

Katolicki Uniwersytet Lubelski
Akademia Medyczna w Lublinie

**Eutanazja a opieka paliatywna
Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne
i prawne**

Komitet Redakcyjny
Adam Biela (przewodniczący)
Bogusław Block
Marzena Gołofit
Lucyna Patyjewicz
Bogusław Siwek
Teresa Widomska-Czekajska
Teresa Wojtulewicz

Redakcja techniczna

Zygmunt Sapuła

Skład komputerowy

Katarzyna Bisak

© Copyright by KUL 1996

ISBN 83-905779-1-7

Wydawcy:
Wydział Nauk Społecznych
Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego
Akademia Medyczna w Lublinie

Wydanie II

Druk i oprawa M-Druk – Poland Lublin, ul. Gospodarcza 29; nakład 1 400 egz.

Aborcja i eutanazja – dramat współczesnej cywilizacji

Współczesna cywilizacja jest słusznie nazwana cywilizacją śmierci, gdyż cechuje ją zastraszająca skala wojen i przemocy, a przede wszystkim brak ochrony życia, zwłaszcza wtedy, gdy jest ono najbardziej zagrożone – u jego początku i końca (por. *Evangelium Vitae*). Więcej niż dwie trzecie populacji świata żyje w krajach, gdzie zalegalizowano prawo do zabijania dzieci nieurodzonych. Natomiast wzrasta obecnie dyskusja nad prawnym zabezpieczeniem możliwości zabijania ludzi, co do których uznaje się, że ich życie nie jest godne dalszego trwania. Już w dwóch krajach takie prawo jest zalegalizowane. Kolejne państwa podejmują próby zmiany mentalności społecznej a w konsekwencji obowiązującego prawa w tym zakresie. W Holandii, w państwie które pierwsze zalegalizowało eutanazję, jej zwolennicy głoszą pogląd, że wszystkie inne kraje są pod względem praw człowieka "Trzecim Światem", skoro nie dopuszczają prawa do tzw. aktywnej lub biernej eutanazji.

1. Wspólne korzenie

Zarówno aborcja jak i eutanazja mają wiele wspólnego. Obie te praktyki służą zabijaniu – prowadzą do zakończenia życia człowieka. Aborcja i eutanazja są zamachem na życie. Dlatego naczelną zasadą ruchów przeciw aborcji oraz przeciw eutanazji jest to, że jest się bezwzględnie (bez wyjątków) za życiem. Dr Leo Alexander zajmujący się analizą zaangażowania świata medycznego w hitlerowski program eutanazji, skomentował krótko przed swoją śmiercią dokonujące się obecnie zmiany w etyce lekarskiej, iż są one „podobne jak w Niemczech w latach 20-tych i 30-tych – zostały usunięte bariery chroniące przed zabijaniem ” (za: Stanton 1985).

Zwolennicy aborcji i eutanazji mają wiele ze sobą wspólnego – często w swoim życiu przechodzili ewolucję od wdrażania w życie

prawa aborcyjnego do podejmowania prób zmierzających do legalizacji eutanazji lub odwrotną drogę, np. Joseph Fletcher, teolog protestancki i jeden z czołowych przedstawicieli etyki sytuacyjnej w dziedzinie medycyny, jest autorem wielu publikacji uzasadniających słuszność aborcji, zwłaszcza dzieci zdiagnozowanych prenatalnie jako defektywne, a jednocześnie jest on członkiem Euthanasia Educational Council. Wielu członków grupy popierającej legislację eutanazji w Anglii, po nieudanych próbach w latach 1950–1960, zajęło się legislacją aborcji w 1967r. (Marx 1975, s.12). Aborcja jest bowiem „eutanazją prenatalną”, „eutanazją płodową”.

