵.

Zadaniem ankietowanych było ustosunkowanie się do omówionych wyżej sytuacji. W większości zapewne nie są oni świadomi wszystkich prawnych i etycznych aspektów przedstawionych im zachowań, ale można przyjąć, że w opiniach i ocenach kierowali się jednak pewną wiedzą i istniejącymi społecznymi przeświadczeniami co do moralnie przede wszystkim ocenianej dopuszczalności określonego zachowania.

Stosunkowo najmniej kontrowersyjne okazało się odłączenie aparatury podtrzymującej życie pacjenta z uszkodzonym mózgiem, jeśli on sam wcześniej o to prosił. Ponad połowa ankietowanych (55%) zaakceptowałaby takie postępowanie, natomiast jedna trzecia (33%) uznałaby je za niedopuszczalne. Takie samo postępowanie, ale jedynie na prośbę rodziny nieprzytomnego pacjenta, zyskałoby aprobatę już tylko niespełna połowy badanych (49%)

⁵ Sondaż opinii 242 lekarzy różnych specjalności przeprowadzony w roku '87 wykazał, że 54% ankietowanych uznałoby za pożądane wprowadzenie w naszym kraju tego rodzaju formy prawnej, a 51% stwierdziło, że zdarzyło im się w ich praktyce lekarskiej zaprzestać stosowania nadzwyczajnych środków leczniczych. Jednak aż 72% uważało, że w pewnych sytuacjach należy pozwolić pacjentowi umrzeć, nie podtrzymując dalej, drogą szczególnych wysiłków czy zabiegów bądź nadzwyczajnych środków, jego życia. Zob. E. Kujawa, W. Derczyński „Polish physicians and the end of life”, Bulletin of Medical Ethics, no 69, June 1991.

i spotkałoby się z potępieniem prawie dwóch piątych (39%). Wydaje się, że różnica w ocenach wynika z przywiązywania wagi do respektowania woli pacjenta - przypuszczalnie dla części badanych zdanie rodziny nie jest dostateczną podstawą do podjęcia decyzji w takiej sytuacji.

W porównaniu z wynikami sondażu z roku '88 opinie na temat odłączenia pacjenta od aparatury na prośbę rodziny wyraźnie się zmieniły. Wówczas w odpowiedzi na bardzo podobne pytanie, które zawierało w dodatku określenie mówiące o umożliwieniu choremu godnej śmierci (co mogło oddziaływać na pytanych perswazyjnie), tylko 38% badanych uznało, że jest to dopuszczalne, więcej było opinii przeciwnych (43%), więcej też osób (19%) nie potrafiło się wypowiedzieć na ten temat⁶.

Tabela 2

Przedstawię teraz Panu(i) kilka sytuacji dotyczących osób chorych bliskich śmierci, nieuleczalnych, cierpiących. Czy uznał(a)by Pan(i) za dopuszczalne czy też za niedopuszczalne:	Zdecydowanie dopuszczalne	Raczej dopuszczalne	Raczej niedopuszczalne	Zdecydowanie niedopuszczalne	Trudno powiedzieć
	w procentach				
a) pozostawienie pacjentowi w takiej sytuacji środków umożliwiających jemu samemu bezbolesne zakończenie życia	13	28	26	22	11
b) spowodowanie bezbolesnego zakończenia życia, jeśli pacjent w takiej sytuacji w pełni świadomie o to prosi, a nie może tego uczynić sam	15	30	23	20	11
c) odłączenie specjalnej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe pacjenta po wypadku, który jest od wielu tygodni nieprzytomny, ma uszkodzony mózg, i jest pewne, że nigdy nie będzie mógł żyć normalnie, jeśli rodzina pacjenta o to prosi	16	33	22	17	12
d) odłączenie specjalnej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe pacjenta, który jest od wielu tygodni nieprzytomny, ma uszkodzony mózg, i jest pewne, że nigdy nie będzie mógł żyć normalnie, jeśli pacjent sam wcześniej o to prosił	20	35	17	16	13

⁶ Zob. komunikat CBOS „Za czy przeciw eutanazji?”, grudzień '88.

Spowodowanie zakończenia życia pacjenta na jego prośbę (klasyczny przykład eutanazji) podzieliło ankietowanych na niemal równe części: 45% uznało, że jest to dopuszczalne, a 43% - było przeciwnego zdania. Odsetki akceptujących są nawet trochę wyższe niż w przypadku wcześniej omawianych pytań, dotyczących oceny działań amerykańskiego lekarza i personelu medycznego wobec sparaliżowanego sportowca. Przed jedenastu laty na analogiczne pytanie, choć nieco inaczej sformułowane, tylko 33% badanych odpowiedziało, że choremu należy umożliwić uniknięcie bólu i cierpień przez podanie odpowiedniego środka. Przeciwna temu była blisko połowa respondentów (48%), a jedna piąta (19%) nie miała wyrobionego zdania w tej sprawie⁷.

Rozkład odpowiedzi na pytanie o dopuszczalność dostarczenia pacjentowi w omawianej sytuacji środków umożliwiających mu popełnienie samobójstwa wydaje się na pierwszy rzut oka trochę zaskakujący. Przeważają opinie potępiające takie postępowanie (48%). Akceptację wyraża dwie piąte badanych (41%) - choć wydawałoby się, że jest to sytuacja, w której w największym stopniu respektuje się autonomię i wolę jednostki, z jednej strony, i która nie oznacza skrócenia życia pacjenta przez kogoś innego, z drugiej. Można przypuszczać, że na opiniach respondentów zaważył w tym wypadku ogólniejszy stosunek do samobójstwa (religijne potępienie) oraz obawy, iż decyzja samobójcza może być nieprzemyślana, pochopna, podjęta pod wpływem chwilowego nastroju⁸.

Opinie ankietowanych o dopuszczalności różnych działań powodujących zakończenie życia nieuleczalnie chorych są bardzo zbieżne: na ogół akceptacja przyspieszenia śmierci

⁷ Zob. komunikat CBOS „Za czy przeciw eutanazji?”, cyt. wyd. Warto dodać, że w sondażach OBOP na temat zachowań, które potępiamy lub nie potępiamy, przeprowadzonych w latach '93 i '95, prawie połowa ankietowanych (48%) - tylko o kilka procent więcej niż w obecnym badaniu - potępiła „spowodowanie śmierci nieuleczalnie chorego, cierpiącego, na jego prośbę - pod wpływem współczucia”, a odpowiednio 36% i 34% (a więc mniej) nie potępiło takiego zachowania, reszta (16% i 18%) nie miała zdania. Zob. OBOP „Jakie zachowania potępiamy?”, Warszawa, sierpień '95.

⁸ Podobne zróżnicowanie opinii - mniejsza akceptacja udzielenia pomocy w dokonaniu samobójstwa niż przyspieszenia śmierci pacjenta - wystąpiło także w badaniach prowadzonych w USA. Por. J. M. Benson, M. J. Herrmann „Right to Die or Right to Life?”, Public Perspective, no. 4, June/July 1999, Vol. 10.

w jednej z opisanych sytuacji współwystępuje z akceptacją takiego działania w innych⁹. Są one także spójne z odpowiedziami na dwa pytania wcześniej omówione¹⁰.

Najsilniej powiązane są ze sobą opinie ankietowanych dotyczące odłączenia aparatury podtrzymującej życie. Prawie równie silnie wiążą się ze sobą opinie na temat umożliwienia popełnienia samobójstwa osobie cierpiącej, nieuleczalnie chorej i spowodowania zakończenia życia na jej prośbę. Nieco słabsze są pozostałe związki między omawianymi opiniami.

Akceptującej odpowiedzi w odniesieniu do wszystkich czterech sytuacji udzieliła blisko jedna trzecia ankietowanych (31%), a co dziewiąty (11%) w stosunku do trzech spośród nich. Natomiast za niedopuszczalne we wszystkich czterech przypadkach uznało opisywane działania 26% ankietowanych, a co siedemnasty (6%) - w trzech.

Spółeczne zróżnicowanie opinii w odniesieniu do czterech przedstawionych ankietowanych sytuacji przebiega według podobnego wzoru jak w odpowiedziach na pytania wcześniej omówione. Największe różnice związane są z religijnością ankietowanych, mierzoną deklarowaną częstością praktyk¹¹. Trochę słabszy jest związek z poglądami politycznymi respondentów, ich poziomem wykształcenia (istotne różnice opinii osób z wykształceniem podstawowym i pozostałych), miejscem zamieszkania (mieszkańcy wielkich aglomeracji wyróżniają się akceptacją opisywanych zachowań) i wiekiem (młodzi częściej uważają je za dopuszczalne). We wszystkich grupach społeczno-zawodowych przewagę akceptacji odnotowaliśmy tylko w przypadku odłączenia pacjenta od aparatury podtrzymującej funkcje organizmu, jeśli pacjent sam wcześniej o to prosił. Najrzadziej z taką przewagą mamy do czynienia w przypadku pomocy w dokonaniu samobójstwa - tylko wśród przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji oraz robotników niewykwalifikowanych i rolników.

⁹ Współczynniki V Cramera wynoszą od 0,59 do 0,79, a r Pearsona od 0,634 do 0,830.

¹⁰ Współczynniki siły związku między oceną postępowania amerykańskiego lekarza pomagającego chorym w umyślnym skróceniu życia a odpowiedziami na pytania o dopuszczalność różnych działań w sytuacjach terminalnych wynoszą: V Cramera - od 0,44 (odłączenie na prośbę rodziny) do 0,59 (spowodowanie zakończenia życia na prośbę pacjenta), a r Pearsona odpowiednio od 0,586 do 0,749. Podobne są wartości współczynnika V Cramera w przypadku postępowania personelu medycznego wobec sparaliżowanego sportowca: od 0,44 (odłączenie na prośbę rodziny) do 0,56 (spowodowanie zakończenia życia).

