
KONGREGACJA NAUKI WIARY

LIST

Samaritanus bonus

o opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia

Spis treści

Wstęp

I. Troska o bliźniego

II. Żywe doświadczenie Chrystusa cierpiącego i przepowiadanie nadziei

III. „Serce Samarytanina, które widzi”: życie ludzkie jest darem świętym i nienaruszalnym

IV. Przeszkody kulturowe, które przesłaniają świętą wartość każdego życia ludzkiego

V. Nauczanie Urzędu Nauczycielskiego

1. Zakaz eutanazji i samobójstwa wspomagane

2. Moralny obowiązek wykluczenia uporczywej terapii

3. Opieka podstawowa: obowiązek nawadniania i odżywiania

4. Opieka paliatywna

5. Rola rodziny i hospicjum

6. Towarzystwo oraz opieka prenatalna i pediatryczna

7. Terapie przeciwbólowe i pozbawienie świadomości

8. Stan wegetatywny i stan minimalnej świadomości

9. Sprzeciw sumienia ze strony pracowników służby zdrowia i katolickich ośrodków opieki zdrowotnej

10. Opieka duszpasterska i wsparcie sakramentalne

11. Rozeznanie duszpasterskie wobec tych, którzy proszą o eutanazję lub samobójstwo wspomagane

12. Reforma systemu edukacji i szkolenia pracowników służby zdrowia

Zakończenie

Wstęp

Miłosierny Samarytanin, który opuszcza swoją drogę, by pomóc choremu (por. Łk 10, 30-37) jest obrazem Jezusa Chrystusa, który spotyka człowieka potrzebującego zbawienia oraz leczy jego rany i ból „olejem pociechy i winem nadziei”[1]. On jest Lekarzem duszy i ciała oraz „wiernym świadkiem” (Ap 3, 14) zbawczej obecności Boga w świecie. Ale jak możemy dzisiaj uczynić to przesłanie konkretnym? Jak przełożyć je na umiejętność towarzyszenia choremu w końcowych fazach życia, aby mu pomagać, zawsze szanując i wspierając jego niezbywalną godność ludzką, jego powołanie do świętości, a zatem najwyższą wartość samego jego istnienia?

Niezwykły i postępujący rozwój technologii biomedycznych gwałtownie zwiększył kliniczne możliwości medycyny w diagnostyce, terapii i opiece nad pacjentami. Kościół z nadzieją spogląda na badania naukowe i technologiczne oraz dostrzega w nich sprzyjającą okazję do służby integralnemu dobru życia i godności każdego człowieka[2]. Jednak te postępy w technologii medycznej, choć cenne, nie decydują same w sobie o określeniu właściwego znaczenia i wartości ludzkiego życia. W rzeczywistości każdy postęp w umiejętnościach pracowników służby zdrowia wymaga rosnącej i mądrej zdolności moralnego rozeznania[3], aby uniknąć nieproporcjonalnego i dehumanizującego wykorzystania technologii, zwłaszcza w krytycznych lub końcowych etapach życia ludzkiego.

Ponadto zarządzanie organizacyjne oraz wysokie zróżnicowanie i złożoność współczesnych systemów opieki zdrowotnej mogą zredukować związek zaufania między lekarzem i pacjentem do relacji czysto technicznej i umownej. Jest to ryzyko, które występuje przede wszystkim w krajach, gdzie aprobeuje się prawa legalizujące formy samobójstwa wspomaganego i dobrowolną eutanazję najbardziej bezbronnych pacjentów. Zaprzeczają one etycznym i prawnym granicom samostanowienia chorego, niepokojąco przesłaniając wartość ludzkiego życia w chorobie, sens cierpienia i znaczenie czasu poprzedzającego śmierć. W istocie ból i śmierć nie mogą być ostatecznymi kryteriami mierzącymi godność ludzką właściwą każdej osobie przez sam fakt, iż jest ona „istotą ludzką”.

W obliczu tych wyzwań, zdolnych do zagrożenia naszemu sposobowi myślenia o medycynie, znaczeniu opieki nad osobą chorą i społecznej odpowiedzialności wobec najbardziej bezbronnych, dokument ten ma na celu udzielenie wskazań pasterzom i wiernym w ich troskach i wątpliwościach co do pomocy medycznej, duchowej i duszpasterskiej choremu w krytycznych i końcowych fazach życia. Wszyscy są powołani do dawania świadectwa trwając przy chorym i do stawania się „wspólnotą uzdrawiającą”, aby w konkretny sposób urzeczywistniło się pragnienie Jezusa, by wszyscy byli jednym ciałem, począwszy od najsłabszych i najbardziej bezbronnych[4]. Wszędzie bowiem dostrzega się potrzebę moralnego wyjaśnienia i praktycznych wskazówek, jak pomagać tym osobom, gdyż „konieczna jest jedność doktryny i działania”[5] w odniesieniu do tak delikatnej kwestii, która dotyczy najsłabszych chorych w większości w delikatnych i decydujących etapach życia człowieka.

Różne konferencje episkopatów na świecie opublikowały dokumenty i listy duszpasterskie, w których starały się odpowiedzieć na wyzwania związane z samobójstwem wspomaganym i dobrowolną eutanazją – legitymizowane niektórymi przepisami krajowymi – ze szczególnym uwzględnieniem osób, które pracują lub są hospitalizowane wewnątrz obiektów szpitalnych, w tym katolickich. Jednak pomoc duchowa i pojawiające się w określonych okolicznościach i szczególnych kontekstach wątpliwości co do udzielania sakramentów tym, którzy zamierzają położyć kres swojemu życiu, wymagają dziś jaśniejszej i dokładniejszej interwencji Kościoła, aby:

– potwierdzić przesłanie Ewangelii i jej manifestacji jako podstaw doktrynalnych przedłożonych przez Urząd Nauczycielski, przypominając misję tych, którzy mają kontakt z chorymi w krytycznych i końcowych fazach życia (członków rodzin lub opiekunów prawnych, kapelanów szpitalnych, nadzwyczajnych szafarzy Eucharystii i pracowników duszpasterskich, wolontariuszy szpitalnych i personelu medycznego), a także samych chorych;

– dostarczyć precyzyjne i konkretne wskazówki duszpasterskie, aby te złożone sytuacje mogły być rozwiązywane i zarządzane na poziomie lokalnym, celem promowania osobistego spotkania pacjenta z miłosierną Miłością Boga.

I. Troska o bliźniego

Trudno jest uznać głęboką wartość życia ludzkiego, kiedy pomimo wszelkich wysiłków opiekuńczych nadal objawia się nam ono w swojej słabości i kruchości. Będąc dalekim od usunięcia z egzystencjalnego horyzontu osoby, cierpienie wciąż rodzi niewyczerpywalne pytanie o sens życia[6]. Rozwiązania tej dramatycznej kwestii nie da się nigdy zaproponować jedynie w świetle myśli ludzkiej, ponieważ w cierpieniu zawiera się *wielkość swoistej tajemnicy*, którą może odsłonić jedynie Objawienie Boże[7]. W szczególności każdemu pracownikowi służby zdrowia powierza się misję wiernego strzeżenia życia ludzkiego, aż do jego naturalnego zakończenia[8], poprzez drogę pomocy, która jest w stanie odrodzić w każdym pacjencie głęboki sens jego istnienia, gdy jest ono naznaczone cierpieniem i chorobą. Dlatego należy zacząć od uważnego rozważenia właściwego znaczenia opieki, aby zrozumieć sens szczególnej misji, jaką Bóg powierzył każdej osobie, pracownikowi służby zdrowia i duszpasterstwa, a także samemu choremu i jego rodzinie.

Doświadczenie leczenia medycznego zaczyna się od tej ludzkiej kondycji, naznaczonej skończonością i ograniczeniami, którą jest słabość. W stosunku do osoby wpisuje się ona w kruchość naszego bytu, jedności „ciała”, materialnie i czasowo skończonego oraz „duszy”, czyli pragnienia nieskończoności i przeznaczenia do wieczności. Nasze bycie stworzeniami „skończonymi”, ale przeznaczonymi do wieczności ujawnia zarówno naszą zależność od dóbr materialnych i od wzajemnej pomocy ludzkiej, jak i naszą pierwotną i głęboką więź z Bogiem. Ta słabość jest fundamentem *etyki troski*, zwłaszcza w dziedzinie medycyny, rozumianej jako zabieganie, troska, współdzielenie i odpowiedzialność wobec kobiet i mężczyzn nam powierzonych, gdyż potrzebują pomocy fizycznej i duchowej.

W szczególności relacja troski ujawnia zasadę sprawiedliwości w jej podwójnym wymiarze promowania życia ludzkiego (*suum cuique tribuere*) i nieszkodzenia osobie (*alterum non laedere*). Jest to ta sama zasada, którą Jezus przekształca w pozytywną złotą regułę: „Wszystko więc, co będziecie chcieli, żeby wam ludzie czynili, i wy im czyńcie!”

(Mt 7, 12). Jest to reguła, która w tradycyjnej etyce lekarskiej znajduje swoje odbicie w aforyzmie *primum non nocere*.

Opieka nad życiem jest więc pierwszym obowiązkiem lekarza podczas spotkania z pacjentem. Nie da się go sprowadzić do zdolności uzdrowienia chorego, gdyż jego horyzont antropologiczny i moralny jest szerszy: nawet gdy uzdrowienie jest niemożliwe lub nieprawdopodobne, towarzyszenie lekarsko-pielęgniarskie (troska o podstawowe funkcje fizjologiczne organizmu), psychologiczne oraz duchowe jest nieuniknionym obowiązkiem, ponieważ przeciwieństwo tego oznaczałoby nieludzkie porzucenie pacjenta. W rzeczywistości medycyna, która korzysta z wielu nauk, ma również ważny wymiar „sztuki terapeutycznej”, zakładającej ścisły związek między pacjentem, pracownikami służby zdrowia, członkami rodziny i członkami różnych społeczności, do których należy pacjent. *Sztuka terapeutyczna, czynności kliniczne* i *opieka* są nierozdzielnie związane ze sobą w praktyce lekarskiej, zwłaszcza w krytycznych i końcowych fazach życia.

Miłosierny Samarytanin w istocie „nie tylko zbliża się do na wpół umarłego człowieka, którego widzi przy drodze, ale zajmuje się nim”^[9]. Inwestuje w niego nie tylko pieniądze, które ma, ale także te, których nie ma i które ma nadzieję zarobić w Jerychu, obiecując, że zapłaci po powrocie. W ten sposób Chrystus zaprasza nas, byśmy zaufali Jego niewidzialnej łasce i zachęca do szczodrości opartej na miłości nadprzyrodzonej, utożsamiając się z każdym chorym: „Wszystko, co czyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25, 40). Wypowiedź Jezusa to prawda moralna o zasięgu uniwersalnym: „trzeba zatem »zatroszczyć się« o całe życie i o życie wszystkich”^[10], aby ukazać pierwotną i bezwarunkową Miłość Boga, źródło sensu każdego życia.

W tym celu, zwłaszcza w placówkach szpitalnych i opiekuńczych inspirowanych wartościami chrześcijańskimi, bardziej niż kiedykolwiek konieczny jest wysiłek, również duchowy, celem pozostawienia miejsca na relację budowaną na podstawie uznania *kruchości* i *bezbronności* chorego. W rzeczywistości słabość przypomina nam o naszej zależności od Boga i zachęca do reagowania z szacunkiem należnym bliźniemu. Stąd pochodzi moralna odpowiedzialność, związana ze świadomością każdej osoby opiekującej się pacjentem (lekarza, pielęgniarki i pielęgniarza, członka rodziny, wolontariusza, duszpasterza), iż znajduje się w obliczu podstawowego i niezbywalnego dobra – osoby ludzkiej – która wymaga, by nie przekraczać granicy szacunku dla siebie i drugiego, to znaczy akceptacji, ochrony i promocji życia ludzkiego aż do naturalnego nadejścia śmierci. W tym sensie chodzi o kwestię *spojrzenia kontemplacyjnego*^[11], które umie uchwycić w swoim i cudzym istnieniu niezwykły i niepowtarzalny cud, otrzymany i przyjęty jako dar. Jest to spojrzenie kogoś, kto nie rości sobie pretensji do zawładnięcia rzeczywistością życia, ale umie przyjąć ją taką, jaką jest, z jej trudami i cierpieniami, próbując rozpoznać w chorobie sens, na podstawie którego pozwala się zakwestionować i „prowadzić”, żywiąc zaufanie właściwe tym, którzy powierzają się Panu życia, w tym sensie się objawiającym.

