

Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności. Część II

The patient's right to privacy and respect for dignity. Part II

Rafał Kubiak

Uniwersytet Łódzki

Streszczenie

Godność człowieka stanowi najwyższą humanistyczną wartość, której w prawie polskim nadaje się podstawowe znaczenie. Została ona podniesiona do rangi konstytucyjnej oraz jest chroniona licznymi przepisami, zarówno cywilnymi, jak i karnymi. Poszanowanie godności ma szczególne znaczenie w przypadku osób chorych. Poddawanie się przez nich świadczeniom zdrowotnym, często w warunkach leczenia zamkniętego, może bowiem prowadzić do naruszenia tej wartości. Ponadto, ze względu na stan takich pacjentów, niejednokrotnie nie potrafią oni dostatecznie samodzielnie uchronić się przed naruszeniem ich godności. Toteż problematyce tej poświęca się w unormowaniach medycznoprawnych wiele miejsca. Poszanowanie godności polega na podmiotowym traktowaniu chorego, jako równorzędnego człowieka. W artykule zaprezentowane zostały sposoby właściwego postępowania wobec pacjenta, tak aby nie naruszać jego godności zarówno w warstwie intelektualnej, jak i działaniami fizycznymi. Szczególną uwagę poświęcono wzorcowi zachowania wobec śmiertelnie chorych i umierających. Ich trudna sytuacja powoduje bowiem występowanie wyjątkowych potrzeb w sferze godności. Odrębnie omówiono też kwestie poszanowania zwłok ludzkich. W ostatnim fragmencie artykułu przedstawiono konsekwencje prawne, które mogą wystąpić w wypadku pogwałcenia prawa do intymności i poszanowania godności. Postępowanie takie może uzasadniać dochodzenie roszczeń cywilnych, głównie z tytułu naruszenia dóbr osobistych. Niektóre z zachowań naruszających omawiane dobra mogą wyczerpywać znamiona czynów zabronionych, przede wszystkim przeciwko czci i nietykalności cielesnej, a także prowadzić do odpowiedzialności karnej za ujawnienie tajemnicy medycznej. Ponadto pogwałcenie prezentowanych wartości może być potraktowane jako przewinienie zawodowe i uzasadniać odpowiedzialność przed sądem lekarskim.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, intymność, godność, obowiązki lekarza.

Abstract

Human dignity is the greatest humanistic value, which in Polish law is assigned with basic meaning. Respect of dignity is particularly important in case of ill persons. Subjecting them to health benefits, often in closed treatment conditions, may in fact lead to a breach of this value. Moreover, due to the condition of these patients, sometimes they cannot adequately protect themselves against violation of their dignity. Therefore, a lot of attention is devoted to these problems in medical-legal regulations. Respect of dignity is based on a subjective treatment of the patient as an equal human being. This article presents proper way of dealing with the patient, so as not to violate their dignity in both the intellectual and physical activities. Particular attention was paid to the behavioral pattern towards mortally ill and dying persons. Their difficult situation causes occurrence of exceptional needs in the sphere of their dignity. Issues of respect for human corpses were discussed separately as well. The last part of the paper presents the legal consequences that may occur in the event of violations of the right to privacy and respect of dignity. Doing so may justify pursue of civil claims, mainly due to the violation of personal interest. Some of such behaviour infringing discussed goods can deplete the attributes of a prohibited act, especially against honor and bodily inviolability, as well as lead to criminal liability for disclosure of physician's medical secret.

Key words: patient rights, privacy, dignity, doctor's duties.

Adres do korespondencji:

prof. nadzw. dr hab. Rafał Kubiak, Uniwersytet Łódzki, Wydział Prawa i Administracji,
ul. Kopcińskiego 8/12, 90-232 Łódź, e-mail: rafal.kubiak@umed.lodz.pl

WPROWADZENIE. ŹRÓDŁA OBOWIĄZKU POSZANOWANIA GODNOŚCI

W pierwszej części artykułu przedstawiono teoretyczne podwaliny prawa do intymności i poszanowania godności pacjenta. Omówiono także źródła prawa, kształtujące wspomniane uprawnienia oraz ukazano szerszą problematykę intymności. Przedmiotem niniejszych rozważań będzie prezentacja prawa do godności, przynależnej każdemu człowiekowi, a w tym również osobom chorym. W dalszej części opracowania zostaną wskazane konsekwencje prawne, które mogą powstać w sytuacji pogwałcenia tych praw.

Pojęcie godności człowieka jest wieloznaczne i stało się przedmiotem analiz w różnych dziedzinach nauki (w socjologii, filozofii, antropologii, etyce itd.). W ujęciu semantycznym godność oznacza „poczucie, świadomość własnej wartości, szacunek dla siebie samego, honor, dumę” [1]. Z prawnego punktu widzenia godność człowieka stanowi fundamentalne zagadnienie, jej poszanowanie jest bowiem punktem wyjścia dla podmiotowego traktowania każdej osoby. Na wagę tego dobra wskazuje podniesienie go do rangi konstytucyjnej. Zgodnie bowiem z art. 30 Konstytucji RP, przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, takie unormowanie wskazuje, że „ustrojodawca nadał godności człowieka znaczenie konstytucyjne, czyniąc z niej płaszczyznę odniesienia dla systemu wartości, wokół którego zbudowano Konstytucję, a zarazem fundament całego porządku prawnego w Państwie” [2]. Oznacza to, że wszelkie regulacje prawne należy interpretować z uwzględnieniem tej wartości. Na poziomie ustawowym pozostaje ona pod szczególną ochroną. Jako tzw. dobro osobiste jest zabezpieczona sankcjami wynikającymi z prawa cywilnego (art. 23 i 24 Kodeksu cywilnego), a na gruncie prawa karnego jej naruszenie jest penalizowane przede wszystkim w art. 216 Kodeksu karnego. Obowiązek poszanowania godności ma szczególne znaczenie w sytuacjach, gdy człowiek może zostać ograniczony w swych wolnościach i prawach. Dzieje się tak m.in. w wypadku, gdy musi poddać się świadczeniom zdrowotnym, zwłaszcza w warunkach szpitalnych. Wówczas musi podporządkować się określonej rygorowi, istniejącym zasadom porządkowym. W tym sensie szpital staje się dla niego instytucją totalną. Z drugiej strony pacjent, często ze względu na swe ułomności, słabość, bezradność spowodowaną chorobą nie jest w stanie dostatecznie silnie chronić swej godności. Staje się więc podatny na jej naruszenia. Rolą personelu medycznego jest zatem zadbanie o poszanowanie