¹¹ Wartość współczynnika r Pearsona od 0,219 (odłączenie na prośbę rodziny) do 0,325 (spowodowanie zakończenia życia na prośbę pacjenta).

STOSUNEK DO EUTANAZJI

Termin „eutanazja” jest obciążony silnymi negatywnymi skojarzeniami ze względu na propagandowe użycie go przez nazistów w akcji zabijania osób niepełnosprawnych. Ponadto tego właśnie terminu używa się w celu potępienia - wpływającego z zasad religijnych lub innych - udzielania pomocy w popełnieniu samobójstwa przez terminalnie chorych albo potępienia przyspieszenia śmierci, co wzmacnia jego negatywną wymowę.

W rzeczywistości znaczenie tego pojęcia (z greckiego dosłownie „dobra śmierć”), zwłaszcza w dyskusjach etycznych, jest bardzo zróżnicowane i szerokie - od opieki hospicyjnej zwalczającej ból w stanach terminalnych przez celowe skrócenie życia danej osoby na jej własne życzenie aktem działania lub zaniechania albo przez analogiczne akty w sytuacjach, gdy ktoś inny występuje w jej imieniu, aż do takiego działania - ale bez czyjejś woli, wyrażonej wcześniej - powodowanego litością dla chorego, w sytuacjach bardzo różniących się okolicznościami medycznymi i społecznymi¹². Powstają także stowarzyszenia i organizacje propagujące eutanazję i prawo do godnej śmierci.

We wcześniejszych pytaniach zadanych w sondażu na ten temat staraliśmy się unikać użycia samego pojęcia „eutanazja” - ze względu na skojarzenia, jakie może budzić - choć sytuacje i opisywane postępowania odpowiadają temu terminowi w jego szerokim rozumieniu. Chcieliśmy jednak sprawdzić, jak dalece zmieniają się opinie ankietowanych, gdy w pytaniu użyjemy słowa „eutanazja”.

W tym celu zadaliśmy respondentom pytanie podobne do tych, jakie zadawano we wcześniejszych badaniach sondujących społeczne przyzwolenie na różnego rodzaju zachowania naruszające jakieś normy. Posługując się 10-punktową skalą mieli oni określić swój stosunek do eutanazji.

¹² Por. np. analizę przeprowadzoną przez L. Curtin'a: Case Study IV - Consent, Conflict and „Euthanasia”, w: L. Curtin, M. J. Flaherty - Theories and Pragmatics, R. J. Brady Co., 1982.

Tabela 3

Czy, ogólnie rzecz biorąc, takie zachowanie jak eutanazja, tzn. pozbawienie życia osoby nieuleczalnie chorej na jej prośbę, może być, Pana(i) zdaniem, w pewnych okolicznościach usprawiedliwione czy też nie może? Proszę powiedzieć, w jakim miejscu skali umieścić(a)-by Pan(i) swoją opinię, przyjmując, że "1" oznacza, że takie zachowanie nigdy nie może być usprawiedliwione, a "10", że zawsze można je usprawiedliwić	Wskazania respondentów na skali 1-10					Trudno powiedzieć
	Nigdy nie-usprawiedliwione 1	2-4	5-6	7-9	Zawsze usprawiedliwione 10	
	w procentach					
	22	21	17	20	10	10
Średnia = 4,80; odchylenie standardowe=3,13						

Na tak postawione pytanie spora część badanych (17%) udzieliła odpowiedzi wskazując na punkty 5 i 6, a więc jakby na środek skali¹³, które można uznać za wyraz poglądów ambiwalentnych bądź nie w pełni skryzalizowanych. Ponadto co dziesiąty respondent (10%) nie miał wyrobionego zdania w tej sprawie. Wśród pozostałych wyraźnie przeważały opinie, że eutanazja nie może być usprawiedliwiona (43% - punkty 1-4 na skali). Na ich przewagę wskazuje także średnia ocen mniejsza niż 5. Znacznie mniej osób (30% - punkty 7-10 na skali albo 36%, gdyby doliczyć do nich jeszcze tych, którzy wskazali punkt 6 na skali) uznało, że w pewnych okolicznościach można takie zachowanie usprawiedliwić. Przy tym skrajna dezaprobata („nigdy nieusprawiedliwione”) wystąpiła ponad dwukrotnie częściej niż pełna aprobata.

Wprawdzie w odpowiedzi na pytanie o dopuszczalność bezbolesnego zakończenia życia, jeśli pacjent o to prosi (identyczna sytuacja, inaczej opisana; punkt b w tabeli 2), dezaprobata nie była częstsza, ale znacznie więcej osób usprawiedliwiała eutanazję.

Silniejsze różnice ujawnia porównanie odpowiedzi na pytanie o eutanazję (z użyciem tego terminu) z odpowiedziami na wcześniej omówione pytanie dotyczące spełnienia woli sparaliżowanego młodego sportowca i podanie mu odpowiednich środków powodujących śmierć. W tamtym przypadku przeważały opinie uznające spowodowanie śmierci za akt miłosierdzia (zob. tabela 1), a więc usprawiedliwiające w pewien sposób takie postępowanie.

¹³ 10-punktowa skala nie ma naturalnego środka, choć występuje tendencja ankietowanych do wybierania „5” jako punktu środkowego.

Różnice te wskazują na dużą wrażliwość opinii o eutanazji (w węższym sensie) na sposób sformułowania pytania, mogący zawierać pewne sugestie oraz terminy budzące negatywne lub pozytywne skojarzenia (np. „eutanazja”, „akt miłosierdzia” itp.).

Największe różnice w uzyskanych wynikach wystąpiły jednak przy porównaniu odpowiedzi na pytanie - podobnie sformułowane i posługujące się identyczną skalą - zadane w badaniach przeprowadzonych kilka miesięcy wcześniej, na przełomie lutego i marca '99¹⁴. W badaniu tym większość respondentów (61%) uznała, że eutanazja nie może być usprawiedliwiona (punkty 1-4 na skali), część (13%) miała opinię ambiwalentną (punkty 5-6), a jedynie niespełna jedna piąta (18%) uważała, że eutanazja może być usprawiedliwiona (punkty 7-10 na skali). Ponadto aż 46% ankietowanych zaznaczyło punkt 1 oznaczający skrajną dezaprobatę eutanazji („nigdy nie może być usprawiedliwiona”), a tylko 7% umieściło swoją opinię na przeciwległym biegunie skali (punkt 10). Średnia ocen była znacznie niższa (3,37)¹⁵.

Wydaje się, że mogą być dwa powody tak znacznej rozbieżności w wynikach. Po pierwsze, w naszym sondażu wstęp do pytania zawierał zwrot „w pewnych okolicznościach”, który mógł osłabiać sprzeciw części ankietowanych wobec eutanazji, a w opisie tego aktu stwierdzono, że chodzi o osobę nieuleczalnie chorą. W badaniu sprzed kilku miesięcy eutanazja była określona bardzo skrótowo jako „pozbawienie kogoś życia na jego prośbę” i część ankietowanych mogła nie odnieść tego do sytuacji osób nieuleczalnie chorych. Po drugie, w badaniu tym eutanazja występowała jako jeden z wielu przykładów na długiej liście zachowań naruszających rozmaite normy, umieszczona więc była w negatywnym kontekście¹⁶. Natomiast w naszych badaniach pytanie zadane z użyciem terminu „eutanazja” poprzedzone było paroma pytaniami na ten temat inaczej sformułowanymi - omówionymi wyżej - co mogło wielu ankietowanym przybliżyć problem i pozwalać lepiej go rozumieć, nie

¹⁴ Badanie „Przemiany wartości Polaków w przededniu integracji z Unią Europejską”, kierowane przez prof. prof. A. Jasińską-Kanię i M. Marody, finansowane przez KBN i realizowane przez CBOS w lutym i marcu '99.

¹⁵ Bardzo podobne wyniki uzyskała prof. R. Siemieńska w badaniu przeprowadzonym w roku '97 przy zastosowaniu niemal identycznego pytania, z trochę krótszą listą różnych zachowań, i określeniu eutanazji jako „pozbawienia życia osoby nieuleczalnie chorej na jej prośbę”. Średnia ocen wyniosła 3,55: nieco więcej było osób usprawiedliwiających eutanazję, mniej - nie mających zdania. Badanie było częścią World Values Survey, kierowanego przez R. Ingleharta.

¹⁶ Negatywny kontekst mógł też wpływać na wyniki sondażu OBOP - por. przypis 7.

reagowali więc bezrefleksyjnym sprzeciwem. Sposób określenia eutanazji i negatywny kontekst, w jakim występowała, mógł wzmacniać jej dezaprobatę.

W obecnych badaniach odpowiedzi ankietowanych na rozmaicie sformułowane pytania dotyczące eutanazji są - mimo odnotowanych różnic - w dużym stopniu zgodne ze sobą.

Wśród osób, które uznały za niedopuszczalne spowodowanie bezbolesnego zakończenia życia nieuleczalnie chorego i cierpiącego pacjenta na jego własną prośbę, zdecydowana większość (78%) uważała także, że eutanazja nie może być usprawiedliwiona. Dopuszczający bezbolesne zakończenie życia w mniejszym stopniu (59%) usprawiedliwiali eutanazję, jedna czwarta z nich (25%) wskazała środek skali jako odpowiadający ich opiniom na ten temat, a część (12%) uznała - w przeciwieństwie do poprzednio wyrażonej opinii - że nie można jej usprawiedliwić. Tego rodzaju sprzeczność wystąpiła także wśród osób, które uważały za niedopuszczalne spowodowanie zakończenia życia, ale u mniejszego odsetka (6%)¹⁷.

