

## PRAWNE I MORALNE ASPEKTY EUTANAZJI W ŚWIETLE POLSKIEJ REGULACJI PRAWNEJ ORAZ NAUKI SPOŁECZNEJ KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO

Magdalena Debita, magdalena.debita@prawo.uni.wroc.pl  
Uniwersytet Wrocławski  
pl. Uniwersytecki 1, 50-137 Wrocław



*Pozwólcie mi iść do domu Ojca.*  
Jan Paweł II

### STRESZCZENIE

Temat eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie istnieje tak długo jak medycyna, jednakże w ostatniej dekadzie wywołuje on szczególne kontrowersje skutkiem legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa w kilku krajach Europy oraz obserwowalnej tendencji do liberalizowania zapisów prawnych w tej kwestii. Problem budzi żywe zainteresowanie mediów, staje się zapalnym punktem w dialogu państwo-kościół. Przepisy obowiązujące m.in. w Holandii, Belgii i Luksemburgu, a także projekty ustaw w Polsce, angażują w dyskurs zarówno środowiska medyczne, farmaceutyczne, prawne, teologiczne – jak i szerokie kręgi opinii publicznej.

**Słowa kluczowe:** eutanazja, regulacje prawne, stanowisko Kościoła katolickiego, dokumenty Kościoła, ocena moralna eutanazji

**Legal and moral aspects of euthanasia in the light of the Polish legal regulations and social teachings of the Catholic Church**

### ABSTRACT

The issue of euthanasia and medically assisted suicide is as old as medicine itself. However over the last decade, it has become especially controversial following the decriminalisation of euthanasia or assisted suicide in several European countries and the observable tendency towards the liberalisation of the legal precepts in this area. The issue arouses great media interest and becomes a flashpoint in dialogues between the State and the Roman Catholic Church. The legal regulations, now pertaining, in such countries as Holland, Belgium and Luxemburg to name but three, as well as the draft legislation in Poland, are widely discussed in medical, pharmaceutical, legal and theological circles as well as being openly discussed in public opinion.

**Key words:** euthanasia, legal precepts, position of the Roman Catholic Church, Church documentation, moral evaluation of euthanasia

### WSTĘP

W nauczaniu społecznym Kościoła katolickiego życie jest wartością nadrzędną. Ta fundamentalna, niekwestionowana wartość stanowi podstawę dla innych dóbr. Zwolennicy eutanazji natomiast żądają usankcjonowania prawa do godnej czy też dobrej śmierci, tj. postulują, by każdy świadomy człowiek miał – określone regulacjami – prawo wyboru także w tak zasadniczej kwestii jak ta, kiedy i w jaki sposób ma się zakończyć jego życie.

Pojęcie eutanazji oznacza z greckiego *eu* – ‘dobry, łagodny’; *thanatos* – ‘śmierć’<sup>1</sup>. *Euthanatos* to określenie oceniające dane postępowanie. Można twierdzić, że było to określenie pozytywne, ponieważ eutanazja oznaczała aprobatę dla niektórych sposobów umierania, nie zaś zabijania czy powodowania śmierci. Domyślać się można, że taka dobra śmierć to śmierć lekka i szybka, bez przedłużających się męczarni i cierpień. Taki zgon dla starożytnych Greków była darem od ich bogów<sup>2</sup>.

1 M. Tamawski, *Zabójstwa uprzywilejowane w ujęciu polskiego prawa karnego*, Poznań 1981, s. 201.

2 J. Malczewski, *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012, s. 29-31.

Problem eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie istnieje tak długo jak sama medycyna, jednakże w ostatniej dekadzie dyskusja w tej kwestii jest niezwykle żywa. Najnowsze osiągnięcia technologiczne, rozwój nauk biomedycznych, postęp w metodach i technikach leczenia stworzyły nowe możliwości, nie tylko leczenia pacjenta, ale także, na przykład, przy niemożności wyleczenia – utrzymywania go przy życiu jedynie wysiłkiem technologicznym. Potrzeba dyskusji jest uzasadniona także społeczną reakcją na zmiany prawne w krajach, w których zalegalizowano eutanazję lub wspomaganą samobójstwo<sup>3</sup>. Eutanazja w Europie<sup>4</sup> jest działaniem dozwolonym w Holandii (od 16.05.2002 r.<sup>5</sup>), Belgii (od 28.05.2002 r.<sup>6</sup>) i Luksemburgu (od 16.03.2009 r.<sup>7</sup>). Na świecie eutanazja jest dopuszczalna także m.in. w Kolumbii, ponieważ takie rozwiązanie wynika z orzeczenia wydanego w maju 1997 roku przez Sąd Konstytucyjny (na skutek skargi konstytucyjnej). Samobójstwo wspomaganą jest legalne w USA w stanach: Oregon (od 1997 r.), Waszyngton (od 2008 r.) i Vermont (od 2013 r.)<sup>8</sup>. W Szwajcarii dopuszcza się pomoc w samobójstwie na mocy wykładni *a contrario* przepisów kodeksu karnego zakazujących jego udzielania ze względów egoistycznych. Pomoc w samobójstwie nie musi być udzielana przez lekarza i nie jest karalna – o ile wynika z pobudek altruistycznych i nie czerpie się z niej żadnych korzyści materialnych<sup>9</sup>. W Wielkiej Brytanii eutanazja nie jest legalna, jednakże Sąd Najwyższy w High Court na prośbę matki Charlotte Fitzmaurice 7.08.2014 r. zezwolił na eutanazję 12-letniego dziecka<sup>10</sup>.

Postępująca liberalizacja przepisów stawia pytanie o cel i słusność przyjętych rozwiązań prawnych. W literaturze przedmiotu podkreśla się niejednoznaczność terminu *eutanazja*<sup>11</sup>, chociaż panuje zgoda co do tego, iż eutanazja to czyn, którego bezpośrednim zamysłem jest spowodowanie śmierci pacjenta. Rozbieżność pojawia się już na poziomie podmiotów wykonujących zabieg. Część autorów uważa, że o eutanazji możemy mówić, jeśli taki zabieg przeprowadzi lekarz (z racji wiedzy i umiejętności)<sup>12</sup>. Jak zauważa R. A. Kane „dla niektórych jest to pojęcie bardzo szerokie, znaczące prawie wszystko oprócz informacji o śmierci jednostki, dla innych to jedynie pewne elementy życia, jeszcze inni podkreślają społeczne i psychologiczne aspekty jakości życia”<sup>13</sup>. Eutanazja postrzegana jest także jako przyspieszenie śmierci chorego człowieka. Taka definicja spotyka się z krytyką w literaturze, ponieważ brak jest rozróżnienia pomiędzy eutanazją a tzw. zabójstwem eutanatycznym<sup>14</sup>. W znaczeniu wąskim eutanazja jest takim działaniem lekarza, które ma na celu spowodowanie śmierci niewyobrażalnie (nieznośnie) cierpiącego pacjenta na jego żądanie. W znaczeniu szerokim eutanazja pojmowana jest nie tylko jako działanie, ale też zaniechanie działania którego sprawcą jest lekarz. Celem zabiegu jest spowodowanie śmierci niewyobrażalnie (nieznośnie) cierpiącego pacjenta zarówno wtedy, gdy pacjent jest kompetentny, jak i w sytuacji, gdy pacjent jest niekompetentny<sup>15</sup>. Definicja lekarskiej pomocy w samobójstwie nie wzbudza wątpliwości<sup>16</sup>.

