



Karol Wołk

Uniwersytet Ignatianum w Krakowie

ORCID: 0009-0007-6632-5659

e-mail: 17771@student.ignatianum.edu.pl

DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/RF.2024.026>

Samobójstwo wspomagane przez lekarza w świetle argumentów z litości, wartości cierpienia i szacunku dla godności ludzkiej

Wprowadzenie

Celem artykułu jest przedstawienie, a następnie analiza wybranych argumentów na rzecz samobójstwa wspomagane oraz ocena, czy są one rozstrzygające w debacie dotyczącej etycznej dopuszczalności samobójstwa wspomagane.

Poddane analizie zostaną argumenty dwóch filozofów – Antony’ego Flew oraz Jerzego Brusiły. Argumentacja Flew miała znaczący wpływ na debatę dotyczącą samobójstwa wspomagane; był on zwolennikiem nie tylko moralnej dopuszczalności tego działania, lecz także jego prawnej legalizacji. Argumenty przedstawione przez Brusiłę stanowią natomiast odmianę argumentu teologicznego¹, który uznaje samobójstwo, a tym samym również samobójstwo wspomagane, za moralnie niedopuszczalne i sprzeciwia się jego prawnej legalizacji. Pomimo swojego klasycznego charakteru argumentacja ta nadal odgrywa istotną rolę we

¹ Dieter Birnbacher, „Etyczne aspekty zapobiegania i udzielania pomocy w samobójstwie”, *Etyka* 23 (1988): 66–68.

współczesnej debacie na temat samobójstwa wspomaganego. Poprzez analizę tych wpływowych, lecz przeciwnych ideologicznie stanowisk wskażę na ich problematykę oraz zaproponuję kierunek, w jakim powinna zmierzać współczesna argumentacja dotycząca moralnej dopuszczalności samobójstwa wspomaganego.

Jest to temat bardzo aktualny: w 2023 roku² według Google Scholar ukazało się 6 160 prac naukowych, które poruszają temat samobójstwa wspomaganego przez lekarza. Niektóre państwa Unii Europejskiej zdecydowały się na legalizację samobójstwa wspomaganego (Szwajcaria, Hiszpania, Portugalia, Belgia, Holandia i Austria³), procedura ta jest także legalna w niektórych stanach USA⁴, dlatego warto zastanowić się nad etyczną dopuszczalnością tej procedury. Dodatkowym celem artykułu jest wskazanie możliwego kierunku dalszych badań nad etyczną oceną samobójstwa wspomaganego.

Na wstępie warto podkreślić, czym różni się eutanazja od samobójstwa wspomaganego. Eutanazja opisuje sytuację, w której osoba prosząca o pomoc w umieraniu zleca komuś innemu podjęcie działań prowadzących do jej nienaturalnej śmierci (takich jak wstrzyknięcie śmiertelnego leku), a wspomagane samobójstwo polega na tym, że osobie przepisuje się leki, które musi sama zażyć, aby umrzeć. Eutanazja zachodzi wówczas, gdy lekarz lub pielęgniarz podejmuje działania z zamiarem spowodowania śmierci pacjenta. Samobójstwo wspomagane ma miejsce wtedy, gdy samobójstwo jest celowo wspomagane przez lekarza, a osoba samodzielnie przyjmuje śmiertelny lek⁵. Praktyka ta jest również znana jako „pomoc w umieraniu” lub „umieranie wspomagane przez lekarza”. Jest dopuszczona prawnie zazwyczaj w przypadku osób, które są śmiertelnie chore oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną przewiduje się, że przeżyją sześć miesięcy lub mniej, a także

² Do dnia 17 lipca 2023 roku.

³ Agnieszka Kazimierczuk, „Austria. Prawo zezwalające na wspomagane samobójstwo weszło w życie”, dostęp 15.04.2022, <https://www.rp.pl/spoleczenstwo/art19247581-austria-prawo-zezwalajace-na-wspomagane-samobojstwo-weszlo-w-zycie>.

⁴ Phoebe Friesen, „Medically Assisted Dying and Suicide: How Are They Different, and How Are They Similar?”, *Hastings Center Report* 50(1) (2020): 32–43. DOI: 10.1002/hast.1083.

⁵ Hannah Graham, Jeremy Prichard, „Voluntary Euthanasia and Assisted Dying in Tasmania: A response to Giddings and McKim”, 2013, dostęp 2.05.2023, <https://dspace.stir.ac.uk/bitstream/1893/21594/1/Voluntary%20Euthanasia%20and%20Assisted%20Dying%20in%20Tasmania%20-%20A%20Response%209-10-13.pdf>.

są w stanie podjąć świadomą decyzję o zakończeniu życia. Według Canadian Medical Association samobójstwo wspomagane przez lekarza (ang. *physician-assisted suicide*) polega na tym, że lekarz „świadomie i celowo dostarcza danej osobie wiedzy lub środków bądź obu tych elementów niezbędnych do popełnienia samobójstwa, w tym udziela porad na temat śmiertelnych dawek leków, przepisuje takie śmiertelne dawki lub dostarcza leki”⁶. Samobójstwo wspomagane przez lekarza jest więc praktyką, która polega na zapewnieniu pacjentowi przez lekarza środków do zakończenia jego życia, zgodnie ze ścisłymi wytycznymi prawnymi i etycznymi. W swoich analizach będę się także odwoływał do definicji moralnego prawa „do czegoś” Włodzimierza Galewicza. Galewicz w swojej pracy przedstawia trzy definicje moralnego prawa „do czegoś”. Prezentują się one następująco:

- (a) X ma moralne prawo do A = Nie jest prawdą, że X nie powinien robić A (robiąc A, X nie postępuje w sposób moralnie niedopuszczalny).
- (b) X ma moralne prawo do A = Jeżeli X chce zrobić A, nikt nie powinien mu w tym przeszkadzać.
- (c) X ma moralne prawo do A = Jeżeli X chce zrobić A, a nie jest w stanie tego zrobić samodzielnie, ktoś, kto może mu w tym pomóc, powinien mu pomóc⁷.

Argument z litości

Ludzkość mierzy się z dylematem zakończenia życia osoby cierpiącej, która z pewnością umrze, już od czasów starożytnych. W średniowieczu w powszechnym użyciu była broń nazywana Mizerykordia (łac. *misericordia* – miłosierdzie)⁸. Był to krótki, wąski sztylet o mocnym sztychu oraz długiej klindze przystosowanej do pchnięcia przeciwnika i zadania mu tzw. ciosu łaski (skąd pochodzi nazwa tej broni)⁹. Służył on do dobijania rannego lub konającego przeciwnika. Uważano, że czynem etycznie nagannym nie było zakończenie życia cierpiącej osoby.

⁶ Canadian Medical Association, „Euthanasia and Assisted Suicide”, 2007, dostęp 2.05.2023, <https://web.archive.org/web/20111219230512/http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policy/pdf/PD07-01.pdf>.

