

KATARZYNA PAJĄK

Bioetyka a wybrane aspekty umierania człowieka

Bioethics and Selected Aspects of Dying

Instytut Filozofii, Uniwersytet Opolski

Streszczenie

Praca sygnalizuje wybrane aspekty bioetyczne związane z umieraniem człowieka, takie jak problem definicji śmierci oraz kwestie eutanazji w odniesieniu do zagadnienia uporczywej terapii. Rozważania zostają podjęte na podstawie kluczowego dla pracy i stanowiącego punkt jej wyjścia wyjaśnienia pojęcia „bioetyka” (Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 1, 77–81).

Słowa kluczowe: bioetyka, definicja śmierci, eutanazja.

Abstract

This paper indicates some aspects of ethics relating to dying, such as the problem of the definition of death and euthanasia issues in relation to the issue of aggressive medical treatment. The considerations are based on clarification the term “bioethics” (Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 1, 77–81).

Key words: bioethics, definition of death, euthanasia.

Śmierć towarzyszy człowiekowi od początku istnienia gatunku ludzkiego. O ile dawniej życie człowieka kończyło się z ostatnim tchnieniem, o tyle współcześnie określenie, czy śmierć nadeszła, czy nie, nie jest już takie proste. Rozwój medycyny stanowi ogromną szansę dla ciężko chorych, ale jednocześnie przysparza wiele różnych problemów w sytuacjach granicznych. W niniejszej pracy zostaną poruszone wybrane problemy bioetyki związane z umieraniem człowieka.

Problem śmierci i umierania poruszany bywa w literaturze wielu dziedzin. Problemy końca życia zajmują zarówno filozofów, jak i prawników, o przedstawicielach zawodów medycznych nie wspominając. Autorzy niejednokrotnie dostrzegają wielość problemów, jakie niesie koniec ludzkiego życia. O problemach prawnych pisze na przykład Rafał Citowicz: „tam, gdzie na styku ochrony życia i prawa do godnego umierania dochodzić może nie tylko do konfliktu sumienia, ale także do kolizji wartości – brakuje w istocie jak dotąd takich rozwiązań prawnych w tej mierze, o których można by już dzisiaj powiedzieć, że są one wolne od wątpliwości i oparte na klarownych, jednoznacznych i ogólnie akceptowanych założeniach aksjo-

logicznych” [1]. Właśnie wobec tej niezgodności między godną śmiercią a ochroną zdrowia i życia, między możliwościami medycyny a nakazami prawa, pojawiają się problemy, które stara się opisywać bioetyka.

Za Van Rensselaer Potterem Citowicz przytacza, że: „bioetyka to poszukiwanie zasad odpowiedzialnego postępowania tych, którzy decydują o wyborze metod leczenia i o zastosowaniu najnowszych osiągnięć nauki w praktyce” [2]. Według tej definicji, bioetyka to interdyscyplinarne poszukiwanie kompromisu między medycyną i jej narzędziami a wywodzącą się z filozofii Arystotelesa zasadą rozwagi i praktycznej mądrości. Aby wspomniany kompromis wypracować, potrzebna jest zarówno chęć dialogu, jak również rozległa interdyscyplinarna wiedza [3].

Nieco inaczej o bioetyce wypowiada się Wojciech Słomski. Według niego, bioetyka to pewnego rodzaju drogowskaz postępowania w przypadku problemów granicznych życia. Jak zauważa: „Chodzi tu raczej o znalezienie złotego środka pomiędzy dwoma skrajnościami, z których jedna sprowadza się do pojmowania bioetyki jako dyscypliny stricte filozoficznej, dla której liczą się wyłącznie