3 Zob. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomaganą samobójstwo na świecie: studium prawno porównawcze*, Kraków 2004. W. Szkotnicki, A. Kaczor, *Eutanazja – aspekty społeczno-prawne*, „Prokuratura i Prawo” 1997, nr 2.

4 Zob. L. Gay, *Le législateur apprenti sorcier? Pays-Bas et Belgique face à la fin de vie*, [w:] S. De Cacqueray, A. Leca, A. Roux, *La fin de vie et l'euthanasie, Les études hospitalières*, 2008, s. 121-154.

5 Zob. G. Mazur, *Etyczna ocena legalizacji eutanazji w Holandii*, Kraków 2003, s. 176. P. Gensikowski, *Eutanazja i wspomaganą samobójstwo w Holandii (w obliczu zmian)*, „Prokuratura i Prawo” 2002, nr 4, s. 80-94.

6 Zob. K. Poklewski-Koziełł, *Belgijska ustawa o eutanazji i projekt takiej ustawy w parlamencie Francji*, „Prokuratura i Prawo” 2002, nr 7/8, s. 102-109. M. Orzechowski, *Tylnymi drzwiami: Belgia: spór o „klinikę śmierci”*, „Tygodnik Powszechny” 2011, nr 6, s. 29.

7 *Législation réglementant les soins palliatifs ainsi que l'euthanasie et l'assistance au suicide*. Więcej zob. A. Michałek-Janiczek, *Legalizacja eutanazji i samobójstwa wspomaganego w Luksemburgu*, „Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego”, vol. VIII, A.D. MMX, s. 35-48. O. Domino, *Sumienie cenniejsze niż władza: Luksemburg*, „Najwyższy Czas!” 2008, nr 50, s. XXVII-XXIX.

8 Zob. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i samobójstwo wspomaganą na świecie*, Kraków 2004, s. 224 i 361-362. A. Alichniewicz, *Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 283.

9 Zob. O. Guillod, A. Schmidt, *Assisted suicide under Swiss law*, „European Journal of Health Law” 2005, no. 12, s. 26.

10 Dziewczynka od urodzenia była niepełnosprawna (nie jadła i nie piła samodzielnie, ale oddychała bez użycia specjalistycznej aparatury) i wymagała całodobowej opieki na początku domowej, później hospitalizacyjnej. Matka dziewczynki argumentując wniosek do sądu odwołała się do „prawa do śmierci z godnością”, przekonując sąd, że na Nancy nie działają już środki przeciwbólowe, „a światło w jej oczach zgasło”. Nancy zmarła 21 sierpnia w skutek braku nawadniania i odżywiania. Zob. I. Horswill, *Charlotte Fitzmaurice Wins right to end daughter Nancy's life*, <http://www.news.com.au/lifestyle/health/charlotte-fitzmaurice-wise-wins-right-to-end-daughter-nancys-life/story-fneuzlbd-1227103951401>, 31.10.2014.

11 Por. P. Lewis, *Assisted Dying and Legal Change*, Oxford 2007, s. 4-5. R. Fenigsen, *Eutanazja – śmierć z wyboru?*, Poznań 1997, s. 49 i n.

12 N. A. Christakis, *Managing Death*, [w:] R. P. Hamel, E. R. DuBose (red.), *Must We Suffer Our Way to Death? Cultural and Theological Perspectives on Death by Choice*, Dallas-Texas 1996, s. 32-33.

13 R. A. Kane *Quality of life*, [w:] Breslow L. (red.), *Encyclopaedia of Public Health*, vol.3 (s. 1003-1006), New York 2002.

14 Zob. L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2006, s. 225-226.

15 Zob. A. Alichniewicz, *Eutanazja ...*, Warszawa 2013, s. 285 i n.

16 Definicja przyjęta przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej.

## ORGANIZACJE DZIAŁAJĄCE NA RZECZ EUTANAZJI I WSPOMAGANEGO SAMOBÓJSTWA – STATYSTYKI

W Europie funkcjonuje kilka organizacji, których działanie oparte jest na opłatach wpisowych i stałych rocznych składkach. Do największych z nich należą Dignitas, Exit International, Exit Deutsche Schweiz<sup>17</sup>. Stowarzyszenia istnieją m.in. w Szwajcarii, Australii, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii (Londyn), USA (Bellingham), Zurychu. Działania organizacji wywołują szereg kontrowersji. Po pierwsze dlatego, że część z nich świadczy pomoc w samobójstwie nie tylko obywatelom krajów, w których funkcjonują, ale także obcokrajowcom (co powoduje intensywną „turystykę samobójczą”), po drugie dlatego, że formalności, które towarzyszą poddaniu się zabiegowi są na tyle uproszczone, że zdarzały się już sfałszowane dokumentacje medyczne (brak należytej weryfikacji), po trzecie – media ujawniły, że zabiegi pomocy w samobójstwie były przeprowadzane np. w hotelach czy samochodach. Brak przejrzystości finansowej i podejrzenia o niegodny pochówek (np. wrzucanie urn z prochami do jeziora przez organizację Dignitas) są kolejnymi wątpliwościami dotyczącymi stowarzyszeń.

Najwięcej danych dotyczących stosowania eutanazji, pomocy w samobójstwie, zaniechaniu leczenia podtrzymującego życie, letalnej analgezji, terminalnej selekcji pochodzi z Holandii, gdzie co pięć lat od 1990 do 2010 r. (z wyjątkiem roku 2001) zbierano i publikowano je. Dane dotyczące DCE (dobrowolna czynna eutanazja) w latach 1990, 1995, 2001, 2005 i 2010 wynosiły odpowiednio: 1,7%; 2,4%; 2,6%; 1,7%; 2,8%. Dane dotyczące PLS (pomoc lekarza w samobójstwie) wynosiły dla lat 1990, 1995 i 2001 0,2% a w latach 2005 i 2010 – 0,1%. Zakończenie życia bez wyraźnego żądania pacjenta w badanym okresie wynosiło odpowiednio: 0,8%; 0,7%; 0,7%; 0,4%; 0,4%; 0,2%. Odnotowano (od 1990 do 2010 r.) znaczny wzrost letalnej analgezji w stosunku do daty początkowej badania o 17,6%. W badanym cyklu wynosił on: 18,8%; 19,1%; 20,1%; 24,7%; 36,4%. Dane dotyczące niepodjęcia lub zaprzestania leczenia podtrzymującego życie w podanym okresie wynosiły: 17,9%; 20,2%; 20,2%; 15,6%; 18,2%. W roku 1990 przeprowadzono łącznie 39,4% zabiegów kończących życie pacjenta, w latach 1995 i 2001 odnotowano nieznaczny wzrost wynoszący odpowiednio 42,6% i 43,8%. Spadek liczby zabiegów nastąpił także w 2005 r. i wynosił 42,5%. Znaczny wzrost zaobserwowano w 2010 r. i wynosił on 57,8%. W przeprowadzonych badaniach podano także liczbę zabiegów terminalnej sedacji, jednakże dane są szacunkowe i dotyczą tylko lat 2005 (8,2%) i 2010 (12,3%)<sup>18</sup>.

