

Wokół prawa do śmierci

Przejdź do produktu na ksiegarnia.beck.pl

Wprowadzenie

Spśród wszystkich fenomenów w życiu, zjawisko śmierci ma charakter najbardziej uniwersalny, dotyczy bowiem wszystkich żywych istot, a zwłaszcza człowieka, który ze względu na swoją świadomość może w pełni rozpoznać jej znaczenie oraz dostrzec grozę. W obszarze kultury zachodnioeuropejskiej ukształtowały się liczne wzorce, w szczególności w okresie średniowiecza oraz baroku¹. Najczęściej przedstawiana jako szkielet, odziany w długą czarną tunikę, z nieodzownym atrybutem – kosą, którą przecina nić ludzkiego życia. Ten wizerunek utrwaliły nawiedzające Europę zarazy, w głównej mierze dżuma, nazywana czarną śmiercią². Niekiedy śmierć prezentowana jest jako młody, przystojny mężczyzna, grecki bóg – Tanatos³. W tradycji słowiańskiej natomiast śmierć personifikuje Marzanna, bogini zimowego zamierania natury, którą na wiosnę palono i rzucono do wezbranych rzek jako symbol odrodzenia i zwycięstwa życia nad śmiercią i obumieraniem⁴. W utrwalonym w zbiorowej świadomości tańcu ze śmiercią (*danse macabre*) wszyscy muszą wziąć udział – od króla aż po żebraka, bez żadnego wyjątku⁵. Śmierć stanowi czysto biologiczną konsekwencję istnienia, niezależną od indywidualnych cech jednostki, jej zapatrywań, statusu społecznego i majątkowego, osiągnięć. Zgon w ostateczny sposób dokonuje zrównania wszystkich ludzi w ramach ich doczesnej kondycji, w swoim okrucieństwie jest więc jedynym sprawiedliwym mechanizmem.

Śmierć wyznacza bezwzględny kres wszystkich projektów i planów człowieka, jednocześnie dając podstawę do ostatecznego podsumowania, do stworzenia ostatniego, pełnego portretu. Cokolwiek zdecydują się uczynić z dorobkiem zmarłego potomni, zmarły nie ma na to już żadnego wpływu, nawet dalsze ich prowadzenie będzie co najwyżej nawiązaniem, a nie bezpośrednią kontynuacją. Dla człowieka zaakceptowanie tego faktu okazuje się jednak niezwykle trudne. O tyle wygodniej jest za *Horacym* powtarzać „nie wszystek umrę” i ulegać złudzeniu, że wzniesiony przez nas „pomnik ze spiżu”⁶ przetrwa wszystko, a ludzka pamięć będzie wieczna, niezależnie od wszystkich faktów, które temu przeczą. Wystarczy jednak zwrócić uwagę na to, że po człowieku neandertalskim, który żył na terenie trzech kontynentów przez milion lat, który

¹ J. Huizinga, *The Waning*, s. 140; E. DuBruck, B. Gusick, *Death*, s. 377 i n.; M. Vovelle, *Śmierć*, s. 286.

² M. Vovelle, *Śmierć*, s. 105 i n.

³ J. Parandowski, *Mitologia*, 1989, s. 119–120; Z. Kubiak, *Mitologia*, s. 176.

⁴ P. Szczepanik, *Słowiańskie*, s. 102–106.

⁵ J. Huizinga, *The Waning*, s. 145–147; M. Vovelle, *Śmierć*, s. 130–131.

⁶ *Horacy*, *Pieśń III*, 30, s. 103.

czuć, myślał i tworzył, pozostało zaledwie kilka niekompletnych szkieletów i nieco narzędzi. Przepuszczenie, że *Homo sapiens* czeka inna przyszłość, niż nieczułe zapomnienie jego następców, może być uznane za świadectwo nie tyle pychy, co niewiedzy.

Śmierć jest dobitnym wyrazem występowania zjawiska entropii w systemach biologicznych. Utrzymywanie materii w stanie uporządkowanym ma swój koszt, wyrażony w niezbędnej do utrzymania tego stanu energii, koszt ten zawsze trzeba w końcu ponieść, a śmierć jest swoistym rachunkiem za życie⁷.

Zjawisko śmierci wymusza zajęcie jakiegoś stanowiska, nie sposób uwolnić się całkowicie od jej cienia. *Epikur* twierdził, że śmierci się nie doświadcza, ale na tym właśnie zaprzeczeniu zbudował zręby swojej filozofii szczęścia⁸. Koncepcja życia wiecznego i metempsychozy także nie stanowią oryginalnych kategorii, ale skonstruowane zostały jako podważenie istotności fenomenu śmierci. Zwyczaj spopielenia ciała wynika raczej z niezgody na jego rozkład niż z niezależnych idei. Podobnie wiele koncepcji afirmujących życie, począwszy od *carpe diem* *Horacego* wiąże się bezpośrednio ze świadomością śmiertelności człowieka i bezpowrotnego przemijania⁹.

Śmierć stanowiła i nadal stanowi silną inspirację dla twórców, w szczególności sztuki wizualnej. Od masek pośmiertnych, poprzez obrazy i fotografie zmarłych i umierających, aż po rzeźby nagrobne – człowiek zdaje się wciąż poszukiwać nowych sposobów przedstawienia śmierci i rozkładu. Współczesnym, zmiennym przykładem tych poszukiwań jest twórczość malarza *Z. Beksińskiego*¹⁰. Powstają także liczne dzieła filmowe, dotyczące tematyki śmierci, od mniej ambitnych, jak horrory i filmy kryminalne, aż po arcydzieła filozoficznych poszukiwań w rodzaju *Siódmej Pieczęci I. Bergmana*¹¹. Śmierć występuje także w literaturze, chociaż znacznie rzadziej podlega personifikacji. Klasykami przykładami w tym zakresie są *Treny J. Kochanowskiego*¹² czy tomik *Anka W. Broniewskiego*¹³, ale także poezja turpistyczna czy *Kwiaty Zła Ch. Baudelaire'a*¹⁴. Śmierć pozostaje także elementem systemów filozoficznych, niezależnie od tego, czy oparte są na założeniach idealistycznych, czy materialistycznych. Przedstawienie śmierci i rozkładu w sztuce, poza wywoływaniem wstrętu i estetycznego szokowania widza nosi walor etyczny, pokazując karę za złe uczynki, co jest najbardziej widoczne na obrazach ukazujących sąd ostateczny¹⁵. Niezależnie od przyjmowanych postaw życiowych, wiary w jakąś formę życia wiecznego bądź braku tej wiary charakterystyczny jest, obecny we wszystkich epokach i kulturach, lęk człowieka przed śmiercią, tak silnie wyeksponowany przez egzystencjalistów. Źródłem cierpienia człowieka jest samo już

⁷ D. Brooks, E.O. Wiley, *Evolution*, s. 141–171.