godności pacjenta i traktowanie go podmiotowo, jak równorzędnego człowieka. Toteż w wielu aktach prawnych z zakresu prawa medycznego aspekt ten jest silnie akcentowany. W szczególności problematyce tej poświęcone są art. 20–22 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm., zwanej dalej UPP), które mają uniwersalne znaczenie, nakazują bowiem poszanowanie godności pacjenta przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Z kolei w odniesieniu do lekarzy największe znaczenie ma art. 36 ust. 1 i 3 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 125, zwanej dalej UZL). W ich myśl lekarz nie tylko sam jest zobligowany do poszanowania tej wartości, ale ponadto ma obowiązek zadbać o to, by także inny personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych przestrzegał tych zasad. Regulację tę uzupełniają również normy etyczno-deontologiczne, a w szczególności art. 12 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej (zwanego dalej KEL), który nakazuje, by lekarz życzliwie i kulturalnie traktował pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.

Dla pełności obrazu warto jeszcze wyjaśnić, że każdy posiada godność (rozumianą jako subiektywne przekonanie o swej wartości jako człowieka) niezależnie od sytuacji, w której się znalazł, w szczególności więc nie traci jej, gdy jest chory lub ułomny. Nie ma też znaczenia, jaką posiada opinię u danej jednostki (np. u lekarza) lub w danym środowisku [3]. Nie wolno różnicować zakresu ochrony godności człowieka w zależności np. od jego pochodzenia, narodowości, sytuacji rodzinnej, majątkowej, stanu zdrowia. W orzecznictwie sądowym wyjaśnia się bowiem, że „dyskryminacja jest nieuchronnie związana z naruszeniem godności człowieka, której poszanowanie jest nakazem nie tylko prawnym [...], lecz również moralnym” [4]. Do kwestii tej nawiązuje art. 3 KEL, który nakazuje, by lekarz zawsze wypełniał swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania.

Należy jednak zauważyć, że mimo iż godność człowieka oparta jest na jego subiektywnym przekonaniu, to stwierdzenie naruszenia tej wartości wymaga uwzględnienia kryterium obiektywnego. W przeciwnym wypadku ewentualna odpowiedzialność lekarza za pogwałcenie tego uprawnienia zależna byłaby li tylko od progu wrażliwości pacjenta. W przypadku więc chorych nadwrażliwych, nadmiernie postrzegających swoje „ja”, mogłoby to prowadzić do nadużyć i nieuzasadnionych konsekwencji prawnych stosowanych wobec lekarza.

Warto zatem przywołać stanowisko Sądu Najwyższego, który wyjaśnił, że „przy ocenie naruszenia czci należy mieć na uwadze nie tylko subiektywne odczucie osoby żądającej ochrony prawnej, ale także obiektywną reakcję w opinii społeczeństwa” [5]. W podobnym duchu wypowiedział się Sąd Najwyższy w kolejnym judykacie, w którym instruował, że „ocena, czy nastąpiło naruszenie dobra osobistego, jakim jest stan uczuć, godność osobista i nietykalność cielesna [...], nie może być dokonana według miary indywidualnej wrażliwości zainteresowanego (ocena subiektywna)” [6]. Wydaje się, że tezy te mają istotne znaczenie dla praktyki lekarskiej, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów silnie cierpiących oraz śmiertelnie chorych, którzy nie chcą pogodzić się ze swym stanem. Mogą oni bowiem mieć nadmiernie wygórowane oczekiwania w stosunku do personelu medycznego, nie tylko w sferze *stricte* leczniczej, ale także w zakresie socjalnym lub psychologicznym. Nie zmienia to jednak faktu, że pracownicy medyczni, a zwłaszcza lekarze, powinni starać się maksymalnie szanować godność pacjenta i traktować go jako równorzędnego partnera w procesie terapeutycznym. Uznawać jego podmiotowość, a nie postępować z nim jak z przedmiotem czynności medycznych. Przejawy naruszenia prawa do poszanowania godności pacjenta mogą być różnorakie i zależne od stanu chorego oraz warunków organizacyjnych. Warto zatem podkreślić, że obowiązki w tym obszarze mogą ciążyć nie tylko na konkretnym wykonawcy zabiegu medycznego, ale również na osobach zajmujących się logistyką procesu leczenia, a więc w szczególności na kierownikach placówek medycznych i ich oddziałów.

