

ZYGMUNT ZIEMBIŃSKI

Prawne i moralne problemy śmierci i umierania

Przedstawiając koreferat do referatu prof. dr. T. Kielanowskiego, ograniczę się do wąskich stosunkowo uwag natury prawniczej (nie są to sprawy teorii państwa i prawa, którą się zajmuję). Zwrócę uwagę na niektóre przepisy polskiego kodeksu karnego z 1969 r., dotyczące ochrony życia, i na ich interpretację w doktrynie prawa karnego. W tej ostatniej materii chciałbym odesłać przede wszystkim do artykułu prof. dr. M. Sośniaka: *Śmierć (problematyka lekarsko-prawna)*¹. Problematyka cywilnoprawna w tym zakresie byłaby zbyt kazuistyczna dla dyskusowania na konferencji poświęconej głównie problemom etycznym.

Rozdział XXI k.k. zawiera podstawowy przepis karny (art. 148, § 1) stanowiący, iż „kto zabija człowieka, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 8 albo karze śmierci” — a następnie szereg przepisów dotyczących działań przeciwko życiu w szczególnych okolicznościach, aż do przerwania ciąży wbrew przepisom ustawy, w przypadku których przewidywane są niższe wymiary kary niż przy zwykłym zabójstwie (zabójstwie umyślnym); są to zabójstwo z afektu, dzieciobójstwo w okresie i pod wpływem porodu, zabójstwo na żądanie pod wpływem współczucia, nadto namowa lub pomoc w samobójstwie, nieumyślne spowodowanie śmierci przez lekkomyślność lub niedbalstwo. Z punktu widzenia interesującego nas tematu zwrócić należy uwagę na sformułowanie określenia czynów przestępnych w art. 150 k.k.: „zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego” (dla przyjęcia niższego wymiaru kary są konieczne oba warunki łącznie) oraz art. 151 k.k.: „namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie”. „Zabija człowieka”, „targnięcie się na życie” itd. to zwroty o bogatym podtekście emocjonalnym, co stwarza podstawy do dyskusowania nad tym, czy w danym przypad-

¹ M. Sośniak, *Śmierć (problematyka lekarsko-prawna)*, „Państwo i Prawo” 1970, z. 3—4, s. 506—517.

ku mamy do czynienia z „człowiekiem”, „życiem”, czy tylko jego pozorami, czy z „zabijaniem”, czy jakimś takim powodowaniem śmierci, które nie jest zabijaniem (pomijam tu z braku miejsca np. ogromnie złożoną problematykę skutków błędu sztuki lekarskiej). Tradycyjne znaczenia tych terminów podważył współczesny stan wiedzy lekarskiej; sformułowanie nowych definicji tych terminów z konieczności przybiera charakter definicji perswazyjnych, *implicite* opowiadających się za takim albo innym rozstrzygnięciem pewnego problemu prawnego czy moralnego.

Prawo karne niezłomnie chciałoby chronić „życie” (nawet życie budzące współczucie i życie potencjalnego samobójcy) przed zamachami na nie. Oczywiście jednak prawo karne ma te same trudności, co medycyna, z definicyjnym określeniem „życia”. Zwięzłym sformułowaniom kodeksu nadaje określony sens dopiero doktryna prawnicza, wiodąca w wielu punktach spory, oparte pozornie głównie na argumentach medycznych, w rzeczywistości głównie zmierzające do stworzenia preferencji dla takich albo innych zasad moralnych przy stosowaniu obowiązujących przepisów prawnych. Z jednej strony prawnicy obawiają się — podobnie jak znaczna część świata lekarskiego — aby lekarzowi była dana kompetencja arbitralnego decydowania o życiu, choćby żalonym, resztkowym życiu pacjenta, z drugiej strony zdają sobie sprawę z tego, że w konkretnych przypadkach lekarz czy lekarze w ciągu ograniczonej liczby sekund podejmować muszą ryzykowne moralnie decyzje, np. dla wykorzystania możliwości przeszczepu. Doktryna prawnicza przyjmuje jednak, że w żadnym razie nie jest dopuszczalne przyspieszanie w jakikolwiek sposób śmierci dawcy przeszczepu ze względu na interesy biorcy przeszczepu, choćby dawca przeszczepu był już nieodwołalnie na drodze do śmierci.

