

Krzysztof Sobczak, Agata Janaszczyk, Katarzyna Leoniuk  
Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

# Prawo do śmierci — lekarz i chory w obliczu śmierci

## Streszczenie

Problem prawa do śmierci stanowi swoisty punkt odniesienia dla oddziaływań z zakresu medycyny, zwłaszcza w kontekście jej postępu, a więc i opieki nad jednostką odczuwającą ból, cierpienie, doświadczającą terminalnego stanu. Zwykle się wyróżniać trzy podstawowe optyki podejmujące kwestię prawa do śmierci, które kształtują relację lekarz–chory mogącą przybierać różne formy: legalistyczną, ekonomiczną, konsumencką, negocjacyjną, kontraktalistyczną czy religijną. Owe trzy postawy względem prawa do śmierci bazują na odmiennych elementach aksjologicznych (inaczej określają wartość życia) i aksjomatycznych (odwołują się do różnych fundamentów etycznych). Postawa eutanatyczna nawiązuje do utilitaryzmu (pożytku, zysku jednostki/społeczeństwa), agapizmu (zasada miłości jako naczelną zasadą, która określa wartość moralną czynu). Istotę takiego podejścia stanowi pojęcie jakości życia, uwzględniające zasady autonomii woli i samostanowienia. Postawa dystanatyczna zaś nawiązuje do deontologii (pojęcia obowiązku, powinności) i etyki chrześcijańskiej (prawo Boże, naturalne). W takim kontekście życie ludzkie stanowi wartość autoteliczną, a więc głosi się świętość życia i jego nienaruszalność, a także godność. Natomiast postawa ortotanatyczna łączy, z jednej strony, zasadę autonomii woli, co do leczenia, nie podejmowania lub zaniechania terapii, z drugiej zaś, przekonanie o świętości życia. Tak rozumiane prawo do śmierci stanowi specyfikę opieki paliatywnej, której zadaniem jest uzyskanie przede wszystkim optymalnej jakości życia osób chorych terminalnie, ale także ich rodzin, przy jednoczesnym zwracaniu uwagi na naturalny charakter procesu umierania i samej śmierci.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2012; 6, 2: 39–45*

**Słowa kluczowe:** śmierć, umieranie, etyka, przestrzeganie zasad, prawo do śmierci, relacja lekarz–pacjent

Współcześnie na gruncie bioetyki określa się cztery zasadnicze cele medycyny:

- zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia;
- przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby;
- opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni;
- zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej starości [1].

Na gruncie transformacji dokonanej na przestrzeni lat w medycynie współczesnej, poprzez jej roz-

wój technologiczny, jak i zmiany jakości wrażliwości społecznej, nakaz „niesienia ulgi w bólu i cierpieniu” stał się imperatywem szczególnie dyskusyjnym. Po pierwsze, wynika to z faktu, że z katalogu obowiązku jakie nakłada kodeks etyki lekarskiej, ten właśnie zapis odnosi się szczególnie do relacji lekarza i umierającego pacjenta [2]. Po drugie, przewartościowanie jakie nastąpiło na gruncie bioetyki, to jest zwrócenie się w stronę pryncypializmu i koncepcji autonomii woli spowodowało konieczność reinterpretacji owego nakazu, który zarazem stanowi jeden z podstawowych celów medycyny. Transgresja ta spowodowała także, po trzecie, zmianę w

**Adres do korespondencji:** dr Krzysztof Sobczak  
Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej GUMed  
ul. Tuwima 15, 80–210 Gdańsk  
tel.: (58) 349–15–51  
e-mail: ksobczak@gumed.edu.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2012; 6, 2, 39–45  
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

zakresie koncepcji choroby i zdrowia, a tym samym redefinicji życia i śmierci. W 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) przyjęła koncepcję funkcjonalną zdrowia, określając je jako „stan pełni fizycznego, psychicznego i społecznego dobrobytu, a nie tylko nieobecność choroby czy niedomagania” [3]. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśliła tym samym znaczenie subiektywnej oceny wartości jakości życia odnoszącego się do aspektów fizycznych, psychicznych, społecznych oraz duchowych, uznając jednocześnie, że zdrowie i choroba nie są tylko i wyłącznie obiektywnymi stanami technicznymi (medycznymi) określającymi brak choroby i dysfunkcyjności organizmu.