„Warto jeszcze przytoczyć (częstkowe niestety) dane socjodemograficzne. Otóż spośród 331 osób, które w latach 1990–2000 popełniły samobójstwo w kantonie Zurych przy pomocy *Exit Deutsche Schweiz*, 78,9% cierpiało na śmiertelne choroby: 47,4% miało nowotwór, 11,8% schorzenia układu krążenia i oddechowego, 7,3% HIV lub AIDS, a 12,4% schorzenia neurologiczne. Pozostałe 70 osób (21,1%) nie chorowało natomiast śmiertelnie (reumatoidalne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, osteoporoza, syndrom chronicznego bólu oraz diagnozy takie jak „ślepotą” i „ogólne osłabienie”). W grupie tej znalazło się również 9 osób, u których pragnienie śmierci związane było z zaburzeniami psychicznymi (8 – depresja, 1 – psychoza)”<sup>19</sup>.

Informacje dotyczące zabiegów DCE, PLS i innych metod stosowanych w medycynie terminalnej w Belgii nie są oparte na ogólnokrajowych badaniach, jak ma to miejsce w przypadku Holandii. Dostępne i analizowane dane dotyczą trzech okresów badawczych we Flandrii. Naukowcy Belgijskiego Vrije Universiteit Brüsse przy pomocy metody Monte Carlo wykonali badania statystyczne. Metoda dla próbki statystycznej dała następujące wyniki: za rok 1998 – 39,3%; za rok 2001 – 38,4%; za rok 2007 – 47,8%. Prawdopodobieństwo wystąpienia błędu zostało wyliczone dla badanej próby na poziomie  $P < 0,05$ , tj. 5%. Natomiast błąd statystyczny w poszczególnych latach wyglądał następująco: w 1998 r. – 37,0 - 41,6 %; w 2001 r. – 36,6 - 40,3%, natomiast w 2007 r. – 45,9 - 49,8%. Dane dotyczące poszczególnych metod terminalnych w badanych okresach wynoszą odpowiednio dla lat: 1998, 2001, 2007: DCE (1,1%; 0,3%; 1,9%), PLS (0,12%; 0,01%; 0,07%), zakończenie życia bez wyraźnego żądania pacjenta (3,2%; 1,5%; 1,8%), letalna analgezja (18,4%; 22,0%; 26,7%), niepodjęcie lub zaprzestanie leczenia podtrzymującego życie (16,4%; 14,6%; 17,4%), terminalna sedacja (brak danych za rok 1998; 5,2%; 14,5%)<sup>20</sup>. Zdecydowani przeciwnicy eutanazji podnoszą, iż w Holandii kryteria dopuszczalności DCE i PLS nie są przestrzegane,

17 J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, Portland, Oregon 2008, s. 476.

18 B. D. Onwuteaka-Philipsen i in., *Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey*, „The Lancet” 2012, [http://press.thelancet.com/netherlands\\_euthanasia.pdf](http://press.thelancet.com/netherlands_euthanasia.pdf), 11.06.2014, s.2.

19 G. Bosshard, E. Ulrich, W. Bär, *748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organization*, „Swiss Medical Weekly” 2003, T. 133, no. 21–22, s. 312–313.

20 J. Bilsen, J. Cohen, K. Chambera, G. Pousset, *Medical End-of-Life Practices under the Euthanasia Law in Belgium*, „The New England Journal of Medicine” 2009, T. 361, no. 11.

zatem wyraźnie można zauważyć zachwianie na równi pochyłej (w kierunku zabiegów niedobrowolnych)<sup>21</sup>. Zwolennicy legalizacji DCE i PLS podnoszą, że analizy nie potwierdzają występowania poważniejszych nadużyć, w badanym okresie zauważono, iż odsetek osób chorych wycofujących się z podjętej decyzji o eutanazji pozwala przypuszczać, że argument naruszenia równi pochyłej nie ma tu zastosowania<sup>22</sup>. W ostatnim dwudziestolecu można zaobserwować niewielki, choć systematyczny, wzrost DCE. Po początkowym spadku liczby przeprowadzonych zabiegów (legalizacja w 2001 r.) stwierdzono wzrost DCE do poziomu sprzed wejścia w życie ustawy. W badanym okresie zaobserwowano także znaczący wzrost stosowania letalnej analgezji i terminalnej sedacji.

### EUTANAZJA W ROZWAŻANIACH TEORETYCZNYCH

Zwolennicy eutanazji twierdzą, że zasadą generalną i porządkującą winno być prawo człowieka do dysponowania własnym życiem. Eutanazja ma na celu przyniesienie przez lekarza ulgi w nieznosnym cierpieniu osobie chorej w dwóch sytuacjach: gdy świadomy i w pełni poinformowany pacjent samodzielnie (bez żadnych nacisków) podejmie decyzję o eutanazji oraz w sytuacji, gdy cierpiący pacjent nie jest w stanie w racjonalny sposób podjąć takowej decyzji. Lekarz może wówczas domniemywać, że pacjent życzyłby sobie śmierci, gdyby nie posiadał danych jednostek chorobowym. Zatem każdy człowiek winien mieć wpływ na wszelkie decyzje dotyczące jego życia i śmierci, np. poprzez tzw. dyspozycję na przyszłość. Eutanazję jej zwolennicy określają jako zakończenie życia na prośbę chorego (lub umocowanego przez chorego opiekuna prawnego) zdolnego do dokonywania dobrowolnej i świadomej decyzji, wolnego od wszelkich nacisków i poinformowanego o stanie swojego zdrowia. W tym przypadku eutanazję nazywają *zabijaniem z litości* lub *śmiercią z godnością* (Nowy Międzynarodowy Słownik Webstera, wyd. V).

Jan Hartman stwierdził, że nie jest prawdą, że należy odróżnić od siebie zgodę lekarza na eutanazję od czynu zmierzającego do faktycznego skrócenia życia pacjenta. Według profesora eutanazja nie jest czymś „demonicznie osobliwym” czy czymś „niepodobnym do innych praktyk medycznych”. Profesor zauważył, że nie zawsze żądanie śmierci czy pomocy w samobójstwie jest niemoralne. Niemożność postawienia się na miejscu osoby cierpiącej ponad miarę, czy przyjęcia stoicyzmu jako tradycji moralnej przeszkadza w potępieniu kogokolwiek za uśmiercenie drugiej osoby, jeżeli przesłanką była litość dla chorego. Wprowadzenie ustaw umożliwiających eutanazję w niektórych krajach, zdaniem etyka, było konsekwencją żądania osób prywatnych do dysponowania własnym życiem, a także wprowadzenie jawności procedur związanych z zabiegiem oraz ograniczeniem nadużyć<sup>23</sup>.

Z kolei Bernard Gert, Chales M. Culver i K. Danner Clouser<sup>24</sup> uważają, że do obowiązków lekarza nie należy przedłużanie życia pacjenta, jeśli ten woli umrzeć. W ich opinii istnieje także zasadnicza różnica pomiędzy obowiązkiem odżywiania i nawadniania w relacji rodzic–pacjent a lekarz–pacjent. W pierwszym przypadku niespełnienie ciężącego na rodzicach obowiązku jest zabójstwem, natomiast w drugim przypadku, jeśli pacjent nie chce terapii, wyrażając to w sposób racjonalny, obowiązkiem lekarza jest niezmuszanie go do dalszej egzystencji. Śmierć w skutek niepodawania pokarmów i płynów, według profesorów, nie jest bolesna, jeżeli pacjent ma zapewnioną choćby minimalną opiekę pielęgniarską. W ich opinii moralność odnosząca się do eutanazji nie tylko „zezwała lekarzom na praktykowanie dobrowolnej eutanazji bierniej”, ale także są oni „wręcz moralnie zobowiązani do jej praktykowania”<sup>25</sup>.