Prawnicy skłonni są, pod wpływem lekarzy, uznać za kryterium śmierci kryterium „śmierci mózgu” (ustanie czynności kory mózgowej), lecz zdają sobie sprawę z tego, że stwierdzenie „śmierci mózgu” dokonywane być może z większą lub mniejszą pewnością. Ale pewność śmierci dawcy przeszczepu zwiększa ryzyko w zakresie udzielenia pomocy biorcy przeszczepu. Powstaje więc znowu problem zastępowania jednego dylematu przez inny dylemat. Przy tym prawnicy wahają się przed ustawowym wprowadzeniem definicji śmierci, biorąc pod uwagę, iż kryteria wprowadzane przez naukę ulegają szybkim nieraz zmianom w miarę rozwoju nauki oraz że w kontekstach różnych konkretnych sytuacji zachodzić może potrzeba odwoływania się do odmiennych definicji śmierci.

Dalszym problemem, który zajmuje uwagę prawników, jest problem obowiązku kontynuowania zabiegów reanimacyjnych i podtrzymywania

biologicznej egzystencji człowieka, u którego nie wystąpiła całkowita śmierć mózgu. W przypadku śmierci mózgu sprawa jest na ogół nie-sporna, natomiast w przypadku szans na przywrócenie chociażby chwilowe przytomności uważa się, że kontynuowanie wysiłków w celu zrealizowania tej szansy jest konieczne ze względu na umierającego i na jego rodzinę. W przypadku ograniczenia tylko życia psychicznego nie ma podstaw prawnych do zaniechania podtrzymywania życia. Łatwy byłoby w tych przypadkach krok od pasywnej do aktywnej eutanazji, którą kodeks uznaje za czyn karalny.

Szczególne problemy prawne powoduje kwestia korzystania z aparatury w przypadku kolizji dobra wielu pacjentów. Przyjmuje się, że w przypadku ograniczonej liczby aparatów nie można odłączyć chorego, którego już podtrzymuje się w ten sposób przy życiu, chociażby przewieziono chorego w groźniejszym stanie zdrowia czy chorego, co do którego są większe szanse na utrzymanie przy życiu. Ale znowu powstawać mogą dylematy moralne w przypadkach, gdy do aparatu podłączony jest nieprzytomny chory, nie rokujący żadnych nadziei, choć nie nastąpiła u niego jeszcze „śmierć mózgu”. W tego rodzaju przypadkach powstają ewentualnie elementy dla zastosowania kwalifikacji stanu wyższej konieczności (art. 23 § 1 k.k.), choć to sprawa wysoce dyskusyjna. Poza jakimiś takimi wyjątkowymi sytuacjami każde życie ludzkie jest jednako cenne z punktu widzenia prawa.

W dyskutowanej dziedzinie punkt widzenia prawnika to nie tylko punkt widzenia prawa karnego, zakazującego określonych zachowań uznanych za szczególnie szkodliwe społecznie i z tego względu połączonych z zagrożeniem karą. To zagrożenie karą, i to karą pozbawienia wolności, jest zresztą niezbyt adekwatnym zabiegiem socjotechnicznym w odniesieniu do lekarzy. W praktyce prowadzić to może do przedstawiania osłaniających opinii ze strony biegłych oraz osłaniających zeznań świadków z personelu szpitalnego — nawet wtedy, kiedy czyn powoduje sprzeciw moralny. Ale to już sprawa środowiska lekarskiego, aby zasady etyki lekarskiej działały silniej niż normy prawne.

Prawnik jest organizatorem życia społecznego. Z tego punktu widzenia istotne jest, aby w życiu tym możliwie najrzadziej dochodziło do sytuacji konfliktowych, w których trzeba — ze względu na brak odpowiednich środków — poświęcać jakieś podstawowe dobra na rzecz innych. Otóż w warunkach społeczeństwa socjalistycznego istnieje dość duża możliwość przerzucania środków społeczeństwa na określonego rodzaju potrzeby społeczne: na potrzeby rodzącego się życia, na potrzeby generacji pracującej i produkcyjnej, na potrzeby starców i potrzeby umierających. Do tej pory, przy ciężkich warunkach ekonomicznych, te ostatnie były najmniej ważne. W tej chwili powstają możliwości pomy-

ślenia o tych potrzebach, ostatnich potrzebach ludzi pokolenia, którego wiek pełnego wysiłku produkcyjnego poświęcony były na budowanie w ciężkich warunkach zrębów gospodarki socjalistycznej. Należy też zdawać sobie sprawę ze struktury demograficznej naszego społeczeństwa, w którym zwiększać się będzie udział ludzi bliskich śmierci, potrzebujących nie tak może najnowocześniejszej aparatury szpitalnej, co po prostu spokojnego kąta dla kończenia życia z opieką lekarską pomagającą łagodzić cierpienia. Mała, dwupokoleniowa rodzina nie zamierza podejmować tych funkcji — odpycha od siebie myśl o śmierci w domu jako o czymś szokującym, można by powiedzieć — niehigienicznym czy nieprzyzwoitym.