problemy i rozstrzygnięcia teoretyczne i która nie bierze (lub stara się nie brać) pod uwagę praktycznych implikacji własnych wyników, oraz drugą, polegającą na traktowaniu bioetyki nieomal jako części medycyny, jako technicznej biegłości w rozwiązywaniu etycznych problemów pojawiających się w praktyce medycznej” [4]. Tak więc według Słomskiego bioetyka może być zarówno dyscypliną typowo teoretyczną, akademicką polegającą na czystym namyśle w oderwaniu od rzeczywistości albo niemal przeciwnie. Bioetyka może być traktowana instrumentalnie jako część medycyny ustalająca określone rozwiązania wobec pojawiających się problemów, z którymi spotykają się przedstawiciele dyscyplin medycznych. Traktowanie bioetyki instrumentalnie, jako dyscypliny pomocniczej dla medycyny, może prowadzić do niebezpieczeństwa absolutyzacji i ustalania pewnych słusznych rozwiązań w świetle określonych praktyk, które po upływie pewnego czasu przestają być aktualne i odpowiednie. Takie twarde traktowanie bioetyki nie sprzyja ciągłemu namysłowi nad zmieniającą się rzeczywistością, zresztą na ile można nazwać etykę szczegółową etyką, jeśli pozbawia się wątpliwości, wprowadzając określone zasady i procedury postępowania, na ile etyka jest etyką, jeśli nie próbuje rozwiązywać za każdym razem na nowo problemów związanych z praktyką, w tym przypadku medyczną? Warto mieć te wątpliwości na uwadze. Jak dalej pisze Słomski: „wielu autorów podkreśla, że współczesna medycyna stała się zbiurokratyzowaną instytucją, w której pojedyncze osoby pełnią wąskie, wyspecjalizowane funkcje, często tracąc z pola widzenia cele tej instytucji jako całości” [5]. Trzeba mieć przed oczami wyraźny podział między etyką a medycyną i specyfiką obu tych dyscyplin. Należałoby się także zastanowić, czy bioetyka traktowana jako wąska, specjalistyczna dziedzina medycyny ciągle jest etyką, czy już jest narzędziem uzasadniającym jakieś konkretne medyczne działanie. Można też rozważyć, czy etyka ma uzasadniać, czy też poddawać pod rozwagę i stawiać pytania, na które trudno jest znaleźć jednoznaczne odpowiedzi. Jak dalej pisze ten sam autor, aby bioetyka mogła dostrzec cele medycyny i je właściwie ocenić „nie może ani sama stać się częścią tej instytucji, ani też pozostać ściśle filozoficzną, akademicką spekulacją. Interdyscyplinarność jawi się w tym kontekście jako wymóg, któremu bioetyka prędzej czy później będzie musiała sprostać” [6].

Zastanawiając się nad relacją między etyką lekarską a bioetyką, nazwami, które bywają używane zamiennie, można zauważyć wiele różnic między nimi. Obserwując relację znaczeniową tych pojęć, dochodzi się do wniosku, że bioetyka jest pojęciem zdecydowanie szerszym. Etyka lekarska jest bowiem jedną z tak zwanych etyk szczegółowych,

jest etyką zawodu medycznego. Zajmuje się bezpośrednio relacją medyka i jego podopiecznego, bioetyka natomiast przygląda się tej relacji z pewnego metapoziomu, wprowadzając określony stopień ogólności. Wspomniany stopień ogólności umożliwia tym samym większą uniwersalność, co pozwala stosować określone instrukcje postępowania bardziej elastycznie, a przez to indywidualizować postępowanie w zależności od zastanej sytuacji. Z kolei normy etyki zawodów medycznych zostały ujęte w poszczególnych kodeksach deontologicznych. Z uwagi na jego specyfikę, zawodem medycznym szczególnie eksponowanym na problemy końca życia jest właśnie zawód lekarza.

Jeszcze inaczej o bioetyce pisze Jean Bernard: „bioetyka, to przede wszystkim podwójny rygor: lodowaty rygor nauki, sztywny rygor moralności; to również powiązane z nimi, ciepło życia i głębia refleksji. Ciepło i głębia dyscypliny natchnionej nadzieją ograniczenia ludzkiego cierpienia, zawsze obecnego wśród stawianych pytań; nadzieja płynąca z miłości bliźniego” [7]. Jean Bernard wyraźnie podkreśla, że etyka to dział filozofii, jednak dział ten zdobywa coraz większą autonomię. Jak pisze: „etyka jest dziedziną filozofii. Od Platona i Arystotelesa do Spinozy była przedmiotem ich refleksji. Bioetyka jednak stopniowo zdobywa niezależność. Niezależność bardzo szczególną, definiowaną w pewnej mierze bliskim kontaktem między biologią a filozofią” [8]. Można się zastanawiać, czy taka niezależność i oderwanie od pierwotnych korzeni, a więc filozofii, nie przyniesie niebezpieczeństwa absolutyzacji określonych poglądów, przyjętych jako obowiązujące, które uprawomocnia pogląd większości, czy też autorytetów.