Zwolennicy eutanazji – Gerald Dworkin, R.G. Freu, Margaret Pabst Battin – twierdzą, że podstawowym prawem człowieka jest możliwość wyboru przez niego momentu i rodzaju śmierci. Tym samym podważają oni argumenty równi pochyłej, argumentując, że odejście od tradycyjnego prawa nie powoduje rozłamu w społeczeństwie czy załamania kulturowego, lecz wręcz przeciwnie – udoskonala społeczeństwo. Obawa przed jakimikolwiek nowymi rozwiązaniami ogranicza rozwój człowieka, a argumenty równi pochyłej (ARP) stwarzają zamglony obraz otaczającej go rzeczywistości<sup>26</sup>. ARP ma za zadanie ostrzegać przed akceptowaniem i wprowadzaniem takich zmian, które same nie są moralnie kontrowersyjne czy niejednoznaczne, jednakże mogą prowadzić do nieakceptowanych zachowań, działań czy skutków. „Podstawową strukturę ARP zrekonstruować można tak: (1) jeśli zezwolimy na A, nieuchronnie lub

21 J. Keown, *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument Against Legalisation*, Cambridge 2002, s. 91-149.

22 J. A. C. Rietjens, P. J. van der Maas, B. D. Onwuteaka-Philipsen, J. J. M. van Delden, A. van der Heide, *Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?*, „Bioethical Inquiry” Sep 2009, 6(3), s. 27-283.

23 J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa 2012, s. 128-129.

24 Profesorzy filozofii i etyki, psychologii i filozofii oraz nauk humanistycznych z Dartmouth Medical School, Dartmouth College i State College of Medicine.

25 B. Gert, Ch. M. Culver, K. D. Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Gdańsk 2009, s. 440-441, 466.

26 M. Pabst Battin, *The Least Worst Death*, New York 1994, s. 20-24.

bardzo prawdopodobnie pociągnie to za sobą B; jednak (2) B jest moralnie niedopuszczalne; a więc (3) nie możemy zezwolić na A<sup>27</sup>.

Przeciwnicy eutanazji, w tym etyk Barbara Chyrowicz, uważają, że nikomu nie wolno podejmować działań mających na celu naruszenie dóbr własnych lub drugiego człowieka. Do tych dóbr profesor zalicza życie biologiczne, wskazując, że w sytuacji cierpienia, choroby czy po prostu starości wartość życia ludzkiego (jako daleka od ideału) jest negowana<sup>28</sup>. Prawo dopuszczające eutanazję jest podważane przez jej przeciwników, ponieważ nie respektuje w całości prawa naturalnego i normy „nie zabijaj”. Dylemat moralno-prawny, o jakim mowa w dyskusji dotyczącej eutanazji, według etyka nie ma miejsca, gdyż dylemat to sytuacja, w której podmiot jednocześnie uznaje racje obu alternatywnych opcji. Oznacza to, że jednocześnie musiałby on uznać i normę moralną, i sprzeczną z nią normę prawną<sup>29</sup>.

O pewnym rodzaju naiwności w kontekście postępu technologicznego i problematyce demograficznej (starzejące się społeczeństwo) mówi Robert Spaemann. Uważa on, że argumenty opowiadające się za eutanazją nie różnią się niczym od zabiegów eutanazji przeprowadzanych w Trzeciej Rzeszy – „życie niewarte przeżycia”. Takie postrzeganie opisywanej problematyki (dotyczącej zabiegów eutanazji) prowadzi do wyeliminowania cierpienia za wszelką cenę, nawet jeśli miałyby to oznaczać usunięcie osoby cierpiącej. Dzielenie życia na: pełnowartościowe i niewartościowe oparte zostało na mylnym wniosku, że wartość nie może istnieć tylko i wyłącznie ze względu na samo życie. Godność człowieka tym samym zostaje sprowadzona do wyboru pomiędzy życiem a legalną możliwością zabijania. Legalizacja eutanazji, zdaniem Spaemanna, jest tylko pierwszym krokiem do zniesienia tabu zabijania na życzenie, ponieważ powoli i systematycznie poszerza się krąg osób, które w sposób legalny mogą zostać poddane temu zabiegowi<sup>30</sup>. Eutanazja, wg profesora, nie może być „programem”, „planowaniem” życia, a wiedza dotycząca końca istnienia nie jest informacją pozwalającą w sposób racjonalny „prowadzić” własne życie. Nie może być to pojmowanie życia jako bilansu, a cierpienia jako czynnika pogarszającego tenże bilans<sup>31</sup>.

Według Eduarda Pickera społeczeństwo, które rości sobie prawo do wartościowania, przekształcania lub usuwania człowieka, posiada potrzeby „ochrony tego, co ludzkie”. W takim środowisku nie istnieje ochrona autonomii jego członków czy gwarancja istnienia poszczególnych bytów – członków owego społeczeństwa. Przyjmowanie każdego człowieka w takim stanie zdrowia i na takim etapie życia, na jakim w danej chwili się on znajduje, jest respektowaniem jednostki i jej prawa do indywidualności. Pozbawienie go tego prawa czy ograniczenie go jest naruszeniem sensu i podstaw egzystencji, zatem powoduje, że człowiek staje się przedmiotem, który można ukształtować lub wyeliminować wedle własnych lub cudzych interesów. Zezwolenie na eutanazję jest zatem niczym innym, jak umożliwieniem ingerencji we własny gatunek i usuwaniem tradycji moralnych jako niezgodnych z postępowaniem naukowym, szkodzącym rozwojowi społeczeństwa<sup>32</sup>.

## PERSONALIZM CHRZEŚCIJAŃSKI

Przeciwnicy eutanazji i doktryna Kościoła katolickiego stoją na straży życia ludzkiego jako wartości najwyższej, równocześnie nadając cierpieniu i śmierci pozytywny sens<sup>33</sup>. Zasady, którymi się kierują, są jasnymi i nieprzekraczalnymi regułami, obowiązującymi bez względu na rodzaj i stopień inwalidztwa czy choroby człowieka. Przeciwnicy eutanazji, nawiązując do etyki personalistycznej, uważają ją za moralnie niedopuszczalną. Swoje argumenty uzasadniają następująco: *primo* przykazanie *nie zabijaj* (odwołuje się ono do uszanowania i nienaruszalności życia ludzkiego), *secundo* regulacje prawne mogą prowadzić do zniszczenia więzi, wspólnoty i społeczeństwa, ze względu na stan zdrowia i stan posiadania, *tertio* legalizacja eutanazji zaburza zaufanie jakie chory lub/i jego rodzina mają do lekarza prowadzącego (np. pacjent w stanie stadium zaawansowanej choroby nie wie czy lekarz – w porozumieniu z uprawioną przepisami prawnymi osobą trzecią – nie przeprowadzi na nim eutanazji) i czy lekarz przy łóżku pacjenta nie jest „lekarzem”, takim jak Mengele, Shipman, Kevorkian czy Swango. *Quarto* niezwykle trudne, zwłaszcza w dobie gwałtownego rozwoju medycyny, jest ustalenie, czy dana jednostka chorobowa faktycznie nie rokuje żadnych szans wyleczenia; *quinto* zaburzone zostaje rozu-

27 W. der van Burg, *The Slippery Slope Argument*, „Ethics” 1991, T. 102, s. 42.

28 B. Chyrowicz, *Tragizm eutanazji wydaje się większy od dramatu cierpienia, ponieważ „oswaja” zabójstwo*, „Forum Akademickie” 3/2001.