W epoce pięknego budownictwa dla żywych i zdrowych nie może braknąć łóżek szpitalnych i małych pomieszczeń dla wszelkich cięższych przypadków, co zmusza do tego, że ludzie w wielkich salach starych szpitali oddzieleni mizernym parawanem konają w czasie odwiedzin, konają w nocy na oczach innych pacjentów zagrożonych tą samą chorobą.

Z punktu widzenia organizatora życia społecznego racjonalny rozdział środków materialnych, przeznaczonych na społeczne koszty śmierci i umierania ludzi starych, powinien zmierzać do maksymalnego zmniejszenia miary cierpień fizycznych i psychicznych największej liczby ludzi — co jest ważniejsze niż beznadziejna walka o przedłużanie życia ludzkiego o tygodnie czy miesiące. W szczególności wydaje się pożądane stworzenie warunków dla okresowego podleczenia szpitalnego ludzi starych, tak aby pójście do szpitala nie było pójściem na śmierć. Zapewne jest to postulat nieekonomiczny, ale ludzki.

Nie ma takich środków budżetowych, które pozwoliłyby zapewnić odpowiednią liczbę ludzi gotowych nieść nie tylko pomoc lekarską i opiekę, lecz także współczucie ludziom przewlekłe chorym, przez wiele lat umierającym, często trudnym do zniesienia dla ludzi zdrowych, młodych, zwróconych ku życiu, ku sprawom własnej rodziny, ku zarabianiu, dorabianiu się, czego nikomu nie można odmówić. Jest to kwestia wychowania od podstaw, urobienia nie deklaratywnych, lecz rzeczywistych postaw altruizmu bezinteresownego, bo ze społecznego punktu widzenia umierający człowiek nie ma nic do „dania”. Zapis testamentowy nie opłaci życzliwości i współczucia. Postawa personelu lekarskiego, szpitalnego czy opiekuńczego w stosunku do umierającego człowieka musi wyrastać z głębokiego autentycznego humanitaryzmu. Z jakich pobudek światopoglądowych ta autentyczna postawa wynika, to dla umierającego człowieka sprawa drugorzędna, jeśli życzliwość opieki nie jest połączona z naciskiem światopoglądowym, a zachowuje poszanowanie dla światopoglądu człowieka, który stoi oto przed rozstrzygnięciem, czy wybrać

właściwą drogę. Czynniki makrostrukturalne, takie jak tworzenie się wielkich anonimowych aglomeracji miejskich, czynniki zawodowe, takie jak dezintegracja organizacyjna postępowania lekarskiego w związku ze specjalizacją elementów diagnozowania i zabiegów, oczywiście utrudniają kształtowanie się personalnego i życzliwego autentycznie stosunku do ciężko chorego pacjenta. Mimo wszystko wydaje się jednak, że są tu pewne możliwości zmian i poprawy struktur organizacyjnych, co jest sprawą wspólną lekarzy i administratorów.

Błędem organizacyjnym, który się współcześnie dostrzega, było rozbicie organizacyjne służby zdrowia, mające funkcję ukrytą stwarzania półtora lub więcej etatu dla lekarzy, których rzetelność pracy malała w miarę wzrostu liczby formalnie podejmowanych obowiązków. Względna pauperyzacja rzetelnie pracującego lekarza, praktyki świadczeń wykraczających poza symboliczne prezenty w stosunku do pracowników społecznej służby zdrowia, ocenianie pracy szpitali swego czasu według kryteriów głównie statystycznych — to zjawiska, które pośrednio rzucają na stosunek części lekarzy do problemów ludzi umierających, dla których brakuje czasu, zainteresowania i miejsca szpitalnego. Prawnik jako organizator życia społecznego powinien, z głębokim socjologicznym rozpoznaniem całokształtu problematyki, szukać środków zaradczych możliwych do zastosowania przy istniejącej bazie materialnej, pamiętając, że remedia spóźnione stają się nieskuteczne.