Z kolei usprawiedliwiający eutanazję w większości (75%) uznali postępowanie personelu medycznego wobec sparaliżowanego sportowca za akt miłosierdzia, a uważający, że nie da się jej usprawiedliwić - za akt zabójstwa (61%)¹⁸. Z odpowiedziami na pytanie o eutanazję - gdy pytano o nią wprost - podobnie spójne są oceny działalności amerykańskiego lekarza pomagającego nieuleczalnie chorym w umyślnym skróceniu życia¹⁹.

POWINNOŚCI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA LEKARZY

Tak jak w przypadku samej eutanazji, opinie ankietowanych dotyczące spełniania przez lekarzy woli nieuleczalnie chorych i cierpiących pacjentów, domagających się przyspieszenia ich śmierci, są podzielone: dwie piąte uważa, że lekarze powinni postępować zgodnie z wolą takich osób, a nieco więcej jest przeciwnego zdania.

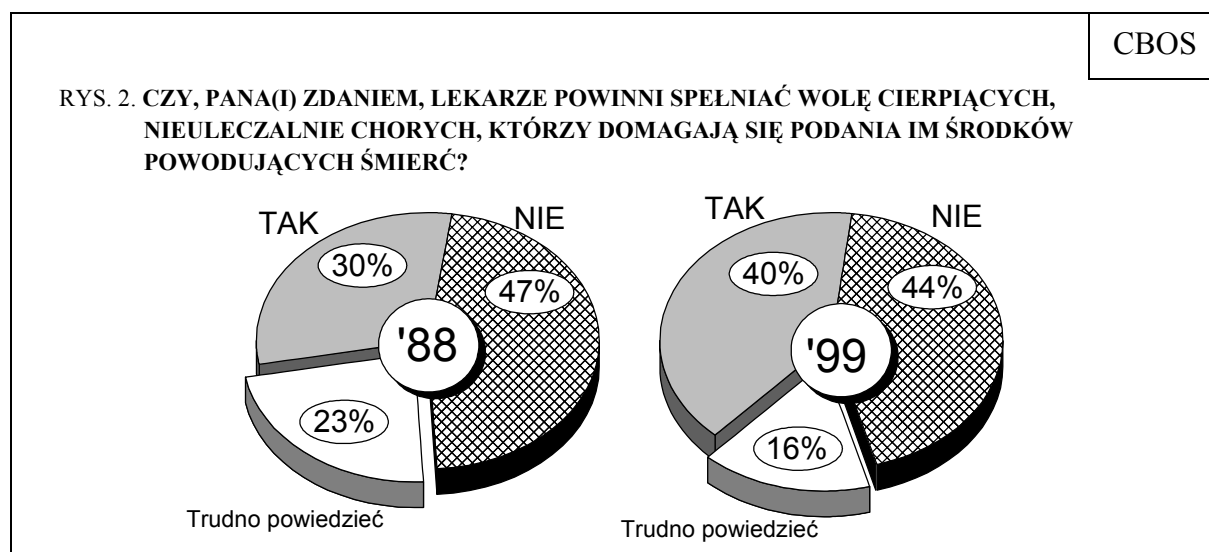
W porównaniu z wynikami sondażu sprzed jedenastu lat widoczny jest dość znaczny wzrost liczby uważających, że spełnienie woli pacjenta jest w takiej sytuacji powinnością

¹⁷ Współczynnik V Cramera dla odpowiedzi na te dwa pytania wyniósł 0,59, a r Pearsona = 0,727.

¹⁸ V Cramera = 0,42.

¹⁹ V Cramera = 0,52, r Pearsona = 0,690.

lekarza. Liczba przeciwników spadła jednak niewiele, wyraźnie zmalał natomiast odsetek badanych, którzy nie zajmują stanowiska w tej sprawie.



Odpowiedzi ankietowanych są w dużym stopniu zgodne z ich opiniami na temat eutanazji w węższym sensie i innych spraw z tego kręgu, poruszanych w ankiecie. Najbardziej - z opiniami na temat dopuszczalności spowodowania bezbolesnej śmierci, jeśli terminalnie chory, cierpiący, o to prosi²⁰ (80% uznających za dopuszczalne bezbolesne zakończenie życia terminalnie chorego i cierpiącego pacjenta uważa zarazem, że lekarze powinni spełniać wolę nieuleczalnie chorych, 9% - jest przeciwnego zdania). Nieco mniejszą zgodność wykazują odpowiedzi badanych z ocenami postępowania amerykańskiego lekarza, pomagającego nieuleczalnie chorym, oraz personelu medycznego spełniającego wolę sparaliżowanego sportowca, z opiniami o dopuszczalności odłączenia aparatury podtrzymującej funkcje życiowe organizmu, gdy znana jest wola pacjenta, ze stosunkiem do eutanazji i udzieleniem pomocy w popełnieniu przez pacjenta samobójstwa²¹. Najmniej zgodne są z opiniami na temat odłączenia aparatury na prośbę rodziny²².

Ankietowanych poproszono także, aby uzasadnili swoje odpowiedzi. Wśród osób, które uważają, że lekarze powinni spełniać wolę nieuleczalnie chorych, domagających się

²⁰ V Cramera = 0,64.

²¹ Wartości V Cramera od 0,58 do 0,53.

²² V Cramera = 0,46.

skrócenia ich cierpień, dominuje powoływanie się na względy humanitarne. Zaskakująco często pojawia się też w wypowiedziach respondentów motyw cierpień osób bliskich umierającemu. Drugim najczęściej wymienianym uzasadnieniem było prawo człowieka do decydowania o swoim losie oraz prawo do godnej śmierci i uniknięcia cierpień nie do zniesienia, degradujących człowieka. W tym kontekście ankietowani wskazywali także, że lekarz powinien respektować decyzje pacjenta i udzielić mu pomocy.

Tabela 4

Uzasadnienia osób, które odpowiedziały twierdząco na pytanie: czy lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć	Wskazania respondentów według terminów badań	
	'88 (N=442)	'99 (N=419)
	w procentach	
Względy humanitarne - skrócenie cierpień	51	53
Zmniejszenie cierpień rodziny, bliskich - nie tylko chorego	-	20
Pacjent ma prawo do decydowania o swoim losie, prawo do godnej śmierci i uniknięcia cierpień	44	30
Lekarz powinien respektować decyzje pacjenta, powinien pomóc, jeśli pacjent nie może znieść cierpień	-	7
Sam respondent obawia się znalezienia się w takiej sytuacji - obawia się cierpienia - lub zna ją z doświadczenia	-	4
Jedynie w wyjątkowych sytuacjach - konieczność każdorazowego analizowania okoliczności, wypowiedzenia się rodziny, komisji lekarskiej - oraz różne dodatkowe zastrzeżenia: jeśli pacjent w pełni świadomy, jeśli prośby dużo wcześniej zgłaszane itp.	6	7
Odpowiedzi zawierające wahanie: to bardzo trudne sprawy, trudno mi to zrozumieć, nie byłem w takiej sytuacji itp. oraz inne uzasadnienia lub odpowiedzi nie dające się zaklasyfikować	4	4

Uwaga: procenty nie sumują się do stu, gdyż ankietowani mogli podać więcej niż jedno uzasadnienie.

Niektórzy respondenci dawali też wyraz własnym obawom i lękom, zwłaszcza jeśli zetknęli się już z cierpieniem umierających. Pozostałe wypowiedzi zawierały różne zastrzeżenia - ograniczające możliwość takiego postępowania do wyjątkowych sytuacji albo jedynie przy spełnieniu określonych warunków - lub wskazywały trudność jednoznacznej oceny.

Nie jest możliwe pełne porównanie z uzasadnieniami sprzed jedenastu lat²³, wydaje się jednak, że różnice nie są duże. Jedynie взгляд na przeżycia osób bliskich jest czymś nowym (w takiej skali), ponadto - co nieoczekiwane - zmniejszył się odsetek odwołujących się do autonomii jednostki i prawa do godnej śmierci, nawet jeśli zaliczymy tu wszystkie

²³ Nie jest możliwe odtworzenie w pełni zastosowanych wówczas kryteriów kategoryzacji odpowiedzi.

odpowiedzi mówiące o respektowaniu przez lekarza woli pacjenta i obowiązku pomocy. Należy też odnotować respondentów odwołujących się w uzasadnieniu swej odpowiedzi do negatywnych doświadczeń.

Ankietowani, którzy uważali, że lekarze nie powinni spełniać woli terminalnie chorych, domagających się skrócenia ich cierpień, na ogół odwoływali się w swoich uzasadnieniach do ogólnej normy zakazującej zabijania kogokolwiek, zasad etyki lekarskiej lub przykazań religijnych. Treści nakazów religii kryją się też przypuszczalnie za odpowiedziami mówiącymi o „naturalnej śmierci”²⁴. W porównaniu z uzasadnieniami z wcześniejszego sondażu widoczne jest nieco inne rozłożenie akcentów: względy religijne przywoływane są wprost częściej niż dawniej, częściej też mówi się o naturalnej śmierci i braku prawa do decydowania o niej, rzadziej natomiast spotykamy odwołania do ogólnej normy zakazującej zabijania czy do powinności lekarskich.