Definicje i wyjaśnienia, które opisują rozmaici myśliciele funkcjonują zwykle w obrębie ich prac naukowych, z wolna przedostając się do zbiorowej świadomości społeczeństwa. Aby uzupełnić wielość definicji i pokazać to ogromne zróżnicowanie, warto przytoczyć jeszcze jedną definicję, tym razem jak najbardziej potoczną i znajdującą się w powszechnym użyciu. Będzie to definicja pojęcia „bioetyka”, które pojawia się w „Słowniku języka polskiego” PWN. Według niego bioetyka to „dział etyki zajmujący się analizą dylematów moralnych pojawiających się w praktyce nauk medycznych i biologicznych” [9]. Jest to definicja tylko z pozoru prosta i nienastęrczająca dodatkowych problemów. Analizując ją nieco dokładniej, można wskazać na pewne nieścisłości związane z nieprecyzyjnym użyciem poszczególnych słów. Nie będą tu omawiane nieścisłości, jakie wspomniana definicja niesie, nie jest to przedmiotem pracy. Definicja miała za zadanie jedynie pokazać, w jaki sposób pojęcie „bioetyka” funkcjonuje w potocznym, słownikowym znaczeniu.

Jak zostało wyżej pokazane, już samo pojęcie „bioetyka” może wzbudzać wiele różnych wątpliwości dotyczących jego zakresu oraz prowokować do tworzenia rozmaitych tego pojęcia definicji. Liczba tych przemyśleń skłania także do refleksji nad wielością kwestii, które zamykają się w omawianym pojęciu.

Wobec tak różnorodnego podejścia do zakresu pojęcia „bioetyka” bioetyczne problemy związane ze śmiercią mogą być nadzwyczaj zróżnicowane. Pierwszym poważnym problemem jest sama definicja śmierci. Dawniej śmierć była definiowana jako ustanie krążenia w organizmie, które było spowodowane niewydolnością serca lub płuc. Przełom, który nastąpił wraz z opracowaniem nowej definicji śmierci wprowadził jej nowe kryterium. Zgodnie z przyjętym kryterium zaczęto rozróżniać wiele rozmaitych rodzajów śmierci, takich jak śmierć kliniczna (kryterium zaprzestania oddychania i akcji serca); śmierć mózgu (kryterium obumierania komórek mózgowych); śmierć biologiczna (degradacja i rozkład komórek i narządów) [10]. Jak pisze Roman Tokarczyk: „miejsce serca i płuc w definicjach śmierci zajął mózg – kryterium neurologiczne: całkowity brak odruchów, rozszerzenie źrenic, kompletna hipotonia, zanik wychyleń w zapisie elektroencefalograficznym. Według współczesnej medycyny, jeśli umarł mózg człowieka – umarł cały człowiek, a jego śmierć jest »rzeczywista i pewna«” [11]. Opracowanie i ugruntowywanie niemal każdej definicji może budzić niepokój co do granic jej zastosowania. Ustalenie pewnych kryteriów w materii tak specyficznej jak śmierć człowieka może budzić większe wątpliwości. Tym większe, że arbitralne stwierdzenie, że czyjeś życie się skończyło prowadzi do wielu różnorodnych konsekwencji zarówno w sferze postępowania z ciałem, jak i zachowania wobec rodziny zmarłego czy rytuałów związanych z żałobą. Ustalenie jednego kryterium uznania człowieka za zmarłego, a więc stwierdzenia samej śmierci, może nie być do końca adekwatne. Roman Tokarczyk proponuje ustalenie wielu różnych definicji śmierci w zależności od przyjętych kryteriów – medycznych, moralnych, religijnych, prawnych lub też kulturowych. Jak pisze: „uwzględnienie z jednej strony tego, co sytuacyjne i konkretne, z drugiej zaś to co ogólne i abstrakcyjne, uzasadniać miałyby różne definicje śmierci. Byłyby one przeto odmienne dla na przykład zaniechania sztucznej reanimacji, transplantacji organów ludzkich, przekazywania i dziedziczenia własności, ubezpieczeń, podatków, praw osobistych, praw publicznych i innych typowych sytuacji” [12]. Można się zastanawiać jak wielość definicji rozwiąże problem jednoznacznego stwierdzenia śmierci danego człowieka. Wielość definicji może bowiem skłaniać do doprecyzowy-