ZAKRES OBOWIĄZKU POSZANOWANIA GODNOŚCI PACJENTA

Poszanowanie godności pacjenta jest przede wszystkim powinnością osób, które bezpośrednio udzielają mu świadczeń zdrowotnych. W literaturze podkreśla się więc, że pracownicy medyczni powinni odnosić się do chorego z taktem, delikatnością, respektować jego wolę i potrzeby, uwzględniając zasady współżycia społecznego [7]. Naturalnie określenie modelowej postawy lekarza jest w takim wypadku dość trudne, gdyż należy ją indywidualizować, odnosząc do danych okoliczności, np. zakresu potrzeb chorego, jego stanu itd. (inaczej będzie definiowana sfera tych powinności w przypadku pacjentów ambulatoryjnych, hospitalizowanych, lekko chorych, będących w stanach terminalnych itp.). Pomocne w tym względzie może być zatem kryterium empatii. Jak bowiem akcentuje się w literaturze przedmiotu, „w relacjach personelu medycznego z pacjentem empatia jest podstawowym czynnikiem pozwalającym na kształto-

wanie dobrego kontaktu z chorym, zrozumienia i zaspokojenia jego potrzeb biopsychospołecznych” [8]. W celu ustalenia odpowiedniej postawy empatycznej lekarz powinien więc zacząć od zadania sobie pytania, jak bym się czuł w sytuacji chorego i jakie miałbym wówczas oczekiwania. Zastanowienia się, co bym chciał w takim przypadku usłyszeć od lekarza, jakie pytania bym postawił.

Poszanowanie godności pacjenta może mieć wymiar intelektualny i fizyczny. W pierwszym wypadku dotyczy w szczególności prawa do informacji. Jej uzyskanie przez chorego pozwala mu zorientować się w nowej (i zazwyczaj dość trudnej) sytuacji, a następnie podejmować decyzje terapeutyczne (co z kolei wskazuje na jego upodmiotowienie). Problematyka obowiązku informacyjnego ciążyącego na pracownikach medycznych jest przedmiotem wielu regulacji prawnych i ich wykładni. Nie dokonując zatem szerszego omówienia tego zagadnienia, warto jedynie zasygnalizować, że w odniesieniu do lekarzy powinność ta wynika głównie z art. 31 UZL. Przepis ten w szczególności definiuje zakres przekazywanych danych. Obejmuje on informacje o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Analogicznie problematyka ta została ujęta z perspektywy praw pacjenta (art. 9 UPP). W kontekście poszanowania godności pacjenta podnosi się w literaturze, że lekarz powinien przekazywać te wiadomości w sposób przystępny, zrozumiałym dla chorego językiem, w miarę potrzeby powtarzać swą wypowiedź, upewnić się, że pacjent zrozumiał przekaz. Zdaniem przedstawicieli doktryny niedopuszczalne jest lekceważenie chorego, ignorowanie jego pytań i wątpliwości, traktowanie „z góry” oraz krytyczne wypowiedzianie się na temat jego możliwości percepcyjnych (np. „nie będę Panu tłumaczył, bo i tak Pan nie zrozumie”) [9]. Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia w przypadku śmiertelnie chorych, pozostających w stanach terminalnych. Kwestie te będą omówione w dalszej części artykułu.

Prawo do informacji w kontekście poszanowania godności nie ogranicza się jednak tylko do danych medycznych. Poszanowanie pacjenta jako człowieka wyraża się również w przekazaniu mu wiadomości na temat organizacji placówki medycznej, zakresu jego obowiązków i ograniczeń, które są wobec niego stosowane. Przykładowo więc chory hospitalizowany powinien wiedzieć, kto udziela mu świadczeń zdrowotnych, personel medyczny nie może więc pozostawać anonimowy. Realizacji tego wymogu służy choćby obowiązek noszenia w widocznym miejscu identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję danego pracownika medycznego (art. 36 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwiet-

nia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm., zwanej dalej UDL). Pacjent powinien też poznać zasady porządkowe obowiązujące w danej placówce medycznej, np. terminy wizyt lekarskich, pory posiłków, możliwości odwiedzin członków rodziny i innych osób, możliwości korzystania ze wspólnych pomieszczeń, np. biblioteki, kuchni, basenu oraz terenów zielonych [10]. Takie rozeznanie w sytuacji pozwoli pacjentowi odpowiednio zaplanować czas, zmniejszy uczucie niepewności i lęku oraz napięcia spowodowanego bezustannym oczekiwaniem na określone czynności medyczne. Będzie zatem służyło poszanowaniu godności chorego.

W warstwie intelektualnej istotne jest również zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa, przykładowo poprzez przeprowadzanie rozmów w warunkach dyskrecji, gwarantujących ochronę tajemnicy medycznej. Wyrazem szacunku będzie również odpowiednie odnoszenie się do chorego. Przede wszystkim personel medyczny nie może stosować określeń pogardliwych, obraźliwych, wyrażających lekceważenie [11]. Jak bowiem wyjaśnia się w judykaturze, godność człowieka „konkretyzuje się w poczuciu własnej wartości i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi. Naruszenie godności polega z reguły na ułudzeniu komuś lub obraźliwym zachowaniu wobec niego” [12]. Nie chodzi jednak tylko o zwroty niecenzuralne i wulgarne, które mogą być traktowane jako znieważające w rozumieniu art. 216 Kodeksu karnego, ale także np. o złośliwe przekręcanie nazwiska, nadawanie uwłaczających pseudonimów, zwracanie się po imieniu, gdy pacjent wyraźnie na to nie zezwolił. Lekarz nie może również narzucać choremu swego światopoglądu i krytykować pacjenta (zwłaszcza publicznie) za posiadanie innego systemu wartości.

Poszanowanie godności chorego obejmuje również wykonywanie procedur medycznych z uwzględnieniem zasad humanitaryzmu i humanizmu. Personel medyczny powinien więc powstrzymać się od zadawania nadmiernego i zbędnego bólu przez niestandardne, niedbałe wykonywanie iniekcji, zmiany opatrunków, niesprawne lub wręcz brutalne przeprowadzanie badań diagnostycznych i innych zabiegów [13]. Jako przejaw naruszenia omawianego prawa traktuje się również niepodanie znieczulenia, gdy takie jest życzenie pacjenta, a nie ma ku temu przeciwwskazań medycznych, oraz karmienie niesamodzielnych pacjentów sondą pomimo zachowania u nich zdolności przełykania i wbrew ich woli [14].