⁷ Włodzimierz Galewicz, *Samobójstwo z pomocą lekarza*, 2009, 8, <https://doi.org/10.26106/ck8g-3581>.

⁸ Andrzej Nadolski, *Uzbrojenie w Polsce średniowiecznej 1350–145* (Łódź: PAN, 1990), 124–130.

⁹ Tamże.

Przeciwnie, to pozostawienie konającego żołnierza na placu boju było czynem nieetycznym. W ten sposób skazywano go na długie – nawet kilkudniowe – cierpienie, podczas gdy jego śmierć jest pewna. W takim wypadku zakończenie życia było jedynie wyzwoleniem go od tego cierpienia.

Intuicja ta w pewnym stopniu przetrwała do czasów współczesnych. Ludzie jako istoty empatyczne zwykle czują duży dyskomfort, obserwując innych cierpiących ogromny ból. Naturalnie chcemy takiej osobie pomóc i współczujemy jej, nie ma znaczenia, czy jest to średniowieczne pole bitwy, czy szpital w czasach współczesnych. Na tej właśnie intuicji buduje swój argument Antony Flew, a brzmi on następująco:

Istnieją i w niedalekiej przyszłości będą istnieć ludzie cierpiący na choroby nieuleczalne i dotkliwe, którzy stanowczo i niezmiennie pragną szybko umrzeć. [...] prawo, które odbiera możliwość szybkiej śmierci osobom cierpiącym i które tym samym zwykle skazuje inne, opiekujące się nimi, osoby na bezradne przyglądanie się bezcelowemu cierpieniu, jest prawem bardzo okrutnym. To z powodu tej bezwzględności prawa zwolennicy eutanazji określają ją niekiedy jako „zabijanie z litości”. W takich przypadkach nieuleczalnie chory może zostać zredukowany do żalosnej parodii ludzkiej istoty, kłębka bólu – bólu łagodzonego jedynie od czasu do czasu otępiającym działaniem narkozy. W obecnej sytuacji jest tak, że stan ten musi trwać, dopóki wszelkie narzędzia sztuki lekarskiej nie okażą się zawodne jako środek przedłużający męczarnie¹⁰.

Flew swoją argumentację zaczyna od pewnego stwierdzenia: w tym momencie istnieją, istniały i prawdopodobnie będą istnieć osoby, które cierpią na choroby nieuleczalne i które w związku z tym pragną zakończenia swojego życia. Jak uważa, prawo, które odbiera im możliwość ucieczki od nieuniknionego cierpienia, jest okrutne. Co więcej, jest okrutne nie tylko dla osób chorych i cierpiących, ale także dla osób, które obserwują to cierpienie. Pomoc w zakończeniu życia cierpiącej osobie, która jest nieuleczalnie chora, jest okazaniem litości jej, jak i osobom postronnym, które choć bardzo jej współczują, to nie mogą nic zrobić, aby jej pomóc. Dodatkowo Flew stwierdza, że osoba cierpiąca jest poniekąd zredukowana do „parodii ludzkiej istoty”, kiedy to ból przejmuję nad nią kontrolę i nie jest w stanie normalnie funkcjonować. Jest ona zmuszona trwać w cierpieniu, które jedynie czasowo jest łagodzone przez otępiające środki przeciwbólowe, pod których wpływem również nie może się

¹⁰ Antony Flew, „The Principle of Euthanasia”, w: *Euthanasia and the Right to Death*, red. Arthur B. Downing, przeł. A. Tomaszewska (Los Angeles: Nash Publishing, 1969), 226, w: Galewicz, *Samobójstwo z pomocą lekarza*, 16.

realizować czy poprawnie funkcjonować. Argument ten ukazuje więc pomoc w zakończeniu życia cierpiącej osoby jako okazanie jej litości i wybawienie jej od nadmiernego cierpienia, co jednocześnie zapobiega redukcji jej istnienia do pewnych podstawowych funkcji biologicznych. Jeśli bycie osobą to nie tylko spełnianie funkcji biologicznych, a w stanie ogromnego cierpienia życie człowieka wydaje się do tego sprowadzać, to właściwie człowiek bardzo cierpiący nie jest w pełni osobą. Zakończenie życia jest w tym wypadku „środkiem zapobiegawczym” przed wspomnianą degradacją. Flew wskazuje więc na naturalną intuicję, według której naturalnymi reakcjami na cierpienie osoby ludzkiej są litość i pomoc. Celem tej pomocy jest dobro osoby cierpiącej oraz osób, które obserwują owe cierpienie. Argument ten nazywam za Włodzimierzem Galewiczem¹¹ argumentem z litości na rzecz etycznej dopuszczalności samobójstwa wspomagane.

Pierwszym krokiem analizy argumentacji Flew powinno być określenie, czym właściwie jest litość. Według słownika PWN litość jest „współczuciem dla kogoś”¹². Odczuwanie współczucia nie zawsze jest jednak wystarczającą racją do uznania skojarzonego z nią działania za moralnie dopuszczalne. Można się zgodzić z intuicją Flew, że osoba współczująca najczęściej chce pomóc cierpiącemu. Jednak różne osoby mogą wpaść na pomysł innego działania łagodzącego to cierpienie. Flew proponuje pomoc w postaci zakończenia życia osoby cierpiącej, podczas gdy ktoś inny może zaproponować podawanie silnych leków przeciwbólowych. Nie oznacza to, że każde z tych działań jest etycznie dopuszczalne. Ponadto, jeżeli uznamy, że dopuszczalność pomocy w samobójstwie wynika z samego faktu odczuwania współczucia, to pojawiają się zagadnienia, które wymagają ukonkretnienia. Współczucie jest pewnym spektrum: można współczuć mniej lub bardziej. Musimy więc ustalić, od jakiego poziomu współczucia przyznawalibyśmy osobie prawo do udzielenia pomocy w samobójstwie wspomagany. Istnieje także problem weryfikacji owego współczucia. Należy również zwrócić uwagę, że pewne osoby będą bardziej empatyczne od innych, dlatego też konieczne jest, aby określić, czyje współczucie jest decydujące w przyznawaniu prawa do pomocy w samobójstwie ze względu na współczucie osoby, która chce tej pomocy udzielić.

Należy podkreślić, że możemy współczuć w podobnej mierze osobie cierpiącej na chorobę uleczalną, jak i na chorobę, której wyleczenie jest niemożliwe. Współczujemy dziecku, które upadnie i zrobi sobie krzyw-

¹¹ Galewicz, *Samobójstwo z pomocą lekarza*, 16.