Zarówno aborcja jak i eutanazja są zakazane przez największe religie świata. One bowiem przyjmują, że życie ludzkie jest darem Boga, który powołuje człowieka do istnienia. Religia judeochrześcijańska ukazuje Go jako samo Życie. Wynika z tego wielki szacunek dla życia i imperatyw jego ochrony, a nawet postulat nie przeszkadzania powstaniu życia. Dlatego religia chrześcijańska oraz ruchy pro-life nie akceptują antykoncepcji ani sztucznego zapłodnienia, gdyż w tych wypadkach człowiek stawia się w miejsce Boga i decyduje o możliwości powstania życia a nawet je sztucznie wzbudza. Niestety, coraz większy rozwój farmakologii i technik medycznych umożliwia praktyczną realizację koncepcji człowieka, który jest władny wzbudzać życie i unicestwiać je.

Jedną z cech wspólnych zarówno aborcji jak i eutanazji jest brak poszanowania dla życia ludzkiego. Postawa taka wywodzi się przede wszystkim z materialistycznej wizji, ujmującej życie tylko w kategoriach biologicznych bez uwzględnienia jego sfery duchowej i religijnej. Ta wizja życia ludzkiego łączy się z myśleniem o człowieku w kategoriach „horyzontalnych”, tzn. w aspekcie bytowania ziemskiego, bez odniesienia „wertykalnego” ukazującego również pozamaterialne pochodzenie człowieka, nadprzyrodzony cel i sens jego życia, w tym również cierpienia i śmierci.

2. Kwestionowanie statusu człowieka

Celem łatwego usprawiedliwienia zalegalizowanych form zabójstwa człowieka odbiera się niektórym fazom życia – cechy życia ludzkiego lub osobom nie spełniającym określonych warunków – status człowieka. Wprowadza się rozróżnienie między istotą żyjącą (living being) a osobą (person). Nawet jeśli w niektórych państwach, gdzie obowiązuje prawo zezwalające na aborcję, płód traktowany jest

jako istota ludzka, to odmawia się mu praw osoby. Niezależnie od postępu wiedzy o rozwoju fizycznym i psychicznym dziecka przed urodzeniem (Kornas-Biela 1993) depersonalizuje się je lub całkowicie neguje się jego status jako istoty ludzkiej. Pomaga w tym medykalizacja tego okresu życia wyrażająca się m.in. w stosowanej terminologii medycznej, np. „jajo płodowe”, „zarodek”, „płód”. Podobnie w przypadku wielu chorób lub stanów terminalnych odbiera się człowiekowi status osoby i przyznaje się innym ludziom prawo decydowania o życiu. Już hitlerowski program eutanazji zaprzeczał, iż członkom niektórych grup społecznych przysługuje status osoby, dlatego byli oni wyjęci spod prawa chroniącego ich życie. Inaczej mówiąc, jeśli pozbawi się istotę żyjącą statusu człowieka, wtedy usprawiedliwiony jest atak na jego życie, bo prawna ochrona życia dotyczy jedynie osób.

W tym nurcie działań pojawia się również poddawanie pod dyskusję określenia, od kiedy zaczyna się życie ludzkie lub kiedy można uznać kogoś za zmarłego. Granice życia i śmierci są przedmiotem ciągłych debat, co ma sprawić wrażenie, że można je arbitralnie ustalać. Kryteria osobowego początku i końca życia są tak zróżnicowane (np. Gula 1991), że rodzi to poczucie niemożności ustalenia jednolitej definicji życia i śmierci oraz ustalenia „od kiedy i do kiedy – człowiek”.

Depersonalizacji jakiś grup istot ludzkich sprzyja zlaicyzowana koncepcja człowieka, gdyż jest ona związana z preferencją wartości utylitarnych i hedonistycznych, a tym samym z przyjmowaniem w ocenie sensu życia kategorii użyteczności społecznej oraz zdrowia i dobrej kondycji fizycznej. Odrzucony zostaje pogląd o bezwzględnej wartości życia, natomiast przyjmuje się, iż samo życie jest wartością relatywną, o którą warto zabiegać i którą warto chronić, jeśli spełnia określone kryteria – zadowalającego stanu zdrowia, sprawności fizycznej, niezależności osobistej, przydatności społecznej (funkcjonalna definicja osoby). Fakt, że człowiek nie spełnia ważnego kryterium uzasadniającego jego życie, odbiera mu prawo do życia, gdyż „nie jest osobą w pełni tego słowa znaczeniu”, jest „niepełną osobą”, „jest egzemplarzem wybrakowanym”. Program eutanazji wprowadzony przez Hitlera obejmował „niszczenie życia pozbawionego wartości”.