Realizacja prawa pacjenta do poszanowania jego godności może wymagać także odpowiednich zabiegów organizacyjnych. W tej sferze powinności będą ciążyły na osobach zajmujących kierownicze stanowiska w placówce medycznej (np. na dyrektorze szpitala, ordynatorze, pielęgniarce oddziałowej).

Przykładowo więc choremu należy zapewnić ciszę i spokój. Pracownicy medyczni powinni zatem wykonywać swe czynności bez zbędnego hałasu, trzeba ograniczyć zakłócanie spokoju przez osoby postronne (np. odwiedzające innych chorych), a także osoby wykonujące prace remontowe, porządkowe (np. salowe z harmidrem sprzątające sale chorych) [10]. Pacjent powinien również mieć zapewniony dostęp do urządzeń i sprzętów ułatwiających mu przemieszczanie się, np. wózka inwalidzkiego i o takiej możliwości należy go poinformować. Kierownictwo placówki powinno także zapewnić odpowiednie warunki lokalowe, które umożliwią wykonywanie procedur medycznych w sposób dyskretny i intymny (np. odpowiedni pokój zabiegowy, do którego dostęp będzie limitowany, zwłaszcza podczas przeprowadzania czynności medycznej).

POSZANOWANIE PRAWA DO GODNOŚCI OSÓB ŚMIERTELNIE CHORYCH I UMIERAJĄCYCH

Szczególnej troski wymagają pacjenci, u których rokowania są bardzo złe, śmiertelnie chorzy, pozostający w stanach terminalnych. Poszanowanie godności takich osób powinno być wzmożone, po pierwsze ze względu na wyjątkowe potrzeby takich pacjentów, a po wtóre ze względu na to, iż często nie są oni w stanie dostatecznie samodzielnie chronić swej czci i godności. Toteż ustawodawca poświęcił tej grupie pacjentów odrębny przepis – art. 20 ust. 2 UPP. Stanowi on, że prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Z regulacją tą koresponduje art. 30 KEL. Obliguje on lekarza do dołożenia wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz powinien też do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia. Problematyce potrzeb osób umierających poświęca się wiele uwagi w literaturze z zakresu psychologii lekarskiej. Nie wchodząc głębiej w te zagadnienia, warto jedynie sygnalizacyjnie wskazać, że wg koncepcji Elizabeth Kübler-Ross zakres tych potrzeb zależny będzie od fazy, w której pozostaje osoba umierająca. Z kolei określenie tych potrzeb będzie determinowało sferę powinności pracowników medycznych. W fazie I – tzw. szoku i zaprzeczania, chory jest zainteresowany przede wszystkim uzyskaniem rzetelnej informacji, wymaga też cierpliwości i wyrozumiałości. W tym okresie aktywizuje się więc w sposób szczególny obowiązek informacyjny ciążyący na lekarzu (art. 31 UZL). Mając na względzie trudną sytuację chorego, lekarz powi-

nien zainicjować rozmowę i ze spokojem objaśnić jego stan. Niekiedy szok spowodowany usłyszeniem złych wieści może ograniczać percepcję pacjenta. Lekarz powinien więc powtórzyć przekazywane dane, nie może wykazywać zniecierpliwienia i unikać odpowiedzi na zadawane pytania. Czasami konieczne będzie przeprowadzenie kilku rozmów. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na konstrukcję tzw. przywileju terapeutycznego, opisaną w art. 31 ust. 4 UZL. Zgodnie z tym uregulowaniem, w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeśli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. Rozwiązanie to pozwala zatem lekarzowi z własnej inicjatywy limitować zakres przekazywanych danych. Jak bowiem ujął to A. Gubiński – lekarz nie musi być „posłańcem rozpaczy” [15]. Należy jednak podkreślić, że konstrukcja ta, jako wyjątek od obowiązku informacyjnego, może mieć zastosowanie rzadko, jedynie wówczas, gdy lekarz jest w pełni przeświadczony, że przekazanie wszystkich wiadomości będzie dla pacjenta szkodliwe. Tezę tę potwierdza art. 17 KEL, który dopuszcza ograniczenie informacji tylko wówczas, gdy „lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa”. Ponadto w literaturze podnosi się, że skorzystanie z tego rozwiązania może pociągać za sobą liczne niekorzystne skutki dla chorego. Podkreśla się m.in., że stan niepewności może być bardziej dolegliwy niż uzyskanie całej, choć strasznej prawdy. Tajenie przed pacjentem pewnych informacji, przekazywanie mu jedynie wrywkowych danych, może go inspirować do domysłów i spekulacji. Wydaje się, że problem ten szczególnie nabrzmiewa współcześnie, gdy chorzy mając dostęp do źródeł internetowych, mogą z nich pozyskać wiele danych, jednakże często mało miarodajnych i wiarygodnych. Ponadto akcentuje się, że pacjent powinien być poinformowany, nawet gdy wieści są złe. Może bowiem wówczas zdecydować o sposobie przeżycia ostatnich dni, np. uporządkować swe sprawy osobiste i majątkowe. Poza tym pełna informacja służy realizacji prawa do samostanowienia, a w szczególności do wyboru określonych metod terapeutycznych (np. w onkologii chory może zadeklarować, że nie chce inwazyjnego leczenia, łączącego się z poważnymi skutkami ubocznymi, a woli porzucić jedynie na terapii paliatywnej) [16]. Ponadto na uwagę zasługuje okoliczność, iż lekarz, nawet decydując się na użycie omawianego rozwiązania, może jedynie ograniczyć informacje i tylko o rokowaniu oraz o stanie zdrowia. Nie może więc taić innych wieści oraz nie wolno mu też czynnie okłamywać pacjenta. Generalnie zatem, szanując podmiotowość chorego i jego prawo do samostanowienia, lekarze powinni

z dużą ostrożnością korzystać z przywileju terapeutycznego.