Tabela 5

Uzasadnienia osób, które odpowiedziały przecząco na pytanie: czy lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć	Wskazania respondentów według terminów badań	
	‘88 (N=702)	‘99 (N=463)
	w procentach	
Nie wolno zabijać, nikt nie ma prawa decydować o śmierci drugiego człowieka, jest to niezgodne z etyką, moralnością, prawem	34	23
Rolą lekarza jest ratowanie ludzkiego życia, a nie jego skracanie (odpowiedzi dotyczące obowiązków, etyki, przysięgi lekarskiej)	26	19
Zawsze należy liczyć się z nadzieją na poprawę, wynalezienie nowego leku itp., lekarze mogą się mylić	14	9
Względy religijne: życie pochodzi od Boga i nikt nie może go odbierać	14	26
Śmierć powinna być naturalna, nie mamy prawa decydować o swojej śmierci	5	17
Chory, który cierpi, nie może obiektywnie ocenić swojej sytuacji, szans, jest niekompetentny, może podjąć nieprzemyślaną decyzję	7	5
Wypowiedzi wskazujące na apoteozę życia - życie jest największym dobrem, każdy chce żyć jak najdłużej itp.	4	4
Istnieje niebezpieczeństwo nadużyć	4	2
Inne uzasadnienia odpowiedzi przeczących (także odpowiedzi „nie wiem”, „trudna sprawa” itp.)	3	7

Uwaga: procenty nie sumują się do stu, gdyż ankietowani mogli podać więcej niż jedno uzasadnienie.

²⁴ Jakkolwiek o naturalnej śmierci mówi się także w kontekście zaniechania wysiłków dalszego podtrzymywania życia chorego, gdy nie może to przynieść pozytywnych skutków.

Osoby, którym trudno było określić swoje stanowisko w sprawie powinności ulegania bądź nieulegania przez lekarzy prośbom terminalnie chorych, najczęściej uchylały się także od uzasadnienia bądź udzielały odpowiedzi niejasnych. Wśród pozostałych najczęściej występowały uzasadnienia wskazujące na kontrowersyjność sprawy i trudności zajęcia stanowiska oraz uzależnienie opinii od upewnienia się co do różnych okoliczności. Jednak część z nich w istocie opowiadała się za tym, by lekarze stosowali się do woli chorych, jeśli byłoby to dopuszczalne albo jeśli byłaby to autonomiczna decyzja pacjenta, a nie jego rodziny, część zaś była przeciwna spełnianiu woli pacjentów w takiej sytuacji i przytaczała argumenty takie same, jakie mieli respondenci, którzy uważali, że lekarze nie powinni spełniać woli nieuleczalnie chorych, domagających się podania im środków powodujących śmierć.

Tabela 6

Uzasadnienia osób, które odpowiedziały „ trudno powiedzieć ” na pytanie: czy lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć	Wskazania respondentów*
	‘99 (N=171)
	w procentach
Jest to sprawa trudna, kontrowersyjna	18
To zależy od okoliczności, konkretnej sytuacji, szczegółowo zbadanej, jeśli na pewno nie ma szans na wyleczenie	12
Powinno być dopuszczalne, należy spełnić wolę chorego	6
Powinna to być decyzja pacjenta - a nie jego rodziny; tylko na prośbę chorego	2
Pacjent nie jest zdolny ocenić stanu swego zdrowia, może być chwilowo załamany itp.	5
Nie ma pewności, zawsze jest szansa na wyzdrowienie	4
Nie wolno zabijać, każdy ma prawo do życia, lekarze mają leczyć itp.	4
Względy religijne	2
Inne odpowiedzi - nie dające się zaklasyfikować	16
Trudno powiedzieć i brak odpowiedzi	36

*Tabela zawiera dane tylko z roku ‘99, gdyż w badaniach z roku ‘88 ankietowanych, którzy nie mieli wyrobionej opinii, nie pytano o uzasadnienie.

Uwaga: procenty nie sumują się do stu, gdyż ankietowani mogli podać więcej niż jedno uzasadnienie.

Wśród ogółu badanych więcej niż co trzeci uważa, że lekarzy nie należy karać za podyktowane współczuciem ułatwianie chorym śmierci na ich życzenie. Co czwarty respondent opowiada się za karaniem lekarzy, ale tyle samo uzależnia odpowiedzialność

karną za takie postępowanie od okoliczności: ich zdaniem w jednych wypadkach należy stosować sankcje karne, w innych odstąpić od karania.

W poprzednim sondażu, który nie dawał ankietowanym możliwości udzielenia odpowiedzi ambiwalentnej, pośredniej, odsetki zwolenników i przeciwników karania były mniej więcej równe, natomiast duża część badanych - znacznie większa niż obecnie - udzieliła odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Tabela 7

W związku z omawianymi sprawami pojawia się problem odpowiedzialności prawnej personelu medycznego za ułatwianie chorym śmierci na ich życzenie i pod wpływem współczucia. Opinia publiczna podzieliła się na zwolenników i przeciwników karania lekarzy. Czy, Pana(i) zdaniem, należy karać lekarzy za ułatwianie chorym śmierci czy też nie?	Wskazania respondentów według terminów badań	
	‘88	‘99
	w procentach	
Należy karać	37	25
Nie należy karać	35	37
To zależy - czasami tak, czasami nie	-	24
Trudno powiedzieć	28	14

Opinie ankietowanych w tej sprawie są w znacznym stopniu zbieżne z ich odpowiedziami na pytanie, czy lekarze powinni spełniać wolę nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć²⁵. Jednak wśród osób uważających, że lekarze nie powinni tego czynić, tylko nieco ponad połowa (53%) opowiada się za ich karaniem, część jest karaniu przeciwna (9%), a blisko jedna czwarta (24%) ma opinię ambiwalentną.

Opinie dotyczące karania lekarzy są też dość spójne z tym, co ankietowani sądzili o dopuszczalności spowodowania bezbolesnego zakończenia życia cierpiącego pacjenta w stanie terminalnym na jego prośbę oraz jak oceniali amerykańskiego lekarza²⁶ pomagającego nieuleczalnie chorym, a także z odpowiedziami na pozostałe pytania²⁷.

²⁵ V Cramera = 0,57.

²⁶ V Cramera wynosi - odpowiednio - 0,56 i 0,47, a r Pearsona: 0,663 i 0,625.

²⁷ V Cramera w granicach 0,41 - 0,51, a r Pearsona: 0,515 - 0,603.

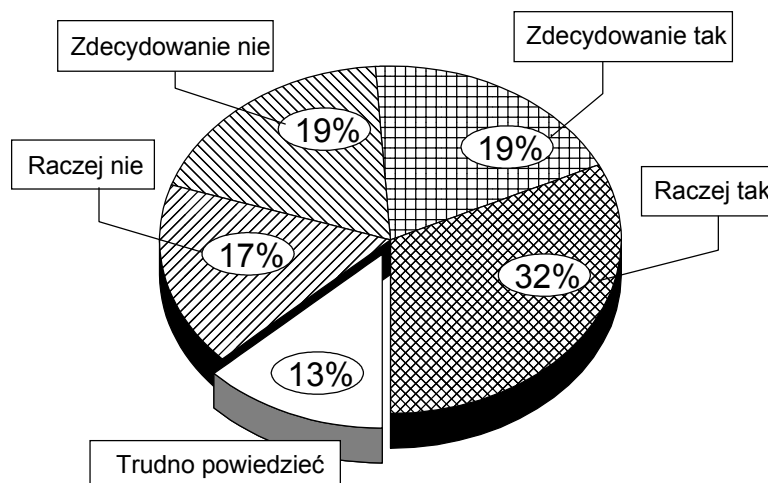
Za karaniem lekarzy częściej opowiadają się ankietowani w średnim wieku i starsi (powyżej 45 lat), nieco częściej też mieszkańcy wsi i małych miast (do 20 tys. ludności) oraz respondenci z wykształceniem podstawowym. Opinie badanych najsilniej jednak - podobnie jak w przypadku odpowiedzi na inne pytania - różnicuje częstość praktyk religijnych. Im częstsze praktyki, tym częstsze opinie, że karać należy. Wśród niepraktykujących lub czyniących to jedynie okazjonalnie zdecydowanie przeważają przeciwnicy karania lekarzy. Widoczny jest też związek opinii na ten temat z deklarowanymi poglądami politycznymi - prawicowe wiążą się częściej z przekonaniem, że karać należy, a lewicowe z opiniami, iż nie należy karać lub że czasami należy, a czasami nie (zob. tabele aneksowe).

Warto zauważyć, że opinie ankietowanych są w tym wypadku dość zbieżne z obowiązującymi uregulowaniami kodeksu karnego, które traktują zabójstwo na żądanie pod wpływem współczucia jako szczególny rodzaj zabójstwa, inaczej karany niż zwykle, i które pozwalają na nadzwyczajne złagodzenie kary lub nawet odstąpienie od jej wymierzenia. Znaczna część badanych wydaje się jednak oczekiwać dalej posuniętej dekryminalizacji eutanazji (w węższym sensie), uważa też - jak widzieliśmy - że odmowa udzielenia pomocy, uwolnienia od cierpień nie do zniesienia i uczynienia śmierci znośną w warunkach umożliwiających zachowanie godności człowieka nie jest sprzeczna z powinnościami zawodu lekarza, przeciwnie - jest nakazana racjami moralnymi.

ZA CZY PRZECIW PRAWNEJ DOPUSZCZALNOŚCI EUTANAZJI?

Wśród ankietowanych przeważa pogląd, że prawo powinno w pewnych sytuacjach zezwalać na skrócenie życia pacjenta na jego prośbę. Co drugi badany (51%) opowiada się za prawną dopuszczalnością eutanazji w przypadku nieuleczalnie chorych, których cierpieniem nie można ulżyć, a ponad jedna trzecia (36%) jest temu przeciwna.