Oczywiście medycyna musi zaakceptować granicę śmierci jako część kondycji ludzkiej. Przychodzi taki moment, kiedy można jedynie uznać niemożność interwencji przy pomocy określonych terapii wobec choroby, która okazuje się śmiertelna w krótkim czasie. Jest to fakt dramatyczny, który należy zakomunikować choremu z wielką ludzką wrażliwością, a także z ufną otwartością na perspektywę nadprzyrodzoną, w świadomości strachu, jaki rodzi śmierć, zwłaszcza w kulturze, która ją ukrywa. W istocie nie można myśleć o życiu fizycznym jako o czymś, co należy zachować za wszelką cenę – co jest niemożliwe – ale

jako o czymś, czym należy żyć, osiągając wolną akceptację sensu cielesnej egzystencji: „jedynie przez odniesienie do tego, czym jest ludzka osoba jako »integralna jedność«, to znaczy jako »dusza, która się wyraża poprzez ciało, i ciało formowane przez nieśmiertelnego ducha«, można odczytać szczególny ludzki sens ciała”^[12].

Uznanie niemożności wyleczenia w bliskiej perspektywie śmierci nie oznacza jednak końca działań medycznych i pielęgnacyjnych. Sprawowanie odpowiedzialności wobec chorej osoby oznacza zapewnienie jej opieki do końca: „wyleczyć, jeśli to możliwe, ale zawsze otaczać opieką (*to cure if possible, always to care*)”^[13]. Ów zamiar nieprzerwanej opieki nad chorym stanowi kryterium oceny różnych działań, jakie należy podjąć w sytuacji choroby „nieuleczalnej”: w rzeczywistości „nieuleczalna” („*inguaribile*”) nigdy nie jest synonimem słowa „uniemożliwiająca świadczenie opieki” („*incurabile*”). Spojrzenie kontemplacyjne zachęca do poszerzenia pojęcia opieki. Celem pomocy musi być integralność osoby, przy zagwarantowaniu wsparcia fizycznego, psychicznego, społecznego, rodzinnego i religijnego za pomocą odpowiednich i niezbędnych środków. Żywa wiara zachowana w duszach osób postronnych może przyczynić się do prawdziwego życia teologalnego u chorego, nawet jeśli nie jest to od razu widoczne. Opieka duszpasterska ze strony wszystkich: członków rodziny, lekarzy, pielęgniarzek i pielęgniarzy oraz kapelanów może pomóc choremu wytrwać w łasce uświęcającej i umrzeć w miłości, w Miłości Boga. Istotnie, w obliczu nieuchronności choroby, zwłaszcza chronicznej i postępującej, jeśli brakuje wiary, wtedy strach przed cierpieniem i śmiercią oraz przygnębienie, jakie z tego wynika są dziś głównymi przyczynami prób kontrolowania i zarządzania momentem nadejścia śmierci, a nawet jej przyspieszania poprzez prośbę o eutanazję lub samobójstwo wspomagane.

II. Żywe doświadczenie Chrystusa cierpiącego i przepowiadanie nadziei

Jeśli postać Miłosiernego Samarytanina oświeśla nowym światłem praktykę podejmowania troski, to żywe doświadczenie Chrystusa cierpiącego, Jego agonii na Krzyżu i Jego Zmartwychwstania jest miejscem, gdzie objawia się bliskość Boga, który stał się człowiekiem, wobec różnych form lęku i bólu, jakie mogą dotknąć chorych i członków ich rodzin podczas długich dni choroby i pod koniec życia.

Nie tylko osoba Chrystusa jest zapowiedziana słowami proroka Izajasza jako człowiek, który jest oswojony z bólem i cierpieniem (por. *Iz 53*), ale jeśli ponownie przeczytamy karty męki Chrystusa znajdziemy tam doświadczenie niezrozumienia, wyszydzenia, opuszczenia, bólu fizycznego i lęku. Są to doświadczenia, które dziś dotyczą wielu pacjentów, często uważanych za obciążenie dla społeczeństwa. Czasami niezrozumiani w swoich pytaniach, często przeżywają formy uczuciowego porzucenia, utraty więzi.

Każdy chory potrzebuje nie tylko być wysłuchanym, ale także móc zrozumieć, że jego rozmówca „wie”, co to znaczy czuć się samotnym, wydanym w obliczu śmierci na ból ciała i na cierpienie, które pojawia się, gdy spojrzenie społeczeństwa mierzy jego wartość w kategoriach jakości życia i sprawia, że czuje się on obciążeniem dla projektów innych ludzi. Dlatego skierowanie swojego spojrzenia na Chrystusa oznacza świadomość możliwości odwołania się do Tego, który na swoim ciele doświadczył bólu bicia i gwoździ, szyderstwa biczujących, opuszczenia i zdrady ze strony swoich najbliższych przyjaciół.

W obliczu wyzwania, jakim jest choroba oraz w obecności przygnębienia emocjonalnego i duchowego u tego, który doświadcza bólu, nieuchronnie pojawia się potrzeba umiejętności znalezienia słowa pocieszenia, wypływającego ze współczucia Jezusa na

Krzyżu, pełnego nadziei. Nadziei wiarygodnej, którą wyznał Chrystus na Krzyżu, zdolnej stawić czoła chwili próby i wyzwaniu śmierci. W Krzyżu Chrystusa – wyśpiewanym przez liturgię w Wielki Piątek: *Ave crux, spes unica* – skupiają się i streszczają wszelkie zło i cierpienia świata. Wszelkie *zło fizyczne*, którego symbolem jest krzyż jako narzędzie haniebnej i zniesławiającej śmierci, całe *zło psychologiczne*, wyrażone w śmierci Jezusa w najbardziej mrocznej samotności, opuszczeniu i zdradzie, całe *zło moralne*, objawiające się w wyroku śmierci na Niewinnego, całe *zło duchowe*, uwydatnione w rozpacz, która sprawia, że dostrzega się milczenie Boga.

Chrystus jest tym, który odczuwał wokół siebie bolesną konsternację Matki i uczniów, którzy „stoją” pod Krzyżem. W tym ich „*staniu*”, pozornie pełnym niemocy i rezygnacji, jest zawarta cała bliskość uczuciowa, jaka pozwala wcielonemu Bogu przeżyć również te godziny, które wydają się bez sensu.

Następnie jest Krzyż – w istocie narzędzie tortur i egzekucji zarezerwowane tylko dla ostatnich – który wydaje się tak podobny, w swym ładunku symbolicznym, do chorób, które przygważdżają do łóżka, które tylko zapowiadają śmierć i zdają się odbierać znaczenie czasowi i jego upływowi. Jednak ci, którzy „*stoją*” wokół chorego są nie tylko świadkami, ale i żywym znakiem tych uczuć, tych więzów, tej wewnętrznej gotowości do miłości, które pozwalają cierpiącemu odnaleźć na sobie ludzkie spojrzenie zdolne przywrócić sens czasowi choroby. Bowiem w doświadczeniu bycia kochanym każde życie znajduje swoje uzasadnienie. Na drodze swej męki Chrystus zawsze był podtrzymywany przez ufne zawierzenie miłości Ojca, która objawiła się w godzinach Krzyża, także przez miłość Matki. Bo Miłość Boża objawia się zawsze w historii ludzi dzięki miłości tych, którzy nas nie opuszczają, tych, którzy mimo wszystko „*stoją*” przy naszym boku.

Jeśli zastanawiamy się nad końcem życia ludzi, nie możemy zapomnieć, że często tkwi w nich troska o tych, których zostawiają: o dzieci, współmałżonka, rodziców, przyjaciół. To ludzki składnik, którego nigdy nie możemy zaniedbać i przy którym musimy zaoferować wsparcie i pomoc.

To ta sama troska Chrystusa myślącego przed śmiercią o Matce, która pozostanie sama z bólem, jaki będzie musiała nieść dalej w historii. W zdawkowej kronice Ewangelii św. Jana to właśnie do Matki zwraca się Chrystus, aby Ją pocieszyć, powierzając Ją umiłowanemu uczniowi, aby ten się Nią zaopiekował: „*Matko, oto syn Twój*” (por. *J* 19, 26-27). Czas końca życia to czas relacji, czas, w którym samotność i opuszczenie muszą zostać pokonane (por. *Mt* 27, 46 i *Mk* 15, 34), aby z ufnością oddać swoje życie Bogu (por. *Łk* 23, 46).

W tej perspektywie patrzenie na Ukrzyżowanego oznacza oglądanie sceny chóralnej, w której Chrystus jest w centrum, ponieważ streszcza we własnym ciele i prawdziwie przemienia najciemniejsze godziny ludzkiego doświadczenia, w których bezgłośnie pojawia się możliwość rozpacz. Światło wiary pozwala nam w tym plastycznym i skąnym opisie, jakiego dostarczają nam Ewangelie dostrzec Obecność Trynitarną, ponieważ Chrystus pokłada ufność w Ojcu dzięki Duchowi Świętemu, wspierającemu Matkę i uczniów, którzy „*stoją*” – i w tym swoim „*staniu*” obok Krzyża uczestniczą poprzez swe ludzkie oddanie się Cierpiącemu w tajemnicy Odkupienia.

Tak więc śmierć, choć naznaczona bolesnym odejściem, może stać się okazją do większej nadziei, właśnie dzięki wierze, która czyni nas uczestnikami odkupieńczego dzieła Chrystusa. W rzeczywistości ból można znieść egzystencjalnie tylko wtedy, gdy jest

nadzieja. Nadzieja, jaką Chrystus przekazuje cierpiącemu i choremu jest nadzieją Jego obecności, Jego realnej bliskości. Nadzieja to nie tylko oczekiwanie na lepszą przyszłość, lecz spojrzenie na teraźniejszość, które nadaje jej pełnię sensu. W wierze chrześcijańskiej wydarzenie Zmartwychwstania nie tylko objawia życie wieczne, ale także ukazuje, że w historii ostatecznym słowem nie jest nigdy śmierć, ból, zdrada, zło. Chrystus zmartwychwstaje w historii i w tajemnicy Zmartwychwstania jest zawarte potwierdzenie miłości Ojca, który nigdy nie opuszcza.

Obcowanie na nowo z żywym doświadczeniem Chrystusa cierpiącego oznacza zatem dawanie również dzisiejszym ludziom nadziei zdolnej nadać sens czasowi choroby i śmierci. Ta nadzieja jest miłością, która opiera się pokusie rozpacz.

Jakkolwiek ważna i cenna, opieka paliatywna nie wystarczy, jeśli nie ma nikogo, kto „stoł” obok chorego i świadczy mu o jego wyjątkowej i niepowtarzalnej wartości. Dla wierzącego patrzeć na Ukrzyżowanego oznacza zaufanie do zrozumienia i Miłości Boga. Ważnym jest, aby w epoce historycznej, w której wychwala się autonomię i celebrować chwałę jednostki, pamiętać o tym, że nawet jeśli to prawda, iż wszyscy przeżywają swoje własne cierpienie, ból i śmierć, to przeżycia te są zawsze wypełnione spojrzeniem i obecnością innych. Wokół Krzyża są też funkcjonariusze państwa rzymskiego, są ciekawscy, są rozproszeni, są obojętni i urażeni; oni są pod Krzyżem, ale nie „stoją” przy Ukrzyżowanym.

Na oddziałach intensywnej terapii i w domach opieki dla osób przewlekle chorych można być obecnymi jak funkcjonariusze lub jako osoby „stojące” przy chorym.

Doświadczenie Krzyża pozwala zatem zaoferować cierpiącemu wiarygodnego rozmówcę, do którego można skierować słowo albo myśl i któremu można powierzyć swą udrękę i lęk. Dla tych, którzy opiekują się chorym, scena Krzyża przynosi dodatkowy element, aby zrozumieć, że nawet jeśli wydaje się, iż nie ma już nic więcej do zrobienia, wciąż pozostaje wiele do zrobienia, ponieważ owo „stanie” jest jednym ze znaków miłości i nadziei, które ono w sobie niesie. Zapowiedź życia po śmierci nie jest złudzeniem ani zwodzeniem obietnicami, ale pewnością zawartą w centrum miłości, która nie kończy się wraz ze śmiercią.

III. „Serce Samarytanina, które widzi”: życie ludzkie jest darem świętym i nienaruszalnym

Człowiek, w jakimkolwiek stanie fizycznym i psychicznym by się nie znajdował, zachowuje swoją pierwotną godność stworzenia na obraz Boży. Może żyć i wzrastać w Boskim blasku, ponieważ jest powołany do bycia „na obraz i chwałę Boga” (1 Kor 11, 7; 2 Kor 3, 18). Jego godność jest w tym powołaniu. Bóg stał się człowiekiem, aby nas zbawić, obiecując nam zbawienie i przeznaczając nas do komunii z sobą, i tu leży ostateczny fundament godności ludzkiej[14].