Sprawą świata lekarskiego jest odpowiednia reorganizacja studiów medycznych. Przyszły lekarz, który nie kontaktuje się personalnie z profesorem nawet w czasie egzaminu zastępowanego przez stawianie krzyżków na ujednoliconym teście, zbywany często w czasie praktyk szpitalnych przez opiekunów, spotykający się zbyt często z całkiem przyrodniczym stosunkiem do poszczególnych „przypadków”, nie rozwinie prawdopodobnie we właściwym kierunku swych wyobrażeń o roli społecznej lekarza w społeczeństwie socjalistycznym. A w kształtowaniu stosunku do problemów śmierci wyobrażenia co do roli społecznej lekarza są sprawą szczególnie istotną.

Przechodząc do refleksji nad przesłankami podstawowymi, należy nawiązać do tezy referatu prof. Kielanowskiego, iż rolą lekarza jest nie zwalczanie śmierci, stanowiącej nieodwracalny koniec życia ludzkiego, lecz zapewnienie tyłu elementów zdrowia, ile ich można w danych konkretnych sytuacjach zapewnić, i to maksymalnej liczbie jednostek ludzkich. Nieuniknioność ludzkiej śmierci każe ją uznać za zjawisko, z którym starać się trzeba pogodzić i z którym trzeba pomóc pogodzić się tym, którzy boleśnie strach przed śmiercią odczuwają, aby zminimalizować ich cierpienia.

To założenie kształtować chyba powinno cały zespół zasad postępo-

wania z chorymi, w szczególności sposób mówienia im o śmierci. Żle chyba się dzieje, gdy wokół postępów wiedzy medycznej urabia się atmosferę bezkrytycznego entuzjazmu i zbyt daleko idących nadziei. Lekarz nie powinien stwarzać atmosfery zdawkowego, nieszczerzego optymizmu, powinien każdemu człowiekowi, którego życie przecięła już smuga cienia śmierci, spokojnie mówić o jego szansach życia, stanowiących wygraną w stosunku do tego, co nieuniknione. Jeden z sędziwych polskich filozofów zapytywany o zdrowie tłumaczył mi wielokrotnie, że fakt jakiego takiego zdrowia w jego wieku jest wielką wygraną i że w tym stanie rzeczy nie ma najmniejszych podstaw, aby na zdrowie narzekać. Oczywiście taka sama wypowiedź o zdrowiu pacjenta zaskakująca go w sędziwym wieku mogłaby być szokująca. Dlatego też pacjent powinien ją usłyszeć dostatecznie wcześniej, jeszcze wtedy, gdy chce „umrzeć w galopie”, szarpiąc siły fizyczne na realizowanie zamierzeń życiowych w sposób nierozsądny, aby zreflektować się w porę, racjonalizować swoje postępowanie w tym zakresie na zasadzie świadomego wyboru stylu życia i trybu życia.

Sądzę, że klasycznym przykładem sytuacji, w której miejsce na takie właśnie oddziaływania psychologiczno-przystosowawcze, są oddziały sanatoryjne rehabilitacji pozawałowej, rekolekcje zamknięte dla ludzi, którzy otrzymali pierwszy czy czasem drugi dzwonek ostrzegawczy w swoim życiowym „galopie”. Oczywiście następuje tu reedukacja wzajemna pacjentów, którzy w ciągu miesiąca wspólnych spacerów, robiąc rachunek dotychczasowego życia, dostrzegają, że wiele wartości, za którymi uganiali się, to wartości pozorne, że z wielu poczynań należałoby nie tylko w nowej sytuacji życiowej, ale i w poprzedniej sytuacji życiowej zrezygnować. W tego rodzaju układzie rola lekarza nie ograniczającego się do odczytywania elektrokardiogramów staje się szczególnie istotna. Role sanatoryjnego psychologa i sanatoryjnego lekarza mogą być organizacyjnie oddzielone, ale nie oddzielają się wzajemnie. Dobre słowo lekarza, zainteresowanie osobowością pacjenta, refleksja filozoficzna, ostrzeżenie stanowcze przed konsekwencjami psychofizycznymi określonych kroków życiowych — to czynniki w większym być może stopniu oddziałujące na zdolność powrotu do życia, z rozsądnym oswajaniem się z myślą o śmierci niż bezbłądność dawkowania środków farmaceutycznych. I właśnie lekarz mający kompetencje do mówienia o życiu i śmierci nie tylko w aspekcie biologicznym, ale też w aspekcie filozoficznym i psychologicznym czy socjologicznym może zdziałać w tej dziedzinie wiele.