Podstawowy problem, jaki wypływa z przedstawionej kwestii, dotyczy więc pytania o etyczne i prawne granice, jakich nie powinna z jednej strony przekraczać medycyna mająca na celu, między innymi, niesienie ulgi w bólu i cierpieniu, z drugiej zaś strony, pytania o granice spełniania oczekiwań tych pacjentów, którzy na gruncie autonomii woli i prawa do samostanowienia domagają się prawa do śmierci. Głównym założeniem, które leży u fundamentu postulowanego prawa do śmierci, jest uznanie, iż życie biologiczne nie jest dobrem absolutnym, ale stanowi niezbędną i zarazem potencjalną przestrzeń do realizacji wartości osobowych (tj.: prawo do wolności, prywatności, samostanowienia, itd.). W przypadku, kiedy człowiek nie może efektywnie korzystać z życia i realizować się jako osoba, ma prawo na gruncie swojej wolności (zasady autonomii i samostanowienia) z niego zrezygnować. W tym sensie prawo do śmierci jest przeciwstawieniem obowiązku życia. Przymus życia za wszelką cenę może być bowiem aktem w najwyższym stopniu niehumanitarnym i antyosobowym, jeśli dokonuje się wbrew woli tego, którego dotyczy.

Na gruncie rozwoju współczesnej medycyny prawo do śmierci zaczęło zyskiwać coraz większe poparcie tak wśród społeczeństwa, jak i wśród samych lekarzy. Za sprawą środków technicznych stało się możliwe przedłużanie życia przekraczające naturalną skalę. W konsekwencji do głosu coraz wyraźniej zaczęła dochodzić optyka, głosząca, iż „pod pozorem absolutnego i bezwzględniego szacunku dla życia nie można zmuszać chorych do nieludzkich cierpień, do poniżenia i samotności wśród aparatury medycznej” [4].

## Postawa eutanatyczna

Jedną ze skrajnych postaw w sporze o prawo do śmierci, jest optyka eutanatyczna. Odnosi się ona w swoich założeniach do teorii konsekwencjalizmu,

głoszącej, iż ocena moralna czynu uzależniona jest od skutków, jakie dane działanie powoduje. Posiada tym samym charakter etyki sytuacyjnej uzależniającej ocenę moralną od wymogów danej sytuacji, a nie generalnych norm postępowania (etyka normatywna). Zwolennicy eutanazji odnoszą się w swoich argumentach do koncepcji:

- utylitaryzmu, według której za dobry należy uznać taki czyn, który przynosi najwięcej pożytku dla maksymalnej liczby ludzi (społeczeństwa) lub maksymalizuje zysk jednostki;
- agapizmu, głoszącego uznanie miłości za naczelną i ostatecznie wiążącą zasadę postępowania, która określa wszelką wartość moralną czynu, niezależniąc go od celu, środków, motywów i konsekwencji, które mają charakter względny.

Zarówno w laickim utylitaryzmie J. S. Mill’a, jak i chrześcijańskim (protestanckim) agapizmie J. Fletchera uznaje się względność ludzkiego życia, którego wartość wyznaczają zmienne jakości. Według jednego z naczelnych propagatorów stanowiska euanatycznego, P. Singera, jakość ludzkiego życia można sprawdzić do czterech klas:

- posiadania świadomości i zachowania autonomności;
- posiadania woli trwania i zdolności cieszenia się wspomnieniami;
- posiadania zdolności do nawiązywania kontaktów fizycznych, społecznych i intelektualnych;
- posiadania rodziny dzięki, której istnieje więź społeczna [5].

Brak możliwości realizacji lub też nabycia wymienionych kryteriów (np. przez płód), zdaniem P. Singera, predestynuje jednostkę pozbawioną lub nie mogącą uzyskać autonomii i świadomości do uśmiercenia jej w imię dobra społecznego i indywidualnego.

Niektórzy ze zwolenników postawy eutanatycznej, jak J. Hardwig, profesor etyki na uniwersytecie East Tennessee w Stanach Zjednoczonych, idą jeszcze dalej, postulując nie tylko swoiste rozumienie „prawa do śmierci”, ale wręcz „obowiązek śmierci”. Odnosząc się do rachunku użyteczności i zasady współczucia, J. Hardwig uzasadnia „obowiązek umierania” sytuacją, w której osoba, na przykład nieuleczalnie chora i nierokujący poprawy stanu zdrowia przez swoją kondycję, staje się ciężarem w wymiarze społecznym i ekonomicznym. „Przypadek taki zachodzi przede wszystkim wtedy, gdy kontynuowanie egzystencji chorego staje się ciężarem nie tylko dla niego, ale także dla rodziny. Prawo do śmierci zamienia się w takich przypadkach w obowiązek śmierci. Powstrzymanie się od śmierci w takich sytuacjach jest, zdaniem Hardwiga, nakładą-

niem na rodzinę wielkich ciężarów, i powinno zostać zakwalifikowane jako tchórzostwo, ponieważ chory, pozostając przy życiu, działa, jego zdaniem, nieodpowiedzialnie” [4].