Swoistą cechą Kościoła jest towarzyszenie z miłosierdziem najsłabszym na ich bolesnej drodze, dla podtrzymywania w nich życia teologicznego i kierowania ich ku zbawieniu Bożemu[15]. Jest to Kościół Miłosiernego Samarytanina[16], który uważa „służbę chorym i cierpiącym za istotną część swojego posłannictwa”[17]. Zrozumienie tego zbawczego pośrednictwa Kościoła w perspektywie komunii i solidarności między ludźmi jest istotną

pomocą w przezwycięzeniu wszelkich tendencji redukcjonistycznych i indywidualistycznych[18].

W szczególności program Miłosiernego Samarytanina to „serce, które widzi”. On „uczy, że trzeba nawrócić spojrzenie serca, bo patrzący często nie widzi. Dlaczego? Ponieważ brakuje mu współczucia. [...] Bez współczucia patrzący nie zostaje wciągnięty w to, co obserwuje i przechodzi obok, natomiast ten, kto ma współczujące serce, jest poruszony i angażuje się, zatrzymuje się i podejmuje troskę”[19]. To serce widzi, gdzie jest potrzebna miłość i przechodzi do odpowiedniego działania[20]. Oczy dostrzegają w słabości wezwanie Boga do działania, rozpoznając w życiu człowieka pierwsze dobro wspólne społeczeństwa[21]. Życie ludzkie jest dobrem bardzo wzniosłym i społeczeństwo powinno to uznać. Życie jest darem[22] świętym i nienaruszalnym, a każdy człowiek, stworzony przez Boga, ma powołanie transcendentne i wyjątkową więź z Tym, który daje życie, ponieważ „Bóg niewidzialny [...] w nadmiarze swej miłości”[23] oferuje każdemu człowiekowi plan zbawienia, aby można było powiedzieć: „Życie zawsze jest dobrem. Człowiek jest powołany, aby zrozumieć głęboką motywację tego intuicyjnego przeświadczenia, które jest też faktem poznawalnym doświadczalnie”[24]. Z tego powodu Kościół zawsze chętnie współpracuje ze wszystkimi ludźmi dobrej woli, z wyznawcami innych wyznań i religii lub niewierzącymi, którzy szanują godność życia ludzkiego, nawet w jego skrajnych fazach cierpienia i śmierci, i odrzucają wszelkie działania przeciwne życiu[25]. W istocie Bóg Stwórca oferuje człowiekowi życie i jego godność jako cenny dar, który należy pielęgnować i pomnażać, a ostatecznie rozliczać się z niego przed Nim.

Kościół stwierdza pozytywny sens życia ludzkiego jako wartość dostrzegalną już przez prawy rozum, życia potwierdzonego i docenionego w swej niezbywalnej godności przez światło wiary[26]. Nie chodzi tu o kryterium subiektywne ani arbitralne, lecz o kryterium oparte na nienaruszalnej godności naturalnej – ponieważ życie jest pierwszym dobrem jako warunek korzystania z każdego innego dobra – oraz na transcendentnym powołaniu każdego człowieka do udziału w trynitarniej miłości Boga żywego[27]: „szczególna miłość Stwórcy wobec każdej istoty ludzkiej »obdarza ją nieskończoną godnością«”[28]. Nienaruszalna wartość życia jest podstawową prawdą prawa naturalnego i istotnym fundamentem porządku prawnego. Tak jak nie można zaakceptować, żeby drugi człowiek był naszym niewolnikiem, nawet jeśli sam o to prosi, tak samo nie wolno nam zdecydować się na bezpośredni zamach na życie człowieka, nawet jeśli on sam tego żąda. Dlatego zabicie chorego, który prosi o eutanazję wcale nie oznacza uznania i docenienia jego autonomii, a wręcz przeciwnie, oznacza zaprzeczenie wartości jego wolności, silnie uwarunkowanej chorobą i bólem, oraz wartości jego życia przez odmówienie mu wszelkiej dalszej możliwości relacji międzyludzkich, sensu istnienia i rozwoju w życiu teologicznym. Ponadto na miejscu Boga decyduje się o momencie śmierci. Dlatego „spędzanie płodu, eutanazja i dobrowolne samobójstwo [...] zakazają cywilizację ludzką, bardziej hańbią tych, którzy się ich dopuszczają, niż tych, którzy doznają krzywdy, i są jak najbardziej sprzeczne z czcią należną Stwórcy”[29].

IV. Przeszkody kulturowe, które przesłaniają świętą wartość każdego życia ludzkiego

Obecnie niektóre czynniki ograniczają zdolność uchwycenia głębokiej i wewnętrznej wartości każdego ludzkiego życia. Pierwszym z nich jest odniesienie do dwuznacznego używania pojęcia „godnej śmierci” w stosunku do „jakości życia”. Pojawia się tu utylitarna perspektywa antropologiczna, która „związana jest głównie z możliwościami

ekonomicznymi, »dobrobytem«, pięknem i przyjemnością życia fizycznego, zapominając o innych, głębszych wymiarach istnienia – relacyjnych, duchowych i religijnych^[30]. Zgodnie z tą zasadą życie jest uznawane za wartościowe tylko wtedy, gdy ma akceptowalny poziom jakości, zgodnie z oceną samego podmiotu lub osób trzecich, w odniesieniu do obecności lub braku pewnych funkcji psychicznych lub fizycznych, lub często jakości identyfikowanej nawet tylko z samą obecnością cierpienia psychicznego. Zgodnie z tym podejściem, gdy jakość życia wydaje się niska, nie zasługuje ono na to, aby być kontynuowanym. Ale wtedy nie uznaje się już, że życie ludzkie ma wartość samo w sobie.

Drugą przeszkodą, która zaciemnia dostrzeganie świętości ludzkiego życia, jest błędne rozumienie „współczucia”^[31]. W obliczu cierpienia określanego jako „nie do zniesienia” usprawiedliwia się zakończenie życia pacjenta w imię „współczucia”. Aby nie cierpieć, lepiej umrzeć: jest to tak zwana eutanazja „współczująca”. Oznaczałoby to, że jest oznaką współczucia pomóc pacjentowi umrzeć poprzez eutanazję lub wspomaganą samobójstwo. W rzeczywistości ludzkie współczucie nie polega na powodowaniu śmierci, ale na akceptacji pacjenta, wspieraniu go w trudnościach, okazywaniu mu uczucia i uwagi oraz dostarczaniu środków łagodzących cierpienie.

Trzecim czynnikiem utrudniającym uznanie wartości własnego życia i innych w relacjach interpersonalnych jest rosnący indywidualizm, który skłania do postrzegania innych jako ograniczenia i zagrożenia dla własnej wolności. U korzeni takiej postawy leży „neopelagianizm, w którym jednostka, radykalnie autonomiczna, chce zbawić samą siebie, nie uznając, że w najgłębszych pokładach swojego jestestwa zależy od Boga i od innych [...]. Pewien neognostycyzm ze swej strony prezentuje zbawienie jako jedynie wewnętrzne, zamknięte w subiektywizmie”^[32], który zmierza do wyzwolenia człowieka z ograniczeń jego ciała, zwłaszcza gdy ono jest wątłe i chore.

W szczególności indywidualizm leży u podstaw tego, co jest uważane za najbardziej utajoną chorobę naszych czasów, czyli samotność^[33], tematyzowaną w pewnych kontekstach normatywnych nawet jako „prawo do samotności”, wychodząc od autonomii osoby i „zasady pozwolenia/zgody”: zasady pozwolenia/zgody, która przy pewnych stanach złego samopoczucia lub choroby może obejmować decyzję o kontynuowaniu życia lub też nie. Jest to to samo „prawo”, które leży u podstaw eutanazji i wspomaganego samobójstwa. Stoi za tym idea, że ci, którzy znajdują się w stanie zależności od innych i w przypadku których nie może być przywrócona pełna autonomia oraz wzajemność, w rzeczywistości są objęci opieką na mocy *przystugi* (*favor*). Pojęcie dobra sprowadza się więc do bycia wynikiem porozumienia społecznego: każdy otrzymuje leczenie i pomoc, które autonomia lub korzyści społeczno-ekonomiczne czynią możliwymi lub dogodnymi. Rezultatem jest zubożenie relacji międzyludzkich, które stają się kruche, pozbawione nadprzyrodzonej miłości oraz owej ludzkiej solidarności i wsparcia społecznego, które są tak potrzebne, aby zmierzyć się z najtrudniejszymi chwilami i decyzjami życia.

Taki sposób myślenia o relacjach międzyludzkich i znaczeniu dobra nie może nie wpływać na sam sens życia, co sprawia, że łatwo nim manipulować, także poprzez prawa legalizujące praktyki eutanatyczne i powodujące śmierć chorych. Działania te są przyczyną silnej nieczułości, jeśli chodzi o opiekę nad chorym oraz deformują relacje. W takich okolicznościach pojawiają się niekiedy bezpodstawne dylematy co do moralności czynów, które w rzeczywistości są jedynie należnymi aktami prostej troski o osobę, takie

jak nawadnianie i karmienie nieprzytomnego pacjenta, nie mającego szans na wyzdrowienie.

W tym sensie papież Franciszek mówił o „kulturze odrzucenia”^[34]. Ofiarami tej kultury są właśnie najbardziej kruche istoty ludzkie, którym grozi „odrzucenie” jak trybika w maszynierii, chcącej być skuteczną za wszelką cenę. Jest to silnie antysolidarne zjawisko kulturowe, które Jan Paweł II określił jako „kulturę śmierci” i które tworzy autentyczne „struktury grzechu”^[35]. Może ono prowadzić do działań błędnych, podejmowanych wyłącznie z powodu „dobrego samopoczucia” podczas ich wykonywania, powodując pomieszanie dobra ze złem, podczas gdy każde życie osobowe ma jedyną i niepowtarzalną wartość, zawsze obiecującą i otwartą na transcendencję. W tej kulturze odrzucenia i śmierci eutanazja oraz samobójstwo wspomagane jawią się jako błędne rozwiązanie problemów pacjenta w stanie terminalnym.

V. Nauczanie Urzędu Nauczycielskiego

1. Zakaz eutanazji i samobójstwa wspomaganego

Kościół, wypełniając misję przekazywania wiernym łaski Odkupiciela i świętego prawa Bożego, dostrzegalnego już w nakazach prawa naturalnego, czuje się zobowiązany tu do interwencji, aby ponownie wykluczyć jakąkolwiek dwuznaczność dotyczącą nauczania Urzędu Nauczycielskiego o eutanazji i samobójstwie wspomaganym, również w tych sytuacjach, w których prawo krajowe legalizuje takie praktyki.

W szczególności rozprzestrzenianie się protokołów medycznych mających zastosowanie do sytuacji końca życia, takich jak *Do Not Resuscitate Order* lub *Physician Orders for Life Sustaining Treatment* – ze wszystkimi ich odmianami zależnymi od systemów i kontekstów krajowych, początkowo zaprojektowanymi jako narzędzia unikania uporczywej terapii w końcowych fazach życia – rodzi dziś poważne problemy w stosunku do obowiązku ochrony życia pacjentów w najbardziej krytycznych stadiach choroby. Jeśli z jednej strony faktycznie lekarze czują się coraz bardziej związani samostanowieniem wyrażanym przez pacjentów w tych oświadczeniach, które to samostanowienie dochodzi nawet do pozbawienia ich wolności i obowiązku działania na rzecz ochrony życia, również tam, gdzie mogliby to uczynić, to z drugiej strony, w niektórych kontekstach zdrowotnych, niepokoją nadużycia, szeroko zgłaszane dziś w odniesieniu do zastosowania tych protokołów w perspektywie eutanatycznej, kiedy to ani pacjenci, ani tym bardziej rodziny nie są konsultowani w sprawie tej skrajnej decyzji. Dzieje się tak zwłaszcza w krajach, w których przepisy dotyczące końca życia, po wprowadzeniu praktyki eutanazji, pozostawiają obecnie duży margines na dwuznaczność co do stosowania obowiązku opieki.

Z tych powodów Kościół uważa, że musi potwierdzić jako naukę definitywną, iż eutanazja jest *przestępstwem przeciwko życiu ludzkiemu*, ponieważ tym aktem człowiek decyduje się bezpośrednio sprowadzić śmierć innej niewinnej istoty ludzkiej. Definicja eutanazji nie wypływa z *wyważenia* dóbr lub wartości, które znajdują się na szali, ale z dostatecznie określonego *przedmiotu moralnego*, a mianowicie z wyboru „czynność[ci] lub jej zaniechani[a], która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia”^[36]. „Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod”^[37]. Jej ocena moralna i wynikające z niej konsekwencje nie zależą zatem od zbilansowania zasad, które, w zależności od okoliczności i cierpienia pacjenta, mogłyby zdaniem niektórych usprawiedliwić usunięcie

osoby chorej. Wartość życia, autonomia, zdolność podejmowania decyzji i jakość życia nie stoją na tym samym poziomie.