W kolejnych fazach, a zwłaszcza targowania się i depresji, rolą lekarza jest wsparcie pacjenta, uzmysłowienie mu, iż może liczyć na wszechstronną pomoc, zarówno medyczną (np. łagodzenie bólu), jak i wsparcie psychiczne. Z kolei w fazie akceptacji rolą lekarza jest umożliwienie otwartej dyskusji i wskazanie potencjalnych metod opieki medycznej, głównie paliatywnej. Lekarz powinien więc ustalić plan leczenia, udzielać wskazówek dotyczących stosowanych terapii, umożliwić kontakt z osobami bliskimi (art. 33 UPP) [17]. Pacjent ma także prawo do opieki duszpasterskiej, które nabiera znaczenia zwłaszcza wobec osób umierających. Dlatego też w art. 37 UPP ustawodawca postanowił, że w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (np. szpital) jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania. W celu realizacji tego uprawnienia chory powinien zostać poinformowany o miejscach, w których w danej placówce odbywają się obrzędy religijne (np. kaplica), możliwości przyjmowania sakramentów oraz o tym, duchowni jakich wyznań pracują w danym podmiocie leczniczym. W razie wystąpienia zagrożenia dla życia chorego personel medyczny powinien niezwłocznie zawiadomić duchownego, wybranego przez pacjenta i umożliwić mu spotkanie z nim [9].

Prawo do poszanowania godności osób umierających obejmuje również łagodzenie bólu. W literaturze psychologicznej zaleca się więc, by nie dopuszczać do nasilenia się dolegliwości bólowych. Wyeliminowanie „lęku przed bólem” zmniejsza bowiem subiektywne jego odczuwanie [8]. Na gruncie prawnym zagadnieniu temu poświęcony jest m.in. art. 20 ust. 2 zd. 2 UPP, który stanowi – jak wspomniano, że pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Unormowanie to jest uzupełnione Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347). W szczególności w myśl jego § 3 ust. 1, opieka paliatywna i hospicyjna ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Z kolei według § 5 pkt 4 rozporządzenia, świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna). W literaturze wyjaśnia się również, że lekarz może podawać choremu leki przeciwbólowe w takich dawkach, aby skutecznie łagodziły one cierpienia

chorego, bez obawy o poniesienie odpowiedzialności za przyspieszenie śmierci pacjenta [10].

Formą poszanowania godności pacjenta umierającego lub znajdującego się w stanie terminalnym jest również zapewnienie mu odpowiedniej opieki pielęgnacyjnej. Obejmuje ona nie tylko podawanie leków, ale również wykonywanie bieżących czynności umniejszających dyskomfort, zwłaszcza u osób nieporadnych lub obłożnie chorych (np. zmiana pozycji ciała, poprawienie pościeli, wykonanie zabiegów higienicznych, podawanie pokarmu i napojów itd.).

Podobnie omawiane zagadnienie postrzegane jest również w deontologii lekarskiej. W piśmiennictwie z tego zakresu postuluje się więc, by lekarz m.in. otaczał wszechstronną opieką umierającego, uśmierzał jego lęki i cierpienia, pozostawił tylko te leki, które są niezbędne dla łagodzenia cierpień, przygotował chorego do zbliżającej się agonii i śmierci, był obecny w okresie konania pacjenta, jeśli taka jest jego wola [18].

Podsumowując, można zatem wskazać, że lekarz powinien postępować wobec pacjenta umierającego w taki sposób, by ten nie czuł się opuszczony, osamotniony i by uszanować majestat śmierci.

POSZANOWANIE ZWŁOK LUDZKICH

Zwłoki ludzkie pozostają pod ochroną prawa. Ich znieważenie stanowi bowiem przestępstwo opisane w art. 262 § 1 Kodeksu karnego. Biorąc jednak pod uwagę, że polega ono na umyślnym wyrażaniu pogardy dla zwłok, ostentacyjnym, lekceważącym traktowaniu, obrażaniu i bezczeszczeniu – zarówno słownie, jak i poprzez demonstracyjne gesty [19], lekarze rzadko będą odpowiadać za ten czyn. Można bowiem założyć, że niedbałe obchodzenie się ze zwłokami, wskazujące na zwykły brak szacunku dla nich, nie będzie jeszcze wystarczające dla wyczerpania znamion omawianego przestępstwa. Jednakże możliwa jest odpowiedzialność cywilna. Co prawda, w piśmiennictwie przedmiotu wskazuje się, że zwłoki jako takie nie podlegają ochronie na podstawie art. 23 Kodeksu cywilnego, gdyż godność dotyczy tylko osób żyjących, ale przepis ten stoi na straży tzw. pamięci osoby zmarłej. Jak bowiem uznał Sąd Najwyższy „sfera uczuciowa związana z kultem pamięci osoby najbliższej może stanowić przedmiot ochrony prawnej na podstawie art. 23 i 24 k.c.” [20]. Naruszenie tego dobra może zatem uzasadniać roszczenia cywilnoprawne, wynikające z art. 24 Kodeksu cywilnego (a zwłaszcza dochodzenie zadośćuczynienia). Pogardliwe wypowiedzanie się o zwłokach może być potraktowane również jako przestępstwo znieważenia, o którym mowa w art. 216 k.k. W komentarzach do tego przepisu wyjaśnia się jednak, że przedmiotem ochrony nie są wówczas zwłoki,