RYS. 3. CZY W PRZYPADKU NIEULECZALNIE CHOREGO, KTÓREGO CIERPIENIOM NIE MOŻNA ULŻYĆ, PRAWO POWINNO ZEZWALAĆ NA TO, ABY NA PROŚBĘ JEGO I JEGO RODZINY LEKARZ MÓGL SKRÓCIĆ ŻYCIE PACJENTA ZA POMOCĄ BEZBOLESNYCH ŚRODKÓW?



Taki rozkład odpowiedzi nie jest zaskakujący - na pytanie²⁸ bardzo podobne w treści (jedynie inaczej sformułowane i nie zawierające wzmianki o cierpieniu), zadawane w ramach Polskiego Generalnego Sondażu Społecznego w latach '92-'95, uzyskiwano nawet wyższe odsetki uważających, że prawo powinno zezwalać lekarzom na bezbolesne przerwanie życia nieuleczalnie chorych (odpowiednio dla poszczególnych lat: 51%, 58%, 56%, 51%), zbliżone też były odsetki przeciwników (odpowiednio 33%, 29%, 32%, 36%)²⁹. W ostatnim z sondaży, z roku '97, za prawną dopuszczalnością przerywania życia opowiedziało się 49% respondentów, 34% wyrażało sprzeciw, a 17% nie miało zdania.

²⁸ Pytanie to brzmiało: „Czy uważa Pan(i), że w przypadku nieuleczalnych chorób prawo powinno zezwalać lekarzom na bezbolesne przerwanie życia, jeśli zażąda tego pacjent i jego rodzina?”

²⁹ Por. B. Cichomski, P. Morawski „Polski Generalny Sondaż Społeczny: struktura skumulowanych danych 1992-1995”. Instytut Studiów Społecznych, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1996.

Warto przypomnieć, że w wielu krajach odsetki zwolenników zalegalizowania eutanazji (na prośbę chorego) są wyższe niż w Polsce. Eutanazja jest bowiem od dawna przedmiotem społecznego zainteresowania, co wynika m.in. z rozwoju współczesnej medycyny, który umożliwia długotrwałe sztuczne podtrzymywanie życia chorych terminalnie. Na interesowanie się tym zagadnieniem wpływa też nieradzenie sobie w dostatecznym stopniu z cierpieniem umierających oraz coraz większy nacisk społeczny na respektowanie autonomii pacjenta i prawa do godnej śmierci. Istnienie wielu organizacji działających na rzecz realizacji prawa do godnej śmierci, podejmowane próby legalizacji, rozstrzygnięcia sądowe, liczne publikacje z zakresu bioetyki w prasie popularnej, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, Europie Zachodniej i Australii, a także praktyka lekarska i doniesienia prasowe o przypadkach eutanazji stale to zainteresowanie podsycają. Ale i w Polsce co jakiś czas pojawiają się w prasie³⁰ publikacje dotyczące trudnych i kontrowersyjnych kwestii związanych z szeroko rozumianą eutanazją.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki poparcie dla zalegalizowania eutanazji na prośbę pacjenta w ostatnich latach kształtuje się w granicach 68% do 75%, natomiast niższe jest dla legalizacji pomocy lekarza w popełnieniu przez pacjenta samobójstwa (45% do 61%)³¹. Zbliżony do polskich wynik badania opinii społecznej (53% za legalizacją) wystąpił w roku '73³², od tego czasu aprobata legalizacji rosła. W Wielkiej Brytanii poparcie dla zalegalizowania eutanazji wynosiło w roku '95 - zależnie od okoliczności - od 42% w przypadku pacjenta nieuleczalnie chorego i cierpiącego, ale nie umierającego, do 80% w przypadku pacjenta nieuleczalnie chorego, cierpiącego i umierającego³³. W Australii 78% ankietowanych w roku '95 uważało, że lekarz powinien mieć prawo podać pacjentowi - na jego prośbę³⁴ - śmiertelną dawkę odpowiedniego środka, jeśli cierpiący jest nieuleczalnie chory.

³⁰ Por. np. artykuł S. Zagórskiego „Świętość przeciw jakości” w „Gazecie Wyborczej” z 17-18 lipca '99 albo notatkę w „Rzeczpospolitej” z 15 maja '99, dotyczącą procesu jednego z lekarzy brytyjskich, który podawał pacjentom zwiększoną dawkę morfiny, przyspieszającą śmierć.

³¹ Zob. J. M. Benson, M. J. Herrmann „Right to Die or Right to Life?”, Public Perspective, June/July 1999.

³² Zob. The Gallup Poll Monthly, No. 367, April 1996. Pytanie było identyczne z zadaniem w Polskim Generalnym Sondażu Społecznym.

³³ The British Social Attitudes, 13th Report, ed by Roger Jowell and others, Dartmouth, 1996.

³⁴ The Bulletin of Roy Morgan Research Centre, 28 June 1995.

Warto zauważyć, że odsetek opowiadających się za legalizacją eutanazji jest wyższy niż odsetki osób aprobujących szeroko rozumianą eutanazję w przypadku pozostałych pytań naszego sondażu, dotyczących postępowania w różnych sytuacjach terminalnych - z wyjątkiem odłączenia od aparatury podtrzymującej funkcje życiowe zgodnie z uprzednio wyrażoną wolą pacjenta.

Część osób - która stwierdziła, że lekarz pomagający pacjentom w umyślnym skróceniu życia postępuje źle (17%), albo uznała za niedopuszczalne pozostawienie pacjentowi odpowiednich środków służących temu celowi (26%), spowodowanie zakończenia jego życia (15%), odłączenie od aparatury na prośbę rodziny (17%) lub zgodnie z wolą pacjenta (16%) bądź uważała eutanazję za nieusprawiedliwioną (19%), postrzegała ją jako akt zabójstwa (15%) czy uważała, że lekarze nie powinni spełniać woli pacjentów domagających się skrócenia ich życia (14%) i należy ich karać za ułatwianie chorym śmierci (14%) - mimo wyrażonych wcześniej negatywnych ocen i opinii na temat eutanazji uznała jednak, że prawo powinno zezwalać na nią w okolicznościach przedstawionych w pytaniu. W przypadku niektórych respondentów jest to zapewne brak konsekwencji, także część spośród udzielających odpowiedzi aprobujących niezbyt konsekwentnie wypowiadała się przeciwko legalizacji - ale stanowili oni wyraźnie mniejszą grupę. Trzeba też pamiętać, że pozytywne oceny moralne czy opinie dyktowane współczuciem bądź zrozumieniem w odniesieniu do konkretnych przypadków niekoniecznie muszą oznaczać zgodę na prawne zalegalizowanie określonego postępowania. Jednak, ogólnie rzecz biorąc, opinie respondentów w omawianych sprawach i kwestii legalizacji eutanazji można uznać za spójne w dużym stopniu³⁵.

Společne zróźnicowanie opinii dotyczących legalizacji eutanazji jest nieco słabsze niż w innych przypadkach, wyraźne widoczne jest przede wszystkim powiązanie opinii z religijnością, mierzoną częstością praktyk, oraz z poglądami politycznymi ankietowanych (zob. tabele aneksowe).

³⁵ V Cramera od 0,47 do 0,60, a *r* Pearsona - od 0,616 do 0,721.



Opinie na temat różnych zachowań, które można objąć mianem eutanazji, są w Polsce podzielone. Jedne z tych zachowań budzą mniej zastrzeżeń i spotykają się z większą akceptacją czy zrozumieniem, w przypadku innych - przeważa dezaprobata i potępienie. Dużo zależy od opisu sytuacji i sposobu postawienia pytania - sam termin eutanazja budzi bowiem negatywne skojarzenia. Podzielone są opinie co do roli i powinności lekarzy w przypadku prośb umierających o skrócenie ich cierpień, jednak w mniejszości są ankietowani, którzy zdecydowanie karaliby lekarzy ulegających tym prośbom. Na uwagę zasługuje fakt, że połowa respondentów opowiada się za legalizacją eutanazji rozumianej jako skrócenie życia nieuleczalnie chorego, na jego prośbę, jeśli jego cierpieniom nie można ulżyć. Wyraźnie mniej jest przeciwników legalizacji w odniesieniu do takiej sytuacji.

Opracował
Włodzimierz DERCZYŃSKI

A N E K S

Tabela 1. Jeden z lekarzy amerykańskich od kilku lat pomaga osobom nieuleczalnie chorym i doznającym niemożliwych do uśmierzenia cierpień w umyślnym skróceniu życia - na ich prośbę.
Czy, Pana(i) zdaniem, lekarz ten postępuje dobrze czy też źle?