⁸ *Epikur z Samos*, List do Menojkeusa.

⁹ *Horacy*, Do Leukonoe, s. 21.

¹⁰ D. Zarymski, *Zdzisław Beksiński*, s. 86.

¹¹ T. Szczepański, *Zwierciadło*, s. 179–180.

¹² J. Kochanowski, *Treny*.

¹³ W. Broniewski, *Wiersze*.

¹⁴ C. Baudelaire, *Kwiaty*.

¹⁵ H. Pfeiffer, *Kaplica Sykstyńska*, s. 253–260; E. Jedlińska, *Przyczynek*.

istnienie, sprzeczność pomiędzy czasem, w którym przyszło mu żyć, a wiecznością¹⁶. Śmierć wymyka się ludzkiemu rozumieniu, nie sposób jej poznać, brakuje bowiem wiarygodnego świadka, który mógłby ją właściwie opisać. Stąd tak silny sprzeciw wobec śmierci, która pozostaje i chyba zawsze będzie pozostawać poza kontrolą człowieka, niezależnie od poziomu rozwoju biomedycyny.

Śmierci nie sposób uniknąć, natomiast próby przedłużania życia budzą kontrowersje i lęk przed wkroczeniem na zakazany teren, przed naruszeniem tabu. Wizerunek rycerza grającego w szachy ze śmiercią stanowi symboliczne świadectwo pragnienia, by przedłużyć swoje życie¹⁷, swoistego targu o dalsze istnienie. Próby zdobycia nieśmiertelności, a nawet aspirowanie do niej, kojarzą się ze świętokradztwem, za co tak surowo ukarany został Syzyf¹⁸. Niemniej, obecnie obserwowany rozwój kloniki świadczy o tym, że człowiek nieodmiennie będzie podejmował starania w tym zakresie, nie licząc się z zagrożeniami i konsekwencjami, motywowany lękiem przed własnym końcem. Wszystkie żywe istoty kierują się dwoma prawami biologicznymi: nakazem zachowania siebie oraz nakazem zachowania gatunku, a w przypadku zagrożenia śmiercią niejednokrotnie kierują się wyłącznie pierwszym z powyższych praw, dając wyraz swojego egoizmu¹⁹.

Podjęcie starań o odsunięcie w czasie indywidualnego kresu stanowi przykład dążenia do uzyskania kontroli nad własnym życiem. Paradoksalnie, do tego samego celu ma prowadzić samobójstwo, umożliwiające człowiekowi zakończenie życia na własnych zasadach, w wybranym przez siebie momencie. Akt samobójstwa budzi silne i niejednoznaczne reakcje etyczne, a jego społeczna ocena pozostaje uwarunkowana historycznie i kulturowo. Obecnie zdaje się dominować tendencja do medykalizacji samobójstwa, a więc uznawania prób samobójczych za objaw chorobowy, niezwiązany ze sferą prywatności i wolności decydowania o sobie²⁰. Samobójstwo nie jest już jednak poddawane karze, a stosowane nie tak dawno jeszcze rozwiązania karne uznaje się za barbarzyństwo²¹. Niemniej, przymusowa hospitalizacja niedoszłych samobójców jak również próby tworzenia specjalnych rejestrów tych osób noszą charakter stygmatyzujący.

Jak wynika z powyższego, wobec zjawiska śmierci ukształtowało się wiele zróżnicowanych postaw i stanowisk, których często nie sposób uzgodnić, wypracowując społeczny bądź choćby tylko naukowy konsensus. Nie oznacza to jednak, że właściwym rozwiązaniem jest pomijanie drażliwych kwestii i zadowolenie z kompromisu opar-

¹⁶ A. Camus, *Mit Syzyfa*, s. 109.

¹⁷ Film *Siódma pieczęć I. Bergmana* powstał jako wynik inspiracji freskiem z kościoła w Täby; por. T. Szczepański, *Zwierciadło*, s. 179.

¹⁸ J. Parandowski, *Mitologia*, 1992, s. 208–209.

¹⁹ A. Brezko, *Podmiotowość*, s. 141.

²⁰ Ł. Starzewski, *Czemu ma służyć rejestr osób, które próbowały popełnić samobójstwo*. Rzecznik pyta Ministra Zdrowia, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-czemu-ma-sluzyc-rejestr-osob-ktore-podjely-probe-samobojcza> (dostęp: 15.7.2023 r.).

²¹ J. Malczewski, *Eutanazja*, s. 114.

tego na przemilczeniu bądź na przyjęciu założeń *a priori*. Poszukiwanie prawdy, także w przedmiocie śmierci nie jest równoznaczne z poszukiwaniem tego, co upragnione²².

W Liście do Menoikeusa *Epikur* napisał, że śmierć nie dotyczy człowieka, ponieważ pojawia się dopiero wtedy, gdy nas już nie ma, znajduje się zatem poza ludzką percepcją. Z tego powodu lęk przed śmiercią ma być nieuzasadniony²³. Podobne wnioski sformułował również *L. Wittgenstein*, pisząc, że „śmierć nie jest zdarzeniem w życiu” oraz „śmierci się nie doznaje”²⁴. Uznając logiczny sens powyższych stwierdzeń, można jednak wyraźnie zauważyć ich niezgodność z intuicją. Źródłem tej niezgodności jest wielowymiarowość zjawiska śmierci i w konsekwencji wieloznaczność terminu, który ją określa. Do wspólnej nazwy sprowadzone zostają trzy wymiary: biologiczny, wewnętrzny (psychologiczny) oraz zewnętrzny, czego konsekwencją staje się nieprecyzyjność dyskursu o śmierci.

Podstawowym, najbardziej oczywistym wymiarem śmierci jest wymiar biologiczny. W tym znaczeniu **śmierć** jest równoznaczna z terminem **zgon**, oznaczając trwałe ustanie podstawowych funkcji życiowych, w szczególności funkcji integrujących mózgu²⁵. Ten wymiar jest jednocześnie jedynym, który można stosunkowo łatwo opisać i wyznaczyć za pomocą precyzyjnych mierników. Przyczynia się to także do powstawania dość dużej liczby publikacji, ujmujących problematykę śmierci właśnie w aspekcie biologicznym bądź biomedycznym. Przyjęcie takiej definicji pozwala zgodzić się z *Epikurem* i *Wittgensteinem* odnośnie do tego, że człowiek nie może doświadczyć własnej śmierci i nie należy się jej obawiać.