Przytoczony pogląd, wyraża zupełnie skrajne stanowisko, co należy podkreślić, nawet dla zwolenników eutanazji. Reguły te korelują co prawda z koncepcją konsekwencjalistyczną, ale mogą w oczywisty sposób naruszać sam fundament aksjologiczny, na którym opierają się poglądy zwolenników eutanazji: zasady autonomii woli i samostanowienia. Według znaczącej większości zwolenników postawy eutanatycznej, „prawo do śmierci” należy właśnie utożsamić z prawem do eutanazji. Na rzecz takiego stanowiska przemawiać mają następujące argumenty [6]:

1. Każdemu człowiekowi przysługuje prawo do wolności i samostanowienia o swoim życiu i zdrowiu (oraz ich jakości), a w przypadku, kiedy terapia przedłużająca życie staje się daremna i przynosi jedynie przedłużenie życia i cierpienie, każdy chory uznający, iż choroba narusza jego godność osobistą, powinien mieć prawo do eutanazji.
2. Na gruncie pluralizmu światopoglądowego wynikającego z zasady równości wszystkich ludzi należy przyjąć możliwość autonomicznego definiowania aksjologii każdego człowieka i określania przez niego wartości, jakie uznaje za słuszne.
3. Lekarz w imię altruizmu i nakazu niesienia pomocy powinien, jeśli działa z litości i w obronie godności pacjenta nieuleczalnie chorego, dysponować możliwością skrócenia życia chorego, który prosi o śmierć.
4. Na gruncie etyki niedoboru podnosi się argumenty mówiące o maksymalizacji wykorzystania ograniczonych środków (technicznych, ale i ekonomicznych) dla ratowania życia tym pacjentom, którym medycyna jest w stanie pomóc.
5. Legalizacja eutanazji, poprzez zastosowanie prawnych procedur określających jej stosowanie, służy także uporządkowaniu i kontroli zabiegów eutanatycznych i eliminacji kryptanazji.

## Postawa dystanatyczna

Drugim skrajnym stanowiskiem w bioetycznym sporze o prawo do śmierci, jest pogląd przeciwstawiający się z całą mocą jakiegokolwiek możliwości decydowania o śmierci człowieka. Stanowisko dystanatyczne (od łac. *dis* — przeciwko i *tanato* — śmierć) postuluje całkowitą ochronę ludzkiego życia, a przeciwstawiając się prawu do śmierci, głosi jednocześnie obowiązek życia za wszelką cenę i wszelkim kosztem. Zdaniem zwolenników tego stanowi-

ska nadrzędność postulowanej zasady autonomii (względem zasady świętości życia) i budowanie na jej gruncie zasad bioetycznych skutkuje instrumentalizacją i manipulacją. Jeżeli bowiem uznajemy autonomię woli za nadrzędne prawo każdego człowieka, to prawo do śmierci powinno przysługiwać mu zawsze i w każdej sytuacji, a nie ograniczać się tylko i wyłącznie do określonych przypadków (stanów medycznych) [7]. Skoro stosowanie zasady autonomii jest niekonsekwentne i wybiórcze, należy ją odrzucić w imię zasady świętości życia. Założenia na fundamencie, na których rozwinęła się koncepcja dystantyczna, odwołują się do chrześcijańskiej etyki obowiązku. Według zwolenników tej koncepcji:

1. Wszelkie ludzkie życie jest darem Boga i stąd określa je zasada świętości życia, która jest niezbywalna nawet na fundamencie woli człowieka.
2. Życie ludzkie jako nienaruszalna świętość osadzone jest na gruncie prawa Bożego i naturalnego; stanowi tym samym fundament możliwości realizowania człowieczeństwa, tak w sferze indywidualnej, jak i społecznej, a wszelkie próby i formy występowania przeciwko niemu (przez działanie bądź zaniechanie) stanowią naruszenie godności człowieka.
3. Ludzkie życie, które cechuje nienaruszalność i godność od momentu poczęcia do naturalnej śmierci nie może być relatywizowane ani traktowane instrumentalnie w zależności od okoliczności.