	(%)			
	Dobrze	Źle	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	42	40	18	1055
Płeć				
Mężczyźni	43	38	18	500
Kobiety	40	42	18	555
Wiek				
18-24 lat	51	35	14	151
25-34	49	33	18	186
35-44	44	33	23	192
45-54	41	43	16	227
55-64	37	46	17	127
65 lat i więcej	26	54	20	172
Miejsce zamieszkania				
Wieś	37	45	18	396
Miasto do 20 tys.	41	38	21	134
20 - 100 tys.	42	38	19	210
101 - 500 tys.	44	39	17	184
501 tys. i więcej mieszk.	50	34	16	129
Wykształcenie				
Podstawowe	32	46	22	306
Zasadnicze zawodowe	45	35	19	286
Średnie	46	38	16	368
Wyższe	43	46	11	95
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier., inteligencja	43	36	20	76
Prac.umysł.niż.szczębla	50	39	11	96
Pracownicy fiz.- umysł.	40	42	18	78
Robotnicy wykwalifikowani	54	30	15	124
Robotnicy niewykwalifik.	57	28	15	45
Rolnicy	41	48	11	48
Pracujący na własny rach.	46	33	21	48
Bierni zawodowo				
Renciści	34	43	22	130
Emeryci	28	53	19	184
Uczniowie i studenci	51	41	9	56
Bezrobotni	36	36	28	114
Gospodynie domowe i inni	46	36	18	53
Pracuje w:				
sferze budżetowej	37	41	22	102
sekt. państw., publicznym	47	44	9	106
sp. właśc. pryw. i państwa	59	22	19	111
sekt. pryw. poza rolnict.	49	35	16	173
prywatnym gosp. rolnym	45	46	9	56
Dochody na jedną osobę				
Do 275 zł	39	38	23	168
276 - 399	43	46	11	133
400 - 549	43	40	17	230
550 - 799	32	51	17	160
Powyżej 799 zł	47	34	19	144
Ocena własnych war. mater.				
Dobre	45	42	13	203
Średnie	38	43	18	498
Źłe	45	36	20	351
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	25	64	10	68
Raz w tygodniu	31	48	21	568
1-2 razy w miesiącu	50	33	17	138
Kilka razy w roku	62	22	16	190
W ogóle nie uczestniczy	62	24	14	90
Poglądy polityczne				
Lewica	47	37	16	265
Centrum	50	37	13	278
Prawica	28	57	15	263
Trudno powiedzieć	40	31	29	250

Tabela 2. W jednym ze szpitali zachodniej Europy zdarzyła się taka sytuacja, że całkowicie sparaliżowany młody sportowiec, który nie miał żadnej szansy na najmniejszą choćby poprawę zdrowia, zdecydował się na zadanie sobie śmierci. Umożliwiono mu to w szpitalu, podając odpowiednie środki. Czy, Pana(i) zdaniem, postępowanie personelu medycznego - spełniającego wolę pacjenta - bardziej zasługuje na miano aktu miłosierdzia czy też raczej zabójstwa? A może nazwał(a)by to Pan(i) inaczej? Jak?
1 - Był to raczej akt miłosierdzia; 2 - Był to raczej akt zabójstwa;
3 - Oceniam to inaczej

	(%)				
	1	2	3	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	42	31	5	22	1054
Płeć					
Mężczyźni	43	30	6	22	500
Kobiety	40	33	5	22	553
Wiek					
18-24 lat	37	30	9	24	151
25-34	43	27	9	21	186
35-44	47	30	5	17	192
45-54	46	32	3	20	226
55-64	39	35	5	21	127
65 lat i więcej	34	37	2	27	172
Miejsce zamieszkania					
Wieś	37	35	6	22	395
Miasto do 20 tys.	39	34	3	24	134
20 - 100 tys.	40	32	6	22	210
101 - 500 tys.	46	28	8	22	184
501 tys. i więcej mieszk.	53	24	8	16	129
Wykształcenie					
Podstawowe	37	36	2	25	305
Zasadnicze zawodowe	46	27	5	22	286
Średnie	41	32	7	20	368
Wyższe	47	30	12	11	95
Grupa społ.-zaw. pracujący					
Kadra kier., inteligencja	42	32	13	13	76
Prac. umysł. niż. szczebla	42	28	9	21	96
Pracownicy fiz.- umysł.	49	26	2	23	78
Robotnicy wykwalifikowani	48	32	4	16	124
Robotnicy niewykwalifik.	47	35	2	16	45
Rolnicy	47	37	4	13	48
Pracujący na własny rach.	45	21	5	29	48
Bierni zawodowo					
Renciści	40	37	4	19	130
Emeryci	37	35	3	25	184
Uczniowie i studenci	27	29	8	36	56
Bezrobotni	37	33	7	23	113
Gospodynie domowe i inni	45	22	7	27	53
Pracuje w:					
sferze budżetowej	41	34	3	22	102
sekt. państw./publicznym	48	30	5	16	106
sp. własc. pryw. i państwa	56	20	5	19	111
sekt. pryw. poza rolnict.	39	29	9	23	173
prywatnym gosp. rolnym	50	29	3	18	56
Dochody na jedną osobę					
Do 275 zł	45	30	4	21	167
276 - 399	39	34	7	19	133
400 - 549	41	35	4	20	230
550 - 799	39	33	7	21	160
Powyżej 799 zł	55	25	5	14	144
Ocena własnych war. mater.					
Dobre	45	31	8	17	203
Średnie	36	36	4	24	498
Złe	48	26	6	20	350
Udział w prakt. religijnych					
Kilka razy w tygodniu	22	53	1	24	68
Raz w tygodniu	32	38	5	24	567
1-2 razy w miesiącu	50	21	6	23	138
Kilka razy w roku	62	18	6	13	190
W ogóle nie uczestniczy	57	18	6	20	90
Poglądy polityczne					
Lewica	46	26	6	23	265
Centrum	46	30	6	17	273
Prawica	34	43	6	16	263
Trudno powiedzieć	39	27	3	30	248

Tabela 3. Przedstawię teraz Panu(i) kilka sytuacji dotyczących osób chorych bliskich śmierci, nieuleczalnych, cierpiących. Czy uznał(a)by Pan(i) za dopuszczalne czy też za niedopuszczalne **pozostawienie pacjentowi w takiej sytuacji środków umożliwiających jemu samemu bezbolesne zakończenie życia?**

	(%)			
	Dopuszczalne	Niedopuszczalne	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	41	48	11	1054
Płeć				
Mężczyźni	43	48	9	500
Kobiety	40	49	12	553
Wiek				
18-24 lat	45	45	10	151
25-34	52	39	9	186
35-44	45	45	10	192
45-54	39	52	9	226
55-64	41	49	11	127
65 lat i więcej	27	58	15	172
Miejsce zamieszkania				
Wieś	40	48	12	395
Miasto do 20 tys.	38	48	13	134
20 - 100 tys.	39	51	10	210
101 - 500 tys.	44	49	7	184
501 tys. i więcej mieszk.	50	43	7	129
Wykształcenie				
Podstawowe	33	52	15	305
Zasadnicze zawodowe	47	44	10	286
Średnie	42	50	8	368
Wysze	48	44	8	95
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier. i inteligencja	57	37	6	76
Prac. umysł. niż. szczebla	44	47	9	96
Pracownicy fiz. - umysł.	38	56	6	78
Robotnicy wykwalifikowani	45	46	9	124
Robotnicy niewykwalifik.	58	34	8	45
Rolnicy	53	40	7	48
Pracujący na własny rach.	36	52	12	48
Bierni zawodowo				
Renciści	35	53	13	130
Emeryci	31	56	13	184
Uczniowie i studenci	44	47	9	56
Bezrobotni	42	44	14	113
Gospodynie domowe i inni	40	47	13	53
Pracuje w:				
sferze budżetowej	39	52	9	102
sekt. państw. publicznym	48	46	7	106
sp. własc. pryw. i państwa	52	41	7	111
sekt. pryw. poza rolnict.	45	45	10	173
prywatnym gosp. rolnym	56	39	5	56
Dochody na jedną osobę				
Do 275 zł	39	51	11	167
276 - 399	44	46	9	133
400 - 549	39	52	9	230
550 - 799	35	54	11	160
Powyżej 799 zł	48	46	6	144
Ocena własnych war. mater.				
Dobre	47	45	8	203
Średnie	38	51	11	498
Złe	43	47	11	350
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	26	63	11	68
Raz w tygodniu	32	57	11	567
1-2 razy w miesiącu	47	42	11	138
Kilka razy w roku	60	32	8	190
W ogóle nie uczestniczy	67	25	9	90
Poglądy polityczne				
Lewica	49	45	6	265
Centrum	43	46	10	278
Prawica	32	62	5	263
Trudno powiedzieć	41	38	21	248

Tabela 4. Przedstawię teraz Panu(i) kilka sytuacji dotyczących osób chorych bliskich śmierci, nieuleczalnych, cierpiących. Czy uznał(a)by Pan(i) za dopuszczalne czy też za niedopuszczalne spowodowanie bezbolesnego zakończenia życia, jeśli pacjent w takiej sytuacji w pełni świadomie o to prosi, a nie może tego uczynić sam?