3. Granice praw człowieka

Laicka koncepcja człowieka prowadzi również do tego, iż zostaje on ujmowany jako kreator norm. Głosi się pogląd, że nie ma praw obiektywnych, norm absolutnych, wartości bezwzględnych, prawa naturalnego lecz, że postępowanie człowieka może być oceniane pod względem moralnym jedynie w odniesieniu do sytuacji. Etyka sytuacyjna podkreśla prawo człowieka do własnej oceny moralnej czynów, zrelatywizowanej ze względu na okoliczności zdarzeń („nic nie jest złe dla ciebie, jeśli ty *nie czujesz*, że to jest złe”). Dlatego unicestwienie życia u jego początku lub końca oraz ze względu na istniejącą niepełnosprawność może być uprawiedliwione czynnikami towarzyszącymi decyzji o aborcji lub eutanazji.

Człowiek w tej koncepcji jest ujmowany nie tylko jako prawodawca i kreator norm, ale i podmiot przysługujących mu praw. Zarówno zwolennicy aborcji jak i eutanazji wykorzystują pojęcie „prawa człowieka do...”. W tym kontekście lansuje się poglądy „o prawie człowieka do bycia chcianym”, „o prawie kobiety do decydowania o własnym ciele”, „o prawie do prywatnej decyzji”, „o prawie do posiadania zdrowego dziecka”, „o prawie do godnej śmierci”, „o prawie do bezbolesnej śmierci”. Mówi się wiele o uprawnieniach człowieka, zapominając o tym, że ma również i obowiązki.

W wielu krajach świata obserwuje się ten sam charakterystyczny trend – najpierw odbiera się bezwzględne prawo do życia dzieciom nienarodzonym, potem podważa się zasadność podtrzymywania przy życiu noworodków ciężko chorych i kalekich, aby następnie poddać pod dyskusję sensowność życia, jeśli jest się fizycznie zależnym od innych, nieuleczalnie chorym lub odczuwa się silny i trudny do uśmierzenia ból. Zamach na ochronę życia u jego początku w krótkim czasie prowadzi do zamachu na ochronę końca życia i podważania konieczności jego legalnej ochrony, gdy nie spełnia ono warunków uzasadniających jego sensowność. Williams w książce cieszącej się w swoim czasie wielką popularnością silnie bronił zasadności legalizacji aborcji jak i „humanitarnego dzieciobójstwa” oraz „eutanazji dzieci niepełnosprawnych” (Williams 1957).

Jako milczące założenie często zwolennicy aborcji i eutanazji przyjmują, że jednym z kryteriów oceny życia jako godnego przeżycia jest jego „jakość”. Idea „jakości życia” (quality of life) jest bardzo lansowana i budzi społeczną akceptację, gdyż każdy z nas chce żyć pełnią

życia i żyć w lepszych warunkach. Jednak pod tym hasłem kryje się niebezpieczeństwo przyjmowania pewnych standardów oceny tego, że „są takie życia niewarte przeżycia, jeśli ma się być...” np. niesprawnym, chorym, kalekim lub też dzieckiem nieplanowanym czy niechcianym. Poza tym ocena tego, które życie jest warte przeżycia jest bardzo zindywidualizowana. To co dla jednej osoby jest nieakceptowaną jakością życia, przez drugą osobę może być tolerowane (np. różnicowanie w ocenie tzw. społecznych wskazań do przerwania ciąży, ciężkości schorzenia u dziecka, bólu nie do wytrzymania).

W obu przypadkach – legalizacji aborcji i eutanazji tłumaczy się ich zasadność dobrem człowieka – dla dobra dziecka jest lepiej, aby nie urodziło się skoro było nieplanowane lub matka żyje w trudnych warunkach materialnych, dla osoby chorej lepiej jest, żeby się nie męczyła dalszym życiem. Skracanie życia przez aborcję lub eutanazję usprawiedliwiane jest współczuciem dla drugiej osoby i chęcią ograniczenia jej cierpień. Jeden człowiek uzurpuje więc sobie prawo do decydowania o tym, co jest lepsze dla drugiego – rodzice wiedzą, że lepiej dla poczętego dziecka jest się nie urodzić, dzieci wiedzą, że lepiej starym lub chorym rodzicom jest wcześniej zakończyć życie.