W wymiarze wewnętrznym (psychologicznym) śmierć oznacza osobistą reakcję na zjawisko śmierci: w postaci świadomości własnej śmiertelności oraz reakcji na śmierć innych osób, a zwłaszcza tych, z którymi jednostkę łączy więź uczuciowa. Takimi osobami mogą być członkowie rodziny i osoby rzeczywiście bliskie, ale także osoby nieznanne osobiście, ale posiadające społeczną rozpoznawalność, np.: mężowie stanu, sportowcy czy naukowcy. Nie ma przy tym powodu, by żałobę odczuwaną po kimś sławnym unieważniać ze względu na brak rzeczywistej bliskości. Uczucie straty jest równie prawdziwe niezależnie od tego, jakie są jej przyczyny. W tym wymiarze śmierć obejmuje także osobisty stosunek człowieka do własnej śmiertelności, który *M. Heidegger* określił jako życie-ku-śmierci. Autentycznym życiem jest przyjęcie perspektywy śmierci, która jest jedynym pewnym zdarzeniem, podczas gdy wszystkie inne zdarzenia pozostają niepewne²⁶. Śmierć występuje tu jako probierz wszystkich czynków i zarazem etyczna wskazówka, jak należy postępować. Przekonanie, że po śmierci nastąpi sąd ostateczny, niezależnie od tego, czy dokonać ma go bóstwo, czy jedynie potomni, powoduje mobilizację do życia, które można ocenić jako godne. Świadomość własnego przemijania

²² *A. Camus*, *Mit Syzyfa*, s. 98.

²³ *Epikur z Samos*, List do Menoikeusa; *W. Tatarkiewicz*, *Historia*, s. 143.

²⁴ *L. Wittgenstein*, *Tractatus*, s. 81.

²⁵ *M. Nowacka*, *Etyka a transplantacje*, s. 80.

²⁶ *M. Heidegger*, *Bycie*, s. 373–375.

i śmiertelności najpełniej ujawnia się w samym procesie umierania. Charakterystyczna dla psychologicznego wymiaru śmierci jest chęć podejmowania przez człowieka działań, które mają go do niej przygotować. Takie działania przyjmują zróżnicowane formy, od najbardziej przyziemnych, jak prawne uregulowanie spraw majątkowych w testamencie czy instrukcje odnośnie do pochówku, poprzez rozwijanie twórczości, gromadzenie majątku aż do rozwoju osobistego i podejmowania praktyk religijnych. Cechą wyróżniającą tych zachowań jest przyjęcie perspektywy świata bez podmiotu, którą to perspektywę jednostka próbuje w jakiś sposób przekreślić, zaistnieć w nieuchronnym niebycie. Przewyciężenie bądź unieważnienie śmierci stanowi jedną z centralnych koncepcji większości wierzeń religijnych, oferując otuchę i nadzieję tam, gdzie człowiek odczuwa rozpacz i lęk²⁷. Praktyki religijne dają możliwość swoistej komunikacji z zaświatami, chociażby była to komunikacja jednostronna. Zgodnie z niektórymi wierzeniami, kapłan może wywołać ducha zmarłej osoby bądź nawet ją wskrzesić, co powoduje, że granica między życiem a śmiercią ulega rozmyciu²⁸.

Wymiar zewnętrzny (społeczny) śmierci uwzględnia jej publiczny charakter, czego wyrazem są rytuały pogrzebowe i niejednokrotnie wyszukane formy kultu zmarłych. Jest to ujawnienie w przestrzeni zbiorowej indywidualnego, subiektywnego stosunku do śmierci. Patrząc na bryły Piramid, Taj Mahal czy Mauzoleum Lenina na Placu Czerwonym, nie sposób oprzeć się wrażeniu, że człowiek przywiązuje wielką wagę do śmierci i pamięci o sobie. A jednocześnie bez trudu można dostrzec, że te same myśli zaprzętają umysły możliwych tego świata niezależnie od uwarunkowań historycznych czy geograficznych. Przetrwanie śmierci, choćby tylko w postaci pamięci potomnych, staje się celem kształtującym życie doczesne. Wymienione zabytki stanowią wymowne świadectwo, zmuszają niemal do pamięci. Na drugim biegunie znajdują się natomiast stosowane w wielu kulturach praktyki całopalenia, powodujące całkowite zniszczenie ciała zmarłego, symboliczny triumf ducha nad niedoskonałością materii²⁹.

Powyższe, wstępnie opisane wymiary śmierci pozwalają na zbudowanie trzech niezależnych definicji, ale także na prowadzenie trzech niezależnych dyskursów w nauce, z częściowo przynajmniej odrębnymi metodami, problematyką i wnioskami. Punktem wyjścia powinno być zatem przede wszystkim uporządkowanie stosowanej siatki pojęć, w tym definicji śmierci. W przeciwnym razie nie będzie możliwe prowadzenie rzeczywistego dialogu, a jedynie wielu monologów, które nie dają nadziei na porozumienie i odnalezienie konsensusu. Należy przy tym zaznaczyć, że zaproponowany podział nie jest powszechnie przyjmowany. Zdarza się w szczególności określanie sfery ewidentnie wewnętrznej, odnoszącej się do emocji i procesów psychologicznych, zachodzących na skutek czyjejś śmierci terminem **żałoba**, który określa zachowania zewnętrzne, na-

²⁷ W. Bołoz, *Bioetyka*, s. 154.

²⁸ Ewangelia według św. Łukasza 7, 11–17, Biblia, s. 1189; Ewangelia według św. Marka 5, 21–42, Biblia, s. 1164.

²⁹ K. Kościelniak, *Religie*, s. 354–357.

tomiast sferę zewnętrzną określa się jako **pogrzeby**, co wyraźnie ogranicza bogactwo zjawisk mieszczących się w tej sferze³⁰.