(%)

	Dopuszczalne	Niedopuszczalne	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	45	44	11	1054
Płeć				
Mężczyźni	48	42	10	500
Kobiety	43	45	12	553
Wiek				
18-24 lat	59	35	5	151
25-34	51	35	14	186
35-44	50	39	11	192
45-54	44	48	8	226
55-64	41	48	11	127
65 lat i więcej	27	57	17	172
Miejsce zamieszkania				
Wieś	42	46	11	395
Miasto do 20 tys.	45	42	12	134
20 - 100 tys.	43	45	12	210
101 - 500 tys.	46	42	12	184
501 tys. i więcej mieszk.	55	37	8	129
Wykształcenie				
Podstawowe	35	50	15	305
Zasadnicze zawodowe	51	36	13	286
Średnie	48	44	8	368
Wysze	50	41	9	95
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier. i inteligencja	49	43	8	76
Prac. umysł. niż. szczebla	52	41	7	96
Pracownicy fiz. - umysł.	38	50	12	78
Robotnicy wykwalifikowani	52	35	13	124
Robotnicy niewykwalifik.	55	38	7	45
Rolnicy	55	37	8	48
Pracujący na własny rach.	48	36	16	48
Bierni zawodowo				
Renciści	39	48	13	130
Emeryci	33	54	13	184
Uczniowie i studenci	60	34	5	56
Bezrobotni	48	42	10	113
Gospodynie domowe i inni	44	38	18	53
Pracuje w:				
sferze budżetowej	41	50	9	102
sekt. państw., publicznym	50	42	7	106
sp. własc. pryw. i państwa	56	31	14	111
sekt. pryw. poza rolnict.	50	39	11	173
prywatnym gosp. rolnym	58	38	4	56
Dochody na jedną osobę				
Do 275 zł	44	45	12	167
276 - 399	42	49	9	133
400 - 549	46	45	9	230
550 - 799	39	50	11	160
Powyżej 799 zł	53	37	10	144
Ocena własnych war. mater.				
Dobre	51	41	8	203
Średnie	41	47	12	498
Złe	48	40	12	350
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	21	69	10	68
Raz w tygodniu	36	51	13	567
1-2 razy w miesiącu	50	39	10	138
Kilka razy w roku	68	25	7	190
W ogóle nie uczestniczy	67	20	12	90
Poglądy polityczne				
Lewica	51	39	10	265
Centrum	49	41	10	278
Prawica	35	59	6	263
Trudno powiedzieć	46	35	19	248

Tabela 5. Przedstawię teraz Panu(i) kilka sytuacji dotyczących osób chorych bliskich śmierci, nieuleczalnych, cierpiących. Czy uznał(a)by Pan(i) za dopuszczalne czy też za niedopuszczalne **odłączenie specjalnej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe pacjenta po wypadku, który jest od wielu tygodni nieprzytomny, ma uszkodzony mózg, i jest pewne, że nigdy nie będzie mógł żyć normalnie, jeśli rodzina pacjenta o to prosi?**

	(%)			
	Dopuszczalne	Niedopuszczalne	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	49	39	12	1054
Płeć				
Mężczyźni	48	41	11	500
Kobiety	50	38	13	553
Wiek				
18-24 lat	56	37	7	151
25-34	51	37	11	186
35-44	56	34	9	192
45-54	45	43	11	226
55-64	48	36	16	127
65 lat i więcej	36	45	18	172
Miejsce zamieszkania				
Wieś	42	46	12	395
Miasto do 20 tys.	50	38	12	134
20 - 100 tys.	50	38	12	210
101 - 500 tys.	48	39	13	184
501 tys. i więcej mieszk.	67	24	9	129
Wykształcenie				
Podstawowe	38	47	15	305
Zasadnicze zawodowe	48	38	14	286
Średnie	57	34	9	368
Wyższe	54	39	7	95
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier., inteligencja	57	36	7	76
Prac.umysł.niż.szczebła	51	42	6	96
Pracownicy fiz.- umysł.	60	33	7	78
Robotnicy wykwalifikowani	50	39	11	124
Robotnicy niewykwalifik.	51	38	11	45
Rolnicy	53	38	9	48
Pracujący na własny rach.	55	31	14	48
Bierni zawodowo				
Renciści	43	39	18	130
Emeryci	42	43	15	184
Uczniowie i studenci	54	34	12	56
Bezrobotni	46	42	13	113
Gospodynie domowe i inni	40	43	17	53
Pracuje w:				
sferze budżetowej	55	37	8	102
sekt. państw., publicznym	54	40	7	106
sp. własc. pryw. i państwa	61	30	10	111
sekt. pryw. poza rolnict.	50	39	12	173
prywatnym gosp. rolnym	52	41	7	56
Dochody na jedną osobę				
Do 275 zł	45	39	16	167
276 - 399	47	42	11	133
400 - 549	51	41	8	230
550 - 799	41	47	11	160
Powyżej 799 zł	65	27	8	144
Ocena własnych war. mater.				
Dobre	49	43	8	203
Średnie	49	39	12	498
Złe	48	38	14	350
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	38	55	7	68
Raz w tygodniu	42	44	14	567
1-2 razy w miesiącu	54	33	13	138
Kilka razy w roku	60	31	8	190
W ogóle nie uczestniczy	69	20	11	90
Poglądy polityczne				
Lewica	52	38	10	265
Centrum	55	35	10	278
Prawica	46	45	9	263
Trudno powiedzieć	42	39	19	248

Tabela 6. Przedstawię teraz Panu(i) kilka sytuacji dotyczących osób chorych bliskich śmierci, nieuleczalnych, cierpiących. Czy uznał(a)by Pan(i) za dopuszczalne czy też za niedopuszczalne **odłączenie specjalnej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe pacjenta, który jest od wielu tygodni nieprzytomny, ma uszkodzony mózg, i jest pewne, że nigdy nie będzie mógł żyć normalnie, jeśli pacjent sam wcześniej o to prosił?**

(%)

	Dopuszczalne	Niedopuszczalne	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	54	33	13	1054
Płeć				
Mężczyźni	54	34	12	500
Kobiety	55	32	13	553
Wiek				
18-24 lat	72	20	8	151
25-34	58	32	10	186
35-44	63	28	10	192
45-54	48	40	13	226
55-64	54	32	14	127
65 lat i więcej	35	42	23	172
Miejsce zamieszkania				
Wieś	50	37	13	395
Miasto do 20 tys.	53	33	14	134
20 - 100 tys.	55	31	14	210
101 - 500 tys.	53	36	12	184
501 tys. i więcej mieszk.	70	19	11	129
Wykształcenie				
Podstawowe	44	41	15	305
Zasadnicze zawodowe	56	31	14	286
Średnie	62	28	10	368
Wyższe	57	33	10	95
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier., inteligencja	58	35	7	76
Prac. umysł. niż. szczebla	57	37	5	96
Pracownicy fiz.- umysł.	67	24	9	78
Robotnicy wykwalifikowani	57	32	11	124
Robotnicy niewykwalifik.	54	33	13	45
Rolnicy	55	32	13	48
Pracujący na własny rach.	63	22	15	48
Bierni zawodowo				
Renciści	47	35	17	130
Emeryci	42	40	18	184
Uczniowie i studenci	67	23	10	56
Bezrobotni	57	28	16	113
Gospodynie domowe i inni	53	36	11	53
Pracuje w:				
sferze budżetowej	56	37	7	102
sekt. państw., publicznym	58	36	6	106
sp. własc. pryw. i państwa	71	19	10	111
sekt. pryw. poza rolnict.	56	31	13	173
prywatnym gosp. rolnym	59	33	8	56
Dochody na jedną osobę				
Do 275 zł	51	32	17	167
276 - 399	51	37	11	133
400 - 549	56	36	8	230
550 - 799	50	37	13	160
Powyżej 799 zł	66	25	8	144
Ocena własnych war. mater.				
Dobre	57	37	6	203
Średnie	53	33	14	498
Złe	55	31	15	350
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	36	55	9	68
Raz w tygodniu	45	39	16	567
1-2 razy w miesiącu	63	24	12	138
Kilka razy w roku	75	20	6	190
W ogóle nie uczestniczy	71	19	11	90
Poglądy polityczne				
Lewica	60	31	10	265
Centrum	58	30	12	278
Prawica	51	40	8	263
Trudno powiedzieć	48	30	22	248

Tabela 7. Stosunek do eutanazji przedstawiony na skali od 1 do 10, gdzie "1" oznacza nigdy nieusprawiedliwiona, a "10" zawsze usprawiedliwiona

	(%)						
	1	2-4	5-6	7-9	10	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	21	21	17	20	10	10	1053
Płeć							
Mężczyźni	18	24	18	19	12	9	500
Kobiety	24	18	17	21	8	12	553
Wiek							
18-24 lat	13	27	14	32	9	5	151
25-34	22	19	20	21	11	8	186
35-44	18	17	17	24	15	9	192
45-54	22	23	21	18	9	8	226
55-64	25	19	18	13	12	12	126
65 lat i więcej	29	21	11	13	5	20	172
Miejsce zamieszkania							
Wieś	22	24	16	18	7	13	395
Miasto do 20 tys.	20	26	16	14	14	10	134
20 - 100 tys.	23	16	20	25	8	8	210
101 - 500 tys.	24	17	18	18	15	8	184
501 tys.i więcej mieszk.	15	21	16	30	11	6	129
Wykształcenie							
Podstawowe	24	22	13	19	7	16	304
Zasadnicze zawodowe	18	21	19	17	13	11	286
Średnie	21	20	18	25	10	7	368
Wyższe	24	22	23	17	9	4	95
Grupa społ.-zaw. pracujący							
Kadra kier., inteligencja	22	19	19	19	17	3	76
Prac. umysł. niż. szczebla	21	17	20	26	10	6	96
Pracownicy fiz. - umysł.	20	25	15	23	12	6	78
Robotnicy wykwalifikowani	16	22	18	20	17	8	124
Robotnicy niewykwalifik.	20	10	27	21	18	4	45
Rolnicy	21	21	19	24	3	11	48
Pracujący na własny rach.	12	28	13	23	10	14	48
Bierni zawodowo							
Renciści	23	23	13	18	7	16	130
Emeryci	31	19	17	12	6	15	184
Uczniowie i studenci	7	31	18	29	11	3	56
Bezrobotni	23	22	16	23	4	11	113
Gospodynie domowe i inni	23	11	15	24	11	16	53
Pracuje w:							
sferze budżetowej	24	26	19	13	13	6	102
sekt. państw., publicznym	17	20	18	25	15	5	106
sp. właśc. pryw. i państwa	12	14	26	25	14	9	111
sekt. pryw. poza rolnict.	21	21	12	23	14	9	173
prywatnym gosp. rolnym	20	17	22	24	3	15	56
Dochody na jedną osobę							
Do 275 zł	18	24	15	25	8	10	167
276 - 399	24	20	17	23	9	7	133
400 - 549	25	19	20	17	11	8	229
550 - 799	27	22	14	17	10	10	160
Powyżej 799 zł	14	25	22	23	13	4	144
Ocena własnych war. mater.							
Dobre	19	24	17	23	11	6	203
Średnie	23	23	19	17	8	10	498
Złe	21	17	14	24	12	12	349
Udział w prakt. religijnych							
Kilka razy w tygodniu	43	20	20	5	0	11	68
Raz w tygodniu	26	24	16	16	5	13	566
1-2 razy w miesiącu	13	19	22	25	12	9	138
Kilka razy w roku	10	15	19	31	21	4	190
W ogóle nie uczestniczy	13	20	11	27	22	7	90
Poglądy polityczne							
Lewica	19	23	21	20	11	7	265
Centrum	16	21	18	23	13	9	278
Prawica	32	23	15	16	9	6	263
Trudno powiedzieć	20	17	14	23	6	20	248

Tabela 8. Czy, Pana(i) zdaniem, lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć?