Aborcja i eutanazja opierają się na założeniu, że życzenie drugiego człowieka dotyczące mojego życia uzasadnia moje istnienie a nawet decyduje o moim statusie jako osoby. Jeśli nie jestem chciany u początku lub końca życia ze względu na stan swojego zdrowia, to tracę kondycję osoby i prawo nie chroni mojego życia. Jestem traktowany jako osoba dopóki funkcjonuję w sposób satysfakcjonujący innych. Niechciani mogą być niszczeni.

4. Semantyka akceptująca

Zarówno w przypadku aborcji jak i eutanazji stosowane jest zakamuflowane słownictwo. Nie mówi się o „zabójstwie” lecz o „przerwaniu ciąży”, o „sztucznym poronieniu”, „ekstradycji płodu”, „aborcji”, „przyspieszonym porodzie”, o „wyczyszczeniu macicy”, „przywróceniu miesiączki”, jak też mówi się o „dobrej śmierci”, „eutanazji aktywnej i biernej”, o „środkach pośrednich i bezpośrednich”. Arsenał środków semantycznych jest duży, np. zwolennicy aborcji wprowadzają pojęcie „planowanej ciąży”, „niechcianej ciąży”, „macierzyństwo bez przymusu”, „pokoncepcyjne planowanie rodziny”, „kontrola własnego ciała”, „prawo do własnego brzucha”, „prawo do prywatności”, „prawo do nie urodzenia się”. Natomiast zwolennicy eutanazji

wprowadzają eufemizmy jak np. „prawo do śmierci”, „godna śmierć”, „wybór odpowiedniej chwili”, „towarzyszenie naturze”, „współczujące uwolnienie”.

5. Strategia urabiania postaw

Prowadząc prace nad legalizacją aborcji i eutanazji stosuje się tę samą strategię – rozpoczyna się od „uchylenia drzwi” dla przypadków krańcowych, wyjątkowych, szczególnie dramatycznych, a następnie liberalizuje się prawo, dopuszczając klauzulę „na życzenie”, np. kobiety w ciąży, rodziców noworodka, którego choroba została uznana jako zbyt obciążająca dla nich (por. Marx 1975, s.13). Nie sposób ustrzec się w tym wypadku przed nadużyciami, przed niekontrolowaną eskalacją „trudnych przypadków”. Pozwolenie na zabicie dziecka nienarodzonego wywołuje reakcję łańcuchową bez możliwości postawienia granicy, np. wiekowej (Marx 1975, s.2728).

Istnieje przy tym niebezpieczeństwo, że w miarę obowiązywania prawa do aborcji i eutanazji nastąpi proces coraz szerszej akceptacji dla nich i coraz częstszego korzystania z tych możliwości, np. już około 70% Holendrów oraz 60% Amerykanów akceptuje dostępność aktywnej eutanazji w pewnych okolicznościach (Rice 1990, s.34). Czyżni to jednocześnie członków społeczeństwa mniej tolerancyjnymi wobec osób, które podejmują inną decyzję, np. wobec kobiety decydującej się rodzić siódme dziecko, wobec matki nieletniej odrzucającej propozycję aborcji, wobec rodziców, którzy zdecydowali się na urodzenie dziecka z zespołem Downa pomimo możliwości skorzystania z selektywnej aborcji, wobec osoby nieuleczalnie chorej, której rodzina sprzeciwiła się eutanazji. Istnieje niebezpieczeństwo, że osoby które nie skorzystają z „dobrodziejstw” aborcji i eutanazji zostaną uznane za „same sobie winne” oraz pozbawione nie tylko sympatii ze strony innych i akceptacji dla swojej decyzji, ale również form pomocy. Można spodziewać się braku zainteresowania ze strony służb socjalnych, medycznych, braku wsparcia finansowego i instytucjonalnego dla osób, które „same wybrały swoją trudną sytuację” nie korzystając z aborcji lub eutanazji (por. Shepperdson 1983). Wielu zwolenników „cywilizacji śmierci” wprost mówi o tym, że kontrola urodzeń i końca życia jest konieczna, dlatego w tym zakresie „dobrowolność jest farszą”, „wolność byłaby szaleństwem”, „brak przymusu to śmierć dla nas wszystkich...przymus to nasz ratunek”, „dobrowolność to legalna fikcja” (Marx 1975, s. 23, 25).