lecz pokrzywdzonym może być osoba żyjąca, która pośrednio może być w ten sposób znieważona (np. członek rodziny zmarłego) [21]. Bez względu jednak na zakres ochrony, wynikający z odrębnych przepisów, regulacje medycznoprawne nakazują poszanowanie zwłok pacjentów. W szczególności problematyce tej poświęcony jest art. 28 ust. 1 pkt 2 lit. a UDL. Adresowany jest on do podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. W myśl tego przepisu, podmioty te są zobligowane do odpowiedniego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należytej osobie zmarłej. Za czynności te nie można pobierać opłat. Z regulacją tą korespondują także ograniczenia w przeprowadzaniu sekcji zwłok. Jej następstwem może być bowiem istotna zmiana wyglądu ciała osoby zmarłej. Dlatego też, zgodnie z art. 31 ust. 2 UDL, pacjent (ewentualnie jego przedstawiciel ustawowy) może sprzeciwić się przeprowadzeniu sekcji zwłok. Jego stanowisko jest zasadniczo wiążące, chyba że wykonanie sekcji jest prawnie nakazane (art. 31 ust. 4 UZL). Do deformacji ciała osoby zmarłej może dojść również wskutek pobrania od niej materiału w celach transplantacyjnych. Może to nastąpić zwłaszcza w przypadku tzw. całkowitego wyczyszczenia zwłok, czyli pobrania z nich wszystkich nadających się komórek, tkanek i narządów [22]. Stąd też w art. 11 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r., o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 793 z późn. zm.) ustawodawca zobowiązał lekarza dokonującego eksplantacji *ex mortuo*, by zapewnił nadanie zwłokom należytego wyglądu. W piśmiennictwie wyjaśnia się, że zakres czynności będzie wówczas zależny od okoliczności, np. stopnia uszkodzeń ciała. Lekarz powinien jednak wykazać się empatią dla osób bliskich zmarłego. Nie chodzi wszakże o wykonanie specjalistycznych zabiegów kosmetycznych, ale o przywrócenie zwłokom wyglądu zbliżonego do tego, który zmarły miał przed śmiercią [23].

Podsumowując, można zatem wskazać, że po śmierci chorego lekarz nie może traktować jego zwłok jak zdepersonalizowanej pozostałości po człowieku, mającej cechy rzeczy, lecz uwzględnić z jednej strony uczucia członków rodziny zmarłego, z drugiej zaś wykazać należyty szacunek dla ciała człowieka po kresie jego życia.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA NARUSZENIE PRAWA DO INTYMNOŚCI PACJENTA I JEGO GODNOŚCI

Naruszenie omawianych wartości może powodować wielopłaszczyznową odpowiedzialność. Na gruncie prawa cywilnego intymność oraz godność

są traktowane jako dobra osobiste, których naruszenie może uzasadniać wystąpienie z roszczeniami określonymi w art. 24 Kodeksu cywilnego. Osoba, której dobra zostały naruszone jest uprawniona do:

- wystąpienia z żądaniem zaniechania dalszych naruszeń, gdy istnieje zagrożenie, że może do nich dojść ponownie;
- zażądania, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie; przykładowo więc może domagać się przeprosin, skierowania wyrazów ubolewania, dokonania sprostowania nieprawdziwych informacji, np. o stanie zdrowia (co jest szczególnie istotne, gdy zostały one rozpowszechnione za pomocą środków masowego przekazu np. lekarz udzielił wywiadu dla prasy);
- wystąpienia z żądaniem zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej tytułem zadośćuczynienia lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny; jego wysokość będzie zależna w szczególności od stopnia dolegliwości, które powstały w wyniku naruszenia dobra¹;
- żądania odszkodowania, jeśli wskutek naruszenia dobra osobistego została wyrządzona szkoda majątkowa [24, 25].

W literaturze podnosi się, że najbardziej efektywnym i adekwatnym środkiem byłoby wówczas dochodzenie zadośćuczynienia pieniężnego. Złożenie oświadczenia odpowiedniej treści może być bowiem niewystarczające dla usatysfakcjonowania pacjenta, a wręcz potęgować dolegliwość wynikającą z naruszenia dobra (np. w przypadku publikacji przeprosin w prasie, co skutkuje ponownym rozpowszechnieniem drażliwych informacji). Z kolei zapłata zadośćuczynienia może zniwelować doznane cierpienia, a poza tym pełni istotną funkcję prewencyjną. Obawa o konieczność wypłaty niekiedy wysokiej kwoty może zmotywować potencjalnego sprawcę naruszenia, do wzmożenia staranności w trosce o poszanowanie intymności i godności chorego [26].

¹ Kryteria, które należy wziąć pod uwagę, określając wartość zadośćuczynienia wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 kwietnia 2006 r. (sygn. akt: I CSK 159/05, LEX nr 371773). Uznał w nim, że: „przy ocenie, jaka suma jest odpowiednia tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę spowodowaną naruszeniem dóbr osobistych, należy mieć na uwadze rodzaj dobra, które zostało naruszone, oraz charakter, stopień nasilenia i czas trwania doznawania przez osobę, której dobro zostało naruszone, ujemnych przeżyć psychicznych spowodowanych naruszeniem (krzywdą). Dla oceny tej nie jest też bez znaczenia stopień winy osoby naruszającej dobra osobiste, cel, który zamierzała ona osiągnąć, podejmując działania naruszające te dobra i korzyść majątkowa, jaką w związku z tym działaniem uzyskała lub spodziewała się uzyskać”.