(%)

	Tak	Nie	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	40	44	16	1052
Płeć				
Mężczyźni	44	42	15	499
Kobiety	36	46	18	553
Wiek				
18-24 lat	52	38	10	151
25-34	46	37	17	186
35-44	42	39	19	192
45-54	40	46	14	224
55-64	37	50	13	127
65 lat i więcej	21	56	23	172
Miejsce zamieszkania				
Wieś	36	50	14	395
Miasto do 20 tys.	42	40	18	134
20 - 100 tys.	38	44	18	210
101 - 500 tys.	41	39	20	184
501 tys. i więcej mieszk.	49	37	14	127
Wykształcenie				
Podstawowe	32	48	20	305
Zasadnicze zawodowe	47	39	13	284
Średnie	41	45	14	368
Wyższe	39	42	19	95
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier., inteligencja	40	43	17	76
Prac. umysł. niż. szczebla	43	41	16	96
Pracownicy fiz.- umysł.	36	49	15	78
Robotnicy wykwalifikowani	47	35	17	124
Robotnicy niewykwalifik.	54	37	9	45
Rolnicy	40	47	14	48
Pracujący na własny rach.	46	43	10	48
Bierni zawodowo				
Renciści	34	47	19	129
Emeryci	27	52	21	184
Uczniowie i studenci	51	40	10	56
Bezrobotni	45	41	15	113
Gospodynie domowe i inni	41	44	15	53
Pracuje w:				
sferze budżetowej	28	51	21	102
sekt. państw., publicznym	46	39	15	104
sp. właśc. pryw. i państwa	56	28	16	111
sekt. pryw. poza rolnict.	44	43	13	173
prywatnym gosp. rolnym	47	43	10	56
Dochody na jedną osobę				
Do 275 zł	41	44	15	167
276 - 399	39	48	12	133
400 - 549	42	46	12	230
550 - 799	37	47	15	159
Powyżej 799 zł	43	38	19	144
Ocena własnych war. mater.				
Dobre	44	43	13	203
Średnie	35	47	18	498
Złe	44	41	15	348
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	23	68	9	68
Raz w tygodniu	28	53	19	567
1-2 razy w miesiącu	46	40	14	138
Kilka razy w roku	65	25	10	188
W ogóle nie uczestniczy	64	17	19	90
Poglądy polityczne				
Lewica	46	38	16	265
Centrum	45	43	13	276
Prawica	28	58	13	263
Trudno powiedzieć	40	38	23	248

Tabela 9. W związku z omawianymi sprawami pojawia się problem odpowiedzialności prawnej personelu medycznego za ułatwianie chorym śmierci na ich życzenie i pod wpływem współczucia. Opinia publiczna podzieliła się na zwolenników i przeciwników karania lekarzy. Czy, Pana(i) zdaniem, należy karać lekarzy za ułatwianie chorym śmierci czy też nie? 1 - Należy karać; 2 - Nie należy karać; 3 - To zależy - czasami tak, czasami nie

	(%)				Liczba osób
	1	2	3	Trudno powiedzieć	
Ogółem	25	37	24	13	1052
Płeć					
Mężczyźni	26	38	23	14	499
Kobiety	25	37	25	13	553
Wiek					
18-24 lat	23	44	23	9	151
25-34	20	43	28	10	186
35-44	21	38	25	16	192
45-54	29	36	23	12	224
55-64	30	33	25	12	127
65 lat i więcej	31	28	21	19	172
Miejsce zamieszkania					
Wieś	28	32	26	14	395
Miasto do 20 tys.	28	36	25	11	134
20 - 100 tys.	24	38	23	14	210
101 - 500 tys.	23	43	19	15	184
501 tys.i więcej mieszk.	22	43	26	9	127
Wykształcenie					
Podstawowe	29	30	25	16	305
Zasadnicze zawodowe	24	42	23	12	281
Średnie	24	38	26	13	368
Wyższe	26	42	22	10	95
Grupa społ.-zaw. pracujący					
Kadra kier., inteligencja	32	41	17	11	76
Prac.umysł.niż.szczebla	17	43	27	14	96
Pracownicy fiz.- umysł.	26	30	34	11	78
Robotnicy wykwalifikowani	26	48	15	11	124
Robotnicy niewykwalifik.	24	35	31	10	45
Rolnicy	26	45	23	7	48
Pracujący na własny rach.	17	38	26	19	48
Bierni zawodowo					
Renciści	31	27	29	13	129
Emeryci	29	33	21	17	184
Uczniowie i studenci	20	38	30	11	56
Bezrobotni	23	40	24	13	113
Gospodynie domowe i inni	23	36	25	16	53
Pracuje w:					
sferze budżetowej	24	37	24	15	102
sekt. państw.,publicznym	26	43	24	7	104
sp. własc. pryw. i państwa	17	46	23	14	111
sekt. pryw. poza rolnict.	26	37	23	14	173
prywatnym gosp. rolnym	24	44	25	7	56
Dochody na jedną osobę					
Do 275 zł	25	33	28	14	167
276 - 399	25	35	28	12	133
400 - 549	26	42	22	10	230
550 - 799	29	38	17	15	159
Powyżej 799 zł	25	43	24	8	144
Ocena własnych war. mater.					
Dobre	23	39	30	8	203
Średnie	26	34	24	16	498
Złe	26	42	21	11	348
Udział w prakt. religijnych					
Kilka razy w tygodniu	42	25	20	13	68
Raz w tygodniu	29	29	25	17	567
1-2 razy w miesiącu	21	43	25	11	138
Kilka razy w roku	16	57	21	6	188
W ogóle nie uczestniczy	14	49	26	12	90
Poglądy polityczne					
Lewica	25	44	18	12	265
Centrum	23	38	29	9	276
Prawica	35	28	26	11	263
Trudno powiedzieć	18	38	22	21	248

Tabela 10. Czy w przypadku nieuleczalnie chorego, którego cierpieniem nie można ulżyć, prawo powinno zezwalać na to, aby na prośbę jego i jego rodziny lekarz mógł skrócić życie pacjenta za pomocą bezbolesnych środków?

(%)

	Tak	Nie	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	51	36	13	1052
Płeć				
Mężczyźni	54	34	12	499
Kobiety	48	37	15	553
Wiek				
18-24 lat	56	33	11	151
25-34	66	26	9	186
35-44	54	31	14	192
45-54	49	42	9	224
55-64	45	42	13	127
65 lat i więcej	34	42	24	172
Miejsce zamieszkania				
Wieś	48	38	14	395
Miasto do 20 tys.	51	32	17	134
20 - 100 tys.	47	38	15	210
101 - 500 tys.	55	34	10	184
501 tys. i więcej mieszk.	58	32	9	127
Wykształcenie				
Podstawowe	44	38	18	305
Zasadnicze zawodowe	60	29	11	284
Średnie	50	38	12	368
Wyższe	49	41	10	95
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier. i inteligencja	50	42	8	76
Prac. umysł. niż. szczebla	55	32	13	96
Pracownicy fiz.- umysł.	48	41	10	78
Robotnicy wykwalifikowani	61	26	13	124
Robotnicy niewykwalifik.	63	28	9	45
Rolnicy	59	33	7	48
Pracujący na własny rach.	55	32	13	48
Bierni zawodowo				
Renciści	45	38	17	129
Emeryci	36	43	20	184
Uczniowie i studenci	52	37	11	56
Bezrobotni	58	29	13	113
Gospodynie domowe i inni	54	41	6	53
Pracuje w:				
sferze budżetowej	41	42	17	102
sekt. państw., publicznym	58	35	8	104
sp. właśc. pryw. i państwa	65	22	13	111
sekt. pryw. poza rolnict.	57	32	11	173
prywatnym gosp. rolnym	63	29	8	56
Dochody na jedną osobę				
Do 275 zł	52	35	12	167
276 - 399	43	44	12	133
400 - 549	52	38	10	230
550 - 799	48	37	16	159
Powyżej 799 zł	58	34	8	144
Ocena własnych war. mater.				
Dobre	54	38	8	203
Średnie	47	38	15	498
Złe	55	31	14	348
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	35	52	13	68
Raz w tygodniu	40	44	16	567
1-2 razy w miesiącu	54	33	13	138
Kilka razy w roku	76	18	7	188
W ogóle nie uczestniczy	76	17	7	90
Poglądy polityczne				
Lewica	57	34	9	265
Centrum	57	31	12	276
Prawica	39	51	11	263
Trudno powiedzieć	50	28	22	248