Dlatego eutanazja jest czynem wewnętrznie złym, z jakiegokolwiek okazji i w jakichkolwiek okolicznościach. W przeszłości Kościół stwierdził już definitywnie, że „*eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego* jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej. Doktryna ta jest oparta na prawie naturalnym i na słowie Bożym spisany, jest przekazana przez Tradycję Kościoła oraz nauczana przez Magisterium zwyczajne i powszechne. Praktyka eutanazji zawiera – zależnie od okoliczności – zło cechujące samobójstwo lub zabójstwo”^[38]. *Jakakolwiek bezpośrednia współpraca formalna lub materialna* w takim czynie jest ciężkim grzechem przeciwko życiu ludzkiemu: „Nie może również takiej czynności prawomocnie nakazać lub zezwolić na nią żadna władza. Chodzi w tym przypadku o naruszenie prawa Bożego, o znieważenie godności osoby ludzkiej, przestępstwo przeciw życiu, zamach przeciw ludzkości”^[39]. Dlatego eutanazja jest aktem zabójczym, którego żaden cel nie może usprawiedliwić i wobec którego nie można tolerować żadnej formy współdziałania lub współpracy, czynnej czy biernej. Ci, którzy zatwierdzają przepisy dotyczące eutanazji i samobójstwa wspomaganego, stają się zatem współuczestnikami grzechu ciężkiego, który popełnią inni. Są również winni zgorzenia, ponieważ prawa te powodują deformację sumienia, nawet u wiernych^[40].

Życie ma w przypadku każdego tę samą godność i tę samą wartość. Szacunek dla życia drugiego jest taki sam jak ten, który jest się winnym wobec własnej egzystencji. Osoba, która dobrowolnie decyduje się na odebranie sobie życia, zrywa swą więź z Bogiem i innymi ludźmi oraz neguje siebie samą jako podmiot moralny.

Samobójstwo *wspomagane* zwiększa ciężar tego czynu, gdyż czyni uczestnikiem własnej rozpaczki drugiego, prowadząc go do tego, by nie kierował swej woli ku tajemnicy Boga poprzez teologalną cnotę nadziei, a tym samym nie uznawał prawdziwej wartości życia i złamał przymierze, który tworzy ludzką rodzinę. Pomaganie samobójcy jest niesłuszną współpracą w niedozwolonym czynie, co jest sprzeczne z relacją teologalną z Bogiem oraz z relacją moralną, która jednoczy ludzi, aby dzielili się darem życia i współuczestniczyli w sensie swojego istnienia.

Nawet jeśli żądanie eutanazji wypływa z lęku i rozpaczki^[41] i „choć w tych okolicznościach wina człowieka może być zmniejszona lub całkowicie wykluczona, to jednak błędny osąd sumienia, oparty nawet na dobrej wierze, nie zmienia natury tego śmiertelnościowego aktu, który w sobie pozostaje zawsze niedopuszczalny”^[42]. To samo dotyczy samobójstwa wspomaganego. Takie praktyki nigdy nie są autentyczną pomocą dla pacjenta, ale pomocą ku śmierci.

Jest to zatem decyzja, która zawsze jest zła: „personel medyczny i pozostali pracownicy służby zdrowia – wierni zadaniu »służenia zawsze życiu i opiekowania się nim aż do końca« – nie mogą oddawać się żadnej praktyce eutanatycznej nawet na prośbę zainteresowanego, a tym bardziej jego krewnych. Nie istnieje bowiem prawo do arbitralnego dysponowania własnym życiem, zatem żaden pracownik służby zdrowia nie może czynić się wykonawcą prawa, które nie istnieje”^[43].

Stąd też *eutanazja i samobójstwo wspomagane są porażką* tego, kto o nich teoretyzuje, o nich decyduje i je praktykuje^[44].

Zatem poważnie niesprawiedliwe są prawa, które legalizują eutanazję lub usprawiedliwiają samobójstwo i je wspomagają, ze względu na fałszywe prawo do wyboru śmierci zdefiniowanej niewłaściwie jako godna, tylko dlatego, że została wybrana^[45]. Ustawy te uderzają w fundament porządku prawnego: prawo do życia, na którym opiera się każde inne prawo, w tym korzystanie z wolności człowieka. Istnienie tych praw głęboko rani relacje międzyludzkie i sprawiedliwość oraz zagraża wzajemnemu zaufaniu między ludźmi. Systemy prawne, które zalegalizowały samobójstwo wspomaganie i eutanazję, wykazują ponadto ewidentną degenerację tego zjawiska społecznego. Papież Franciszek przypomina, że „aktualny kontekst społeczno-kulturowy stopniowo powoduje erozję świadomości tego, co czyni życie ludzkie cennym. W rzeczywistości jest ono coraz częściej oceniane na podstawie jego wydajności i użyteczności, do tego stopnia, że życia, które nie spełniają tego kryterium traktuje się jako »życia odrzucone« lub »życia niegodne«. W tej sytuacji utraty autentycznych wartości zawodzą także niezbywalne obowiązki solidarności oraz braterstwa ludzi i chrześcijan. W rzeczywistości społeczeństwo zasługuje na status »cywilizowanego«, jeśli wytwarza przeciwności przeciwko kulturze odrzucenia, jeśli uznaje nienaruszalną wartość życia ludzkiego, jeśli solidarność jest aktywnie praktykowana i chroniona jako podstawa współistnienia”^[46]. W niektórych krajach świata dziesiątki tysięcy ludzi zmarło już w wyniku eutanazji, wielu z nich z powodu tego, że uskarżali się na cierpienia psychiczne lub depresję. Częste są nadużycia zgłaszane przez samych lekarzy z powodu przerywania życia ludzi, którzy nigdy sami z siebie nie życzyliby sobie eutanazji. Żądanie śmierci w wielu przypadkach jest objawem samej choroby, pogłębionym izolacją i brakiem nadziei. Kościół postrzega te trudności jako okazję do duchowego oczyszczenia, które pogłębia nadzieję, aby stała się prawdziwie teologiczna, skupiona na Bogu i tylko na Bogu.

Zamiast uciekać się do fałszywej wyrozumiałości, chrześcijanin powinien zaoferować choremu raczej niezbędną pomoc, aby ten wyszedł ze swej rozpacz. Przykazanie „nie zabijaj” (*Wj* 20, 13; *Pwt* 5, 17) jest w istocie powiedzeniem „tak” *życiu*, które gwarantuje Bóg: ono „staje się wezwaniem do czynnej miłości, która ochrania i troszczy się o rozwój życia bliźniego”^[47]. Dlatego chrześcijanin wie, że życie ziemskie nie jest najwyższą wartością. Ostateczna szczęśliwość jest w niebie. Dlatego chrześcijanin nie będzie dążył do tego, aby życie fizyczne trwało nadal, gdy śmierć jest ewidentnie bliska. Chrześcijanin pomoże umierającemu uwolnić się od rozpacz i złożyć swą nadzieję w Bogu.

Z klinicznego punktu widzenia czynnikami, które w największym stopniu determinują żądanie eutanazji i samobójstwa wspomaganego, to niekontrolowany ból, brak nadziei ludzkiej i teologicznej, również wywołany często nieadekwatną pomocą ludzką, psychologiczną i duchową ze strony osób opiekujących się chorym^[48].

Potwierdza to doświadczenie: „Prośby ciężko chorych, niekiedy domagających się śmierci, nie powinny być rozumiane jako wyrażenie prawdziwej woli eutanazji; prawie zawsze chodzi o pełne niepokoju wzywanie pomocy i miłości. Oprócz opieki medycznej, chory potrzebuje miłości, gorącego uczucia ludzkiego i nadprzyrodzonego, którymi mogą i powinni go otoczyć bliscy, rodzice i dzieci, lekarze i służba zdrowia”^[49]. Chory, który czuje się otoczony kochającą obecnością ludzką i chrześcijańską, przezwycięża wszelkie formy depresji i nie popada w lęk charakterystyczny natomiast dla tego, kto czuje się osamotniony i pozostawiony swemu przeznaczeniu w cierpieniu i śmierci.

W istocie człowiek przeżywa ból nie tylko jako fakt biologiczny, który trzeba opanować, aby stał się znośny, ale jako tajemnicę ludzkiej słabości w odniesieniu do końca życia

fizycznego, wydarzenia trudnego do zaakceptowania, z racji na to, że jedność duszy i ciała jest zasadnicza dla człowieka.

Dlatego tylko poprzez nadanie nowego znaczenia samemu wydarzeniu śmierci – poprzez otwarcie w niej horyzontu życia wiecznego, który zapowiada transcendentne przeznaczenie każdego człowieka – można zmierzyć się z „końcem życia” w sposób właściwy dla ludzkiej godności i adekwatny do tej udręki i cierpienia, które nieuchronnie wywołuje nadszarpnięcie poczucie końca. W istocie „cierpienie jest czymś *bardziej jeszcze podstawowym* od choroby, bardziej wielorakim, a zarazem głębiej jeszcze osadzonym w całym człowieczeństwie”[50]. I to cierpienie z pomocą łaski może być ożywiane od wewnątrz miłością Bożą, dokładnie tak, jak w przypadku cierpienia Chrystusa na Krzyżu.

W tym celu zdolność tych, którzy pomagają osobie cierpiącej na przewlekłą chorobę lub znajdującej się w końcowej fazie życia, musi polegać na tym, aby „umieć trwać”, czuwać z tym, kto cierpi lęk umierania, „pocieszać”, to znaczy być razem w samotności, być współ-obecnością, która otwiera na nadzieję[51]. Poprzez wiarę i miłość wyrażające się we wnętrzu duszy, osoba asystująca jest w stanie cierpieć ból drugiego i otworzyć się na osobistą relację ze słabym, która poszerza horyzonty życia daleko poza wydarzenie śmierci, stając się w ten sposób obecnością pełną nadziei.

„Płaczcie z tymi, którzy płaczą” (Rz 12, 15), bo szczęśliwy jest ten, kto współczuje aż do płaczu razem z innymi (por. Mt 5, 4). W tej relacji, która staje się okazją do miłości, cierpienie wypełnia się sensem w dzieleniu ludzkiej kondycji i w solidarności na drodze do Boga, która wyraża to radykalne przymierze między ludźmi[52], jakie sprawia, że dostrzegają światło nawet poza śmiercią. Ukazuje nam ono akt medyczny z perspektywy *przymierza terapeutycznego* między lekarzem a chorym, połączonych uznaniem transcendentnej wartości życia i mistycznego sensu cierpienia. To przymierze jest światłem dla zrozumienia dobrego działania medycznego oraz przewyższenia wizji indywidualistycznej i utylitarnej, dziś dominującej.

2. Moralny obowiązek wykluczenia uporczywej terapii

Urząd Nauczycielski Kościoła przypomina, że gdy zbliża się kres ziemskiej egzystencji, godność osoby ludzkiej konkretyzuje się jako prawo do umierania w możliwie największym spokoju oraz z należną jej godnością ludzką i chrześcijańską[53]. Ochrona godności umierania oznacza wykluczenie zarówno przyspieszania śmierci, jak i jej opóźniania przy pomocy tzw. „uporczywej terapii”[54]. W istocie dzisiejsza medycyna dysponuje środkami, które mogą sztucznie opóźnić śmierć, bez rzeczywistych korzyści dla pacjenta w takich przypadkach. Dlatego w obliczu nieuchronnej śmierci uzasadnione jest zgodnie z wiedzą i sumieniem podjęcie decyzji o rezygnacji z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia. Nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach[55]. Oznacza to, że nie jest dozwolone przerwanie skutecznych zabiegów wspierających podstawowe funkcje fizjologiczne, dokąd organizm jest w stanie z nich korzystać (takich jak wspomaganie nawodnienia, odżywiania, termoregulacji, a także odpowiednie i proporcjonalne pomoce w oddychaniu oraz inne, w stopniu, w jakim są one niezbędne do wspomaganie homeostazy organizmu oraz zmniejszania bólu narządowego i ogólnoustrojowego). Eliminacja jakiegokolwiek nieuzasadnionej determinacji w przeprowadzaniu zabiegów *nie może stanowić zaniechania leczenia*. To wyjaśnienie okazuje się obecnie niezbędne w świetle licznych spraw sądowych, które w ostatnich latach doprowadziły do wycofania się z leczenia – i do przedwczesnej śmierci –

pacjentów w stanach krytycznych, ale nie śmiertelnych, u których podjęto decyzję o przerwaniu zabiegów podtrzymujących życie, gdyż nie mieli oni już perspektyw na poprawę jakości życia.

W szczególnym przypadku uporczywej terapii wymaga podkreślenia, że rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i nieproporcjonalnych „nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”^[56] czy przemyślany wybór mający na celu uniknięcie stosowania technologii medycznej nieproporcjonalnej do oczekiwanych rezultatów. Rezygnacja z takich zabiegów, które dawałyby jedynie niepewne i bolesne przedłużenie życia, może oznaczać także poszanowanie woli umierającego wyrażonej w tzw. oświadczeniach antycypowanych dotyczących leczenia, *z wykluczeniem wszelkich działań o charakterze eutanatycznym czy samobójczym*^[57].