¹² PWN, „litość”, dostęp 14.06.2023, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/litość.html>.

dę, ale współczujemy również osobie terminalnie chorej, która umiera w szpitalu. Nie znaczy to jednak, że zranione dziecko ma takie samo prawo do zakończenia swojego życia, jak osoba terminalnie chora. Pokazuje to, że nie sposób uzależnić prawa do pomocy w samobójstwie wyłącznie od samego faktu odczuwania współczucia przez kogoś, kto chce pomóc osobie cierpiącej. Zwolennik argumentu z litości wydaje się uważać za właściwe uzależnienie prawa do pomocy w samobójstwie również od faktu cierpienia osoby chcącej popełnić samobójstwo. Jednak nie wszystkie osoby terminalnie chore cierpią w tym samym stopniu. Na dodatek możemy wyróżnić wiele rodzajów cierpienia, które są w różnym stopniu redukowalne. Mówimy m.in. o cierpieniu fizycznym i psychicznym. W przypadku ich obu odczuwamy współczucie, a także oba typy cierpienia możemy uśmierzyć – lub nawet całkowicie zlikwidować – w większym lub mniejszym stopniu. Wspólna dla obu typów cierpienia jest także ich subiektywność. Ustalenie pewnego poziomu cierpienia, podobnie jak ustalenie wymaganego poziomu współczucia, od którego przysługiwałoby prawo do pomocy w odebraniu sobie życia, wydaje się niewykonalne, a ponadto rodzi problem weryfikacji tego poziomu.

Antony Flew w swojej argumentacji nie odnosi się do powyższych zagadnień. Stara się zwrócić uwagę na fakt, że odczuwamy litość względem osób cierpiących, a pozostawienie ich w tym cierpieniu jest okrutne. Intuicja ta, jak pokazałem wcześniej, jest obecna od bardzo dawna. Można się zgodzić z Flew, że wpływa ona na nasze postrzeganie osób cierpiących i poruszeni współczuciem chcemy pomóc im w zakończeniu cierpienia. Jednak nie jest ona wystarczająca do uznania samobójstwa wspomagane- go przez lekarza za etycznie dopuszczalne. Istnieje wiele sposobów na uśmierzanie cierpienia, jednak sam fakt odczuwania współczucia oraz cierpienia osoby chorej nie sprawia, że jakiekolwiek działanie, mające na celu zlikwidowanie tego cierpienia, będzie etycznie uzasadnione. Potrzebna jest argumentacja, która wskaże, dlaczego to właśnie zakończenie życia pacjenta miałyby być najlepszym rozwiązaniem pod względem etycznym, a także pokazanie, jak taki proces miałyby przebiegać od nabycia prawa do samobójstwa wspomagane- go do jego realizacji. W związku z tym nie uznaję argumentu z litości za przekonujący.

Argument z szacunku dla ludzkiej godności

Jak mogliśmy zobaczyć w poprzednim paragrafie, Flew stwierdza, że prawo niepozwalające na uniknięcie cierpienia osobie nieuleczalnie cho-

rej jest nie tylko okrutne, lecz także degradujące. Wyjaśnienia wymaga metafora „kłębka bólu”, którą posługuje się Flew. Galewicz interpretuje ten termin następująco: osoba zdegradowana do „kłębka bólu” to osoba skazana na trwanie w kondycji, która uwłacza ludzkiej godności¹³. Jeżeli przyjmujemy tę interpretację, to zakończenie cierpienia poprzez pomoc w zakończeniu życia osoby cierpiącej byłoby nie tylko litością, ale także okazaniem szacunku dla odbieranej ludzkiej godności. Interpretacja ta wydaje się zgodna z myślą Flew, który argumentując za etyczną dopuszczalnością samobójstwa wspomaganego, formułuje kolejny argument, tym razem skupiając się na wcześniej wspomnianej degradacji osoby:

Prawo opowiadające się za tym, aby nie było końca temu procesowi – któremu kładzie kres jedynie przychodząca zbyt późno ulga, jaką przynosi „śmierć z przyczyn naturalnych” – jest prawem bardzo degradującym. W obecnym kontekście można zrazu (albo i wcale) nie doceniać w pełni wagi tego drugiego argumentu. Jesteśmy tak przyzwyczajeni do odwoływania się do „absolutnej wartości osoby ludzkiej”, wykorzystywanego przy formułowaniu zarzutu rzekomo wytrącającego argumenty z rąk tych, którzy proponują legalizację dobrowolnej eutanazji, że z łatwością przeoczyliśmy, iż jeśli tylko powyższe sformułowanie ma w miarę precyzyjne znaczenie, posługiwanie się nim w celu postawienia zarzutu zwolennikom legalizacji dobrowolnej eutanazji chybia celu, jako że znaczenie tego sformułowania zdaje się wskazywać kierunek postępowania przeciwny do tego, jaki zwykle mylnie sądzi się, że wskazuje. Cierpienia towarzyszące przedłużającej się chorobie nieuleczalnej mogą bowiem być tak ogromne i demoralizujące, że osoba ginie w niedających się opanować reakcjach układu nerwowego, do których zostaje zredukowana. W takim przypadku zadośćuczynienie pragnieniu śmierci wyrażanemu przez pacjenta jest środkiem okazania ludzkiej osobie tego szacunku, który nie godzi się na jakąkolwiek makabryczną parodię człowieczeństwa. Tak więc nasz kolejny argument pozytywny, wymierzony przeciwko obecnemu stanowi prawnemu jako degradującemu [godność osoby ludzkiej – uzup. tłumaczki], wypływa z szacunku dla pragnień jednostki, z faktu liczenia się z ludzką godnością, z niezgody na to, aby zwierzęć ból doprowadził do rozpadu osobowości człowieka¹⁴.

Jak zwróciłem uwagę, omawiając argument z litości, Flew stwierdza, że śmierć w cierpieniach, przy jednoczesnym odurzaniu środkami znieczulającymi, jest degradująca dla istoty ludzkiej. Śmierć z przyczyn naturalnych przychodzi według niego w wielu przypadkach zbyt późno, ponieważ człowiek w trakcie cierpienia jest redukowany do swojego systemu nerwowego, którego już nie może opanować. Flew pokazuje rów-

¹³ Galewicz, *Samobójstwo z pomocą lekarza*, 16.

¹⁴ Flew, „The Principle of Euthanasia”, 226–227, w: Galewicz, *Samobójstwo z pomocą lekarza*, 16–17.

niez, że przeciwnicy eutanazji czy samobójstwa wspomaganego często odwołują się do „absolutnej wartości osoby ludzkiej”, jednak nie zgadza się, że odwołanie to kieruje nas do etycznej niedopuszczalności pomocy przy samobójstwie. Przeciwnie, Flew stwierdza, że pomoc osobie pragnącej śmierci ze względu na przedłużające się cierpienie i chęć uniknięcia degradacji istoty ludzkiej do systemu nerwowego opanowanego przez ból i cierpienie jest czynem moralnie pozytywnym. Jest to okazanie szacunku osobie chorej oraz brak zgody na doprowadzenie osoby do stanu niegodnego istoty ludzkiej. U podstaw tego argumentu leży założenie, że jako istoty ludzkie posiadamy swoją godność i należy nam się z tego powodu odpowiedni szacunek. Jeśli osoba wyraża pragnienie zakończenia swojego żywota i prosi nas o pomoc, wtedy udzielenie jej tej pomocy jest – zgodnie z referowaną tu argumentacją – uszanowaniem godności tej osoby i podkreśleniem jej wartości. Dodatkowo, jak wspominał Flew już w poprzednim argumencie, stan osoby zredukowanej do uwarunkowań biologicznych jest demoralizujący nie tylko dla osoby cierpiącej, lecz także dla osób postronnych, które często nie chcą oglądać swoich bliskich przeżywających ogromne cierpienia oraz obserwować, jak prośby ich bliskich są ignorowane. Nieuszanowanie prośby o zakończenie życia osoby ludzkiej, która posiada swoją godność, i tym samym wyrażenie zgody, aby zwierzęcy ból doprowadził do rozpadu osobowości danego człowieka, jest więc działaniem – według zwolenników omawianego argumentu – przeciwko jego godności i wartości jego życia.