29 B. Chyrowicz, *O sytuacjach bez wyjścia w etyce*, Kraków 2008, s. 89.

30 R. Spaemann, *Granice*, Warszawa 2006, s. 509-516.

31 R. Spaemann, *Osoby: O różnicy między czymś a kimś*, Warszawa 2001, s. 139-140.

32 E. Picker, *Godność człowieka, a życie ludzkie*, Warszawa 2007, s. 31-33, 160.

33 Z najważniejszych można wymienić: Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, Rzym 1995. Pius XII, *Mystici Corporis Christi*, Kielce 1945. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary, *Iura et bona. Deklaracja o eutanazji*, 05.05.1980, [http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbior/t\\_1\\_38.html](http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbior/t_1_38.html), 16.06.2014. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 2009.

mienie terminów współczucie, litość, miłość do bliźniego; *sexto* legalizacja eutanazji może wpłynąć na psychikę chorych, ponieważ mogą oni czuć „presję” otoczenia do zakończenia swojego życia (często nazywanej jako „dobrowolna kara śmierci”) i nieobarczania bliskich swoim cierpieniem i chorobą<sup>34</sup>.

Jak zauważa ks. prof. Tadeusz Ślipko „człowiek ma względem społeczeństwa obowiązki, których wypełnianie przynosi temu społeczeństwu korzyści. Samobójca pozbawia społeczeństwo tych korzyści, działa więc na jego szkodę”<sup>35</sup>. Oprócz obowiązków, o których pisze o. Ślipko, istnieje również swoiste niebezpieczeństwo – jeśli człowiek „zatraci poczucie etycznego statusu osoby ludzkiej, symbolem postępu stanie się technika uśmiercania”<sup>36</sup>.

Kościół Katolicki wielokrotnie wypowiadał się na temat eutanazji, radykalnie się jej sprzeciwiając i wskazując jednocześnie na opiekę paliatywną jako alternatywę prośby o eutanazję. Życie ludzkie jest dobrem chronionym od poczęcia do naturalnej śmierci człowieka. Prawo do życia i jego ochrona jest warunkiem *sine qua non* w katolickiej etyce. Każde inne prawo jest podporządkowane temu jednemu.

Oficjalnie odrzucenie eutanazji przez Kościół nastąpiło w 1940 roku, kiedy to Świątemu Oficjum zadane zostało pytanie: „czy wolno zabijać bezpośrednio z rozkazu władzy państwowej tych, którzy chociaż nie popełnili żadnej winy zasługującej na karę śmierci, to z powodu swych obciążeń fizycznych i psychicznych nie są użyteczni dla narodu”, w odpowiedzi usłyszano, że jest to niezgodne z boskim prawem<sup>37</sup>.

Nie sposób wymienić i omówić wszystkich oficjalnych dokumentów Kościoła, przemówień, listów czy adhortacji. Z konieczności w niniejszym artykule odniesiono się do trzech najważniejszych: Encykliki Jana Pawła II *Evangelium vitae*, Deklaracji Kongregacji Doktryny Wiary *Iura et bona* oraz *Katechizmu Kościoła katolickiego*.

Papież Jan Paweł II w Encyklice *Evangelium vitae* ogłoszonej w 1995 roku stanął na stanowisku, że „eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej”<sup>38</sup>. Eutanazja czy wspomagane samobójstwo nie jest niczym innym jak zabójstwem. Jednocześnie papież podkreślał także, że od eutanazji trzeba odróżnić decyzję o rezygnacji z uporczywej terapii, tj. zabiegów medycznych, które nie są już skuteczne dla chorego, a jednocześnie są dla niego i dla jego bliskich zbyt uciążliwe. Niezwykle gwałtowny postęp medycyny i techniki zaczyna nabierać nowych cech, ponieważ obok możliwości leczenia czy wydłużania życia ludzkiego stwarza się możliwości, które wartościują życie ludzkie. Kres życia, a także cierpienie często z nim związane, stają się nieznośnym ciężarem na tyle uciążliwym, że celowe jest stworzenie możliwości jak najszybszego ich skrócenia.

„Tajemnica losu ludzkiego ujawnia się najbardziej w obliczu śmierci”<sup>39</sup>. obrońcami życia ludzkiego powinni być przede wszystkim chrześcijanie, ponieważ zadaniem Kościoła jest zapewnienie ochrony ludzkiej godności i życia<sup>40</sup> oraz piętnowanie wszystkiego, co tym wartościom zagraża<sup>41</sup>.

Kościół, odrzucając eutanazję, domaga się poszanowania dla ludzkiego istnienia. Życie to najwyższa wartość, w którą nikt nie ma prawa ingerować; litość nie upoważnia do odebrania życia drugiej osobie<sup>42</sup>. Zakaz, o jakim mowa, znalazł się w Deklaracji o eutanazji *Iura et bona* – „nikt ani nic nie może w żaden sposób zezwolić na zadanie śmierci niewinnej istocie ludzkiej, bez względu na to, czy chodzi o płód lub embrion, o dziecko, osobę dorosłą, czy starca, o osobę nieuleczalnie chorą, czy znajdującą się w agonii”<sup>43</sup>. Nikt nie może wyrazić zgody na eutanazję ani bezpośrednio, ani pośrednio, zakaz ten dotyczy zarówno jednostki ludzkiej, jak i władzy ustawodawczej. Nikomu także o taki zabieg prosić nie wolno. Zgodę na zabieg w Deklaracji określono jako przestępstwo przeciwko życiu i zbrodnię przeciwko ludzkości. Zgodnie z dokumentem każda osoba potrzebująca może złagodzić swoje cierpienia stosując leki przeciwbólowe, nawet te o działaniu narkotycznym<sup>44</sup>.

34 A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 192-193.

35 T. Ślipko, *Etyczny problem samobójstwa*, Kraków 2008, s. 122.

36 T. Ślipko, *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, Kraków 2012, s. 329.

37 A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki...*, s. 157.

38 Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, Rzym 1995, (EV 65).

39 Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes*, 18.

40 M. Sadowski, *Uwagi o godności człowieka w nauczaniu społecznym papieża Jana Pawła II*, „Przegląd Uniwersytecki. Pismo Informacyjne Uniwersytetu Wrocławskiego” maj 2005, nr 5 (110), s. 10-12. M. Sadowski, *Godność człowieka i dobro wspólne jako fundament wartości europejskich. Propozycje katolickiej nauki społecznej*, [w:] E. Kozerska, T. Scheffler (red.), *Aksjologiczne i praktyczne aspekty integracji europejskiej*, Wrocław 2007, s. 99-110.