W rzeczywistości proporcjonalność odnosi się do całości dobra pacjenta. Nie można nigdy zastosować fałszywego rozeznania moralnego dotyczącego *wyboru między wartościami* (na przykład życie przeciw jakości życia); mogłoby to prowadzić do wykluczenia spod obszaru zainteresowania ochrony integralności osobowej i życia jako dobra oraz prawdziwego przedmiotu moralnego dokonanego czynu^[58]. W istocie celem każdej czynności medycznej oraz intencją tego, kto podejmuje się działania, musi zawsze być towarzyszenie życiu, a nigdy dążenie do śmierci^[59]. W każdym razie lekarz nigdy nie jest li tylko wykonawcą woli pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego, lecz zachowuje prawo i obowiązek uchylenia się od spełnienia woli, która byłaby niezgodna z dobrem moralnym, dostrzeganym przez jego własne sumienie^[60].

3. Opieka podstawowa: obowiązek nawadniania i odżywiania

Podstawową i niezbywalną zasadą towarzyszenia choremu w stanach krytycznych i/lub terminalnych jest *ciągłość wspomagania* jego podstawowych funkcji fizjologicznych. W szczególności podstawową opieką należną każdemu człowiekowi jest podawanie pożywienia i płynów niezbędnych do utrzymania homeostazy organizmu, w takiej mierze i przez taki czas, w jakich służy to właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta^[61].

Gdy dostarczanie składników odżywczych i płynów fizjologicznych nie przynosi żadnej korzyści pacjentowi, ponieważ jego organizm nie jest już w stanie ich wchłonać czy przyswoić, należy wstrzymać ich podawanie. W ten sposób nie przyspiesza się w sposób niedozwolony śmierci przez odebranie nawodnienia i środków odżywczych istotnych dla funkcji życiowych, ale akceptuje się naturalny przebieg krytycznej bądź śmiertelnej choroby. W przeciwnym razie pozbawienie tych środków stanie się czynem niesprawiedliwym i może być źródłem wielkiego cierpienia dla tych, którzy są mu poddani. Odżywianie i nawadnianie nie są terapią medyczną w odpowiednim tego słowa znaczeniu, ponieważ nie zwalczają przyczyn procesu patologicznego zachodzącego w organizmie pacjenta, ale stanowią formę pielęgnacji należnej osobie pacjenta, pierwotną i niezbywalną opiekę kliniczną i ludzką. Obowiązkowy charakter tej pielęgnacji chorego poprzez odpowiednie nawadnianie i odżywianie może wymagać w niektórych przypadkach zastosowania sztucznych metod^[62], pod warunkiem, że nie jest ono szkodliwe dla chorego oraz nie powoduje niedopuszczalnego cierpienia dla pacjenta^[63].

4. Opieka paliatywna

Ciągłość opieki obejmuje stały obowiązek zrozumienia potrzeb chorego: potrzeb pomocy, ulgi w bólu, potrzeb emocjonalnych, uczuciowych i duchowych. Jak wynika z najbardziej rozległego doświadczenia klinicznego, medycyna paliatywna jest cennym i niezbędnym narzędziem dla towarzyszenia pacjentowi w najbardziej bolesnych, powodujących cierpienie, przewlekłych i końcowych stadiach choroby. Tak zwana *opieka paliatywna* jest najbardziej autentycznym wyrazem ludzkiej i chrześcijańskiej troski, namacalnym symbolem współczującego „stania” obok cierpiącego. Ma ona na celu „złagodzenie cierpienia w końcowej fazie choroby, a jednocześnie zapewnienie pacjentowi odpowiedniego towarzyszenia ludzkiego”[64], towarzyszenia godnego, poprawiającego – w miarę możliwości – jakość życia i ogólne samopoczucie. Doświadczenie uczy, że stosowanie opieki paliatywnej wydatnie zmniejsza liczbę osób domagających się eutanazji. W tym celu przydatne jest zdecydowane zaangażowanie, zgodne z możliwościami ekonomicznymi, do rozpowszechniania tej opieki wśród tych, którzy będą jej potrzebować, wdrażanej nie tylko w końcowych etapach życia, ale jako *zintegrowane podejście do leczenia* w odniesieniu do wszelkich przewlekłych i/lub postępujących chorób, które mogłyby mieć złożone, bolesne i niepomyślne rokowania dla pacjenta i jego rodziny[65].

Opieka paliatywna obejmuje pomoc duchową dla chorego i jego rodziny. Zaszczepia ona w umierającym i w członkach jego rodziny zaufanie i nadzieję w Bogu, pomagając im zaakceptować śmierć bliskiej osoby. Jest to istotny wkład, który należy do pracowników duszpasterskich i całej wspólnoty chrześcijańskiej, na wzór Miłosiernego Samarytanina, tak by w miejsce odrzucenia pojawiła się akceptacja a nad strachem przeważyła nadzieja[66], zwłaszcza gdy cierpienie przedłuża się z powodu postępowania choroby, kiedy zbliża się koniec. W tej fazie ustalenie skutecznej terapii przeciwbólowej pozwala pacjentowi stawić czoła chorobie i śmierci bez obawy przed nieznośnym bólem. Ten środek zaradczy musi koniecznie wiązać się z braterskim wsparciem, które może przewyciężyć odczucie osamotnienia pacjenta, często spowodowane brakiem poczucia odpowiedniego towarzystwa i zrozumienia w jego trudnej sytuacji.

Technika nie daje radykalnej odpowiedzi na cierpienie i nie można twierdzić, że mogłaby usunąć je z ludzkiego życia[67]. Takie roszczenie rodzi fałszywą nadzieję, która jest przyczyną jeszcze większej rozpaczli u cierpiącego. Nauki medyczne są w stanie ciągle lepiej poznawać ból fizyczny i muszą stosować najlepsze środki techniczne do jego eliminacji, ale horyzont życiowy nieuleczalnej choroby wywołuje u pacjenta głębokie cierpienie, który wymaga nie tylko uwagi technicznej. *Spe salvi facti sumus*: w nadziei, tej teologalnej, skierowanej do Boga, zostaliśmy zbawieni – mówi św. Paweł (Rz 8, 24).

„Wino nadziei” jest szczególnym wkładem wiary chrześcijańskiej w opiekę nad chorym i odnosi się do sposobu, w jaki Bóg zwycięża zło w świecie. W cierpieniu człowiek musi być w stanie doświadczyć solidarności i miłości, która przyjmuje cierpienie, nadając życiu sens wykraczający poza śmierć. Wszystko to ma duże znaczenie społeczne: „Społeczeństwo, które nie jest w stanie zaakceptować cierpiących ani im pomóc i mocą współczucia współuczestniczyć w cierpieniu, również duchowo, jest społeczeństwem okrutnym i nieludzkim”[68].

Należy jednak doprecyzować, że definicja opieki paliatywnej nabrała w ostatnich latach konotacji, które mogą być niejednoznaczne. W niektórych krajach świata krajowe prawodawstwo regulujące opiekę paliatywną (*Palliative Care Act*), a także prawa

dotyczące „końca życia” (*End-of-Life Law*) zapewniają obok opieki paliatywnej tzw. *pomoc medyczną przy umieraniu (MAiD)*, która może obejmować możliwość zażądania eutanazji i samobójstwa wspomaganego. Ten przepis normatywny jest przyczyną poważnego zamętu kulturowego, ponieważ prowadzi do przekonania, że integralną częścią opieki paliatywnej jest pomoc medyczna w odniesieniu do dobrowolnej śmierci i że dlatego byłoby moralnie dopuszczalnym żądanie eutanazji lub samobójstwa wspomaganego.

Ponadto w tych samych kontekstach normatywnych interwencje paliatywne mające na celu zmniejszenie cierpienia pacjentów ciężko chorych lub umierających mogą polegać na podawaniu leków z intencją przyspieszenia śmierci lub na zawieszeniu/przerwaniu nawadniania i odżywiania, nawet jeśli istnieje jeszcze rokowanie na tygodnie lub miesiące. Jednak praktyki te są równoznaczne z *działaniem lub zaniechaniem powodującym śmierć i dlatego są niedozwolone*. Stopniowe rozprzestrzenianie się tego prawodawstwa, również poprzez wytyczne krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych, oprócz skłaniania coraz większej liczby bezbronnych osób do wyboru eutanazji lub samobójstwa, stanowi zniesienie społecznej odpowiedzialności wobec wielu ludzi, którym wystarczyłoby tylko lepsza pomoc i pocieszenie.

5. Rola rodziny i hospicjum

W leczeniu chorych w końcowej fazie życia kluczowa jest rola rodziny^[69]. W niej osoba opiera się na trwałych relacjach, jest doceniana sama w sobie, a nie tylko za produktywność czy przyjemność, którą może wywołać. Istotne jest w rzeczywistości, aby w czasie opieki pacjent nie czuł się ciężarem, ale doświadczał bliskości i uznania swoich bliskich. W tej misji rodzina potrzebuje pomocy i odpowiednich środków. Dlatego państwa powinny uznać podstawową i fundamentalną funkcję społeczną rodziny oraz jej niezastąpioną rolę, także w tej dziedzinie, poprzez przygotowanie zasobów i struktur koniecznych do jej wspierania. Ponadto ludzkie i duchowe towarzyszenie rodzinie jest obowiązkiem w placówkach opieki zdrowotnej o inspiracji chrześcijańskiej; nigdy nie należy jej lekceważyć, ponieważ stanowi *jedno z opieką nad chorym*.

Obok rodziny, instytucja *hospicjów*, w których przyjmuje się nieuleczalnie chorych, aby zapewnić im opiekę aż do ostatniego momentu, jest rzeczą dobrą i stanowi wielką pomoc. Zresztą „chrześcijańska odpowiedź na tajemnicę cierpienia i śmierci to nie wyjaśnienie, lecz Obecność”^[70], która podejmuje troskę o ból, towarzyszy mu i otwiera go na niezawodną nadzieję. Takie ośrodki stanowią przykład człowieczeństwa w społeczeństwie i sanktuaria bólu przeżywanego w pełni sensu. Z tego powodu muszą być wyposażone w wyspecjalizowany personel i środki materialne odpowiednie dla opieki oraz być zawsze otwarte dla rodzin: „W związku z tym myślę o tym, jak wiele dobra czynią *hospicja* w kwestii opieki paliatywnej, gdzie chorym w stanie terminalnym towarzyszy wykwalifikowane wsparcie medyczne, psychologiczne i duchowe, aby mogli przeżywać godnie, pocieszeni bliskością swoich drogich osób, ostatnią fazę ich ziemskiego życia. Mam nadzieję, że ośrodki te nadal będą miejscami, w których jest praktykowana z zaangażowaniem »terapia godności«, pielęgnując w ten sposób miłość i szacunek dla życia”^[71]. W takich obszarach, jak również w każdej katolickiej placówce zdrowia, istnieje obowiązek obecności pracowników służby zdrowia i pracowników duszpasterskich wyszkolonych nie tylko z klinicznego punktu widzenia, ale także prowadzących prawdziwe teologiczne życie wiary i nadziei, skierowane ku Bogu, ponieważ stanowi ono najwyższą formę humanizacji umierania^[72].

6. Towarzystwo oraz opieka prenatalna i pediatryczna

W odniesieniu do towarzyszenia niemowlętom i dzieciom dotkniętym przewlekłymi chorobami postępującymi, prowadzącymi do śmierci lub dziećmi znajdującymi się w końcowych fazach życia, należy podkreślić, co następuje, mając świadomość potrzeby opracowania strategii operacyjnej, która zapewni dziecku oraz jego rodzinie jakość i dobre samopoczucie.

Od poczęcia dzieci cierpiące na wady rozwojowe lub wszelkiego rodzaju patologie są *małymi pacjentami*, którym dzisiejsza medycyna zawsze jest w stanie pomóc i towarzyszyć w sposób odnoszący się z szacunkiem do życia. Ich życie jest święte, jedyne, niepowtarzalne i nienaruszalne, dokładnie tak jak u każdego dorosłego człowieka.