Na gruncie tak rozumianej zasady świętości życia zwolennicy stanowiska dystanatycznego uznają, iż jeśli ludzkiemu życiu towarzyszy jakakolwiek dysfunkcja biologiczna (medyczna) czy społeczna, jak na przykład: ból i cierpienie, czy upośledzenie, to są to czynniki pojawiające się naturalnie, stąd ich przebieg musi być zachowany, gdyż stanowią część życia. Ludzkie życie musi być chronione do końca, za wszelką cenę i wszelkimi środkami (uporczywa terapia), a wszelkie zaniechanie czy odstąpienie od wysiłków służących ratowaniu ludzkiego życia i zdrowia stanowi naruszenie ludzkiej godności. Za przyjęciem takiego stanowiska przemawiać mają, zdaniem jego zwolenników, następujące argumenty:

1. Godność ludzkiego życia oparta na zasadzie świętości życia stanowi wartość absolutną i większą niż wola człowieka (zasada autonomii).
2. Nie istnieje żadne ludzkie obiektywne kryterium mogące zmierzyć i ustalić wartość oraz jakość ludzkiego życia (np. poziom cierpienia uprawniający do prawa do śmierci).
3. Zadaniem lekarza i immanentnym celem medycyny, które leżą u podstaw jej tradycji, jest troska o życie człowieka od jego narodzin do naturalnej śmierci, a występowanie przeciw tej po-

winności stanowi podważenie istotowych zasad aksjologii medycznej.

4. Medycyna wykorzystując wszelkie swoje zdobycze technologiczne, za pośrednictwem lekarza powinna walczyć ze śmiercią i chorobą tak długo, jak to tylko jest możliwe.
5. Jak wykazuje praktyka, legalizacja czy przyzwolenie na prawo do śmierci, mimo ścisłego określenia zasad jego zastosowania, powoduje ich nieustanne naruszanie (argument równi pochyłej) i manipulacje.

## Postawa ortotanatyczna

Trzecim stanowiskiem, które opiera się na równowadze aksjologicznej oraz syntezie argumentacji eutanatycznej i dystanatycznej jest ortotanazja (gr. *orthós* – słuszny i *thánatos* – śmierć; termin „ortotanazja” został po raz pierwszy wprowadzony w 1950 roku przez doktora Boskana di Liegi) [8]. Kierunek ten uznaje prawo do śmierci, lecz na jego gruncie jest ono rozumiane szczególnie. Z jednej strony przyjmuje się zasadę autonomii woli, z drugiej zaś, akcentuje zasadę świętości życia. Choroba, ból, cierpienie i w końcu sama śmierć stanowią część naturalnych składników życia. Celem medycyny nie może być próba ich eliminacji poprzez zanegowanie życia jako płaszczyzny, na której powstają. Zadaniem lekarza nie jest również walka z chorobą i śmiercią za wszelką cenę. Uporczywa terapia w dobie współczesnych osiągnięć medycyny jest bowiem nienaturalnym wydłużaniem agonii godzącym w ludzką godność. „Przymus terapii beznadziejnie chorego przekreśla jego prawo do samostanowienia [...] W celu obrony prawa do śmierci trzeba na nowo ustalić powołanie medycyny. Lekarz nie może zmuszać pacjentów do życia, choć ochrona życia nadal pozostanie jednym z podstawowych obowiązków sztuki lekarskiej. Szpital i technika medyczna nie może ubezwłasnowolnić pacjenta i lekarza [...] Medycyna powinna czuwać nad całością życia, ale nie kosztem noszenia cierpień i poniżenia człowieka” [9].

Według J. Jonasa, „prawo do życia nie może przekształcić się w obowiązek życia, ale też prawo do śmierci nie może być obowiązkiem śmierci” [9]. Prawo do śmierci jest więc rozumiane jako prawo do:

1. odmowy zastosowania (DNR, „testament życia”) uporczywej terapii (stosowania procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, która przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych obja-

wów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta) [10];

2. rezygnacji stosowania terapii, która sztucznie przedłuża proces umierania, tj. rezygnacji z terapii nierokującej szans wyleczenia i polepszenia stanu zdrowia lub terapii ratującej życie osoby cierpiącej i nieuleczalnie chorej — tj. prawo do uniknięcia określonej terapii poprzez odmowę jej wdrożenia lub zaprzestania.

Stosowanie uporczywej terapii, tj. sytuacji użycia środków nieproporcjonalnych do realizacji zamierzonych celów medycznych, zostało uznane na tym gruncie za naruszenie praw pacjenta do umierania w godności i spokoju [11]. Fundamentem realizacji tak rozumianego „prawa do śmierci” jest świadoma i autonomiczna zgoda:

- bezpośrednia — wyrażona przez pacjenta (DNR, „testament życia”);
- zastępcza — wyrażona w przypadku pacjenta niekompetentnego lub nieświadomego przez opiekuna faktycznego, przedstawiciela ustawowego lub sąd [2].