Odrębną podstawę dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego stanowi art. 4 ust. 1 UPP² [27, 28]. W myśl tego przepisu pacjent może wystąpić z takim żądaniem w wypadku zawinionego naruszenia któregośkolwiek z praw pacjenta. Warunkiem uzyskania takiego zadośćuczynienia jest wykazanie, że pacjentowi przysługiwało dane prawo oraz że zostało ono w sposób zawiniony naruszone (zarówno umyślnie, jak i nieumyślnie). Pacjent nie musi zaś udowadniać, że poniósł szkodę, ewentualnie że doszło do naruszenia jego dóbr osobistych (o których mowa w art. 23 Kodeksu cywilnego) [29, 30]. Zakres omawianego uprawnienia jest zatem bardzo szeroki. Przykładowo więc pacjent może domagać się zadośćuczynienia, jeśli lekarz przez nieuwagę, niestaranność nie zabezpieczy odpowiednio gabinetu i podczas intymnych badań pacjenta do pomieszczenia wejdzie osoba postronna.

Niektóre przejawy naruszenia prawa do intymności i poszanowania godności mogą wyczerpywać znamiona czynów zabronionych, a tym samym uzasadniać odpowiedzialność karną. Dla przykładu, naruszenie nietykalności cielesnej, powiązane z wkroczeniem w sferę intymności, może prowadzić do odpowiedzialności na podstawie art. 217 Kodeksu karnego. Jak bowiem wyjaśnił Sąd Apelacyjny w Białymstoku: „naruszeniem nietykalności cielesnej są wszystkie czynności oddziałujące na ciało innej osoby, które nie są przez nią akceptowane. Naruszenie nietykalności cielesnej nie musi łączyć się z powstaniem obrażeń, jednakże musi mieć ono wymiar fizyczny” [31]. Podobnie zagadnienie to jest postrzegane w piśmiennictwie [32]. Przepis ten może zatem znaleźć zastosowanie, np. gdy lekarz dotknie podczas badania część ciała pacjenta (niekoniecznie intymną), na co nie wyrażał on zgody. Za przestępstwo to grozi alternatywnie grzywna (do 1 080 000 zł), kara ograniczenia wolności (od 1 miesiąca do 2 lat) albo pozbawienia wolności do roku.

Z kolei przejawem pogwałcenia godności może być znieważenie, czyli czyn stygizowany w art. 216 Kodeksu karnego. Zniewaga, o której mowa w tym przepisie, polega na zachowaniu wyrażającym wobec innej osoby pogardę, co może nastąpić poprzez obelżywe słowa lub gesty, a także ośmieszanie, ubliżanie (najczęściej wulgarnym słownictwem) [21, 33]. Dokonując oceny, czy doszło do znieważenia, stosuje się kryteria zobjektywizowane, odwołujące się do ocen społecznych oraz norm obyczajowych, a abstrahując od osobistych przekonań i odczuć

² W orzecznictwie sądowym wyjaśnia się, że przepis ten stanowi autonomiczną podstawę dochodzenia roszczeń cywilnych. Istnieje zatem możliwość zbiegu roszczeń z art. 448 Kodeksu cywilnego i art. 4 ust. 1 UPP. Zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 września 2012 r., sygn. akt: I ACa 482/12, LEX nr 1220466; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 r., sygn. akt: I ACa 1767/15, LEX nr 2069290.

krzywdzonego i jego progę wrażliwości [34]. Nie każde więc naruszenie godności pacjenta przybierze postać znieważenia, lecz jedynie takie zachowania, które będą wulgarne (np. nazywanie chorego idiotą, imbecylem, durkiem, umyślnie przeinaczanie jego imienia lub nazwiska, by nadać mu ośmieszający wydźwięk itd.), prześmiewcze i poniżające (np. drwiny z jego wyglądu, ułomności fizycznych lub psychicznych). W piśmiennictwie wyjaśnia się, że pokrzywdzonym tym czynem może być nie tylko osoba, która potrafi odczytać intencję sprawcy, odczuć znieważenie, ale również osoby, które ze względu na swój stopień rozwoju lub defekty psychiczne nie posiadają takiej umiejętności. W szczególności więc pokrzywdzonym może być dziecko, osoba psychicznie chora lub upośledzona umysłowo [35]. Wydaje się, że teza ta może mieć istotne znaczenie w praktyce lekarskiej, gdyż pacjenci niejednnorodnie mogą znajdować się w stanie ograniczającym ich percepcję (np. będąc pod wpływem leków lub w wysokiej gorączce). Brak możliwości rozpoznania przez nich znaczenia znieważającego zachowania (np. sensu obraźliwych zwrotów) nie wyłącza odpowiedzialności na podstawie art. 216 Kodeksu karnego.

Omawiany występki jest zagrożony grzywną albo karą ograniczenia wolności. Sankcja jest jednak surowsza, jeśli do znieważenia doszłoby za pomocą środków masowego komunikowania (np. w telewizji, internecie). Wówczas oprócz wymienionych kar, alternatywnie grozi również kara pozbawienia wolności do roku. Ponadto w takim wypadku sąd może orzec nawiązkę na rzecz pokrzywdzonego, Polskiego Czerwonego Krzyża albo na inny cel społeczny wskazany przez pokrzywdzonego (art. 216 § 4 Kodeksu karnego).

Oba wymienione przestępstwa ścigane są z oskarżenia prywatnego.

Jeśli naruszenie prawa do intymności łączy się z ujawnieniem tajemnicy medycznej, możliwa jest odpowiedzialność na podstawie art. 266 § 1 Kodeksu karnego. Przepis ten penalizuje zachowanie polegające na ujawnieniu lub wykorzystaniu informacji, z którą dana osoba zapoznała się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową. Ciężył zaś na niej ustawowy albo umowny obowiązek dyskrekcji. Unormowanie to wprost odnosi się zatem do osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które są związane tajemnicą medyczną. Za czyn ten grozi grzywna, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Przestępstwo to jest ścigane na wniosek pokrzywdzonego.