W przypadku tzw. patologii prenatalnych zwanych „wadami letalnymi” – to znaczy takich, które z pewnością doprowadzą do śmierci w krótkim czasie – oraz w przypadku braku terapii płodu lub noworodka, które mogłyby poprawić stan zdrowia tych dzieci, w żaden sposób nie wolno ich opuścić w kwestii pomocy, lecz należy im towarzyszyć jak każdemu innemu pacjentowi aż do nadejścia naturalnej śmierci. *Opieka perinatalna* sprzyja w tym sensie *zintegrowanemu przebiegowi pomocy*, która do wsparcia przez lekarzy i pracowników duszpasterskich dodaje stałą obecność rodziny. Dziecko jest pacjentem szczególnym i wymaga od opiekuna szczególnej pomocy zarówno w zakresie wiedzy, jak i obecności. Empatyczne towarzyszenie dziecku w fazie terminalnej, które należy do najdelikatniejszych, ma na celu dodanie życia do lat dziecka, a nie lat do jego życia.

W szczególności *hospicja perinatalne* zapewniają istotne wsparcie rodzinom, które przyjmują narodziny dziecka w warunkach kruchości. W tych obszarach kompetentna opieka lekarska i wsparcie innych rodzin-świadków, które przeszły przez to samo doświadczenie bólu i straty, stanowią istotne zasoby obok koniecznego duchowego towarzyszenia tym rodzinom. Duszpasterskim obowiązkiem pracowników służby zdrowia inspirowanych chrześcijaństwem jest praca na rzecz promowania maksymalnego rozpowszechnienia tych hospicjów na świecie.

Wszystko to okazuje się szczególnie potrzebne wobec tych dzieci, których przy obecnym stanie wiedzy naukowej czeka śmierć zaraz po porodzie lub w krótkim odstępie czasu. Opieka nad tymi dziećmi pomaga rodzicom przetrwać żałobę i postrzegać ją nie tylko jako stratę, ale jako etap podróży miłości, przeżywanej wspólnie z dzieckiem.

Niestety, dominująca dziś kultura nie promuje tego podejścia: na poziomie społecznym niekiedy obsesyjne posługiwanie się diagnostyką prenatalną i pojawienie się kultury wrogiej niepełnosprawności często prowadzi do decyzji o aborcji, dochodząc do traktowania jej jako praktyki „profilaktycznej”. Polega to na umyślnym zabójstwie niewinnego ludzkiego życia i jako takie nigdy nie jest dozwolone. Stosowanie diagnoz prenatalnych do celów wybiórczych jest zatem sprzeczne z godnością osoby i rażąco niedopuszczalne, ponieważ jest wyrazem mentalności eugenicznej. W innych przypadkach, po urodzeniu, ta sama kultura prowadzi do wstrzymania lub niepodjęcia opieki nad noworodkiem, ze względu na obecność lub wręcz tylko na możliwość rozwoju niepełnosprawności w przyszłości. Także to podejście, o cechach utylitarnych, jest nie do zaakceptowania. Taka procedura, poza tym że nieludzka, jest również poważnie niedozwolona z moralnego punktu widzenia.

Podstawową zasadą opieki pediatrycznej jest to, że dziecko w końcowym okresie życia ma prawo do szacunku i opieki nad sobą, przy unikaniu zarówno uporczywej terapii oraz nieuzasadnionego uporu, jak i celowego przyspieszania jego śmierci. W perspektywie chrześcijańskiej, opieka duszpasterska nad nieuleczalnie chorym dzieckiem przywołuje uczestnictwo w życiu Bożym we chrzcie i bierzmowaniu.

W końcowej fazie przebiegu choroby nieuleczalnej, nawet po zaprzestaniu stosowania terapii farmakologicznych lub innej natury, mających na celu zwalczanie choroby, na którą cierpi dziecko, ponieważ nie są one już adekwatne do jego pogorszonego stanu klinicznego i uznawane przez lekarzy za daremne lub zbyt uciążliwe dla niego, jako przyczyna dalszego cierpienia, nie może jednak nigdy zabraknąć integralnej opieki nad osobą małego chorego, w jej różnych wymiarach fizjologicznych, psychologicznych, uczuciowo-relacyjnych i duchowych. Opieka to nie tylko stosowanie terapii i wyleczenie, tak jak zaprzestanie terapii, gdy nie przynosi ona już korzyści nieuleczalnie choremu dziecku nie oznacza wstrzymania skutecznych zabiegów wspierających funkcje fizjologiczne istotne dla życia małego pacjenta, o ile jego organizm jest w stanie z nich skorzystać (wspomaganie nawodnienia, odżywiania, termoregulacji i inne, w zakresie niezbędnym do wspomaganie homeostazy organizmu oraz zmniejszenia bólu narządowego i ogólnoustrojowego). Powstrzymanie się od wszelkiego uporu terapeutycznego w stosowaniu leczenia uznanego za nieskuteczne *nie może być zaniechaniem opieki*, ale musi utrzymywać otwartą drogę towarzyszenia ku śmierci. W tym wypadku należy wziąć pod uwagę, żeby również interwencje rutynowe, takie jak wspomaganie oddychania, przebiegały w sposób bezbolesny i proporcjonalny, dopasowując do osoby pacjenta odpowiedni rodzaj pomocy, aby uniknąć sytuacji, gdy słuszną troska o życie kłóci się z niesprawiedliwym dodaniem bólu, którego można by uniknąć.

W tym kontekście ocena fizycznego bólu noworodka i dziecka oraz radzenie sobie z tym bólem są niezbędne, aby okazać dziecku szacunek i towarzyszyć mu w najbardziej stresujących stadiach choroby. Spersonalizowane i delikatne zabiegi, obecnie już sprawdzone w pediatrycznej opiece klinicznej, wspierane obecnością rodziców, umożliwiają zintegrowane i skuteczniejsze zarządzanie każdą interwencją opiekuńczą.

Utrzymywanie więzi uczuciowej między rodzicami a dzieckiem jest integralną częścią procesu opiekuńczego. Relacja opieki i towarzyszenia rodzic-dziecko musi być wspierana wszelkimi niezbędnymi narzędziami i stanowi fundamentalną część opieki, także w przypadku chorób nieuleczalnych i sytuacji rozwoju fazy terminalnej. Oprócz kontaktu uczuciowego nie można zapominać o momencie duchowym. Modlitwa osób bliskich w intencji chorego dziecka ma wartość nadprzyrodzoną, która przewyższa i pogłębia więź uczuciową.

Etyczno-prawna koncepcja „najlepszego interesu dziecka” – stosowana dziś do oceny kosztów i korzyści przeprowadzanych zabiegów – w żaden sposób nie może stanowić podstawy do podjęcia decyzji o skróceniu jego życia w celu uniknięcia przez niego cierpienia, poprzez działania lub zaniechania, które ze względu na swoją naturę lub intencję działającego można określić jako eutanatyczne. Jak już powiedziano, przerwanie nieproporcjonalnych terapii nie może prowadzić do przerwania owych podstawowych zabiegów opiekuńczych, które są konieczne, aby towarzyszyć dziecku do godnej naturalnej śmierci, w tym także tych mających na celu złagodzenie bólu, oraz do zaniechania duchowej uwagi oferowanej temu, kto wkrótce spotka Boga.

7. Terapie przeciwbólowe i pozbawienie świadomości

Niektóre specjalistyczne zabiegi wymagają szczególnej uwagi i umiejętności pracowników służby zdrowia, aby wykonywać najlepszą praktykę medyczną z etycznego punktu widzenia, mając zawsze świadomość opieki nad ludźmi w ich konkretnej sytuacji bólu.

Aby złagodzić ból pacjenta, w terapii przeciwbólowej stosuje się leki, które mogą powodować pozbawienie świadomości (sedacja). Głęboki zmysł religijny może pozwolić pacjentowi na przeżywanie bólu jako specjalnej ofiary dla Boga, w perspektywie Odkupienia^[73]; Kościół jednak stwierdza dopuszczalność sedacji jako części opieki oferowanej pacjentowi, tak aby koniec życia nastąpił w jak największym pokoju i jak najlepszych warunkach wewnętrznych. Dotyczy to również zabiegów przybliżających moment śmierci (głęboka sedacja paliatywna w fazie terminalnej)^[74], zawsze, o ile to możliwe, przy oświadczeniu woli pacjenta. Z duszpasterskiego punktu widzenia dobrze jest zadbać o duchowe przygotowanie chorego do świadomego dojścia do śmierci, a także do spotkania z Bogiem^[75]. Stosowanie leków przeciwbólowych jest więc częścią opieki nad pacjentem, ale każde ich podawanie, które bezpośrednio i celowo powoduje śmierć jest praktyką eutanatyczną i niedopuszczalną^[76]. Sedacja musi zatem wykluczać, jako swój bezpośredni cel, zamiar zabicia, nawet jeśli jest z nią związany wpływ na moment śmierci, w każdym wypadku nieuniknionej^[77].

Potrzebne jest tutaj wyjaśnienie w odniesieniu do kontekstów pediatrycznych: w przypadku dziecka niezdolnego do rozumienia, takiego jak na przykład noworodek, nie należy popełniać błędów przez założenie, że dziecko może znieść ból i zaakceptować go, gdy istnieją sposoby na jego złagodzenie. Dlatego też obowiązkiem lekarskim jest wysiłek nad jak największym zmniejszeniem cierpienia dziecka, aby w pokoju doszło ono do naturalnej śmierci i mogło doświadczyć jak najwięcej czułej obecności lekarzy, a przede wszystkim rodziny.

8. Stan wegetatywny i stan minimalnej świadomości

Innymi istotnymi sytuacjami są: przypadek chorego z trwałą utratą przytomności, czyli tzw. „stan wegetatywny” oraz chorego w „stanie minimalnej świadomości”. Zawsze jest całkowicie mylącem myślenie, że stan wegetatywny i stan minimalnej świadomości w przypadku osób, które oddychają samodzielnie, są oznaką, że chory przestał być osobą ludzką z całą należną mu godnością^[78]. Przeciwnie, w tych stanach największej słabości należy uznać chorego z jego wartością i odpowiednio pielęgnować. Fakt, że pacjent może pozostawać w tej bolesnej sytuacji przez lata bez wyraźnej nadziei na wyzdrowienie oznacza niewątpliwe cierpienie dla tych, którzy się nim zajmują.

Przed wszystkim warto przypomnieć sobie, o czym nigdy nie można zapomnieć w związku z tego typu bolesną sytuacją, że pacjent w tych stanach ma prawo do odżywiania i nawadniania. Sztuczne karmienie i nawadnianie to w zasadzie zwykłe środki. W niektórych przypadkach środki te mogą stać się nieproporcjonalne, ponieważ ich stosowanie przestaje już być skuteczne lub ponieważ sposoby ich stosowania powodują nadmierne obciążenie i wywołują negatywne skutki, które przeważają nad korzyściami.

W świetle tych zasad zaangażowanie pracownika służby zdrowia nie może ograniczać się do pacjenta, ale powinno obejmować także rodzinę lub osoby odpowiedzialne za opiekę nad pacjentem, którym należy również zapewnić odpowiednią opiekę duszpasterską.

Konieczne jest zatem dostarczenie członkom rodzin odpowiedniego wsparcia w niesieniu długotrwałego ciężaru pomocy chorym będącym w tych stanach, zapewniając im ową bliskość, która im pomoże, aby się nie zniechęcić, a przede wszystkim nie postrzegać przerwania opieki jako jedyne rozwiązanie. Trzeba być do tego odpowiednio przygotowanym, tak jak członkowie rodziny powinni być należycie wspierani.

9. Sprzeciw sumienia ze strony pracowników służby zdrowia i katolickich ośrodków opieki zdrowotnej

W obliczu przepisów, które legalizują – w jakiegokolwiek formie pomocy medycznej – eutanazję lub samobójstwo wspomagane, należy zawsze odmawiać jakiegokolwiek bezpośredniego współdziałania formalnego lub materialnego w tym przypadku. Konteksty te stanowią specyficzny obszar chrześcijańskiego świadectwa, w którym „trzeba bardziej słuchać Boga niż ludzi” (Dz 5, 29). Nie istnieje prawo do samobójstwa ani do eutanazji: prawo istnieje w celu ochrony życia i koegzystencji między ludźmi, a nie do sprowadzania śmierci. Dlatego nigdy nie wolno nikomu współpracować w takich niemoralnych działaniach ani sugerować, że wolno w nich współdziałać przez słowa, uczynki lub zaniechania. Jedynym prawdziwym prawem jest prawo chorego do opieki i do leczenia po ludzku. To jedyny sposób, aby zachować jego godność do momentu nadejścia naturalnej śmierci. „Zatem żaden pracownik służby zdrowia nie może się czynić wykonawcą nieistniejącego prawa, nawet gdyby zainteresowany podmiot w pełnej świadomości żądał eutanazji”^[79].