Zdaje się, że mówiąc o degradacji osoby ludzkiej, Flew ma na myśli odebranie możliwości do racjonalnego podejmowania decyzji. Osoba, będąca pod wpływem cierpienia, nie jest w stanie myśleć logicznie i skupia się głównie na biologicznych reakcjach swojego organizmu. Argumentacja rodzi liczne problemy. Należy zwrócić uwagę, że do degradacji godności ludzkiej prowadzi według Flew ogromne cierpienie, jednak nie każda choroba terminalna wiąże się z cierpieniem, które degraduje człowieka do podstawowych odruchów systemu nerwowego. Dlatego też na mocy tego argumentu nie możemy uznać dopuszczalności samobójstwa wspomaganego dla wszystkich terminalnie chorych lub wszystkich cierpiących. Możemy uznać je za etycznie dopuszczalne tylko w przypadku chorób, które prowadzą do degradacji godzącej w godność człowieka. W związku z tym należałoby wyróżnić cztery typy chorób: choroba terminalna degradująca, choroba terminalna niedegradująca, choroba nieterminalna degradująca¹⁵ oraz choroba

¹⁵ Kategoria ta wydaje się najbardziej problematyczna, jednak jest logicznie możliwa. W przypadku choroby nieterminalnej może dojść do degradacji osoby

nieterminalna niedegradująca. Należy zauważyć, że argumentacja Flew odnosi się tylko do przypadków, w których choroba degraduje osobę.

Podobnie jak w przypadku argumentu z litości pojawiają się tutaj zagadnienia wymagające uściślenia. Aby ustalić, od jakiego poziomu cierpienia osoba posiada prawo do samobójstwa wspomagane, musimy kierować się pewnymi kryteriami. Kryteriów tych angielski filozof w swojej argumentacji nam jednak nie dostarcza. Pierwszym problemem jest określenie, co dokładnie należy rozumieć przez „ogromne cierpienie”. Nie jesteśmy w stanie stwierdzić, czy autor postuluje, aby prawo do samobójstwa wspomagane przysługiwało każdemu cierpiącemu, czy tylko ludziom doświadczającym bardzo intensywnego bólu, czy też ludziom cierpiącym ból długotrwały. Należy także uściślić, czy chodzi tu o cierpienie fizyczne, psychiczne, czy inny typ cierpienia. Każde cierpienie jest również w różnym stopniu redukowalne i różne są skutki uboczne związane z tymi działaniami. Niejasne jest także powiązanie cierpienia ze śmiertelnością choroby. Powinniśmy określić, czy pacjent, któremu będzie przysługiwało moralne prawo do samobójstwa wspomagane, musi być terminalnie chory. Mimo że autor wspomina w swojej argumentacji o osobach terminalnie chorych, to nie mówi, czy śmiertelność choroby jest jednym z wymogów przyznania moralnego prawa do pomocy w odebraniu sobie życia. Należy także określić, czy źródłem degradującego godność cierpienia może być wyłącznie choroba. Możemy wskazać sytuacje, w których doświadczamy wielkiego cierpienia, mimo że nie jesteśmy chorzy. Jeżeli chodzi o ból fizyczny, to przykładem mogą być tortury, z kolei ogromnego cierpienia psychicznego możemy doświadczyć po śmierci bliskiej nam osoby. W zależności od interpretacji argumentu Flew prawo do samobójstwa wspomagane będzie przysługiwało bardzo szerokiej grupie osób (np. osobom, które uznają swoje cierpienie za ogromne) lub też grupie wąskiej (np. tylko osobom terminalnie chorym doświadczającym nieredukowalny ból). Bez niearbitralnego uściślenia wspomnianych tu kwestii uznanie prawa moralnego do pomocy w samobójstwie może prowadzić do wyjątkowo niepożądanych konsekwencji.

Następnym zagadnieniem jest obiektywność kryteriów zdegradowanej godności ludzkiej. Jak zostało zaznaczone powyżej, brytyjski filozof nie wskazuje dokładnie, jak mielibyśmy określić, że godność oso-

poprzez cierpienie psychiczne (osoby otepiałe na skutek choroby mogą długo żyć) czy też cierpienie fizyczne (odczuwanie długiego bólu prowadzi do redukcji zdolności poznawczych). Flew nie podaje, jakie kryteria prowadzą do degradacji osoby. W zależności od rozumienia tej kategorii będzie ona mieć swoje zastosowanie w odniesieniu do choroby nieterminalnej lub nie.

by ludzkiej została zdegradowana. Na podstawie powyższego argumentu możemy rozważyć dwa kryteria. Pierwszym z nich jest cierpienie, jednak udzielenie prawa do samobójstwa wspomaganego jedynie na podstawie tego, że osoba cierpi, jest absurdem. Możemy wskazać osoby, które mimo wielkiego cierpienia są w stanie być szczęśliwe, np. dzięki wsparciu rodziny, wierze czy sile charakteru. Osoby te mimo cierpienia nie uznają, że ich godność jest zdegradowana. Możemy założyć, że prawo do samobójstwa wspomaganego przysługuje jedynie osobom cierpiącym, które uznają swoją godność za zdegradowaną. Jednak prowadzi to do sytuacji, gdy skorzystać ze wspomnianego prawa będą mogły osoby, które nie chcą żyć i cierpią, np. nastolatek załamany po zakończonym związku. Kolejnym kryterium jest zanik zdolności kognitywnych takich jak racjonalne myślenie. Jednak i w tym przypadku możemy wskazać osoby, które nie zgodzą się, że ich godność jest zdegradowana, np. osoby niepełnosprawne, które mimo upośledzenia odczuwają satysfakcję życiową. Również w tym przypadku możemy rozważyć przyznanie prawa do samobójstwa wspomaganego tylko osobom, które spełniają kryterium i uważają swoją godność za zdegradowaną. Wtedy jednak osobami korzystającymi z samobójstwa wspomaganego będą pacjenci zmagający się z chorobami takimi jak depresja, które mogłyby zostać wyleczone. W obu przypadkach znajdziemy się w sytuacji absurdu, gdy osobami, którym przysługuje prawo do samobójstwa wspomaganego, są osoby spełniające dane kryterium i subiektywnie uznające, że są do niego uprawnione. Konieczne jest wskazanie obiektywnego kryterium, na podstawie którego będziemy w stanie stwierdzić degradację godności osoby ludzkiej, o której pisze Flew. Jednak autor w swoim argumentacie owego kryterium nie przedstawił.