Pogwałcenie prawa pacjenta do intymności i godności może zostać uznane także za przewinienie zawodowe. W myśl bowiem art. 53 Ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jedn.

Dz. U. z 2016 r., poz. 522), przewinieniem takim jest naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Obowiązek poszanowania omawianych wartości wynika zaś zarówno z przepisów korporacyjnych, jak i norm etyczno-deontologicznych adresowanych do lekarzy. Co więcej, zgodnie z art. 36 ust. 3 UZL, lekarz ma obowiązek dbać, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta. Można więc przyjąć, że wobec lekarzy powinnosci w tym obszarze są szczególnie istotne. Dlatego ich niedopełnienie może uzasadniać odpowiedzialność zawodową przed sądem lekarskim.

Tak szeroki wachlarz sankcji wskazuje na dużą wagę, jaką ustawodawca przykładą do ochrony intymności i godności pacjenta. Pożądane jest więc, by personel medyczny, a zwłaszcza lekarze, stosowali się do omówionych regulacji prawnych. Wówczas nie tylko unikną odpowiedzialności, ale także nawiążą odpowiednie relacje z chorymi, oparte na wzajemnym szacunku, zaufaniu i partnerstwie, koniecznym dla dobrej terapii i budowania właściwych stosunków międzyludzkich.

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Słownik języka polskiego. Szymczak M (red.). t. I. PWN, Warszawa 1988, s. 673.
2. Uzasadnienie do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 kwietnia 2001 r., sygn. akt: K 11/00, OTK 2001/3/5.
3. Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 2004 r., sygn. akt: IV KK 132/04, LEX nr 137490.
4. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., sygn. akt: I PK 169/05, OSNP 2007/7-8/93.
5. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1976 r., sygn. akt: II CR 692/75, OSNC 1976/11/251.
6. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 1997 r., sygn. akt: III CKN 33/97, OSNC 1997/6-7/93.
7. Bujny J. Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem. C.H. Beck, Warszawa 2007; 175.
8. Psychologia w praktyce medycznej. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D (red.). PZWŁ, Warszawa 2007; 133.
9. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2012; 310-311.
10. Karkowska D. Prawa pacjenta, Warszawa 2004, s. 370-371.
11. Boratyńska M, Konieczniak P. Prawa pacjenta. Difin, Warszawa 2001; 386.
12. Wyrok Sądu Okręgowego w Koszalinie z dnia 11 lutego 2010 r., sygn. akt: I C 639/09, LEX nr 1713915.
13. Pacjent – pielęgniarka. Iżewska I (red.). Warszawa 1987; 193.
14. Malczewska M. W: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. E. Zielińska (red.). Warszawa 2014; 668 i lit. tam podana.
15. Gubiński A. Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza. Warszawa; nie dat., 80.

16. Szpara J. Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem. *Prawo i Medycyna* 1999; 1 (4): 138.
17. Mączka G. Człowiek umierający – psychologiczne aspekty opieki paliatywnej. W: Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK (red.). *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Kraków 2007; 245-249.
18. Łuczak J. Lekarz wobec umierającego. W: *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*. Szulc R (red.). Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 1999; 87-88.
19. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 15 stycznia 2004 r., sygn. akt: II AKa 374/03, LEX nr 119970.
20. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 1968 r., sygn. akt: I CR 252/68, OSNC 1970/1/18.
21. Kunicka-Michalska B. W: Kunicka-Michalska B, Wojciechowska J. *Przestępstwa przeciwko wolności, wolności sumienia i wyznania, wolności seksualnej i obyczajności oraz czci i netykalności cielesnej*. Rozdziały XXIII, XXIV, XXV i XXVII Kodeksu karnego. Komentarz. C.H. Beck, Warszawa 2001; 316.
22. Duda J. *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*. Wolters Kluwer, Kraków 2004; 84-85.
23. Haberko J, Uhrzynowska-Tyszkiewicz I. *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2014 r.
24. Dmowski S, Rudnicki S. *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna*. LexisNexis, Warszawa 2001; 90-96.
25. Pietrzykowski K (red.). *Kodeks cywilny, t. I, Komentarz do artykułów 1-449¹¹*. Warszawa 2005; 112-114.
26. Kopff A. *Koncepcja praw do intymności i prywatności życia osobistego (zagadnienia konstrukcyjne)*. *Studia Cywilistyczne* 1972, 20: 33-34.
27. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 września 2012 r., sygn. akt: I ACa 482/12, LEX nr 1220466.
28. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 r., sygn. akt: I ACa 1767/15, LEX nr 2069290.
29. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 listopada 2014 r., sygn. akt: I ACa 745/14, LEX nr 1623928.
30. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 kwietnia 2015 r., sygn. akt: I ACa 816/14, LEX nr 1711377.
31. Wyrok z dnia 9 sierpnia 2012 r., sygn. akt: II AKa 137/12, LEX nr 1217652.
32. Raglewski J. W: *Kodeks karny. Część szczególna. t. II. Zoll A (red.)*. Wolters Kluwer, Warszawa 2013; 1018.
33. *Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 maja 2008 r., sygn. akt: III KK 234/07, OSNKW 2008/9/69*.
34. *Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 5 czerwca 2012 r., sygn. akt: SNO 26/12, LEX nr 1231618*
35. Kulesza W. *Zniesławienie i zniewaga: ochrona czci i godności osobistej człowieka w polskim prawie karnym – zagadnienia podstawowe*. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1984; 169-170.