W przypadku, w którym osoba chora nie może wyrazić swojej woli, a uzyskanie zgody zastępczej jest niemożliwe „państwo jest zobowiązane do szczególnej nad nią opieki, w związku z czym nie może ona zostać odłączona od aparatury podtrzymującej życie bez wyraźnego i przekonującego dowodu, że tego sobie życzyła” [2]. Ortotanazja — jak podkreśla W. Bołoz — „domaga się dobrze sprawowanej opieki paliatywnej, która według znanej definicji Światowej Organizacji Zdrowia z roku 1990, jest całościową, czynną opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowywanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin” [8]. W dokumencie Komitetu Ekspertów Rady Europy z dnia 12 listopada 2003 roku zawierającym wytyczne dla państw członkowskich UE, dotyczącym organizacji opieki paliatywnej czytamy: „Opieka paliatywna nie ma na celu przyspieszania ani opóźniania śmierci. Działania opieki paliatywnej nie są i nie powinny być skierowane na przedwczesne zakończenie życia. Tak samo bardzo ważne jest zrozumienie i akceptacja stanowiska, że technologie dostępne w nowoczesnej praktyce medycznej nie mają zastosowania w przedłużaniu życia w sposób nienaturalny. Lekarz nie ma obowiązku kontynuowania leczenia, które nie przynosi pożytku choremu i jest dla niego szczególnie uciążliwe. Również pacjent ma prawo odmówić poddania się postępo-

waniu leczniczemu. W opiece paliatywnej celem jest dążenie do zapewnienia choremu najwyższej jakości życia. W okresie, gdy proces chorobowy doprowadza życie do naturalnego końca, chory powinien mieć zapewnione wszystkie możliwe środki do somatycznego, emocjonalnego i duchowego dobrostanu. Szczególny nacisk należy położyć na fakt, że eutanazja i samobójstwo chorego wspomagane przez lekarza nie są zawarte w żadnej definicji opieki paliatywnej, co jest przedmiotem stanowiska w tej sprawie. [...] Zgodnie z czterema zasadami etycznymi sformułowanymi przez Beauchampa i Childrese'a (1994) (poszanowanie autonomii, czynienie dobra, nieczynienie zła oraz sprawiedliwość), podobnie jak we wszystkich innych dziedzinach działalności medycznej, lekarze i inne osoby opiekujące się powinny wykazywać poszanowanie autonomii chorego przez uzgodnienie z chorym i jego opiekunami priorytetów i celów postępowania, nie zatajanie informacji, z którymi chory chce się zapoznać oraz respektowanie woli chorego, który nie chce otrzymywać leczenia" [12].

Za podstawę tak rozumianego prawa do śmierci przyjęto zasadę autonomii woli. W rekomendacji Rady Europy 1418 o ochronie praw człowieka i godności osób terminalnie chorych i umierających z dnia 25 czerwca 1999 roku, czytamy: „Wola chorego odnośnie do jego dalszego leczenia lub przeciwnie — niewszczywania albo zaniechania terapii — powinna być respektowana, także, jeśli została wyrażona we wcześniejszym oświadczeniu lub jest prezentowana przez wyznaczonego przez pacjenta pełnomocnika do spraw zdrowia (art. 9b)” [11].

Zmiany, jakie nastąpiły na gruncie medycyny i etyki medycznej, poczynając od lat 60. XX wieku, spowodowały przewartościowanie fundamentu aksjologii medycznej z optyki paternalistycznej w stronę zasad pryncypializmu. Słomski podkreśla, że „relacje paternalistyczne panowały dawniej nie tylko w medycynie lecz we wszystkich dziedzinach, w których słabszy był zależny od silniejszego, a więc na przykład w edukacji, zakładach pracy, relacjach między chłopami a arystokracją (w Polsce — szlachtą) itd. Współczesne społeczeństwa odrzuciły ów paternalizm, przyznając każdej jednostce prawo do decydowania o sobie, a równocześnie obarczając ją odpowiedzialnością za swoje wybory” [13]. Tym samym uległa zmianie nie tylko interpretacja i rozumienie zadań oraz celów, jakie realizować ma medycyna, ale także sposobów i form ich realizacji. Podstawowa przestrzeń transformacji dotyczy relacji i stosunków, jakie dokonują się między lekarzem i pacjentem.