W niniejszej pracy uwzględniony został podział modeli udzielania świadczeń zdrowotnych na paternalistyczny oraz partnerski, które należy bliżej przedstawić dla jasności dalszych rozważań dotyczących autonomii jednostki oraz jej granic. We wcześniejszym ukształtowanym modelu paternalistycznym lekarz uznawany jest za eksperta, który podejmuje większość decyzji odnośnie do postępowania medycznego w sposób samodzielny, w najlepszym razie jedynie biorąc pod uwagę oczekiwania pacjenta odnośnie do przebiegu i efektów procesu diagnostycznego i leczniczego³¹. Szczegółowe informowanie pacjenta w przedmiocie diagnozy, rokowania oraz planowanej terapii w omawianym modelu jest zbędne dla skuteczności leczenia, natomiast może wpłynąć na podważenie autorytetu lekarza. Zgodnie z tym ujęciem, pacjentowi nie należy ujawniać informacji dotyczących jego obecnego i przyszłego stanu³², co wyraża także opisany w ustawie (art. 31 ust. 4 *ZawLekU*³³) oraz w *KEL* tzw. przywilej terapeutyczny³⁴. Jedynym podmiotem powołanym do podejmowania decyzji w przedmiocie życia i zdrowia pacjenta jest lekarz, pozostaje on do pewnego stopnia poza normami społecznymi i prawnymi, czego wyrazem jest formułowanie zasad etyki lekarskiej w pewnym oderwaniu od praw pacjenta, wynikających z krajowych oraz międzynarodowych aktów prawnych. Decyzja pacjenta ograniczona jest wyłącznie do poddania się leczeniu bądź zaniechania tego leczenia. Wzajemna relacja pomiędzy pacjentem a lekarzem nosi spionizowany charakter, przypominający relację dziecka z rodzicami. Lekarz niczym dobry ojciec wie, co leży w interesie pacjenta i dba o jego dobro, natomiast pacjent powinien wykonywać zalecenia lekarskie w ramach uznania autorytetu osoby, która góruje nad nim posiadaną wiedzą i umiejętnościami³⁵. Jednocześnie dobro pacjenta ma zabezpieczać profesjonalizm lekarza oraz stanowiący istotę treści tzw. przysięgi Hipokratesa etyczny wymóg, by lekarz działał wyłącznie dla dobra pacjenta³⁶. Tekst przysięgi określa, że podstawowym i nadrzędnym zadaniem lekarza jest działanie dla dobra chorych poprzez udzielanie świadczeń medycznych³⁷, a jego aktywną rolę podkreśla obowiązek działania w celu obrony chorego przed krzywdą³⁸. Rolą lekarza jest zwalczanie choroby, rozumianej jako odstępstwo od biologicznej normy, natomiast pacjent powinien się

³⁰ A. Ostrowska, *Śmierć*, s. 222.

³¹ M. Nowacka, *Autonomia pacjenta*, s. 12–17.

³² J. Różyńska, P. Łuków, *Narodziny*, s. 17.

³³ Ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. *Dz.U.* z 2022 r. poz. 1731 ze zm.).

³⁴ V. Vachev, w: O. Nawrot (red.), *Kodeks*, s. 242–247.

³⁵ J. Różyńska, P. Łuków, *Narodziny*, s. 17.

³⁶ Tekst Przysięgi Hipokratesa.

³⁷ Tamże.

³⁸ „Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy”, tekst Przysięgi Hipokratesa; A.J. Katolo, *Bioetyka*, s. 13; G. Holub, *Osoba*, s. 39.

bez sprzeciwu poddawać wszelkim działaniom, zmierzającym do tego celu. Pacjent jest nosicielem choroby, do której przewyciężenia powołany jest lekarz. Model paternalistyczny nie obejmuje natomiast subiektywnego stosunku pacjenta do własnego zdrowia, jego tożsamości w kontekście konkretnej sytuacji zdrowotnej³⁹.

Zasadnicze zastrzeżenie wobec modelu paternalistycznego dotyczy wymogu działania przez lekarza dla dobra chorego. Powyższa klauzula nie została zdefiniowana, co powoduje, że może dochodzić do konfliktu pomiędzy tym, co stanowi dobro chorego w rozumieniu lekarza oraz tym, co to oznacza w konkretnym przypadku dla pacjenta. Sprzeciw pacjenta wobec decyzji lekarza w modelu paternalistycznym nie jest traktowany jako wyraz własnego, indywidualnego podejścia pacjenta do określonej sytuacji, ale jako niezrozumienie, co jest dla niego dobre. Dodatkowo, pacjent nie posiada żadnej ochrony, w przypadku gdy lekarz naruszy przysięgę bądź popełni błąd, ponieważ jedynym zabezpieczeniem praw pacjenta jest wyłącznie sam lekarz i jego etyczna postawa. Jedną z konsekwencji przyjęcia modelu paternalistycznego jest zwolnienie pacjenta z odpowiedzialności moralnej za podejmowane decyzje, ponieważ wszystkie istotne kwestie zależą od lekarza. Pacjent nie może i zarazem nie musi podejmować decyzji także w obliczu końca swojego życia: o jego skróceniu bądź dalszym trwaniu.

Model paternalistyczny w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat podlegał stopniowej eliminacji jako nieprzystający do rzeczywistości opartej na podmiotowości jednostki, natomiast jego przejawy poddawane są surowej nieraz krytyce⁴⁰. Niemniej, w polskich warunkach relikty paternalizmu nadal funkcjonują w świadomości niektórych przedstawicieli środowiska lekarskiego, a nawet w aktach prawnych (art. 13 KEL⁴¹, art. 31 ust. 4 *ZawLekU*).

W opozycji do opisanego modelu paternalistycznego ukształtował się wzorzec partnerski. Jednym z istotnych bodźców jego powstania stało się upowszechnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych, na podstawie zorganizowanej przez państwo struktury, określanej jako służba zdrowia. Wypracowane zostały dwie metody jej finansowania: bezpośrednio z podatków bądź poprzez system obowiązkowych ubezpieczeń, noszących charakter *quasi*-podatkowy (przyjęty w krajach europejskich) oraz poprzez dobrowolne ubezpieczenia z pewnym tylko wsparciem, udzielanym z budżetu państwa (USA)⁴². Jednocześnie relacja pomiędzy lekarzem i pacjentem uległa skomplikowaniu, uwzględniając udział państwa, ubezpieczyciela oraz zakładów opieki zdrowotnej. Podmioty te podjęły się organizacji dostępu do świadczeń zdrowotnych, pośrednio wpły-

³⁹ J. Różyńska, P. Łuków, *Narodziny*, s. 23.

⁴⁰ Por. L. Kubicki, Ogólnopolska konferencja: „Model paternalistyczny w medycynie często kojarzy się z dominacją, autorytaryzmem, arbitralnością, manipulowaniem pacjentem, okłamywaniem go, ukrywaniem prawdy i oszukiwaniem (np. stosowanie metod pseudolecznicznych z sugestią...). (...) Działania paternalistyczne są poza przypadkami wyjątkowymi – bezprawne, nieetyczne, świadczą o niedostatku kultury i profesjonalizmu”; W. Gajewski, *Z problematyki*.