41 Zob. M. Sadowski, *Godność człowieka i dobro wspólne w papieskim nauczaniu społecznym (1878-2005)*, Wrocław 2010.

42 R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Lublin 1984, s. 45.

43 Kongregacja Nauki Wiary, *Iura et bona. Deklaracja o eutanazji*, 05.05.1980, [w:] K. Strzygiel (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tamów 1988, s. 333-339.

44 Jeśli nie ma innych środków, i tylko w określonych sytuacjach gdy zastosowanie środków nie przeszkodzi w wypełnianiu innych obowiązków religijnych i moralnych. Pius XII, Przemówienie do międzynarodowego zgromadzenia lekarzy (24.02.1957): AAS 49 (1957) 147.

Alternatywą dla eutanazji czy wspomaganego samobójstwa powinno być: złagodzenie cierpienia, uśmierzenie bólu, towarzyszenie choremu i wspieranie go. Są to zatem podstawowe zadania jakie towarzyszą opiece hospicyjno-paliatywnej.

*Katechizm Kościoła Katolickiego* stanowi, że zaprzestanie zabiegów medycznych, które równocześnie są terapiami (zabiegami) ryzykownymi, nieprzynoszącymi spodziewanych rezultatów, niewspółmiernymi i kosztownymi, nie jest eutanazją. Jest to odmowa „uporczywej terapii”, ponieważ nie zadaje się choremu śmierci, jedynie nie przeszkadza mu się w nieuniknionym<sup>45</sup>. Eutanazja „stanowi zabójstwo głęboko sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i z poszanowaniem Boga żywego, jej Stwórcy. Błąd w ocenie, w który można popaść w dobrej wierze, nie zmienia natury tego zbrodniczego czynu, który zawsze należy potępić i wykluczyć” (KKK 2277)<sup>46</sup>.

## POLSKIE REGULACJE PRAWNE

W Polsce eutanazję uznaje się za zabójstwo. Prawo w oparciu o Konstytucję zapewnia każdemu człowiekowi prawo do życia<sup>47</sup>. Według Andrzeja Murzynowskiego, profesora i sędziego Sądu Najwyższego, zapis ten nie zezwala organom ustawodawczym na wprowadzanie jakichkolwiek ograniczeń i wyjątków dotyczących praw człowieka do decydowania o kresie własnego życia<sup>48</sup>. Konstytucja w art. 31ust.1 stanowi, że *wolność człowieka podlega ochronie prawnej*, natomiast w art. 38 ustawodawca przyjął, że *„Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”*. Tak ujęty sposób ochrony życia i wolności obywatela wywołał dyskusję i polemiki dotyczące miejsca, w którym znajdują się granice owej wolności. Rozważano, czy ludzie mają możliwość decydowania o momencie zakończenia życia, czy w tym aspekcie wolności tej nie ma. Problem „prawa do umierania” to zagadnienie *sensu stricto* prawnicze, filozoficzne, socjologiczne i teologiczne. Polski system legislacyjny, podobnie jak większość regulacji prawnych na świecie, gwarantuje jednostce prawo do godnej śmierci. Daje to zatem powody do sądenia, że człowiek ma zarówno możliwość decydowania o swoim życiu, jak również o jego zakończeniu. Kwestią sporną staje się w tym momencie fakt interpretacji śmierci, ponieważ część znawców tematu uznaje, że nie jest ona częścią życia i omówione prawo nie daje możliwości decyzji o momencie jej wystąpienia<sup>49</sup>.

W polskim ustawodawstwie karnym uwzględnione zostało zabójstwo na żądanie i pod wpływem współczucia, które nazwane jest eutanazją lub zabójstwem eutanatycznym<sup>50</sup>. Praktyki te są nielegalne i traktowane jako przestępstwo – art.150 w rozdziale XIX kodeksu karnego (dalej k.k.), zatytułowanego „Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu”<sup>51</sup>. Nie można mówić o zabójstwie eutanatycznym wówczas, gdy współczucie wywołane jest cierpieniami psychicznymi człowieka, takimi jak straty materialne, wieloletnie kalectwo, zawód miłosny ani też wtedy, gdy dotyczy innej osoby lub osób niż ofiara. Ustawodawca z dwóch powodów czyn, o którym mowa w art. 150 par. 1, traktuje łagodniej od zwykłego zabójstwa. Po pierwsze, jest to żądanie pozbawienia życia tej osoby przez nią samą, po drugie – występuje współczucie dla niej po stronie sprawcy. Żądanie, o jakim mowa, winno być świadomym, niewątpliwym, bezwarunkowym aktem nieprzymuszonej woli, pochodzącym od poczytalnej osoby dorosłej. Nie może być ono wywołane chwilowym, gwałtownym cierpieniem czy bólem. Ustawodawca nie określa przyczyn żądania ani tego, co może stanowić o powstaniu współczucia. Przepis art. 150 par. 1 k.k. stanowi, że chodzi wyłącznie o ważne powody, związane z ciężkim cierpieniem i beznadziejnością sytuacji, w jakiej człowiek cierpiący się znalazł<sup>52</sup>.

Pomimo że każda osoba dopuszczająca się zabójstwa eutanatycznego podlega karze, sankcja może być złagodzona w przypadku, gdy ofiara prosiła o dokonanie eutanazji oraz gdy sprawca kierował się współczuciem względem ofiary. W takiej sytuacji oba te warunki muszą zostać spełnione łącznie<sup>53</sup>. Ustawodawca w art. 150 par 2 k.k. założył także możliwość odstąpienia od wykonania kary, co mogłoby świadczyć o przesłankach do legalizacji eutanazji, jednakże polskie prawo uznaje życie za najwyższą wartość, o czym stanowią zapisy w Konstytucji i Kodeksie karnym.

Do zabiegów medycznych mogących potencjalnie skrócić życie pacjenta zalicza się m.in. zaprzestanie leczenia, zaniechanie reanimacji (procedura DNR), zaniechanie terapii uporczywej. W dokumencie ustanawiającym etyczne zasady

45 *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, s. 518.

46 Tamże, s. 528.

47 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 02.04.1997, Dz. Ust., nr 78, poz. 483.

48 A. Murzynowski, *Obowiązek ochrony życia pacjenta a prawo człowieka do godnej śmierci*, „Prawo i Medycyna” 1999, s. 95.

49 M. Płachta, *Prawo do umierania? - z problematyki regulacji autonomii jednostki w sprawach śmierci i umierania*, „Państwo i Prawo” 1997, nr 3, s. 54.

50 A. Marek, *Prawo karne – zagadnienia teorii i praktyki*, Warszawa 1997, s. 431.

51 Ustawa z dn. 06.06.1997 Kodeks karny, Dz. Ust. nr 88, poz. 553.

52 Wyrok SA w Łodzi z dn. 6.06.2013, II AKa 118/13, LEX nr 1356556.

53 W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1986, s. 494.

postępowania lekarzy i lekarzy dentyków w Polsce – Kodeksie Etyki Lekarskiej (dalej KEL)<sup>54</sup> – ustanowiono sposoby pomocy chorym znajdującym się w stanach terminalnych. Lekarzom nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa (art. 31 KEL), natomiast art. 32 KEL stanowi jednak, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych, a decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Polskie Towarzystwo Pediatryczne wskazuje, że „zasadniczym kryterium różnicującym odstępianie od terapii uporczywej od eutanazji biernej jest intencja lekarza – intencją lekarza dokonującego eutanazji jest pozbawienie życia pacjenta poprzez zaniechanie procedur medycznych lub zabiegów pielęgnacyjnych, karmienia i nawadniania. Natomiast intencją lekarza odstupiającego od uporczywej terapii – przywrócenie naturalnego procesu umierania wraz z jego łagodzeniem poprzez opiekę paliatywną”<sup>55</sup>.