Liberalizacja prawa aborcyjnego i eutanazyjnego jest możliwa dzięki kampanii w mass mediach stosującej różne taktyki, jak np. samospełniających się proroctw. Polega ona na podawaniu, np. wyników badań sondażowych, które nie są rzetelne, ale spełniają rolę modelowania poglądów, opinii, postaw (tzn. podaje się takie dane, które wskazują na wysoką aprobatę w społeczeństwie dla planowanych posunięć liberalizujących istniejące prawo). W celu zmiany prawa upowszechnia się również, zwłaszcza wśród wyższych klas społecznych racjonalizacje typu: eksperymentowanie na płodach defektywnych dostarczy wiedzy potrzebnej do ratowania dzieci; pozbawienie życia osób ciężko niepełnosprawnych ratuje budżet państwa; to jest niemoralne rodzić niechciane dziecko; samobójstwo może być najlepszym i najbardziej kontrykcyjnym działaniem; zredukowanie populacji nawet poniżej poziomu zastępowalności pokoleń jest wyrazem troski o nasze dzieci.

6. Status lekarza

Na związek aborcji z eutanazją wskazują również sami lekarze. Obie procedury są między innymi wynikiem nieumiejętności prowadzenia rozmów z pacjentami (z kobietą w ciąży, z człowiekiem chorym) przez lekarzy (por. Kornas-Biela 1992, 1993). Już w 1970 roku w "California Medicine" z 1970 r, które jest oficjalnym pismem California Medical Association wskazano na to, iż w najbliższej przyszłości można oczekiwać wzrostu roli lekarza w decyzjach dotyczących życia i śmierci w takich sytuacjach jak kontrola urodzeń, selekcja w okresie porodowym, kontrola śmierci i selekcja do śmierci, przy czym decyzje te mogą być podejmowane indywidualnie lub zespołowo (tamże, s. 12). Również np. wspomniany wyżej J. Fletcher w artykule opublikowanym w American Journal of Nursing (1973) stwierdził, że byłoby to absurdałne akceptować moralnie zakończenie życia „podczłowieka” przez aborcję a jednocześnie odrzucić prawo do akceptacji możliwości zakończenia życia „podczłowieka” przez eutanazję. Daje on przykład, że „jeżeli jesteśmy moralnie zobowiązani do zakończenia ciąży w przypadku stwierdzenia przez amniocentezę, że płód jest bardzo uszkodzony, to w tym samym stopniu jesteśmy moralnie zobowiązani do zakończenia życia pacjenta beznadziejnie cierpiącego z powodu przerzutów raka do mózgu” (tamże, s.1213). Celem uczynienia lekarzy „sługami śmierci” trzeba zmieniać ich mentalność i morale bardzo powoli, zaczynając od przypadków krańcowych, ale z biegiem czasu, w miarę zaangażowania się w te procedury ich sumie-

nie staje się mniej wrażliwe i zaczyna dopuszczać coraz szersze grupy ludzkie, aż, tak jak to stało się stopniowo w Niemczech, do ludzi ideologicznie lub rasowo niewygodnych. Zaczyna się jednak od ataku na nienarodzonych i nieuleczalnie chorych (por. Alexander 1949). W tym wypadku łatwiej w świadomości lekarzy wzbudzić przekonanie, że ich działanie to nie eksterminacja medyczna, ale rodzaj terapii społecznej. Godząc się na wykonywanie aborcji terapeutycznej zaprzędają sobie na usługi cywilizacji śmierci. Zadawanie śmierci tępi sumienie i czyni ich podatnymi na rozszerzenie ich „letalnej roli” na inne okresy i sytuacje życia.