⁴¹ https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (dostęp: 17.7.2023 r.).

⁴² J. Różyńska, P. Łuków, *Narodziny*, s. 27.

wajac na regulację sposobu wykonywania zawodu przez lekarzy. Istotny udział w formowaniu regulacji miał powojenny renesans praw człowieka, wynikający m.in. z ujawnienia zbrodniczych działań lekarzy w Państwach Osi⁴³.

Podstawowym założeniem nowego modelu stało się oparcie relacji między lekarzem a pacjentem na zaufaniu. Pacjent stał się podmiotem, od którego woli i decyzji zależy przebieg diagnostyki oraz terapii. Rolą lekarza jest natomiast wskazywanie proponowanych rozwiązań oraz udzielanie informacji odnośnie do celu, przebiegu oraz ewentualnych skutków ubocznych, co pozwala na podjęcie przez pacjenta decyzji i wyrażenie świadomej zgody (ang. *informed consent*)⁴⁴. Tak wyrażoną zgodą, realizującą prawo pacjenta do autonomii, lekarz jest związany. W modelu partnerskim dobro chorego nie jest już traktowane wyłącznie jako uzasadnienie arbitralnej decyzji lekarza, ale zostaje ustalone w ramach dialogu, powadzonego przez pacjenta i lekarza. Definicja choroby również uwzględnia indywidualny stosunek pacjenta do własnego organizmu, a nie opiera się wyłącznie na biologiczno-statystycznej normie. Samostanowienie pacjenta doznaje ograniczeń dopiero w przypadku sprzeczności jego woli ze wskazaniami medycznymi, zasadami etyki lekarskiej, normami prawnymi bądź zestawem dostępnych świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej. W takich przypadkach może dochodzić do odmowy udzielenia przez lekarza określonego świadczenia bądź wyłącznie w ściśle określonych przypadkach, do udzielenia świadczenia wbrew sprzeciwowi pacjenta.

Z drugiej strony występują sytuacje, w których pacjent nie może wyrazić świadomej zgody z powodu swoich podmiotowych, wewnętrznych ograniczeń (głównie wynikających z niepełnoletności lub stanu zdrowia). Model partnerski nie jest wystarczający do rozstrzygnięcia powyższych wątpliwości, co powoduje, że część autorów skłania się do akceptacji stosowania modelu paternalistycznego jako uprawnionego i moralnie usprawiedliwionego wyjątku⁴⁵. Wypracowana została także oryginalna metoda osądu zastępczego, polegająca na ustaleniu woli pacjenta na podstawie przesłanek odnoszących się do jego zachowań, wyrażających przyjmowaną hierarchię wartości, poglądy i oczekiwania (osąd zastępczy oparty na przesłankach subiektywnych), a jeśli nie jest to w konkretnym przypadku możliwe – wykorzystując wzorzec racjonalnej osoby (osąd zastępczy oparty na przesłankach obiektywnych, określane również jako model najlepszego interesu)⁴⁶. Osądem zastępczym kieruje się przede wszystkim pełnomocnik do spraw zdrowotnych (ang. *durable power of attorney for healthcare*), o ile pacjent posiadał wcześniej zdolność do czynności prawnych i ustanowił takiego pełnomocnika w sposób zgodny z przepisami. Za uzasadnione należy uznać wykorzystywanie elemen-

⁴³ W. Bołoz, *Bioetyka*, s. 90–91; L. Hubert, H. Wainer, *A Statistical*, s. 423.

⁴⁴ M. Czarkowski, *Zasady*, s. 438; J. Vollmann, R. Winau, *Informed consent*, s. 1445–1449.

⁴⁵ W. Gajewski, *Z problematyki*.

⁴⁶ W wygłoszonej w 1910 r. przemowie do absolwentów Rush Medical College, W. Mayo powiedział, że najlepszy interes pacjenta jest jedynym interesem, który należy brać pod uwagę, C. Dykes i in., *Change Management*, s. 372–379.

tów osądu zastępczego także przez personel medyczny⁴⁷ w każdym przypadku, gdy nie jest możliwe uzyskanie jego zgody ze względu na stan zdrowia (najczęściej: brak przytomności), a konieczne jest niezwłoczne podjęcie działania. Stosowanie osądu zastępczego nie będzie dopuszczalne, jeśli pacjent posiadał wcześniej zdolność do czynności prawnych i wyraził swoją wolę w postaci warunkowego oświadczenia zdrowotnego⁴⁸ w sposób prawidłowy, czyli wyraźny i niebudzący jakichkolwiek wątpliwości⁴⁹. W takich przypadkach wola pacjenta jest wiążąca dla lekarza, o ile dotyczy konkretnej sytuacji zdrowotnej i została poprzedzona udzieleniem stosownej informacji o skutkach decyzji przed jej wyrażeniem.

Wyłącznie w modelu partnerskim możliwa jest pełna realizacja podmiotowości pacjenta, który może podejmować decyzje w swoich najbardziej intymnych, a zarazem istotnych sprawach. Powyższe powoduje, że model paternalistyczny nie może być zaakceptowany w demokratycznym państwie, które urzeczywistnia prawa człowieka, w szczególności prawo do decydowania o sobie. Niemniej, pewne elementy lekarskiego paternalizmu w dalszym ciągu funkcjonują, również w Polsce. Obszarem, w którym paternalizm jest szczególnie dojmujący, jest opieka nad pacjentami w stanach terminalnych⁵⁰. W tym obszarze może dochodzić do konfliktu pomiędzy wolą umierającego pacjenta z jednej strony a opiniami lekarza oraz normami prawnymi z drugiej.