W tym względzie ogólne zasady dotyczące współdziałania w złu, czyli w działaniach niedozwolonych, są potwierdzone następująco: „Stanowczy nakaz sumienia zabrania chrześcijanom, podobnie jak wszystkim ludziom dobrej woli, formalnego współdziałania w praktykach, które zostały co prawda dopuszczone przez prawodawstwo państwowe, ale są sprzeczne z Prawem Bożym. Z moralnego punktu widzenia nigdy nie wolno formalnie współdziałać w złu. Takie współdziałanie ma miejsce wówczas, gdy dokonany czyn – już to z samej swej natury, już to ze względu na określony kontekst kształtujących go okoliczności – ma charakter bezpośredniego uczestnictwa w działaniu przeciwko niewinnemu życiu ludzkiemu albo też wyraża poparcie dla niemoralnej intencji głównego sprawcy. Takiego współdziałania nie można nigdy usprawiedliwić ani powołując się na zasadę poszanowania wolności drugiego człowieka, ani też wskazując na to, że prawo cywilne je przewiduje i nakazuje: za czyny dokonywane osobiście przez każdego istnieje bowiem odpowiedzialność moralna, od której nikt nie może się uchylić i z której będzie sądzony przez samego Boga (por. Rz 2, 6; 14, 12)”^[80].

Jest koniecznym, aby państwa uznały sprzeciw sumienia w dziedzinie medycyny i zdrowia, zgodnie z zasadami prawa naturalnego, a zwłaszcza tam, gdzie służba życiu stanowi codzienne wyzwanie dla sumienia ludzkiego^[81]. Tam, gdzie sprzeciw ten nie zostanie uznany, może dojść do sytuacji, w której trzeba przeciwstawić się prawu, aby nie dodawać niesprawiedliwości do niesprawiedliwości, łamiąc sumienia ludzi. Pracownicy służby zdrowia nie powinni wahać się przed domaganiem się prawa do sprzeciwu sumienia jako swojego własnego prawa i specyficznego wkładu w dobro wspólne.

Podobnie instytucje opieki zdrowotnej muszą przewyciężyć silną presję ekonomiczną, która czasami prowadzi je do akceptacji praktyki eutanazji. A jeśli trudność w znalezieniu niezbędnych środków sprawia, że działanie instytucji publicznych jest bardzo utrudnione, wtedy całe społeczeństwo jest wezwane do podjęcia odpowiedzialności, aby nieuleczalni pacjenci nie byli pozostawieni samym sobie lub tylko zasobom członków ich rodzin. To

wszystko wymaga jasnego i jednolitego stanowiska Konferencji Episkopatów, Kościołów lokalnych, a także wspólnot i instytucji katolickich w celu ochrony ich prawa do sprzeciwu sumienia w kontekstach prawnych przewidujących eutanazję i samobójstwo.

Katolickie instytucje opieki zdrowotnej są konkretnym znakiem, w jaki sposób wspólnota kościelna, na wzór Miłosiernego Samarytanina, troszczy się o chorych. Polecenie Jezusa: „uzdrawiajcie chorych” (Łk 10, 9) znajduje swoje konkretne urzeczywistnienie nie tylko poprzez nakładanie na nich rąk, ale także przez podnoszenie ich z ulicy, asystowanie im w ich własnych domach oraz tworzenie odpowiednich struktur do ich przyjmowania i świadczenia im gościnności. Kościół, wierny poleceniu Pana, przez stulecia budował różne ośrodki przyjęć, w których opieka lekarska znajduje swoją specyficzną postać w wymiarze integralnej służby chorej osobie.

Katolickie instytucje opieki zdrowotnej są powołane, aby być wiernymi świadkami niezbędnej etycznej dbałości o poszanowanie podstawowych wartości ludzkich i chrześcijańskich, które składają się na ich tożsamość, poprzez powstrzymanie się od postępowania w sposób ewidentnie niedozwolony moralnie jak również przez zadeklarowane i formalne posłuszeństwo Urzędowi Nauczycielskiemu Kościoła. Każde inne działanie, które nie jest zgodne z celami i wartościami, którymi inspirowane są katolickie instytucje opieki zdrowotnej, jest nie do przyjęcia z etycznego punktu widzenia, a zatem podważa przypisywanie takowej instytucji opieki zdrowotnej kwalifikacji „katolicka”.

W tym sensie nie jest etycznie dopuszczalną współpracą instytucjonalną z innymi ośrodkami szpitalnymi w celu informowania i kierowania do nich osób proszących o eutanazję. Takich wyborów nie można moralnie akceptować ani popierać ich w konkretnej realizacji, nawet jeśli są one prawnie możliwe. W rzeczywistości prawa, które zatwierdzają eutanazję, „nie tylko nie są w żaden sposób wiążące dla sumienia, ale stawiają wręcz człowieka wobec *poważnej i konkretnej powinności przeciwstawienia się im poprzez sprzeciw sumienia*. Od samych początków Kościoła przepowiadanie apostoelskie pouczało chrześcijan o obowiązku posłuszeństwa władzom publicznym prawomocnie ustanowionym (por. Rz 13, 1-7; 1 P 2, 13-14), ale zarazem przestrzegało stanowczo, że »trzeba bardziej słuchać Boga niż ludzi«(Dz 5, 29)”[82].

Prawo do sprzeciwu sumienia nie może pozwolić nam zapominać, że chrześcijanie nie odrzucają takich praw na podstawie prywatnych przekonań religijnych, ale na mocy fundamentalnego i nienaruszalnego prawa każdego człowieka, istotnego dla dobra wspólnego całego społeczeństwa. W rzeczywistości chodzi o prawa sprzeczne z prawem naturalnym, ponieważ podważają one same podstawy godności ludzkiej i współistnienia opartego na sprawiedliwości.

10. Opieka duszpasterska i wsparcie sakramentalne

Moment śmierci jest dla człowieka decydującym krokiem w spotkaniu z Bogiem Zbawicielem. Kościół jest wezwany do duchowego towarzyszenia wiernym w tej sytuacji, oferując im „środki lecznicze” modlitwy i sakramentów. Pomaganie chrześcijaninowi w przeżywaniu tego momentu w kontekście towarzyszenia duchowego jest najwyższym aktem miłości. Właśnie dlatego, że „żaden wierzący nie powinien umierać w samotności i opuszczeniu”[83], konieczne jest stworzenie wokół chorego solidnej platformy relacji ludzkich i humanizujących, które by mu towarzyszyły i otwierały na nadzieję.

Przypowieść o Miłosiernym Samarytaninie wskazuje, jaki powinien być związek z cierpiącym bliźnim oraz jakich postaw należy unikać: obojętności, apatii, uprzedzeń, lęku przed zabrudzeniem rąk, zamknięcia się we własnych sprawach, a które podjąć: uwagę, słuchanie, zrozumienie, współczucie, dyskrecję.

Wezwanie do naśladowania: „Idź, i ty czyn podobnie!” (Łk 10, 37) jest ostrzeżeniem, aby nie lekceważyć całego ludzkiego potencjału obecności, dyspozycyjności, przyjęcia, rozeznania, zaangażowania, którego wymaga bliskość z potrzebującymi i który jest niezbędny w integralnej opiece nad chorym.

Jakość miłości i troski o ludzi w krytycznych i końcowych sytuacjach życia pomaga odepchnąć w nich to straszliwe i skrajne pragnienie zakończenia swojego własnego życia. Istotnie, tylko kontekst ludzkiego ciepła i ewangelicznego braterstwa jest w stanie otworzyć pozytywny horyzont i wesprzeć chorego w nadziei i w ufnyim zawierzeniu.

Towarzystwo takie jest częścią ścieżki wyznaczonej przez opiekę paliatywną i powinno obejmować pacjenta i jego rodzinę.

Rodzina od zawsze odgrywała ważną rolę w opiece, a jej obecność, wsparcie i uczucie są dla pacjenta istotnym czynnikiem terapeutycznym. Rzeczywiście papież Franciszek przypomina, że to rodzina „zawsze była najbliższym »szpitalem«. Jeszcze dzisiaj w wielu częściach świata szpital jest przywilejem dla niewielu i często znajduje się daleko. Mama, tato, bracia, siostry, babcie zapewniają opiekę i pomagają wyzdrowieć”^[84].

Opieka nad drugim lub zajmowanie się cierpieniem innych jest zaangażowaniem, które dotyczy nie tylko niektórych, ale obejmuje odpowiedzialność wszystkich, całej wspólnoty chrześcijańskiej. Święty Paweł mówi, że kiedy jeden członek cierpi, cierpi całe ciało (por. 1 Kor 12, 26) i całe ciało pochyla się nad chorym członkiem, aby mu przynieść ulgę. Ze swojej strony każdy jest powołany, by być „sługą pocieszenia” w obliczu jakiegokolwiek sytuacji ludzkiej rozpacz i przygnębienia.

Towarzystwo duszpasterskie wymaga praktykowania ludzkich i chrześcijańskich cnót *empatii* (*en-pathos*), *współczucia* (*cum-passio*) – przyjmowania cierpienia chorego przez dzielenie go – oraz *pocieszenia* (*cum-solacium*) – wejścia w samotność drugiego, aby poczuł się kochany, przyjęty, asystowany i wspierany.

Posługa słuchania i pocieszania, do której oferowania kapłan jest powołany, stając się znakiem współczującej troski Chrystusa i Kościoła, może i musi odgrywać decydującą rolę. W tej ważnej misji niezwykle istotne jest poza tym dawanie świadectwa i łączenie owej prawdy i miłości, z którymi spojrzenie Dobrego Pasterza nie przestaje towarzyszyć wszystkim Jego dzieciom. Biorąc pod uwagę znaczenie postaci kapłana w ludzkim, duszpasterskim i duchowym towarzyszeniu chorym w końcowych okresach życia, potrzeba, aby na jego drodze formacyjnej było przewidziane zaktualizowane i ukierunkowane przygotowanie w tym względzie. Ważne jest również, aby lekarze i pracownicy służby zdrowia byli szkoleni w takim chrześcijańskim towarzyszeniu, ponieważ mogą zaistnieć szczególne okoliczności, które znacznie utrudniają odpowiednią obecność kapłanów przy łóżku chorych w stanie terminalnym.

Bycie ekspertami w człowieczeństwie oznacza popieranie, poprzez postawy, w ramach których troszczy się o cierpiącego bliźniego, spotkania z Panem życia, jedynym zdolnym do skutecznego rozlewania na ludzkie rany oliwy pociechy i wina nadziei.

Każdy człowiek ma naturalne prawo do uzyskania pomocy w tej kulminacyjnej godzinie, zgodnie z formami wyznawanej przez siebie religii.

Moment sakramentalny jest zawsze kulminacją całego zaangażowania duszpasterskiego w ramach opieki, która go poprzedza, i źródłem wszystkiego, co po nim następuje.

Kościół nazywa sakramentami „uzdrowienia”^[85] sakrament pokuty oraz namaszczenia chorych, które osiągają swój punkt kulminacyjny w Eucharystii jako „wiatyku” na życie wieczne^[86]. Poprzez bliskość Kościoła chory przeżywa bliskość Chrystusa, który towarzyszy mu w drodze do domu Ojca (por. J 14, 6) i pomaga mu nie popadać w rozpacz^[87], wspierając go w nadziei, zwłaszcza kiedy droga staje się bardziej męcząca^[88].

11. Rozeznanie duszpasterskie wobec tych, którzy proszą o eutanazję lub samobójstwo wspomagane

Bardzo szczególnym przypadkiem, w którym dziś konieczne jest potwierdzenie nauczania Kościoła, stanowi duszpasterskie towarzyszenie temu, kto wyraźnie poprosił o eutanazję lub samobójstwo wspomagane. W odniesieniu do sakramentu pojednania spowiednik musi upewnić się o zaistnieniu żalu *niezbędnego do ważności rozgrzeszenia*, polegającego na „ból duszy i zniechęceniu popełnionego grzechu z postanowieniem niegrzeszenia w przyszłości”^[89]. W naszym przypadku mamy do czynienia z osobą, która poza swymi subiektywnymi dyspozycjami dokonała wyboru czynu ciężko niemoralnego i dobrowolnie w nim trwa. Jest to oczywisty brak dyspozycji do przyjęcia sakramentu pokuty z rozgrzeszeniem^[90], namaszczenia chorych^[91], a także do przyjęcia wiatyku^[92]. Będzie ona mogła przyjąć te sakramenty w momencie, gdy jej gotowość do podjęcia konkretnych kroków pozwoli szafarzowi dojść do wniosku, że penitent zmienił swoją decyzję. Oznacza to również, że osoba, która zarejestrowała się w jakimś stowarzyszeniu celem poddania się eutanazji lub samobójstwu wspomaganemu, musi wykazać zamiar anulowania tej rejestracji przed otrzymaniem sakramentów. Należy pamiętać, że konieczność przesunięcia rozgrzeszenia nie oznacza orzeczenia o przypisywalności winy, ponieważ odpowiedzialność osobista mogłaby być zmniejszona albo nawet nie istnieć^[93]. Jeśli pacjent byłby już pozbawiony świadomości, kapłan może udzielić sakramentów *sub condicione*, jeśli można domniemywać żal na podstawie jakiegoś znaku danego wcześniej przez chorą osobę.