Obie praktyki zmieniają w świadomości społecznej status lekarza, jako kogoś kto stoi w obronie życia na kogoś, kto może dowolnie decydować o jego trwaniu i bezpośrednio spowodować śmierć. Lekarz jako potencjalny zabójca przestaje budzić szacunek, jego obecność może być niepożądana, wzbudzać lęk i chęć zachowania dystansu. Część lekarzy wprost nawołuje, aby ratować poważanie społeczne dla swojej profesji, poprzez zdeklarowanie się osób do tego typu pracy i wyznaczenie specjalnych miejsc dla usług aborcyjnych i eutanazyjnych, np. analogicznie do działających w USA specjalnych klinik aborcyjnych.

Laicka koncepcja życia, starzenie się społeczeństw oraz epidemia AIDS sprzyja szerzeniu się idei kontroli nad życiem i śmiercią jednostek. Daniel Callahan, współtwórca i dyrektor Hastings Center argumentuje, że wcześniej czy później konieczne będzie przyjęcie kryteriów, komu będzie udostępniana pomoc medyczna i jakiego rodzaju. „Już teraz wydajemy za dużo pieniędzy na jedną grupę wiekową (na ludzi starych), w porównaniu z potrzebami innych grup wiekowych; na różne rodzaje drogich form leczenia wykorzystujących najnowszą technikę medyczną (np. w intensywnej terapii noworodków) zamiast na bardziej podstawowe formy opieki medycznej (np. prenatalnej), na indywidualne zapotrzebowania (np. przeszczep organów) zamiast na ogólnie dostępne formy podniesienia zdrowia publicznego”. Callahan wskazuje przy tym, że inne potrzeby socjalne np. mieszkaniowe, edukacyjne, związane z ochroną środowiska również wymagają wzrostu nakładów finansowych, więc w najbliższej przyszłości musi nastąpić ustalenie standardów, dla kogo i jaka opieka medyczna będzie dostępna. Proponuje on przyjęcie 3 kryteriów – wiekowego (odmowa pomocy medycznej powyżej określonego wieku), wagowego (odmowa interwencji medycznej poniżej określonej wagi noworodka) i rodzaju rokowania (odmowa opieki medycznej lub nawet podtrzymania przy życiu przez sztuczne żywienie, jeśli prognoza nie

jest pomyślna). Callahan proponuje rozpoczęcie w tej kwestii publicznej dyskusji (Rice 1990, s. 3536). O życiu i śmierci decydować więc będzie głos społeczeństwa a nie bezwzględna wartość życia.

7. Niektóre konsekwencje

Poza załamaniem demograficznym i trudnościami ekonomicznego zabezpieczenia bytu ludzi chorych i starych, legalizacja aborcji spowodowała również zerwanie najbardziej pierwotnych więzów – więzi między rodzicami i dziećmi. Jako forma przemocy ma tendencję do powtarzania się w systemie rodzinnym a tym samym społecznym. Przemoc rodzi przemoc. Dynamika życia rodzinnego jest taka, że agresja w rodzinie przechodzi z pokolenia na pokolenie (por. Ney, Peeters 1995). Jeśli rodzice kierują swoją agresję na dzieci, to dzieci wzrastają w atmosferze zalegalizowanej przemocy, dorastając kierują swoją złość na rodziców i czują się zwolnione od obowiązku ochrony ich życia. Atak na życie ludzi starych w postaci eutanazji jest więc odtworzeniem wrogości kierowanej do dzieci wychowywanych w atmosferze „ocalenców z aborcji” (por. tamże). Są one skłonne przyczynić się do śmierci swoich rodziców, ponieważ rodzice odebrali życie ich siostram i braciom. W ludzkiej naturze tkwi bowiem głęboko tendencja, by traktować ludzi w ten sam sposób, w jaki samemu było się traktowanym (Bowlby 1984). Świadomość tych, którzy godzą się na rozwiązania eutanazyjne została ukształtowana przez lata w atmosferze dopuszczalności zabijania nienarodzonych i zwolnienia rodziców od obowiązku troski o życie dzieci. Dorośli, o których jako dzieci troszczyło się społeczeństwo, nie widzą niczego złego w przesunięciu odpowiedzialności za życie ich starych rodziców na to społeczeństwo (Roberts 1990).