Zgodnie z podstawowym zadaniem medycyny — *primum non nocere*, na gruncie paternalizmu

uznawano, iż powinnością lekarza jest nie informowanie pacjenta o złych dla niego rokowaniach (tj. nadchodzącej śmierci), oszczędzając mu tym samym cierpienie, w tym wypadku natury psychicznej. Takie postępowanie wynikało wprost z interpretacji w duchu paternalistycznych zasad etyki Hipokratesowej. Lekarz posiadał całkowitą kontrolę nad informacją na temat stanu zdrowia, choroby oraz rokowań pacjenta i na jej gruncie samodzielnie podejmował decyzje o procesie terapeutycznym. Polski „Zbiór zasad deontologii lekarskiej” z 1935 roku zawierał nakaz informowania rodziny pacjenta w sposób „ogłędny” o zdrowiu pacjenta, który znajdował się w stanie zagrażającym jego życiu. Jednocześnie nie wspomina nawet o obowiązku udzielania jakiegokolwiek informacji samemu choremu [14]. Ten sam dokument z 1984 roku w pozycji 12. głosił już, że „ze względu na ochronę psychiczną chorego nie jest wskazane podawanie do jego wiadomości niepomyślnego rokowania. Należy natomiast w tajemniczyć w nie wybraną osobę z otoczenia chorego” [15]. Postawa paternalistyczna alienowała osobę-pacjenta, sprowadzając jednocześnie przestrzeń relacji lekarza do przypadku klinicznego, w której pacjent stanowił tylko i wyłącznie nośnik choroby. „Traktowanie pacjenta jako przypadku chorobowego można rozważać w obrębie pewnego okropnego podejścia terapeutycznego. Wyznacza je tak zwany biomedyczny model terapii. Na pierwszy rzut oka prezentuje się on jako podejście ściśle naukowe do choroby pacjenta [...]. W tym modelu terapeutycznym pacjent, jako ktoś obdarzony umysłem i życiem duchowym, nie znajduje większego uznania. Te bowiem wyższe jego funkcje traktowane są albo jako pewne wysublimowane funkcje materii, które koniec końców do tej materii można zredukować, albo jako jakieś zjawiska epifenomenalne, które nie mają większego wpływu na funkcjonowanie samego organizmu. Sam pacjent więc łatwo może być postrzegany tylko jako chorujący organizm” [16]. Charakter omawianej relacji w zakresie sytuacji granicznych życia wpisywał się istotowo w model śmierci zracjonalizowanej, w której pacjent traktowany jako nośnik choroby podlegał całkowicie lekarzowi, jako temu, który posiadał kompetentną władzę-wiedzę na gruncie, której decydował o procesie terapeutycznym lub jego zaprzestaniu.

Współcześnie aksjologia medyczna, przyjmując zasadę autonomii woli, przewartościowała paternalistyczny model relacji lekarz-pacjent. Po pierwsze, model holistyczny podkreśla, że „jeśli pacjent doświadcza jakiejś choroby, to najczęściej oznacza to, że stan ten dotyka nie tylko organizmu. Choroba, nawet tylko somatyczna, może mieć również

**Tabela 1.** Porównanie stanowisk względem prawa do śmierci i sposobów jego rozumienia (źródło: opracowanie własne)

Typ postawy	Eutanatyczna	Ortotanatyczna	Dystanatyczna
<b>Fundament aksjologiczny</b>	<b>Zasada jakości życia</b>	<b>Zasada jakości i świętości życia</b>	<b>Zasada świętości życia</b>
<b>Wartość ludzkiego życia</b>	Ludzkie życie jest względne, a jego wartość wyznaczają subiektywne jakości.	Obiektywnie każde życie ludzkie ma wartość bezwzględną; subiektywnie wartość ludzkiego życia określana jest na gruncie autonomii woli.	Ludzkie życie jest darem posiadającym charakter święty i nienaruszalny, a jego właściwości jak godność i wolność są niezbywalne nawet na fundamencie woli człowieka
<b>Powinności medycyny</b>	Medycyna jest zobligowana do niesienia wszelkiej możliwej pomocy, w tym także pomocy w skróceniu życia, które na gruncie autonomii woli subiektywnie jest nie warte przeżycia.	Zadaniem medycyny jest dążenie do zapewnienia pacjentowi jak najwyższej jakości życia aż do jego naturalnego końca.	Celem medycyny powinna być walka z chorobą i śmiercią za oraz ochrona ludzkiego życia. Ból i cierpienie należą do naturalnych składników życia i właściwie odczytane służą człowiekowi, pozwalając zrozumieć lepiej ludzką egzystencję.
<b>Stosunek do prawa do śmierci</b>	<b>Prawo do śmierci</b> Prawo do śmierci oznacza na gruncie zasady autonomii woli prawo do suwerennego decydowania o własnym życiu, jak i śmierci, które należą do człowieka.	Prawo do śmierci jest rozumiane jako prawo do zaprzestania stosowania uporczywej terapii oraz terapii sztucznie przedłużającej naturalny proces umierania, jednocześnie realizując prawo do opieki paliatywnej.	<b>Obowiązek życia</b> Wszelkie prawo do śmierci stanowi naruszenie prawa naturalnego i boskiego, gdyż życie pochodzi od Boga i tylko On jest jego wyłącznym dysponentem.