Czym jest stanowiące przedmiot niniejszej monografii prawo do śmierci, jaka jest jego treściowa zawartość? Czy zamyka się wyłącznie w dekryminalizacji aktu samobójczego, czy też zawiera inne elementy? Jak już wspomniano, śmierć jako zjawisko uniwersalne jest stale obecne w szeroko rozumianej kulturze oraz indywidualnej świadomości. Równie silne wydają się dążenia do wyparcia tej perspektywy, także wśród tych osób, które deklarują wiarę w życie pozagrobowe. W konsekwencji etyczny oraz prawny namysł nad zjawiskiem śmierci i prawem do śmierci wydaje się niedostatecznie pogłębiany. Prawo do śmierci nie stanowi wyłącznie konstruktu teoretycznego, oderwanego od rzeczywistych ludzkich uwarunkowań, występujących ze szczególną intensywnością w stanie terminalnym. Zarówno możliwość przedłużania, jak i skracania życia pacjentów wbrew ich woli albo najlepiej pojętemu interesowi, stanowią realne zagrożenia, istniejące niezależnie od tego, czy znajdują się w centrum zainteresowania nauki bądź opinii społecznej. Jednocześnie prawo do kształtowania swojego życia według własnych zasad, będące istotą prawa do prywatności i godności człowieka doznaje prak-

⁴⁷ Na tym etapie wypada uczynić uwagę terminologiczną. Opiekę nad pacjentem pełni obecnie nie tylko lekarz, ale także zespół wyspecjalizowanych pracowników służby zdrowia, w szczególności pielęgniarek, położnych i techników. Z tych powodów uzasadnione jest stosowanie terminu „personel medyczny” dla określenia osób, które w ramach prowadzonej działalności zawodowej sprawują opiekę nad pacjentem i biorą udział w udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych, a w perspektywie niniejszej pracy mogą realizować bądź odmawiać realizacji prawa pacjenta do śmierci.

⁴⁸ Por. P. Szudejko, *Problematyka*.

⁴⁹ Post. SN z 27.10.2005 r., III CK 155/05, *Legalis*; wyr. SN z 21.12.1971 r., II CR 481/71, *Legalis*.

⁵⁰ A. Zoll, *Zaniechanie*, s. 36.

tycznych ograniczeń w obliczu zbliżającej się śmierci. Pacjenci w stanie terminalnym mogą być zbyt słabi, by popełnić samobójstwo lub poprosić personel medyczny o zastosowanie środków, które zmniejszając cierpienie, przyspieszają nieuchronny koniec. Techniki medyczne, pierwotnie mające służyć do ratowania życia, stosowane są także wobec osób w stanie terminalnym. Jak wynika z analizy pojawiających się przypadków granicznych, nierzadko dzieje się tak bez należytego etycznego namysłu, często wbrew wskazaniom medycznym i woli pacjenta⁵¹, co może jedynie przedłużać agonię i zwiększać cierpienie umierającego oraz jego rodziny⁵². W krajach, w których dominują religie chrześcijańskie, w szczególności katolicyzm, takie działania przedstawia się jako walkę o życie pacjenta i ochronę jego godności, rozumianej w ujęciu kantowskim⁵³. Groteskowym przykładem zaangażowania najwyższych władz Polski stała się sprawa polskiego pacjenta, który przebywał w klinice w Plymouth w Zjednoczonym Królestwie⁵⁴. Pacjent ten znajdował się w stanie wegetatywnym po przebytym rozległym zawale serca i trwającym 45 min. zatrzymaniu krążenia, nie mając jakichkolwiek szans na wybudzenie, natomiast jego ciało funkcjonowało jedynie dzięki sztucznej wentylacji płuc. Co istotne, najbliższe osoby pacjenta: żona i córka wyraziły wolę, żeby wyłączyć aparaturę podtrzymującą przy życiu, zgodę na to wydał również sąd Zjednoczonego Królestwa. Nie istniał więc żaden argument dla dalszego podtrzymywania życia pacjenta, którego mózg już nie pracował. Pojawiały się jednak postulaty, zarówno ze strony celebrytów, jak i przedstawicieli zawodów medycznych, że należy tego pacjenta **ratować od eutanazji**⁵⁵. Wydano nawet dokumenty dyplomatyczne, żeby sprowadzić go do Polski i **kontynuować terapię**⁵⁶.

Przeciwstawianie prawa do śmierci prawu do życia nie wydaje się właściwe. Przede wszystkim nie istnieje jakikolwiek argument przemawiający za tym, by prawo stawało się w określonych sytuacjach obowiązkiem, jak postulują zwolennicy bezwzględnie ujmowanego prawa do życia⁵⁷. Taka teza wypacza sens koncepcji praw, z których jed-

⁵¹ Respiratory wykorzystywane są głównie w anestezjologii do przeprowadzania zabiegów operacyjnych głęboko ingerujących w organizm, np. torakochirurgicznych, por. *R. Miller*, *Anestezjologia*, s. 495; *R. Morison*, *Dying*, *Scientific American* 1973, t. 229, Nr 3, s. 55.

⁵² *M. Szeroczyńska*, *Prawo do godnego umierania*, s. 127.

⁵³ *J. Malczewski*, *Eutanazja*, s. 90–91; *A. Alichniewicz*, *Eutanazja a etyczne podstawy*, s. 160.

⁵⁴ *W. Tomaszewska*, *Ewa Błaszczuk grzmi po śmierci Polaka w Plymouth. „To po prostu bierna eutanazja”*, <https://natemat.pl/335985,ewa-blaszczuk-o-smierci-polaka-w-anglii-to-prostu-bierna-eutanazja> (dostęp: 16.7.2023 r.).

⁵⁵ Polski minister interweniuje, strona brytyjska milczy w sprawie pacjenta z Plymouth, <https://pch24.pl/polski-minister-interweniuje-strona-brytyjska-milczy-w-sprawie-pacjenta-z-plymouth> (dostęp: 16.7.2023 r.).

⁵⁶ Sprawa Polaka w Plymouth. Brytyjski szpital wydał oświadczenie, <https://www.tvp.info/51930226/sprawa-polaka-w-plymouth-brytyjski-szpital-wydal-oswiadczenie-tvp-info> (dostęp: 16.7.2023 r.).

⁵⁷ *T. Ślipko*, *Za czy przeciw*, s. 94; *M. Safjan*, *Eutanazja*, s. 255–256; *J. Keown*, *Euthanasia*, s. 53–55; *W. Boloż*, *Bioetyka*, s. 149, 214; *J. Ratzinger*, *Bioetyka*, s. 20; *A. Brečko*, *Podmiotowość*, s. 145; *J. Montgomery*, *Godność*, s. 67.

nostka może, ale nie musi korzystać. Ponadto, co wydaje się niewystarczająco pogłębione w literaturze i w orzecznictwie, w Konstytucji RP nie zostało zapisane prawo do życia, a jedynie prawo do ochrony życia (art. 38 Konstytucji RP⁵⁸), co zresztą znajduje potwierdzenie w art. 233 ust. 1 Konstytucji RP, w którym treść art. 38 Konstytucji RP określona została jako ochrona życia, nie zaś prawo do życia. Założenie racjonalizmu ustawodawcy nakazuje przyjąć, że te dwa prawa nie są tożsame, a ich wzajemna relacja nie jest oczywista i wymaga przeprowadzenia szczegółowych analiz. Jednocześnie w polskiej literaturze przedmiotu odwołuje się częściej do prawa do życia, nie zaś do prawa do jego ochrony, co utrudnia precyzyjne prowadzenie wywodów. Niezbędne było przyjęcie założenia, by prezentując powyższe poglądy, nie dokonywać korekty sformułowania **prawo do życia** na **prawo do ochrony życia**.