Praktyczną konsekwencją szeroko dostępnej antykoncepcji i zalegalizowanej aborcji jest zmniejszenie się liczebności młodego pokolenia, a tym samym trudności w materialnym zabezpieczeniu ludzi starych i niepełnosprawnych, co prowadzi do szerzenia się idei uzasadniających eutanazję. W krajach, które zalegalizowały aborcje mamy bowiem do czynienia nie z eksplozją demograficzną ale z „zimą populacyjną”, np. w najbliższej przyszłości przewiduje się, że w USA mniej niż dwóch pracujących będzie musiało utrzymać jednego emeryta. W społeczeństwach, gdzie rodzina odrzuciła swoją funkcję opiekuńczą wobec osób, które potrzebują różnorodnej pomocy, programy socjalne uzależniające chorych i starych od podatników czynią ich

grupą podatną na zalegalizowanie rozwiązań zmierzających do skrócenia ich życia, gdyż ogołocone z ludzi młodych społeczeństwo nie będzie stać na świadczenie wobec nich pomocy (Roberts 1990).

Można by powiedzieć również, że aborcja i eutanazja są propagowane jako formy radzenia sobie państwa z problemami społecznymi. Mają one pomóc w rozwiązaniu tych problemów, które powstały z powodu błędów w polityce np. podatkowej, rodzinnej, gospodarczej, mieszkaniowej. Aborcja i eutanazja nie poprawia wprawdzie trudnej sytuacji, gdyż nie likwiduje jej przyczyny, ale poprzez usunięcie ciąży wraz z dzieckiem oraz choroby wraz z chorym pozbawia społeczeństwo „osoby problemowej” a tym samym problem staje się niewidoczny.

8. Stowarzyszenia chroniące życie

Praktycznym wyrazem wyczucia związku aborcji z eutanazją są istniejące stowarzyszenia, które wychodząc z założenia, że życie ludzkie jest najwyższą wartością i musi być chronione od poczęcia do naturalnej śmierci, kierują swoje wysiłki przeciw legalizacji obu praktyk, np. w Wielkiej Brytanii: CARE (Christian Action Research & Education), Pro-Lifers for Peace, Feminists for Life and Feminists against Eugenics, Humanae Vitae House, Human Right Society, LIFE, World Federation of Doctors who Respect Human Life.

Bibliografia

- Alexander L., Medical science under dictatorship, *New England Journal of Medicine*, 1949, 39: 44-46.
- Bowlby J., Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *American Journal of Psychoanalysis*, 1984, 44 (1): 9-31.
- Gula J., Problem człowieczeństwa człowieka nie narodzonego. W: W imieniu dziecka poczętego. Pod red. J.W. Galkowski, J. Gula, Rzym – Lublin: Polski Instytut Kultury Chrześcijańskiej w Rzymie, Instytut Jana Pawła II w KUL, 1991, s. 146-159.
- Kornas-Biela D., Potrzeby rodziców po śmierci dziecka w okresie okotoporodowym. W: Z zagadnień psychologii prokreacyjnej. Pod red. E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela. Lublin: Red. Wyd. KUL, 1992, s. 61-75.
- Kornas-Biela D., Wokół początku życia ludzkiego. Warszawa: Nasza Księgarnia, 1993.
- Marx P., *Death Without Dignity. Killing for Mercy*. Collegeville: The Liturgical Press, 1975.
- Ney P.G., Peeters M.A., Głęboko zranieni. Victoria: Pionier. Tłum polskie M. i A. Winkler, 1995.
- Rice Ch., No Exception: A Pro-Life Imperative. Notre Dame, IN: Tyholland Press, 1990.
- Roberts P.C., Next, The regulated life span?. *Washington Times*, 1990, 10. April, p.F3, col. 1.
- Shepperdson B., Abortion and euthanasia of Down's syndrome children – the parents' view. *Journal of Medical Ethics*, 1983, 9: 152-157.
- Stanton J.R., The new Untermenschen. *Human Life Review*, 1985, Fall: 77, 82.
- Williams G., *The Sanctity of Life and Criminal Law*. London: Faber & Faber, 1957.