wania symptomów śmierci, co przy coraz lepszej aparaturze medycznej może prowadzić do coraz bardziej wnikliwego badania problemu, a przez to precyzji można nie osiągnąć w ogóle. Zapytać można, czy jednak ogólna definicja, jaką można opracować za Światową Organizacją Zdrowia, która mówi, że „śmierć następuje wraz z permanentnym zniknięciem życia, bez możliwości ratowania” [13] przysparza mniejszej liczby problemów niż definicja coraz bardziej szczegółowa. Naturalnie i jeden i drugi sposób definiowania przynosi wiele wątpliwości, jednak z praktycznego punktu widzenia, na coś należałoby się zdecydować. I takie praktyczne podejście do problemu przyświecało polskiemu prawodawcy podczas opracowywania obwieszczenia w sprawie stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Warte uwagi jest uzasadnienie wyboru kryterium śmierci mózgu jako śmierci całego człowieka. Jak można przeczytać w obwieszczeniu: „wieloletnia praktyka medyczna jednoznacznie wykazała, że w wybranych przypadkach odstępianie od koncepcji śmierci człowieka jako całości na rzecz śmierci mózgu człowieka jako całości jest uzasadniona z naukowego i praktycznego punktu widzenia. W świetle postępu w medycynie dynamicznego rozwoju intensywnej terapii takie stanowisko wydaje się być ze wszech miar potrzebne i słuszne. Pomimo ogromnych możliwości ratowania ludzkiego zdrowia i życia, jakie aktualnie posiada nowoczesna medycyna, istnieją granice ich zastosowania. Jedną z nich jest śmierć mózgu” [14].

Definicja śmierci mózgu jest poniekąd kluczowym problemem, jeśli chodzi o dalsze bioetyczne problemy związane z umieraniem człowieka. To bowiem od granic życia, jakie ustali definicja śmierci, zależy, czy postępowanie lekarskie można będzie uznać za akt eutanazji lub uporczywej terapii.

Mimo że samo słowo powinno bezsprzecznie kojarzyć się ze śmiercią dobrą, „eutanazja” przywodzi na myśl w pierwszym odruchu skojarzenia raczej z morderstwem niż z ulgą w cierpieniu. Z jednej strony w licznej literaturze zajmującej się problemem eutanazji jest opisywana jako „zaniechanie terapii w przypadkach beznadziejnych, jeśli możliwe jest jedynie dalsze przedłużanie życia pacjenta, zwłaszcza gdy odbywa się to kosztem wielkich cierpień, a także jako ewentualne prawo chorego do oczekiwania od lekarza pomocy w bezbolesnym zakończeniu życia” [15]. Z drugiej jednak strony Wojciech Słomski zaznacza, że: „eutanazję należy przede wszystkim odróżnić od innych rodzajów zabiegów lekarskich, możliwych do wykonania przy końcu życia, takich jak podawanie środków usmierzających ból, powstrzymanie się od tzw. uporczywego leczenia czy odłączenia apa-

ratury podtrzymującej życie. Za eutanazję uznać natomiast należy pomoc lub asystowanie w samobójstwie lub podanie środków powodujących zgon” [16]. Obserwując już te dwa głosy, można dostrzec, że pojęcie eutanazji także nie jest proste do zdefiniowania i odnosi się do wielu innych problemów związanych z końcem życia w ogóle.