Kolejną kwestią wartą poruszenia są konsekwencje przyjęcia argumentu Flew. Galewicz w swojej pracy przedstawia trzy definicje moralnego prawa do czegoś¹⁶. Pojawia się pytanie, które rozumienie prawa moralnego do czegoś przyjmuje Flew. Na podstawie przytoczonej powyżej argumentacji wydaje się, że mówi on o definicji (c). Oznaczałoby to, że osobie posiadającej prawo do samobójstwa wspomaganego należy pomóc w odebraniu życia, jeśli tylko nie jest w stanie zrobić tego sama. Co za tym idzie – lekarz, który stwierdzi, że pacjent doświadcza degradującego go cierpienia, jest moralnie zobligowany do pomocy w zakończeniu jego życia. Jednak wniosek ten w żaden sposób nie wypływa z założenia Flew, którym jest uznanie cierpienia za negatywną siłę

¹⁶ Galewicz, *Samobójstwo z pomocą lekarza*, 8.

degradującą osobę ludzką. To, że przyjmiemy, iż cierpienie jest czymś złym oraz degradującym, nie oznacza, że musimy uznać moralny obowiązek pomocy w dokonaniu aktu samobójstwa. Dlatego też uważam, że argumentacja Flew jest nieprzekonująca w kontekście debaty nad etyczną dopuszczalnością samobójstwa wspomagane.

Argument z wartości cierpienia i śmierci naturalnej

Antony Flew w swoich argumentach skupia się w dużej części na osobach terminalnie chorych, które trwale cierpią. Cierpienie to powód – według niego – rozpad osobowości człowieka i jego degradację, jest przedstawione jako siła niszcząca ludzką godność. Flew i podobni mu autorzy kontynuują tradycję epikurejską, uznając cierpienie za coś negatywnego. Jednak cierpienie może być postrzegane również w inny sposób. Jerzy Brusilo podejmuje próbę wskazania pozytywnej wartości cierpienia. Na wstępie należy odróżnić cierpienie dopuszczane świadomie, np. w trakcie intensywnego treningu, od cierpienia, które się przytrafia niezależnie od przyzwolenia, np. cierpienia w chorobie. Następujący argument dotyczy sytuacji drugiego rodzaju:

Rzeczywiście prawo do śmierci czy to legalnie w Holandii, czy nielegalnie praktycznie w każdym miejscu świata jest narzędziem skierowanym w samo centrum egzystencji ludzkiej – w życie osobnicze, w istnienie osoby, w godność człowieka, który ma żyć od pełnego miłości początku do naturalnego końca. Ponieważ cierpienie i choroba są nieodłączną częścią, to prawo do śmierci stanowi zagrożenie dla całej osoby ludzkiej. Nawet można powiedzieć, że eutanazja jest agresywnym przekreśleniem cierpienia i choroby, do której człowiek ma takie samo prawo, jak do życia w zdrowiu i sprawności. Sens cierpienia jest trudny do zrozumienia w życiu od narodzin do naturalnej śmierci, ale na pewno jest całkowicie nieczytelny i niemożliwy do zrozumienia w praktyce uprawomocnionego zabijania. Ze strony etycznej, poza argumentem zniesienia cierpienia i znikomej jakości życia terminalnie chorych, starców i niepełnosprawnych, nie ma wystarczającej racji do prawa do śmierci. [...] Podobnie w przypadku eutanazji, nieznosne cierpienie, które prowadzi do prośby o śmierć, nie stanowi już w zasadzie problemu medycznego (prawie cały ból można objawowo uśmierzyć) i jeśli chodzi o znaczenie cierpienia, rozwiązanie problemu stanowi nie uśmiercenie całego człowieka z jego bólem, lecz właściwe egzystencjalne lub religijne nadanie mu sensu¹⁷.

¹⁷ Jerzy Brusilo, „Prawo do śmierci. Życie czy wolność?”, w: *Etyka wobec współczesnych dylematów*, red. Krzysztof Kalka (Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, 2006), 176–178.

Jerzy Brusiło przedstawia nam koncepcję cierpienia całkiem inną od Flew. Naturalna śmierć i cierpienie są ukazane jako moralne prawo człowieka. Eutanazja czy samobójstwo wspomagane miałyby być narzędziami, które odbierają to prawo. Dostrzeganie przez chorą osobę sensu doznawanego cierpienia sprawiłoby, że osoba ta czerpałaby pozytywne wartości z choroby jako naturalnej części swojego życia. Jednocześnie autor zauważa, że ogromne cierpienie, o którym Flew pisze, że uniemożliwia funkcjonowanie, nie jest problemem dzięki postępowi medycyny. Ból można – według Brusiły – prawie całkowicie usmieżyć, a pozostałemu cierpieniu nadać sens i przekształcić jako środek do pewnego celu. Argument ten sklasyfikuję jako argument z wartości cierpienia i śmierci naturalnej przeciwko etycznej dopuszczalności samobójstwa wspomagane.

Na początku analizy tego argumentu chciałbym skupić się na moralnym prawie do cierpienia i naturalnej śmierci, o którym pisze Brusiło. Można się zastanowić, do której definicji moralnego prawa do czegoś¹⁸ przynależy prawo, o którym pisze autor. Człowiek chory powinien – według tego autora – mieć prawo do cierpienia i naturalnej śmierci. Nie można mu go zabrać poprzez przedwczesne zakończenie życia czy radykalną redukcję cierpienia. Wydaje się więc, że jest to definicja moralnego prawa do czegoś w znaczeniu (b), zgodnie z którą „Jeżeli X chce zrobić A, nikt nie powinien mu w tym przeszkadzać”. Wydaje się, że to rozumienie nie przeczy możliwości zrezygnowania pacjenta ze swojego prawa do cierpienia i naturalnej śmierci oraz poproszenia w pewnym momencie o środki znieczulające lub zabieg, który przyspieszyłby śmierć. W kontekście tego zagadnienia Brusiło pisze następująco:

Wolność nie polega na samowoli, kaprysie czy robieniu tego, na co ma się ochotę, ale na wyborze dobra, coraz większej doskonałości, moralnych cnót i uczestnictwa ze źródłem wszelkiego dobra, prawdy i miłości. [...] W praktyce, biorąc pod uwagę człowieka, który zadaje sobie śmierć lub prosi o śmierć, lekarz musi mieć na uwadze ograniczenie przyrodzonej wolności samobójcy. Mimo iż nadal jest on w pełni osobą, człowiekiem, to wolność, w imię której samobójca siebie zabija, nie jest w istocie wolnością, lecz aktem podobnym do wolności¹⁹.