Występowanie omówionych kontrowersji prowadzi do wniosku, że rozważania nad prawem do śmierci są potrzebne, niezależnie od tego, czy prawo to ma obecnie szansę na uzyskanie powszechnej akceptacji społecznej lub wśród przedstawicieli doktryny. W pracy podjęto próbę przekrojowego ujęcia tematu, z uwzględnieniem aspektów: biologicznego, psychologicznego, socjologicznego (kulturowego), etycznego oraz normatywnego. Podjęta została próba udzielenia odpowiedzi na pytania o treściowy zakres prawa do śmierci.

Śmierć funkcjonuje w ludzkiej świadomości od bardzo dawna, stanowiąc istotny element już najstarszych mitów (*Ozyrys, Syzyf*). Ku śmierci kieruje sztuka, religia i filozofia, człowiek może funkcjonować w życiu-ku-śmierci *M. Heideggera* bądź w jej zaprzeczeniu, wywodzonym z pism *Epikura*. Poza samym istnieniem, śmierć jest jednym z najważniejszych fenomenów, z którymi człowiekowi przychodzi się zetknąć. W pracy przekrojowej, mającej w swoim tytule śmierć, nietrudno uniknąć wąskiego, fragmentarycznego ujęcia, które jest do pewnego stopnia wymuszone rozległością tematyki. Niezbędne stało się przyjęcie takiego zakresu rozważań, który umożliwi realizację głównego ich celu, a mianowicie prezentacji postulatu istnienia podmiotowego prawa do śmierci. Z tych powodów zaprezentowane omówienia zjawiska śmierci z perspektyw biologicznej, psychologicznej i socjologicznej należy traktować jako wyłącznie podbudowę do analiz prawnych, przedstawionych w dalszej części pracy.

Jednym z podstawowych sposobów rozwiązywania problemów bioetycznych jest konstruowanie norm prawnych, określających prawa i obowiązki podmiotów, występujących w procesie badawczym i leczniczym: pacjentów, lekarzy, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, naukowców itp. Działaniem tym towarzyszą wysiłki oddolnego uregulowania najważniejszych kwestii dla życia i zdrowia człowieka, podejmowane np. przez zrzeszające lekarzy korporacje zawodowe i stowarzyszenia, jak również przez organizacje międzynarodowe. Akty prawne w omawianym zakresie realizują trzy zasadnicze funkcje: regulacyjną, moderacyjną oraz edukacyjną. W ramach pierwszej funkcji wyznaczany jest sposób i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia badań naukowych, z udziałem ludzi. Druga i trzecia funkcja polegają na-

⁵⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.4.1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

tomiast odpowiednio na budowie wiedzy w społeczeństwie o zjawiskach bioetycznych oraz na tworzeniu konsensusu wokół proponowanych rozwiązań normatywnych.

Nie wydaje się natomiast, żeby prawo było najdoskonalszym narzędziem łagodzenia społecznych konfliktów, ponieważ jego wpływ na kształtowanie postaw jest w krótkiej perspektywie czasu niewielki. Prawo reguluje jedynie zachowania, a więc działania człowieka w przestrzeni zewnętrznej, nie odnosząc się do jego światopoglądu, przekonań i myśli, na które nie ma i nie powinno mieć wpływu. Niemniej, pomimo swoich ograniczeń pozostaje głównym narzędziem, którym dysponuje aparat państwowy. Nie ulega wątpliwości, że kwestie bioetyczne budzą i będą dalej budziły kontrowersje, których nie można rozstrzygnąć ostatecznie, a więc w sposób, który będzie odpowiadał wszystkim wyznaniom, poglądom czy postulatom. W tych warunkach zadaniem państwa jest podejmowanie prób stanowienia prawa neutralnego aksjologicznie bądź, jeśli nie jest to możliwe, prawa opartego na minimalnym etycznym konsensusie. W warunkach polskiego systemu prawnego ten minimalny konsensus wyznacza treść Preambuły do Konstytucji RP, wprowadzający neutralność światopoglądową państwa i równość praw i obowiązków osób wyznających wiarę w Boga oraz tych, którzy tej wiary nie podzielają (Preambuła do Konstytucji RP)⁵⁹. W tych ramach powinna mieścić się całość działalności ustawodawczej państwa. Nie oznacza to jednak, że wobec istotnych problemów społecznych i narastającego konfliktu państwo może pozwolić sobie na zachowanie milczenia. Przeciwnie, powinno przedstawiać rozwiązania normatywne zgodne z podstawami aksjologicznymi ustroju i budować wokół tych rozwiązań społeczny kompromis poprzez działania edukacyjne. Omówiony powyżej model działania państwa stanowić będzie podstawę do prezentowanych w pracy ocen wprowadzonych w polskim porządku prawnym przepisów bądź też zidentyfikowanych obszarów braku regulacji.

W polskiej bioetyce problematyka śmierci nie jest zbyt często podejmowana. Stanowi najczęściej element szerszych rozważań nad całością ludzkiego życia w kontekście bioetycznym, jak w przekrojowych pracach *R. Tokarczyka*⁶⁰ czy *A. Breczko*⁶¹. Spośród przedstawicieli bioetyki uwzględniającej perspektywę transcendentálną wyróżniają się natomiast prace *T. Ślipko*⁶². Samej tanatologii natomiast poświęcone zostały monografie *J. Malczewskiego*⁶³ oraz *M. Szeroczyńskiej*⁶⁴. Na uwagę zasługuje także praca *A. Ostrowskiej*⁶⁵, w której dokonano oglądu zjawiska śmierci w ujęciu filozoficznym i socjologicznym. Brak jest natomiast dotychczas w polskiej nauce monografii, które

⁵⁹ O. Nawrot, *Nienarodzony*, s. 298.

⁶⁰ R. Tokarczyk, *Prawa*, 2012.

⁶¹ A. Breczko, *Podmiotowość*.

⁶² T. Ślipko, *Etyczny; tenże*, *Bioetyka*.

⁶³ J. Malczewski, *Eutanazja*.