pozaempiryczne podłoże, i co więcej — dotyka ona wielu sfer istnienia człowieka. Stąd, kiedy mówimy o pacjencie, rażąco nieadekwatne jest mówienie o schorowanym organizmie czy nietypowym przypadku klinicznym. Pacjent choruje na wielu płaszczyznach i konsekwentne poszukiwanie wyleczenia musi się do tej wielowymiarowości odnosić [16]. Współczesne rozumienie „dobra pacjenta” oznacza więc rozumienie „dobra całej osoby”, „człowieka-mikrokosmosu”, który nie jest redukowany do wymiaru somatycznego schorzenia. Po drugie, uznanie autonomii i prawa do samostanowienia pacjenta sytuuje go w relacji partnerskiej wobec lekarza, w której współdecyduje o procesie diagnostyczno-terapeutycznym [17]. Współczesna etyka lekarska i obowiązujące prawo medyczne nakładają na lekarza obowiązek informowania pacjenta o stanie jego zdrowia, rokowaniach i możliwych do zastosowania formach terapii. Na gruncie bioetyki anglosaskiej pacjent posiada prawo do pełnej wiedzy na temat swojego stanu zdrowia niezależnie od rokowania. Tradycja europejska nakazuje uwzględnić sytuację chorego i daje mu prawo do rezygnacji z posiadania wiedzy na temat niepomyślnych rokowań [18]. Kodeks Etyki Lekarskiej z 2004 roku w artykule 17. stanowi, że: „w razie niepomyślnych dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać

choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta, lekarz powinien udzielić pełnej informacji” [19]. Bołoz dodaje, że „do anglosaskiego i europejskiego sposobu przekazywania informacji choremu dodaje się niekiedy trzecią formę, polegającą na tym, że lekarz pomaga pacjentowi, aby mógł on sam odkrywać stopniowo prawdę o swoim stanie zdrowia” [18].

Na gruncie współcześnie uznanego pryncypializmu model relacji lekarz–pacjent jest nadal dyskutowany i niedookreślony. W literaturze bioetycznej, co podkreśla Biesaga, dyskutuje się, między innymi: model legalistyczny (*legalistic model, physician-client*); ekonomiczny; konsumencki (*economic, consumer model physician-consumer*); negocjacyjny; kontraktalistyczny (*negotiated contract model*) czy religijny (*religious model*) [20]. Bez względu na charakter stanowisk tych niezwykle ważnych dyskusji, ich podstawowy fundament stanowi uznanie zasady autonomii woli. Realizacja prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia oraz możliwych procesach terapeutycznych ma niezwykle istotne następstwa, szczególnie w przypadkach chorób przewlekłych i terminalnych. Brak informacji może stanowić nie tylko naruszenie prawa do samostanowienia, ale wpływać także na proces terapeutyczny

nym i jakoś ostatnich chwil życia. W omawianym modelu śmierci uzgodnienie prawa do samostanowienia o własnym zdrowiu i życiu znalazło najwyższy wyraz w uznaniu prawa do śmierci. W zależności od przyjętej aksjologii rozumienie prawa do śmierci przyjmuje charakter eutanatyczny bądź ortotanatyczny. W pierwszym wypadku, jak wykazuje doświadczenie krajów, w których zalegalizowano eutanazję, relacja między lekarzem i pacjentem, sprowadza się do relacji usługodawca–usługobiorca, gdzie lekarz występuje w podwójnej roli. Z jednej bowiem strony pełni rolę fachowca, który dzięki swojej wiedzy możliwie najdokładniej powinien realizować wolę chorego, z drugiej zaś strony, pełni rolę funkcjonariusza społecznego, „którego obowiązki wobec społeczeństwa mają pierwszeństwo w stosunku do obowiązków wobec chorego” [4]. Dzieje się tak, co wymaga podkreślenia, na gruncie umowy społecznej, to jest oczekiwań samych pacjentów, ale także lekarzy. W drugim przypadku, występuje relacja osobowa, gdzie na gruncie poszanowania autonomii woli lekarz musi zgodzić się na naturalną śmierć pacjenta (odstąpić od uporczywej terapii), ale w żaden sposób nie jest i nie może być przymuszony do jej zadania, również w imię poszanowania jego autonomii. Rola lekarza polegać ma na trosce i pomocy w umieraniu.