Pogodzenie się z myślą o śmierci nie jest tożsame z załamaniem odporności. O warunkach egzystencji w obozie oświęcimskim w stanie stałego zagrożenia życia ludzi w sile jeszcze wieku pisze A. Pawełczyń-

ska: „Dynamicznej chęci życia mogła towarzyszyć filozoficzna zgoda na własną śmierć [...]. Taka postawa nie oznaczała biernej rezygnacji z szans indywidualnego przetrwania — przeciwnie, wyzwalała nowe mechanizmy obronne, zmniejszała groźbę śmierci, tworząc wobec niej specyficzny dystans”².

Pozostaje sprawa ostatnia, co nie znaczy, że najmniej ważna, wręcz przeciwnie, sprawa najbardziej chyba zasadnicza ze wszystkich spraw filozofii praktycznej: sprawa sensu życia i sensu śmierci, jaki przyjmować może lekarz. Co do sensu życia marksista i chrześcijanin, i nawet niezależny filozoficznie liberał znaleźć mogą formułę w ogólnym zarysie wspólną: przejść przez życie dobrze czyniąc, umniejszając ludzkie cierpienie, bogacąc ludzką radość. O szczegółowe wybory decyzji na gruncie takiej czy innej wiedzy o makrostrukturach i mikrostrukturach społeczeństwa, odmiennych założeń socjotechnicznych i odmiennych preferencji można oczywiście i należy się spierać, ale będą to, a przynajmniej mogą to być spory ludzi dobrej woli, w nie tak znowu wielu przypadkach prowadzące do odmiennych decyzji w praktyce życiowej członka współczesnego polskiego społeczeństwa — choć przy radykalnie nieraz odmiennych motywacjach.

Inaczej jest z sensem śmierci. Dla chrześcijanina doktrynalnie biorąc jest ona przejściem do nowej formy życia, ukształtowanej według zasług z życia doczesnego jako okresu próby. Dla marksisty jest ona definitywnym końcem ludzkiego istnienia, bez kontynuacji jakiegokolwiek. Sądzić można, że ortodoksyjną pewność co do tego, co jest poza granicą śmierci, żywi tylko część ludzi deklarujących się jako marksiści czy chrześcijanie.

Prof. Kielanowski ze swego punktu widzenia widzi potrzebę refleksji filozoficznej nad śmiercią z pozycji areligijnych. Uważa, że praktyki religijne przygotowujące do śmierci są w wielu sytuacjach niezgodne z zasadami psychoterapii ze względu na konieczność wyjawienia groźnej prawdy. Czy stanowisko to jest słuszne, to sprawa wysoce dyskusyjna. Doktryna Kościoła katolickiego w tej dziedzinie ulega ewolucji: mówi się o „sakramencie chorych”, a nie o „ostatnim”. Jeśli z laickiego punktu widzenia spowiedź miałaby psychoterapeutycznie być szkodliwa, jakież motywy skłaniają ludzi do szukania pomocy u psychoanalityków czy po prostu szukania przed śmiercią kogoś, kto cierpliwie i wyrozumiale wysłuchałby spraw całego ludzkiego życia. Wydaje się, że nasza epoka jest epoką ogromnej liczby ludzi, którzy chcieliby się innym z wielu swoich spraw serdecznie zwierzyć, i bardzo małej liczby ludzi, którzy by tych cudzych zwierzeń chcieli słuchać. Przy postępującej reifikacji

² A. Pawełczyńska, *Wartości i przemoc*, Warszawa 1973, s. 159.

stosunków międzyludzkich uczymy się powstrzymywać od zwierzeń, nakładać maskę zrównoważenia i samowystarczalności. Kiedy samowystarczalność się kończy, rośnie też zapewne potrzeba wyjścia z osamotnienia, potrzeba kontaktu personalnego z kimś życzliwym. Niekiedy w warunkach szpitalnych będzie to tylko lekarz czy pielęgniarz, którym w regulaminie szpitalnym można byłoby na to pozostawić czas, natomiast nie można im tego w regulaminie szpitalnym efektywnie nakazać. Nie chcemy być osamotnieni w godzinie śmierci naszej, ale ogromnie trudno jest współczesnym ludziom nie opuścić bliskich ludzi w tej ostatniej potrzebie, nawet gdy możliwe jest spełnienie tego obowiązku.