Z powodu wzrastającego zainteresowania opinii publicznej tematem eutanazji w Polsce zaczęto zastanawiać się nad możliwością jej legalizacji. Wśród władz ustawodawczych głosy są podzielone. W przeciągu ostatnich ok. 10 lat pojawiły się dwie propozycje ustawy, która miałaby w swej mocy legalizację eutanazji. Pierwszy projekt ustawy o dopuszczalności eutanazji w Polsce powstał w 2005 roku, a jego autorką jest profesor Maria Szyszkowska. Według założeń ustawa miałaby pozwalać na eutanazję na życzenie pacjenta ciężko chorego bądź bardzo cierpiącego fizycznie lub psychicznie. „Nie chodzi o momenty załamania, które prowadziłyby do próby samobójstwa. Powodem eutanazji bywa nie tylko cierpienie fizyczne, ale też chora dusza, świadomość człowieka, że kiedyś, w niewiadomym mu momencie, w nieznanych okolicznościach, będzie musiał umrzeć. Nie może pogodzić się z tym nie tylko emocjonalnie, ale też intelektualnie. Dotyczy to małej liczby bardzo wrażliwych ludzi o dużej wyobraźni. Chcą wiedzieć, kiedy to nastąpi i w jakich okolicznościach. Samobójstwa zaś dokonuje się w stanie nierównowagi psychicznej, ogromnego napięcia emocjonalnego” – tłumaczy profesor Szyszkowska w wywiadzie udzielonym „Trybunie” w 2005 r.<sup>56</sup>. Projekt ustawy dokładnie przedstawia warunki w jakich można byłoby dokonać eutanazji. Prawo do jej wykonania miałoby 10 lekarzy o nieposzlakowanej opinii, posiadających certyfikat Ministerstwa Zdrowia. Zabieg eutanatyczny byłby możliwy po złożeniu przez pacjenta odpowiedniego oświadczenia woli (czyli określonego wniosku). Po jego złożeniu osoba chcąca poddać się takiemu zabiegowi miałaby jeszcze 4 tygodnie na przemyślenie swojej decyzji i ewentualną jej zmianę. Kontrolę nad całą procedurą miałaby sprawować powołana do tego celu Krajowa Komisja Kontroli, która badałaby każdy wniosek. W momencie przekroczenia uprawnień przez lekarza zostałaby on poddany procesowi karnemu. Precedensem według Szyszkowskiej jest zatrzymanie nielegalnych praktyk eutanatycznych i tzw. cichych eutanazji, polegających na odłączeniu pacjenta od aparatury. Jak sama przyznała, w wywiadzie dla Trybuny „Przy naszych kłopotach materialnych ze służbą zdrowia obawiam się poważnego problemu – ludzie biedni mogą być odłączani szybciej od aparatów podtrzymujących życie, które dłużej będą pracowały przy tych, których rodziny mogą za to płacić. Przy tej ustawie każde odłączenie podlegałoby uwadze tych wytypowanych lekarzy. Szpitale nie mogłyby już tak sobie kogoś odłączyć i podłączyć kogoś innego”<sup>57</sup>. Swoje poglądy na temat legalizacji eutanazji profesor argumentuje koniecznością umożliwienia każdemu człowiekowi decydowania o własnym życiu i śmierci (wynikającą z przynależności do państwa demokratycznego).

Kolejny projekt ustawy został przygotowany w 2013 r. przez Ruch Poparcia Palikota. Jest to projekt uzupełniający do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – ustawa o tzw. testamencie życia. Po proponowanych zmianach pacjent miałby możliwość złożenia oświadczenia tzw. dyspozycji na przyszłość. Oznacza to, że mógłby wyrazić zgodę lub sprzeciw w sprawie dalszego leczenia bądź przed rozpoczęciem takiego leczenia (lub w jego trakcie). Oświadczenie woli dotyczyłoby także sytuacji, w której osoba taka nie byłaby w stanie podjąć świadomie decyzji (dzięki wprowadzeniu tzw. dyspozycji na przyszłość). Pacjent mógłby ją odwołać zachowaniem, które w sposób wyraźny lub dorozumiany wyraża jego wolę. A więc, jeśli np. byłby sparaliżowany i nie mógłby mówić, mógłby mrugnąć oczami zapytany, czy chce odwołać dyspozycję. W dyspozycji można wskazać osobę, która w razie czego za nas zdecyduje o leczeniu. Takie oświadczenie ważne byłoby przez 5 lat, po tym okresie należałoby złożyć kolejne. Projekt ustawy przewiduje również konieczność powołania Centralnego Rejestru Dyspozycji, w którym rejestrowane byłyby oświadczenia. Dyspozycja na przyszłość, oprócz wspomnianego wcześniej terminu ważności, jest także odwoływalna, czy to na wyraźną prośbę pacjenta, czy też w momencie, gdy widać jest wyraźnie, że pacjent zmienił zdanie, ale nie jest w stanie tego wyrazić. Lekarz, w momen-

54 Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 z późniejszymi zmianami. E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.

55 Polskie Towarzystwo Pediatryczne, *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci, wytyczne dla lekarzy*, Warszawa 2011, s. 41.

56 B. K. Przybylski, *Powstał projekt ustawy o eutanazji*, <http://lewica.pl/?id=2676>, 10.09.2014.

57 Tamże.



cie, gdy pacjent jest w stanie uniemożliwiającym świadome podejmowanie decyzji, zobowiązany byłby do sprawdzenia w Centralnym Rejestrze Dyspozycji, czy wspomniana deklaracja została złożona przez pacjenta. Ruch Palikota odnosi się w swym projekcie do podstawowego znaczenia eutanazji, która postrzegana była jako „dobra śmierć”. Uważa on, że w momencie, gdy pewne jest, że terapia nie działa i pacjent nigdy nie doczeka się poprawy swego stanu, należy dać mu możliwość godnego odejścia i zakończenia cierpień fizycznych i psychicznych związanych z chorobą<sup>58</sup>.

## PODSUMOWANIE

Część społeczeństwa, która uważa, że eutanazja powinna być legalna i dostępna dla wszystkich przytacza następujące argumenty: litość i współczucie dla cierpiącego człowieka; przyrodzone i niezbywalne prawo do wolności; idea „jakości życia”, którą terminalnie chory traci wskutek cierpienia; pojęcie „sensu” i „bezsensu” życia; pragmatyzm (m.in. wysokie koszty opieki nad terminalnie chorymi i wykorzystanie aparatury medycznej w leczeniu chorego, którego zdrowie rokuje poprawę); konieczność prawnego usankcjonowania i uregulowania praktyki eutanazji, a tym samym poddania jej kontroli społecznej<sup>59</sup>.