## Piśmiennictwo

1. Biesaga T. Właściwe i niewłaściwe cele medycyny. *Medycyna Praktyczna* 2004; 5: 61.
2. Seroczyńska M. Czy pacjent ma prawo do śmierci, *Standardy Medyczne* 2002; 2 (5): 48.
3. Blaxter M. *Zdrowie*. przeł. Okła M., Warszawa 2009: 28.
4. Bołoz W., Eutanazja, prawo do śmierci i obowiązek umierania, *Centrum ekologii człowieka i bioetyki*. <http://www.cecib.uksw.edu.pl/czytelnia-bioprawo-i-bioetyka-42/30-eutanazja-bosoz-w-eutanazja-prawo-do-pmierci-i-obowiazek-umierania?start=1> (15.04.2011).
5. Singer P. *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, przeł. Alichniewicz A., Szczęsna A., Warszawa 1997: 209.
6. Gafuszka M. Bioetyka kulturowa wobec eutanazji: analiza wypowiedzi medialnych i badań opinii społecznej. W: *Narodziny i śmierć: bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Gafuszka M., Szewczyk K. (red). Warszawa–Łódź 2002: 252.
7. Bołoz W. Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego. [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:QXHluURj1X0J:www.mpp.viamedica.pl/darmowy\\_pdf.phtml%3Findeks%3D28%26indeks\\_art%3D226++Bo%25%82oz+rezygnacja+z+uporczywej+terapii&hl=pl&gl=pl&pid=bl&srcid=ADGEE5jx\\_PXioaBPHI-Vvw94NTjga8YVptAhxi1x-PqgQUPxyNIGgjsQDAuHITJqcf-6Z7rMuHDvxWvg\\_kCg8ydm5Y8tfYpDayat44TyzBGalg4DmogeR5N32qDbzEX6ej36qhhdtdwrU&sig=AHIEtbQJwuT9uTtKu5liFhK8zqwjof7GYA](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:QXHluURj1X0J:www.mpp.viamedica.pl/darmowy_pdf.phtml%3Findeks%3D28%26indeks_art%3D226++Bo%25%82oz+rezygnacja+z+uporczywej+terapii&hl=pl&gl=pl&pid=bl&srcid=ADGEE5jx_PXioaBPHI-Vvw94NTjga8YVptAhxi1x-PqgQUPxyNIGgjsQDAuHITJqcf-6Z7rMuHDvxWvg_kCg8ydm5Y8tfYpDayat44TyzBGalg4DmogeR5N32qDbzEX6ej36qhhdtdwrU&sig=AHIEtbQJwuT9uTtKu5liFhK8zqwjof7GYA) (30.04.2011).
8. Bołoz W. Współczesne poszukiwania godnej śmierci. <http://www.cecib.uksw.edu.pl/czytelnia-bioprawo-i-bioetyka-42/100-eutanazja-bosoz-w-wspesne-poszukiwania-godnej-pmierci?showall=1> (15.04.2011).
9. Ślęczek-Czakon D. *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*, Katowice 2004: 193–196.
10. Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, *Med. Paliatyw. Prakt.* 2008; 2/3: 77–78.
11. Dangel T. (red.). *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*. Wytyczne dla lekarzy, Warszawa 2011: 54.
12. Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów Rady Europy. [http://www.oncology.am.poznan.pl/ecept/recommendation\\_rec\\_polish.pdf](http://www.oncology.am.poznan.pl/ecept/recommendation_rec_polish.pdf) (15.04.2011): 18–21.
13. Słomski W. *Dylematy etyki lekarskiej*. Zagadnienia wybrane. Warszawa 2008: 54.
14. *Zbiór zasad deontologii lekarskiej z roku 1935*. [http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/prawo\\_nil/inne/stbioetyka#deont](http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/prawo_nil/inne/stbioetyka#deont) (17.04.2011).
15. *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza uchwalony na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Szczecinie w dniu 22 czerwca 1984 roku*. [http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/prawo\\_nil/inne/stbioetyka#deont](http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/prawo_nil/inne/stbioetyka#deont); (17.04.2011).
16. Hołub G. Pacjent jako osoba. [W:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, Chańska W., Hartman J. (red.). Warszawa 2010: 40–41.
17. Barton-Smoczyńska I. Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem — wprowadzenie, *Medycyna Praktyczna* 2010; 6: <http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=56168&print=1>.
18. Bołoz W. Prawa człowieka umierającego. *Medycyna Praktyczna* 2008; 11: <http://www.mp.pl/etyka/?aid=41127>
19. *Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.* [http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str\\_zl/zjazd7/kel](http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel) (18.04.2011).
20. Biesaga T. Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny, *Medycyna Praktyczna* 2005; 6: 21.