Biorąc pod uwagę powyższy cytat, można stwierdzić, że według Brusiły pacjent nie może zrezygnować z tego prawa. Nie obowiązuje ono, jak w definicji Galewicza, tylko tak długo, jak długo osoba upraw-

¹⁸ Galewicz, *Samobójstwo z pomocą lekarza*, 8.

¹⁹ Brusiło, „Prawo do śmierci. Życie czy wolność?”, 179.

niona chce z niego skorzystać. W koncepcji Brusilły życie jest prawem niezbywalnym i niezależnym od preferencji podmiotu. Jest także obowiązkiem moralnym, tak jak obowiązkiem moralnym są – według niego – cierpienie i naturalna śmierć. Nawet jeśli pacjent oświadczy, że chce zakończyć swoje cierpienie, lekarz musi stwierdzić, że pacjent nie korzysta ze swojej wolności w należyty sposób, ponieważ ta decyzja nie jest dla niego dobra. Lekarz w argumentacji Brusilły jawi nam się jako paternalistyczny sędzia, który posiada jedyną słuszną definicję dobra i ignoruje każdą decyzję pacjenta. Zresztą decyzja pacjenta nie ma tak naprawdę znaczenia, ponieważ lekarz i tak zmuszony jest działać według z góry przyjętej definicji dobra pacjenta, a to, czy jest to zgodne z wolą pacjenta, nie ma nic do rzeczy. Wydaje się więc, że w koncepcji Brusilły wolność pacjenta zostaje zredukowana. Wszelkie decyzje dotyczące pacjenta, w tym decyzje dotyczące jego życia i śmierci, są podejmowane niezależnie od jego woli. Takie podejście może doprowadzić do obniżenia zaufania w relacji lekarz–pacjent, a także do obniżenia zaufania do lekarza przez ogół społeczeństwa. Z tego względu stanowisko Brusilły jest moim zdaniem nie do zaakceptowania.

Drugim zagadnieniem związanym z przytoczoną argumentacją, które chciałbym omówić, jest kwestia nadawania sensu cierpieniu. Autor stwierdza, że nieznośne cierpienie nie stanowi problemu ze względu na postęp medycyny, który potrafi to cierpienie uśmierzyć. Należy tylko nadać cierpieniu sens czy to egzystencjalny, czy religijny. Jest to jednak teza trudna do obrony. Już Flew w argumentach przytoczonych wcześniej pisał o ośpieniu, które niosą ze sobą silne środki przeciwbólowe. Podobnego zdania jest Williams, który pisze następująco:

Artykuł sugeruje następnie, że eutanazja nie jest szczególnie potrzebna dzięki postępom w dziedzinie środków przeciwbólowych. [...] W mojej książce – przyznając, że naukowa medycyna radzi sobie z ocaleniem wielu umierających pacjentów przed ekstremalnym bólem fizycznym – wskazuje, że często nie udaje się jej ocalić ich przed sztuczną, pomroczną egzystencją, z nudnościami, zawrotami głowy i ekstremalnym niepokojem, jak również przed długimi godzinami świadomości swojego beznadziejnego stanu. Mój drogi przyjaciel, który zmarł na raka jelita, spędził swoje ostatnie miesiące w takim właśnie stanie – pod wpływem morfiny, która zagłuszała ból, ale nieprzerwanie wymiotując każdego dnia. Pytanie, z którym musimy się zmierzyć, brzmi, czy warto narzucać bezmyślną brutalność takiej egzystencji komuś, kto pragnie położyć jej kres²⁰.

²⁰ Glanville Williams, „Mercy-Killing Legislation – A Rejoinder”, *Minnesota Law Review* 43(1) (1958), przedruk w: S. Gorovitz, R. Macklin, A. L. Jameton, J. M. O'Connor, S. Shervin, *Moral Problems in Medicine*, wyd. 2 (Englewood Cliffs,

Jak więc argumentuje Williams, mimo że medycyna potrafi poradzić sobie z bólem fizycznym o dużym natężeniu, to także niesie ze sobą pewne skutki uboczne. Wymioty czy zawroty głowy są jednymi z możliwych konsekwencji zażywania silnych środków przeciwbólowych. Należy także wspomnieć o cierpieniu psychicznym, jakiego doświadcza osoba chora, która jest świadoma swojego stanu. Cierpienia tego nie można zredukować tak łatwo jak bólu fizycznego. Brusilo stara się przekonać czytelników, że ból ten stanie się czymś pozytywnym, gdy nadamy mu sens. Sytuacja, w której osoba religijna świadomie rezygnuje ze środków przeciwbólowych czy działań takich jak samobójstwo wspomagane, wierząc, że cierpienie w życiu doczesnym pomoże jej osiągnąć życie wieczne, nie jest problematyczna. Jednak problem pojawia się w przypadku osób, które nie zgadzają się na nadanie sensu swojemu cierpieniu. W przypadku środków uśmierzania bólu czy ignorowania woli pacjenta w sprawie zakończenia swojego życia możemy paternalistycznie działać na rzecz jego „dobra”, jednak nie możemy kogoś zmusić do nadania sensu egzystencjalnego lub religijnego swoim cierpieniom. Lekarz może oczywiście ignorować wolę pacjenta i zapewniać go, że cierpienie to umocni jego cnoty czy że jego cierpienie zostanie wynagrodzone w życiu wiecznym, jednak według mnie jest to raczej narzucanie „bezmysłnej brutalności egzystencji” wbrew woli pacjenta, o czym pisze Williams. Ponownie możemy więc zobaczyć, że przyjęcie koncepcji Brusili wiąże się z redukcją pacjenta jako osoby – jego wola jest całkowicie ignorowana podczas podejmowania decyzji, które go dotyczą. Co więcej, lekarz w koncepcji Brusili sprawuje paternalistyczną władzę nad pacjentem, kierując się swoją wizją dobra. Zatem dla pacjenta trafienie pod opiekę lekarza wiąże się ze zredukowaniem własnej wolności.

Ostatnim zagadnieniem, które chciałbym poruszyć, jest etyczność stosowania środków przeciwbólowych w kontekście argumentu Brusili. Jak zostało wcześniej wspomniane, Brusilo pisze, że cierpienie nie stanowi już problemu, ponieważ istnieją środki uśmierzające ból. Nie jest jednak jasne, czy ich stosowanie jest etycznie dozwolone z punktu widzenia koncepcji Brusili. Autor nie pisze o tym wprost, jednak jeśli ból lub cierpienie, któremu nadano sens, jest czymś pozytywnym, tak samo jak śmierć naturalna, to podawanie środków przeciwbólowych uniemożliwia człowiekowi osiągnięcie tych pozytywnych skutków, które przynosi – według Brusili – cierpienie, będące środkiem do założone-

go przez Brusilę dobra. Z tego punktu widzenia wydaje się, że pomimo istnienia środków przeciwbólowych nie powinniśmy ich używać. Pisze on w swoim artykule, że cierpienie i choroba są nieodłączną częścią życia, tak samo jak narodziny i naturalna śmierć²¹. Sugeruje to, że są one dobre, ponieważ są naturalne. Środki przeciwbólowe nie są jednak czymś naturalnym – sprawiają, że cierpienie i choroba rozdzielają się.