Przeciwnicy eutanazji wysuwają swoje kontrargumenty. Litość i współczucie nie mogą być podstawą racjonalnych decyzji moralnych, winny natomiast mobilizować do konstruktywnego działania w celu pomocy nieuleczalnie chorym (np. medycyna paliatywna, ruch hospicyjny, rozwój medycyny). Wolność człowieka ma charakter ograniczony, ponieważ nie istnieje bezwzględna autonomia uprawniająca do swobodnego decydowania o własnym życiu, co wynika m.in. ze społecznego charakteru wolności (prawo słabych do opieki). Godność ludzka, jako wartość ontyczna, nie może być utożsamiana z jakością życia, nawet, jeśli jest przez nią ograniczana. Jeden wymiar życia („jakość”) nie może decydować o jego całości (godność). Pragmatyzm i względy ekonomiczne, których utylitarny charakter sprzeciwia się podmiotowości człowieka, nie mogą być podstawą moralnej decyzji dotyczącej życia<sup>60</sup>.

Eutanazja jest wciąż powracającym tematem dzielącym społeczeństwa i środowiska. Problem granic, których przekraczać nie wolno bez względu na to, czy jest się osobą wierzącą, czy nie, wciąż jest pytaniem na czasie, łączy się bowiem z podstawowymi potrzebami, na których wspiera się system wartości: mowa tu o potrzebie bezpieczeństwa, gwarancji poszanowania istoty ludzkiej, jej prawa do samoposiadania i wolności.

Dyskurs pozostaje żywy, bowiem dynamiczny rozwój technologii medycznych wymusza zmienność pojmowania i definiowania pojęć podstawowych, a co za tym idzie – zmienność systemów etycznych, moralności i obyczajowości. Rozwiązania prawne będą tu z konieczności wypadkową osiągniętych kompromisów, wynika to jednak z samej natury problemu i w żaden sposób nie pomniejsza wartości prawnych uporządkowań.

## BIBLIOGRAFIA:

- [1] Alichniewicz A., *Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie*, [w:] Różyńska J., Chańska W. (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013.
- [2] Burg der van W., *The Slippery Slope Argument*, „Ethics” 1991, T. 102.
- [3] Domino O., *Sumienie cenniejsze niż władza: Luksemburg*, „Najwyższy Czas!” 2008, nr 50.
- [4] Fenigsen R., *Eutanazja – śmierć z wyboru?*, Poznań 1997.
- [5] Gadacz T., Milerski B., *Religia Encyklopedia PWN*, T. 3., Warszawa 2001.
- [6] Gardocki L., *Prawo karne*, Warszawa 2006.
- [7] Gay L., *Le législateur apprenti sorcier? Pays-Bas et Belgique face à la fin de vie*, [w:] La fin de vie et l'euthanasie: colloque d'Aix-en-Provence, 30 novembre-1er décembre 2007, Centre de droit de la santé, Bordeaux 2008.
- [8] Gensikowski P., *Eutanazja i wspomagane samobójstwo w Holandii (w obliczu zmian)*, „Prokuratura i Prawo” 2002, nr 4.
- [9] Guillod O., Schmidt A., *Assisted suicide under Swiss law*, „European Journal of Health Law” 2005, nr 12.
- [10] Kane R. A., *Quality of life*, [w:] Breslow L. (red.), *Encyclopaedia of Public Health*, Vol. 3, New York 2002.
- [11] *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994.
- [12] Keown J., *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument Against Legalisation*, Cambridge 2002.
- [13] Lewis P., *Assisted Dying and Legal Change*, Oxford 2007.
- [14] Pius XII, *Mystici Corporis Christi*, Kielce 1945.
- [15] Pius XII, *Przemówienie do międzynarodowego zgromadzenia lekarzy (24 luty 1957): AAS 49 (1957) 147.*
- [16] Płachta M., *Prawo do umierania? - z problematyki regulacji autonomii jednostki w sprawach śmierci i umierania*, „Państwo i Prawo” 1997, nr 3.
- [17] Poklewski-Kozieł K., *Belgijska ustawa o eutanazji i projekt takiej ustawy w parlamencie Francji*, „Prokuratura i Prawo” 2002, nr 7/8.

58 Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz zmianie niektórych ustaw, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/Projekty/7-020-511-2013/\\$file/7-020-511-2013.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/Projekty/7-020-511-2013/$file/7-020-511-2013.pdf), 2.09.2014.

59 T. Gadacz, B. Milerski, *Religia Encyklopedia PWN*, T. 3., Warszawa 2001, s.106.

60 T. Ślipko, *Granice życia*, Kraków 1994, s. 35-37.

- [18] Polskie Towarzystwo Pediatryczne, *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci, wytyczne dla lekarzy*, Warszawa 2011.
- [19] Rietjens J. A. C, van der Maas P. J., Onwuteaka-Philipsen B. D., van Delden J. J. M., van der Heide A., *Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?*, "Bioethical Inquiry" Sep 2009, no. 6(3).
- [20] Sadowski M., *Uwagi o godności człowieka w nauczaniu społecznym papieża Jana Pawła II*, „Przegląd Uniwersytecki, Pismo Informacyjne Uniwersytetu Wrocławskiego” maj 2005, nr 5 (110).
- [21] Sadowski M., *Godność człowieka i dobro wspólne jako fundament wartości europejskich. Propozycje katolickiej nauki społecznej*, [w:] Kozerska E., Scheffler T. (red.), *Aksjologiczne i praktyczne aspekty integracji europejskiej*, Wrocław 2007.
- [22] Sadowski M., *Godność człowieka i dobro wspólne w papieskim nauczaniu społecznym (1878-2005)*, Wrocław 2010.
- [23] Strzygiel K. (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1988.
- [24] Szeroczyńska M., *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium porównawcze*, Kraków 2004.
- [25] Szkotnicki W., Kaczor A., *Eutanazja – aspekty społecznoprawne*, „Prokuratura i Prawo” 1997, nr 2.
- [26] Ślipko T., *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, Kraków 2012.
- [27] Ślipko T., *Etyczny problem samobójstwa*, Kraków 2008.
- [28] Ślipko T., *Granice życia*, Kraków 1994.
- [29] Tarnawski M., *Zabójstwa uprzywilejowane w ujęciu polskiego prawa karnego*, Poznań 1981.
- [30] Tokarczyk R., *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Lublin 1984.

### NETOGRAFIA:

- [31] Charlotte Fitzmaurice Wise wins right to end daughter Nancy's life, <http://www.news.com.au/lifestyle/health/charlotte-fitzmaurice-wise-wins-right-to-end-daughter-nancys-life/story-fneuzlbd-1227103951401>, 31.10.2014.
- [32] Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary, Iura et bona, Deklaracja o eutanazji, (05.05.1980), [http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbior/t\\_1\\_38.html](http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbior/t_1_38.html), 16.06.2014.
- [33] Konstytucja Duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym Gaudium et spes, [http://www.nonpossumus.pl/encykliki/sobor\\_II/gaudium\\_et\\_spes/](http://www.nonpossumus.pl/encykliki/sobor_II/gaudium_et_spes/), 02.08.2014r.
- [34] Onwuteaka-Philipsen B. D. i in., *Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey*, "The Lancet" 2012, [http://press.thelancet.com/netherlands\\_euthanasia.pdf](http://press.thelancet.com/netherlands_euthanasia.pdf), 11.06.2014.
- [35] Przybylski B.K., *Powstał projekt ustawy o eutanazji*, <http://lewica.pl/?id=2676>, 10.09.2014.