Jaki sens śmierci mogliby sobie konstruować marksieści? Chyba traktować ją jako zakończenie wysiłku dla dobra społecznego, utrudzenia życiem, jeśli było ono społecznie owocne, i uwolnienie od cierpień wieku starczego. Ale ten ostatni wątek stwarzałyby uzasadnienie dla samobójstwa dla osób bliskich śmierci, czemu sprzeciwiają się intuicje moralne. Powraca tu zresztą problem wyjściowy: w jakich warunkach zaniechanie walki o utrzymanie życia jest samobójstwem czy spowodowaniem śmierci.

Jeśli człowiek nie wierzący w życie pozadoczesne odczuwa potrzebę nieśmiertelności, społeczeństwo może mu dać pewnego rodzaju namiastkę w postaci szacunku dla ludzi dawniej zmarłych, pamięci o zmarłych, którzy zasłużyli się dla społeczeństwa. Powstaje problem społecznych form wyrażania szacunku zmarłych, form poważnych, szczerych, niesformalizowanych, przejmujących refleksją nad własnym życiem i przygotowujących do spokojnej refleksji nad własną śmiercią. Chodzi też o zaakceptowanie form zgodnych z wolą zmarłego i jego rodziny oraz z kulturą środowiska. Respekt dla ludzkich zwłok jest jednym z istotnych nakazów naszej kultury.

Sądzę, że bieżąca chwila nie jest momentem właściwym dla formalizowania norm prawnych i katechizmowego ujmowania norm moralnych dotyczących problematyki umierania i śmierci. Jest natomiast właściwym czasem dla podejmowania dyskusji, w których ścieranie się stanowisk pozwoli lepiej poznać intuicje moralne i racje moralne stojące za tymi stanowiskami.

Зыгмунт Зембиньски

ЮРИДИЧЕСКИЕ И МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СМЕРТИ И УМИРАНИЯ

В докладе представлены основные сведения о положениях нового польского уголовного кодекса, действующего с 1970 года, касающихся наказания за дей-

ствия, направленные против человеческой жизни, и отражающих официально принимаемую систему оценок в области предохранения человеческой жизни. Юристы тоже воздерживаются от попытки сформулировать общую дефиницию состояния жизни и смерти, дефиницию, которая служила бы исходным пунктом для того или иного применения положений, предусматривающих наказание за действия против человеческой жизни. Однако автор считает, что там, где выступает необходимость принятия врачом решения в трудных конфликтных ситуациях, уголовное право не является надлежащим инструментом для управления этими сложными решениями.

Подчеркивается общественная важность организации надлежащих условий для спокойного расставания с жизнью престарелых и неизлечимо больных людей, что создает, пожалуй, более значимые моральные проблемы в повседневной практике работников здравоохранения, чем использование средств поддержки угасающей человеческой жизни, удивительных средств современного врачебного искусства. Большое значение имеет также то, чтобы избегать мелкоповерхностного оптимизма, который может сопутствовать прогрессу врачебного искусства, а также применять продуманную тактику достаточно дальнего психического освоения с мыслью о неизбежном факте смерти тогда, когда эта мысль еще не вызывает душевного шока.

Доклад завершается рассуждениями о различиях между идеей смысла смерти в христианской философии и марксистской философии.

Zygmunt Ziemiński

LEGAL AND MORAL PROBLEMS OF DEATH AND DYING

The article reviews principal provisions included in the criminal code enacted in 1970 which concern homicide and other acts of assault on human life. These enactments reflect the institutionally established system of evaluations with respect to human life. However, legislators have not formulated a general definition of the state of being alive and the state of being dead, which might have constituted the most logical point of departure for the formulation of particular laws concerning assaults on human life. The author is consequently of the opinion that criminal law would be of little help to physicians when they face difficult problems of conflict of the vital values.

The article emphasizes the need to create satisfactory living conditions for elderly people and bedridden persons. In his view these problems are of more practical importance, more widespread and more commonly encountered by the health service personnel than the question of sustaining life processes of an organism in the state of coma by making use of the rare instruments of contemporary medicine. The author draws attention to the fact that the formidable progress of medical sciences leads sometimes to a simplified optimism which leaves no room for a thoughtful program of emotional preparation for the fact that every man has to die sooner or later. This prospect should be contemplated well in advance, when the thought of being dead is not yet so revolting.

The article ends with reflections on the different conceptions of death and dying in Christian and Marxist philosophies.