⁶⁴ M. Szeroczyńska, *Eutanazja*.

⁶⁵ A. Ostrowska, *Śmierć*.

poruszałyby problematykę śmierci w ujęciu przekrojowym, uwzględniając także stanowiska biologiczne oraz rozważania prawne.

Zasadniczą metodą zastosowaną w pierwszej części pracy jest metoda etyki normatywnej, z elementami rozważań metaetycznych. Przedstawiane są konkretne zagadnienia związane z końcem życia człowieka oraz zasadnicze stanowiska etyczne, formułowane względem tych zjawisk. W bioetyce można wyraźnie wskazać dwa nurty: idealistyczny, który uwzględnia perspektywę transcendentálną, oraz materialistyczny, który taką perspektywę mniej lub bardziej wyraźnie neguje⁶⁶. Narzędziem, które wykorzystywane jest w pierwszym z powyższych nurtów jest głównie personalizm chrześcijański, stworzony przez *I. Kanta*. W pracy prezentowane są poglądy wyrażane przez przedstawicieli obu powyższych grup, przyjmując założenie, że nawet błędne tezy czy nieuzasadnione zastrzeżenia mogą posłużyć do lepszego zabezpieczenia praw człowieka przy tworzeniu przepisów prawnych. Powyższy ogląd stanowi punkt wyjścia do prób krytycznej analizy. Nierzadko nie można sformułować jednoznacznej oceny moralnej problemów bioetycznych, a każdy przypadek musi być oceniany indywidualnie, kazuistycznie, z uwzględnieniem wszystkich towarzyszących mu okoliczności, w tym subiektywnych. Powyższa konstatacja powoduje jednak, że tym trudniejsze jest zaproponowanie rozwiązań prawnych, opartych na przyjmowanej w danym państwie aksjologii. Rozwiązania prawne powinny więc uwzględniać indywidualne potrzeby jednostki, jak również cechować się elastycznością, opierając się w pewnym zakresie na klauzulach generalnych. Jak zauważył *T. Pietrzykowski*, zdefiniowanie pojęć etyki i moralności (a w konsekwencji ich wyraźne rozróżnienie) wydaje się zadaniem trudnym, jeśli nie wręcz beznadziejnym⁶⁷. Dodatkowo nie wydaje się, by było to niezbędne do przeprowadzenia podjętych w niniejszej monografii rozważań. Z tych powodów stosowane będą oba powyższe terminy, przy uwzględnieniu założenia, że ich znaczenie jest zbliżone.

W zakresie przedstawionych w drugiej części pracy rozważań nad rozwiązaniami prawnymi, dotyczącymi śmierci człowieka i prawa do śmierci dominuje metoda dogmatyczna. Stosowane są klasyczne wnioski prawnicze, zmierzające do ustalenia treści obowiązujących norm oraz do rozstrzygnięcia powstających wątpliwości, stwierdzonych sprzeczności oraz luk. Wobec braku rozwiązań ustawodawczych niezbędne stało się sięganie do *analogii legis* oraz *iuris*. Zawarte w pracy odniesienia do przepisów prawnych zakorzenione są w głównej mierze w polskim porządku prawnym, stąd kwestie zawarte w rozdziałach IV–VIII omawiane są najczęściej w lokalnej perspektywie.

W ramach analiz rozwiązań ustawodawczych przyjmowanych w porządkach prawnych innych państw podjęte natomiast zostały próby modelowania prawnego, a więc sformułowania ogólnych sposobów regulacji społecznych zjawisk, odnoszących się do śmierci człowieka. Przedstawione rozważania w dużej mierze ograniczają się do analiz *de lege lata*, a więc rozważań nad prawem istniejącym jako obiektywny fakt. Zrekonstruowane normy poddawane są analizie w kontekście wcześniej przedstawionych

⁶⁶ *J. Stelmach*, Między Erosem, s. 28 i n.; *A. Breczko*, Podmiotowość, s. 35.

⁶⁷ *T. Pietrzykowski*, Etyczne, s. 25.

etycznych sądów w ramach próby holistycznego spojrzenia na istotę problemu, którą jest śmierć człowieka w kontekście społecznym.

W końcowej części pracy ujęte zostały rozważania *de lege ferenda*, a więc propozycje konkretnych rozwiązań ustawodawczych, które stanowią odpowiedź na dostrzeżone wcześniej problemy.

Podstawową tezę badawczą przyjętą w niniejszej monografii jest istnienie prawa do śmierci, stanowiącego zbiór czterech praw podmiotowych: prawa do zaniechania leczenia, prawa do racjonalnego samobójstwa, prawa do uzyskania pomocy w samobójstwie oraz prawa do poddania się eutanazji czynnej. Powyższe prawa mogą być wprowadzone z kilku źródeł, znajdujących potwierdzenie zarówno w aktach prawa międzynarodowego, jak i w Konstytucji RP. Dodatkowym uzasadnieniem istnienia prawa do śmierci jest funkcjonowanie jego elementów w niektórych ustawodawstwach. Zakres podmiotowy i przedmiotowy prawa do śmierci oraz możliwość jego istnienia w polskim porządku prawnym zostaną szczegółowo omówione w końcowej części pracy.

Stawiając postulat istnienia prawa do śmierci i poszukując jego normatywnych oraz etycznych uzasadnień, nie sposób pominąć kwestii obecnych uwarunkowań społeczno-politycznych. Powszechne przyjęcie istnienia prawa do śmierci, w szczególności w Polsce, nie wydaje się obecnie możliwe. Składają się na to złożone czynniki, pośród których poczesne miejsce zajmuje celowe wypaczanie społecznej percepcji zjawiska eutanazji przez część autorów oraz media. Do kanonu zachowań weszło porównywanie praktyk eutanatycznych, których istotą jest współczucie dla cierpiącego ponad miarę człowieka, do ludobójstwa w III Rzeszy⁶⁸. Zachowując pełną świadomość powyższych negatywnych działań, wypada stanąć na stanowisku, że tym bardziej konieczne jest podejmowanie prób przedstawiania zjawisk dotyczących końca życia człowieka w sposób wolny od jakiegokolwiek ideologii i oderwany od innych celów, poza nadrzędnym celem nauki, którym jest poszukiwanie prawdy.

⁶⁸ Według W. Bołoz, eutanazja to zamierzone, bezpośrednie, aktywne lub pasywne działanie przyspieszające śmierć ludzi chorych, starych i niedorozwiniętych, W. Bołoz, *Bioetyka*, s. 144.

[Przejdź do księgarni →](#)