Z uwagi na wielość kryteriów definiowania, za Małgorzatą Szeroczyńską, można wyróżnić eutanazję czynną i bierną (w zależności od działania bądź zaniechania skutkującego zgonem); dobrowolną i niedobrowolną (zależną od woli samego zainteresowanego); bezpośrednią i pośrednią (kiedy śmierć jest celem bezpośrednim lub ewentualnym działania lekarskiego). Osobno pozostawia problem „wspomaganego samobójstwa”. Pisze: „Termin eutanazja bywa błędnie używany dla określenia zabójstwa z innych motywów, na przykład eugenicznych lub ekonomicznych (tak zwana pseudoeutanazja), a także do pozbawienia życia człowieka wbrew wyrażonej przez niego woli życia i leczenia (tak zwana kryptanazja)” [17]. Po raz kolejny mnogość definicji nie przyczynia się do rozwiązania problemu, przeciwnie owe problemy może dodatkowo generować. Przykładem niech będzie chociażby kwestia zaniechania uporczywej terapii. Mogą pojawić się wątpliwości, kiedy pojawia się już eutanazja bierna, a kiedy zaprzestanie leczenia jest jeszcze zaprzestaniem uporczywej terapii. Na kanwie tego problemu pojawia się wiele innych. Chociażby kwestia podejmowania decyzji, czy prowadzić dalej terapię, która może być uznana za uporczywą, a jej celowość może być poddawana głębokiej wątpliwości, czy jej zaniechać, co może wiązać się z oskarżeniem o zaniechanie działań, a więc eutanazję bierną. Pojawia się także dodatkowy problem, kto ma prawo i władzę nad życiem człowieka chorego, aby stwierdzić, że dane działanie nie przyniesie jemu już więcej korzyści, a jego życie nie powinno dłużej trwać. Kto będzie miał prawo decydować, że tego, a nie innego chorego należy maksymalnie długo utrzymywać przy życiu, w znaczeniu zachowywać jego czynności życiowe. Czy mieliby to być lekarze, etycy, prawnicy, a może kolegium różnych specjalistów? Pytanie o to, kto byłby władny podejmować tego typu decyzje jest niezwykle ważne, gdyż pozwala osobom bezpośrednio zainteresowanym na ukierunkowanie swoich roszczeń wobec takiej a nie innej decyzji. Z jednej strony roszczenia mogą mieć bliscy chorego, którym będzie zależeć na wyzdrowieniu chorego i maksymalnym wydłużeniu jego życia, nawet życia w stanie wegetatywnym, gdyż nadzieja na cud, kolokwialnie mówiąc, umiera ostatnia. Z drugiej strony takie określenie odpowiedzialnych za podejmowanie tych decyzji umożliwi chociażby płatnikowi rzetelne rozliczenie z celowości wykonanych procedur.

Problem etycznych konsekwencji związanych z eutanazją przypomina nieco walkę z mityczną Hydrą. Na miejscu jednego, zdawałoby się rozwiązanego, problemu pojawia się kilka innych. Nie można jednocześnie zaprzeczyć, że problem wymaga rozwiązania i do tych rozwiązań dążą zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy eutanazji. Jak pisze Tomasz Kaczmarek: „pozostawiając na uboczu analizę pojawiających się coraz częściej nowych znaczeń terminu eutanazji, nowych jej podziałów i semantycznych odcieni – zwrócić należy uwagę, że jednakową dbałość w rekomendowaniu nowych terminów, które mogłyby zastąpić nazwę eutanazji wykazują zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy przyspieszania śmierci. Pierwsi, aby zdjąć moralne tabu z reform, które zmierzają do jej legalizacji. Drugi, aby logicznie uzasadnić swoje stanowisko zdecydowanie przeciwne eutanazji czynnej, przy akceptacji wszakże innych jej form, które według nich po prostu eutanazją nie są bądź nie powinny być tak nazywane” [18].

Na kanwie bioetycznych rozważań związanych ze śmiercią człowieka warto wskazać na kilka dodatkowych problemów, które nie wprost odnoszą się do bioetyki. Do takowych bez wątpienia należą kwestie opieki nad osobą w stanie terminalnym, opieki przede wszystkim duchowej i psychologicznej. Do tych aspektów można zaliczyć już samą informację o tym, że choroba w bliższej lub dalszej przyszłości zakończy się śmiercią. Czy i jak informować pacjenta o nadchodzącej śmierci pojawia się w literaturze zarówno w kontekście opieki paliatywnej, jak i rozważań o prawie pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia. Z prawami pacjenta wiąże się także bezsprzecznie prawo do godnych warunków umierania, do umierania w spokoju. Po raz kolejny pojawia się pytanie, jak wspomniane godne warunki zdefiniować. Czy godna śmierć to taka, która przychodzi do człowieka odurzonego środkami przeciwbólowymi, czy raczej taka, która przychodzi w pełni świadomości, ale i bólu. Oczywiście, te krótkie rozważania nie wyczerpują głębi tematu, mają za zadanie jedynie nakreślenie wielości problemów, jakie pojawiają się wraz z końcem ludzkiego życia.