Pójdźmy jednak o krok dalej i pomyślmy o każdej chorobie, która może być śmiertelna, jak na przykład grypa lub ospa wietrzna. Zgodnie z tokiem myśli Brusili większa ilość cierpienia, któremu nadano sens, pozwala człowiekowi dążyć do dobra, co jest dla niego najlepsze. Co więcej, pisze on, że człowiek ma niezbywalne prawo do cierpienia i choroby, tak jak do życia w zdrowiu i sprawności. Czy w związku z tym powinniśmy leczyć chorobę? Od zarania dziejów dzieci i dorośli umierali na ospę czy też na powikłania związane z jej nieleczonym przebiegiem. Jest więc to coś naturalnego, a jako że jest to naturalne, to – zgodnie z tokiem myśli Brusili – nie powinniśmy działać wbrew temu, ponieważ jest to działanie wbrew dobru, które jest celem życia każdego człowieka. Dodatkowo długi przebieg ospy pozwoliłby na długie cierpienia, a w końcu na naturalną śmierć, co uszlachetniłoby człowieka egzystencjalnie oraz pozwoliłoby na nadanie sensu religijnego jego życiu oraz oczekiwanie nagrody po życiu doczesnym. Jako że wola pacjenta w koncepcji Brusili nie ma wpływu na działania lekarza, to rola etycznego lekarza byłaby zredukowana do obowiązku zadbania o to, by nikt nie zmniejszał lub przerywał cierpienia pacjenta, a także do przekonania pacjenta, że jego cierpienie i śmierć mają sens.

Jest to tylko jedna z możliwych interpretacji argumentacji Brusili. Jest ona jednak możliwa, ponieważ argumentacja autora jest nieścisła i oparta na koncepcjach, z którymi spierał się już Hume²². Brusilo redukuje wolność osoby – jedynymi wolnymi wyborami są według niego

²¹ Brusilo, „Prawo do śmierci. Życie czy wolność?“, 176.

²² David Hume, „Esej o samobójstwie“, w: *Dialogi o religii naturalnej. Naturalna historia religii wraz z dodatkami*, przeł. Anna Hochfeldowa (Warszawa: PWN, 1962), 221. „Samobójstwo nie jest wykroczeniem przeciw naszej powinności wobec Boga [...] życie ludzkie zależy od tych samych praw, co życie wszystkich innych zwierząt, te zaś podlegają ogólnym prawom materii i ruchu. Zawalenie się wieży czy zadanie trucizny zniszczy człowieka tak samo, jak najnikczemniejsze stworzenie, a powódź zmiecie bez różnicy wszystko, co dostanie się w zasięg rozszalałej fali. Skoro wtedy życie ludzkie zależy zawsze od ogólnych praw materii i ruchu, to czy pozbawienie się życia jest przestępstwem dlatego, że w każdym przypadku jest przestępstwem wdzierać się w te prawa albo zakłócać ich działanie?”

wybory zgodne z koncepcją dobra, którą przyjmuje sam Brusilo. Każdy inny wybór jest wyborem jedynie podobnym do wolności. Przyjmując to stanowisko z wszystkimi jego konsekwencjami, możemy dojść do dylematu, czy uniknąć kamienia, który na nas spada, ponieważ śmierć od tego kamienia byłaby śmiercią naturalną. W związku z tym uznaję argumentację Brusili za nieprzekonującą w kontekście debaty nad etyczną dopuszczalnością samobójstwa wspomaganego.

Konkluzje

Na podstawie powyższej analizy uważam, że przedstawione argumenty dotyczące etycznej oceny samobójstwa wspomaganego nie są przekonujące. Argumenty te w fundamentalny sposób zależą od przyjętych przez ich zwolenników założeń. Flew przyjmuje założenie, że cierpienie jest czymś negatywnym, a samobójstwo wspomagane jawi się z tej perspektywy jako czyn moralnie dopuszczalny, ponieważ jest narzędziem, które od niego wybawia. Brusilo natomiast zakłada, że cierpienie stanowi coś pozytywnego w życiu człowieka, przez co uznaje samobójstwo wspomagane za niedopuszczalne jako czyn, który od cierpienia wyzwala. Jednak przyjęcie jednego z tych założeń nie rozstrzyga w sprawie etycznej oceny samobójstwa wspomaganego. Możemy uznać cierpienie za coś negatywnego, jednak nie uznawać samobójstwa wspomaganego za czyn moralnie dopuszczalny, na przykład ze względu na istnienie innych narzędzi do redukcji cierpienia lub też ze względu na niezgodność z etyką lekarską. Możemy także uznać cierpienie za coś pozytywnego i przyznać pewnym osobom prawo do samobójstwa wspomaganego, jeśli poprzez samobójstwo wspomagane zrealizują większe wartości niż te, które związane są z cierpieniem. W argumentacji obu filozofów brakuje jednak przesłanek, które pozwoliłyby jednoznacznie rozstrzygnąć o etycznej dopuszczalności samobójstwa wspomaganego.

Jak więc można zauważyć, argumentacja dotycząca moralnej dopuszczalności samobójstwa wspomaganego musi być wieloaspektowa. Musimy wziąć pod uwagę dopuszczalność samobójstwa samego w sobie, a także dopuszczalność pomocy lekarza w samobójstwie. Podstawowymi zagadnieniami w kontekście udziału lekarza w samobójstwie będą pytania o cel medycyny oraz relację lekarza z pacjentem²³. Należy

²³ Anna Szczesna, „Spór o pomoc lekarza w samobójstwie”, w: *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. Mieczysław