Śmierć człowieka jest momentem, który skłania do wielu rozmaitych refleksji. Płaszczyzną takich refleksji może stać się także bioetyka. W jej świetle problemy umierania nabierają swoistego charakteru, odnoszą się bowiem bezpośrednio do płaszczyzny rozważań na marginesach: medycyny i filozofii, ale także prawa lub religii. Bioetyka pojawia się w kontekście rozważań o dopuszczalności eutanazji, o granicach uporczywej terapii, a szerzej – pojawia się w przypadku definiowania granic życia. Poruszone problemy sygnalizują jedynie złożoność tej stosunkowo młodej dyscypliny, jaką jest bioetyka. Należy jednocześnie mieć na uwadze zadania

etyki jako takiej, w szczególności zaś ujmowanej bardzo wąsko jako bioetyka – która ma wskazywać na problemy, opisywać je i uogólniać, aby na tej podstawie móc budować sądy moralne. Dlatego

też w tej pracy zostały jedynie zasygnalizowane problemy, bez moralnego wartościowania niezwykle kontrowersyjnych skądinąd treści związanych z umieraniem człowieka.

Piśmiennictwo

- [1] **Citowicz R.:** Prawnokarne aspekty życia człowieka a prawo do godnej śmierci. Kodeks Sp. z o.o., Warszawa 2006, 59.
- [2] Medycyna a prawa człowieka. Tłum. Kaczyńska I. Wyd. Sejmowe, Warszawa 1996, 18.
- [3] Medycyna a prawa człowieka. Tłum. Kaczyńska I. Wyd. Sejmowe, Warszawa 1996, 18–19.
- [4] **Słomski W.:** Bioetyka. Katedra Filozofii Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2007, 35–38.
- [5] **Słomski W.:** Bioetyka. Katedra Filozofii Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2007, 35–38.
- [6] **Bernard J.:** Od biologii do etyki. Tłum. Żelechowska J. PWN, Warszawa 1994, 2.
- [7] **Bernard J.:** Od biologii do etyki. Tłum. Żelechowska J. PWN, Warszawa 1994, 150.
- [8] Słownik języka polskiego PWN. <http://sjp.pwn.pl/szukaj/bioetyka>, [dostęp: 13.12.2010 r.].
- [9] **Ostrowska A.:** Śmierć i umieranie. Almapress, Warszawa 1991, 31–32.
- [10] **Tokarczyk R.:** Prawa narodzin, życia i śmierci. Zakamycze, Kraków 2006, 369.
- [11] **Tokarczyk R.:** Prawa narodzin, życia i śmierci. Zakamycze, Kraków 2006, 371.
- [12] **Ostrowska A.:** Śmierć i umieranie. Almapress, Warszawa 1991, 32.
- [13] Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Kryteria i sposób stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalone przez specjalistów z dziedziny medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_kisuczm_17072007.pdf
- [14] **Pietrzykowski T.:** Spór o eutanazję. Sonia Draga, Katowice 2007, 16.
- [15] **Słomski W.:** Bioetyka. Katedra Filozofii Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2007, 53–54.
- [16] **Szeroczyńska M.:** Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Wyd. Universitas, Kraków 2004, 38.
- [17] **Kaczmarek T.:** Wolność dysponowania życiem a prawo do godnej śmierci. Rozważania o przestępstwie i prawie. Kodeks Sp. z o.o., Warszawa 2006, 404.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Pająk
tel.: 660 273 151
e-mail: pajak.katarzyna@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.10.2010 r.
Po recenzji: 12.12.2010 r.
Zaakceptowano do druku: 12.12.2010 r.

Received: 18.10.2010
Revised: 12.12.2010 r.
Accepted: 12.12.2010 r.