rozstrzygnąć, jakie są cele medycyny i czy pomoc w samobójstwie jest z owymi celami sprzeczna. Pomocna w tej kwestii może się okazać analiza relacji etyki hipokratejskiej z etyką judeochrześcijańską²⁴. Wpływ samobójstwa wspomagane na relację lekarz–pacjent jest również przedmiotem współczesnej dyskusji bioetycznej i musi zostać wzięty pod uwagę w argumentacji dotyczącej dopuszczalności samobójstwa wspomagane. Jak zauważa Anna Szczesna, relacja ta nawiązywana jest w kontekście instytucji społecznych i politycznych, które mają na celu umożliwienie realizacji nie tylko celów medycyny, lecz także celów społecznych oraz ochrony wartości z nimi związanych²⁵. Należy również wziąć pod uwagę wpływ praktykowania samobójstwa wspomagane na społeczeństwo, np. wpływ na poziom szczęścia członków społeczeństwa czy też ryzyko potencjalnej degradacji moralnej. Argumentacja powinna też zawierać rozwiązania problemów praktycznych związanych z samym aktem samobójstwa wspomagane, np. jak określić, czy decyzja o samobójstwie jest racjonalna. Kto byłby odpowiedzialny za weryfikację racjonalności decyzji? Jakich kryteriów powinniśmy użyć do weryfikacji racjonalności decyzji? Dieter Birnbacher stwierdza, że taka decyzja jest racjonalna i powinna zostać zaakceptowana, tylko jeśli jest spójna z trwałymi preferencjami i postawami wobec wartości pacjenta²⁶. Ostatnią ważną kwestią w kontekście argumentacji dotyczącej samobójstwa wspomagane jest ściśle określenie używanych pojęć. W analizowanych artykułach można zauważyć pojęcia takie jak „godność” czy też „moralne prawo do...”, które są rozumiane przez autorów całkowicie inaczej. Autorzy często nie określają przyjętych przez siebie definicji, co sprawia, że potencjalna debata jest znacząco utrudniona lub całkowicie niemożliwa. Z pewnością badania nad problemem samobójstwa wspomagane powinny być kontynuowane, jednak argumentacja dotycząca tego zagadnienia powinna być wieloaspektowa i spójna, a stosowane pojęcia ściśle określone.

sław Gałuszka, Kazimierz Szewczyk (Warszawa–Łódź: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2002), 201–209.

²⁴ Robert M. Veatch, Carol G. Mason, „Hippocratic vs. Judeo-Christian Medical Ethics: Principles in Conflict”, *The Journal of Religious Ethics* 15 (1987): 86–105.

²⁵ Szczesna, „Spór o pomoc lekarza w samobójstwie”, 204.

²⁶ Birnbacher, „Etyczne aspekty zapobiegania i udzielania pomocy w samobójstwie”: 63–90.

Bibliografia

- Birnbacher Dieter. 1988. „Etyczne aspekty zapobiegania i udzielania pomocy w samobójstwie”. *Etyka* 23: 63–90.
- Brusiło Jerzy. 2006. „Prawo do śmierci. Życie czy wolność?” W: *Etyka wobec współczesnych dylematów*, red. Krzysztof Kalka, 172–185. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego.
- Canadian Medical Association. 2007. „Euthanasia and Assisted Suicide”. Dostęp 2.05.2023. <https://web.archive.org/web/20111219230512/http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Polycypdf/PD07-01.pdf>.
- Flew Antony. 1969. „The Principle of Euthanasia”. W: *Euthanasia and the Right to Death*, red. Arthur B. Downing, 103–118, przeł. A. Tomaszewska. Los Angeles: Nash Publishing.
- Friesen Phoebe. 2020. „Medically Assisted Dying and Suicide: How Are They Different, and How Are They Similar?” *Hastings Center Report* 50(1): 32–43. DOI: 10.1002/hast.1083.
- Galewicz Włodzimierz. 2009. *Samobójstwo z pomocą lekarza*. <https://doi.org/10.26106/ck8g-3581>.
- Graham Hannah, Jeremy Prichard. 2013. „Voluntary Euthanasia and Assisted Dying in Tasmania: A Response to Giddings and McKim”. Dostęp 2.05.2023. <https://dspace.stir.ac.uk/bitstream/1893/21594/1/Voluntary%20Euthanasia%20and%20Assisted%20Dying%20in%20Tasmania%20-%20A%20Response%209-10-13.pdf>.
- Hume David. 1962. „Esej o samobójstwie”. W: David Hume, *Dialogi o religii naturalnej. Naturalna historia religii wraz z dodatkami*, przeł. Anna Hochfeldowa. Warszawa: PWN.
- Kamisar Yale. 1970. „Euthanasia Legislation: Some Nonreligious Objections”. W: *Euthanasia and the Right to Die*. New York: Humanities Press; London: Peter Owen Ltd. Przedruk w: *Moral Problems in Medicine*, red. S. Gorovitz, R. Macklin, A. L. Jameton, J. M. O'Connor, S. Shervin, wyd. 2. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1983, przeł. J. Malczewski.
- Nadolski Andrzej. 1990. *Uzbrojenie w Polsce średniowiecznej 1350–145*. Łódź: PAN. PWN. „Litość”. Dostęp 14.06.2023. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/litość.html>.
- Rabadi Al Luai, Michael LeBlanc, Taylor Bucy, Lee M. Ellis, Dawn L. Hershsman, Frank L. Meyskens, Lynne Taylor, Charles D. Blanke. 2018. „Trends in Medical Aid in Dying in Oregon and Washington”. *JAMA Netw Open* 2(8): e198648. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.8648.
- Szczęsna Anna. 2002. „Spór o pomoc lekarza w samobójstwie”. W: *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. Mieczysław Gałuszka, Kazimierz Szewczyk, 193–213. Warszawa–Łódź: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Veatch Robert M., Carol G. Mason. 1987. „Hippocratic vs. Judeo-Christian Medical Ethics: Principles in Conflict”. *The Journal of Religious Ethics* 15: 86–105.

Williams Glanville. 1958. „Mercy-Killing Legislation – A Rejoinder”. *Minnesota Law Review* 43(1). Przedruk w: *Moral Problems in Medicine*, red. S. Gorovitz, R. Macklin, A. L. Jameton, J. M. O'Connor, S. Shervin, wyd. 2. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1983, przeł. J. Malczewski.

Streszczenie

Prezentowany artykuł skupia się na przedstawieniu wybranych argumentów dotyczących etycznej oceny samobójstwa wspomagane i ich analizie krytycznej. Omawiane w artykule argumenty pochodzą z literatury polskiej i anglojęzycznej. Są to: argument z litości i argument z godności Antony'ego Flew oraz argument z wartości cierpienia i śmierci naturalnej Jerzego Brusiły. Celem artykułu jest określenie, czy wybrane argumenty są rozstrzygające w debacie dotyczącej etycznej dopuszczalności samobójstwa wspomagane. Efektem przeprowadzonych analiz ma być również wskazanie możliwego kierunku dalszych badań nad etyczną oceną samobójstwa wspomagane.

Słowa kluczowe: samobójstwo, samobójstwo wspomagane, etyka, etyka lekarska, prawo moralne

Physician-Assisted Suicide in Light of Arguments of Compassion, the Value of Suffering, and Respect for Human Dignity

Summary

This article focuses on the presentation and critical analysis of selected arguments concerning the ethical evaluation of assisted suicide. The arguments discussed in the article are drawn from both Polish and English-language literature. Four contemporary arguments concerning the ethical permissibility of assisted suicide are presented and critically analysed. These are: the argument from pity and the argument from dignity by Antony Flew, the argument from the value of suffering and natural death by Jerzy Brusiło. The aim of this article is to analyse the arguments and determine whether the chosen arguments are conclusive, as well as to identify further areas of research related to the consideration of the ethical acceptability of assisted suicide.

Keywords: suicide, physician-assisted suicide, ethics, medical ethics, moral law