To stanowisko Kościoła nie jest oznaką braku akceptacji chorego. W istocie musi ono być połączone z ofertą zawsze możliwej pomocy i wysłuchania, zawsze udzielanych, wraz z dokładnym wyjaśnieniem treści sakramentu, aby dać tej osobie aż do ostatniej chwili narzędzia umożliwiające jego wybór i pragnienie. Kościół bowiem uważnie sprawdza dostateczne znaki nawrócenia, aby wierni mogli właściwie prosić o przyjęcie sakramentów. Należy pamiętać, że przesunięcie rozgrzeszenia jest również aktem leczniczym Kościoła, mającym na celu nie potępienie grzesznika, ale poruszenie go i towarzyszenie mu w kierunku nawrócenia.

Tak więc, nawet jeśli dana osoba nie znajduje się w obiektywnych warunkach do przyjęcia sakramentów, potrzebna jest bliskość, która zawsze zaprasza do nawrócenia.

Zwłaszcza jeśli eutanazja, o którą poproszono lub którą zaakceptowano, nie będzie dokonana w najbliższym czasie. Zaistnieje wtedy możliwość towarzyszenia dla ożywienia nadziei i zmiany błędnego wyboru, tak aby choremu został otwarty dostęp do sakramentów.

Jednak ze strony tych, którzy pomagają duchowo tym chorym, nie jest dopuszczalny żaden zewnętrzny gest, który można by zinterpretować jako aprobatę dla działania eutanatycznego, jak na przykład pozostawanie obecnymi w momencie jego realizacji. Obecność tę można interpretować jedynie jako współudział. Zasada ta dotyczy w szczególności, ale nie tylko, kapelanów placówek służby zdrowia, gdzie można przeprowadzać eutanazję, którym to kapelanom nie wolno wywoływać zgorszenia, przez okazywanie się w jakikolwiek sposób współnikami unicestwienia życia ludzkiego.

12. Reforma systemu edukacji i szkolenia pracowników służby zdrowia

W dzisiejszym kontekście społecznym i kulturowym, tak pełnym wyzwań związanych z ochroną życia ludzkiego w najbardziej krytycznych fazach egzystencji, rola edukacji jest niezbywalna. Rodzina, szkoła, inne placówki oświatowe i wspólnoty parafialne muszą wytrwale pracować nad rozbudzeniem i udoskonaleniem owej wrażliwości na bliźniego i na jego cierpienie, której symbolem stała się postać ewangelicznego Samarytanina^[94].

Od kapelanów szpitalnych wymaga się poszerzenia formacji duchowej i moralnej pracowników służby zdrowia, w tym lekarzy i personelu pielęgniarskiego, a także szpitalnych grup wolontariuszy, aby wiedzieli, jak zapewnić pomoc ludzką i psychologiczną konieczną w końcowych fazach życia. Opieka psychologiczna i duchowa nad chorym przez cały czas trwania choroby musi być priorytetem dla pracowników duszpasterskich i służby zdrowia, troszczących się o umieszczenie w centrum pacjenta i jego rodziny.

Opieka paliatywna powinna być rozpowszechniana na świecie i konieczne jest przygotowanie w tym celu kursów dyplomowych dla specjalistycznego szkolenia pracowników służby zdrowia. Priorytetem jest także upowszechnianie prawidłowych i całościowych informacji o skuteczności autentycznej opieki paliatywnej, polegającej na godnym towarzyszeniu osobie aż do naturalnej śmierci. Instytucje opieki zdrowotnej inspirowane chrześcijaństwem powinny przygotować wytyczne dla swoich pracowników służby zdrowia, które uwzględniałyby odpowiednią pomoc psychologiczną, moralną i duchową jako zasadniczy element opieki paliatywnej.

Pomoc ludzka i duchowa powinna stać się częścią akademickich kursów szkoleniowych wszystkich pracowników służby zdrowia oraz w ramach praktyk szpitalnych.

Ponadto placówki zdrowotne i opiekuńcze powinny przygotować *modele pomocy* psychologicznej i duchowej pracownikom służby zdrowia, którzy opiekują się chorymi w ostatnich fazach życia ludzkiego. *Opieka nad tymi, którzy świadczą opiekę*, jest istotna dla zapobieżenia temu, żeby na operatorów i lekarzy spadał cały ciężar (*burn out*) cierpienia i śmierci pacjentów nieuleczalnie chorych. Potrzebują oni odpowiedniego wsparcia, chwil rozmowy i słuchania, aby móc uporać się nie tylko z wartościami i emocjami, ale także z poczuciem strachu, cierpienia i śmierci w kontekście ich służby życiu. Muszą móc dostrzec głęboki sens nadziei oraz świadomość, że ich misja jest

prawdziwym powołaniem wspierania i towarzyszenia tajemnicy życia i łaski w bolesnych i końcowych okresach życia[95].

Zakończenie

Tajemnica Odkupienia człowieka jest zaskakująco zakorzeniona w pełnym miłości zaangażowaniu Boga w ludzkie cierpienie. To dlatego możemy zaufać Bogu i przekazać tę pewność w wierze człowiekowi cierpiącemu i przerażonemu bólem i śmiercią.

Świadectwo chrześcijańskie pokazuje, że nadzieja jest zawsze możliwa, nawet w kulturze odrzucenia. „Wymowa przypowieści o miłosiernym Samarytaninie, jak też i całej Ewangelii, jest w szczególności ta, że człowiek musi się poczuć *powołany niejako w pierwszej osobie* do świadczenia miłości w cierpieniu”[96].

Kościół uczy się od Miłosiernego Samarytanina troski o chorego w stanie terminalnym i w ten sposób przestrzega przykazania związanego z darem życia: „*szanuj, broń, miłuj życie i służ życiu – każdemu życiu ludzkiemu!*”[97]. Ewangelia życia jest ewangelią współczucia i miłosierdzia skierowaną do konkretnego, słabego i grzesznego człowieka, aby go podnieść, zachować w życiu łaski oraz, jeśli to możliwe, wyleczyć go z wszelkich możliwych ran.

Jednak dzielenie bólu nie wystarczy, trzeba zanurzyć się w owocach Misterium Paschalnego Chrystusa, by zwyciężyć grzech i zło, posiadając wolę, „aby ulżyć drugiemu w bóle czy nieszczęściu tak, jakby chodziło o własne nieszczęście”[98]. Największa nędza polega jednak na braku nadziei wobec śmierci. Taka jest nadzieja głoszona przez świadectwo chrześcijańskie, które, aby było skuteczne, musi być przeżywane w wierze, angażując wszystkich: członków rodziny, pielęgniarki i pielęgniarzy, lekarzy oraz duszpasterstwo diecezji i katolickich ośrodków szpitalnych, powołanych do wiernego przeżywania *obowiązku towarzyszenia* chorym na wszystkich etapach choroby, a zwłaszcza w krytycznych i końcowych fazach życia, zgodnie z tym, co stwierdzono w niniejszym dokumencie.

Miłosierny Samarytanin, który umieszcza oblicze brata znajdującego się w trudnej sytuacji w centrum swojego serca, wie, jak dostrzec jego potrzebę, oferuje mu wszystko dobro potrzebne, by go podnieść z rany rozpacz i otwiera w jego sercu świetliste szczeliny nadziei.

To „pragnienie dobra” przez Samarytanina, który czyni się bliźnim zranionego człowieka nie słowem ani językiem, ale czynem i prawdą (por. *1 J 3, 18*), przybiera formę troski, według przykładu Chrystusa, który przeszedł, dobrze czyniąc i uzdrawiając wszystkich (por. *Dz 10, 38*).

Uzdrowieni przez Jezusa, stajemy się mężczyznami i kobietami wezwanymi do głoszenia Jego uzdrawiającej mocy, do miłowania bliźniego i troszczenia się o niego, tak jak On nam dał tego świadectwo.

To powołanie do miłości i troski o drugiego[99], które niesie ze sobą zyski na wieczność, zostało wyrażone przez Pana życia w tej parafrazie Sądu Ostatecznego: Weźcie w posiadanie królestwo, ponieważ byłem chory i odwiedziliście Mnie. Kiedy, Panie? Za

każdym razem, gdy uczyniliście to jednemu z waszych braci najmniejszych, waszemu cierpiącemu bratu, Mnieście to uczynili (por. *Mt 25, 31-46*).

W czasie audiencji udzielonej w dniu 25 czerwca 2020 roku niżej podpisanemu Kardynałowi Prefektowi, Ojciec Święty Franciszek zatwierdził niniejszy list, przyjęty podczas Sesji Zwyczajnej w tej Kongregacji w dniu 29 stycznia 2020 roku, i polecił go opublikować.

Rzym, w siedzibie Kongregacji Nauki Wiary, 14 lipca 2020 roku, w liturgiczne wspomnienie św. Kamila de Lellis.

Luis F. Kard.Ladaria, S.I.
Prefekt

+ Giacomo Morandi.
*Arcybiskup tytularny Cerveteri
Sekretarz*

[1] Messale Romano *rimformato a norma dei decreti del Concilio Ecumenico Vaticano II, promulgato da papa Paolo VI e riveduto da papa Giovanni Paolo II*, Conferenza Episcopale Italiana – Fondazione di Religione Santi Francesco di Assisi e Caterina da Siena, Roma 2020, Prefazio comune VIII, s. 404.

[2] Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Księgarnia św. Jacka, Katowice 2017, nr 6.

[3] Por. Benedykt XVI, Enc. *Spe salvi* (30 listopada 2007), nr 22: AAS 99 (2007), s. 1004: „Jeśli wraz z postępowaniem technicznym nie dokonuje się postęp w formacji etycznej człowieka, we wzrastaniu człowieka wewnętrznego (por. *Rz 7, 22; 2 Kor 4, 16*), wówczas nie jest on postępowaniem, ale zagrożeniem dla człowieka i dla świata.”

[4] Por. Franciszek, *Przemówienie do Włoskiego Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Białaczkami, Chłoniakami i Szpiczakami (wł. AIL)* (2 marca 2019): *L'Osservatore Romano*, 3 marca 2019, s. 7.

[5] Franciszek, Adhort. apost. *Amoris laetitia* (19 marca 2016), nr 3: AAS 108 (2016), s. 312.

[6] Por. Sobór Watykański II, Konst. duszp. *Gaudium et spes* (7 grudnia 1965), nr 10: AAS 58 (1966), s. 1032-1033.

[7] Por. Jan Paweł II, List apost. *Salvifici doloris* (11 lutego 1984), nr 4: AAS 76 (1984), s. 203.

[8] Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 144.

[9] Franciszek, *Orędzie na XLVIII Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu* (24 stycznia 2014): AAS 106 (2014), s. 114.

[10] Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 87: AAS 87 (1995), s. 500.

[11] Por. Jan Paweł II, Enc. *Centesimus annus* (1 maja 1991), nr 37: AAS 83 (1991), s. 840.

[12] Jan Paweł II, Enc. *Veritatis splendor* (6 sierpnia 1993), nr 50: AAS 85 (1993), s. 1173.

[13] Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu „Zabiegi podtrzymujące życie i stan wegetatywny. Rozwój naukowy i dylematy etyczne”* (20 marca 2004), nr 7: AAS 96 (2004), s. 489.

[14] Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Placuit Deo* (22 lutego 2018), nr 6: AAS 110 (2018), s. 430.

[15] Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 9.

[16] Por. Paweł VI, *Przemówienie podczas ostatniej publicznej sesji soborowej* (7 grudnia 1965): AAS 58 (1966), s. 55-56.

[17] Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, n. 9.

[18] Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Placuit Deo* (22 lutego 2018), nr 12: AAS 110 (2018), s. 433-434.

[19] Franciszek, *Przemówienie do uczestników Zgromadzenia Plenarnego Kongregacji Nauki Wiary* (30 stycznia 2020): *L'Osservatore Romano*, 31 stycznia 2020, nr 7.

[20] Por. Benedykt XVI, Enc. *Deus caritas est* (25 grudnia 2005), nr 31: AAS 98 (2006), s. 245.

[21] Por. Benedykt XVI, Enc. *Caritas in veritate* (29 czerwca 2009), nr 76: AAS 101 (2009), s. 707.

[22] Por. Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 49: AAS 87 (1995), s. 455: „najprawdziwszy i najgłębszy sens życia: jest nim *dar, który się spełnia w dawaniu siebie*”.

[23] Sobór Watykański II, Konst. dogm. *Dei Verbum* (8 listopada 1965), nr 2: AAS 58 (1966), s. 818.

[24] Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 34: AAS 87 (1995), s. 438.

[25] Por. *Wspólna Deklaracja monoteistycznych religii abrahamicznych o kwestiach związanych z końcem życia*, Città del Vaticano, 28 października 2019: „Sprzeciwiamy się wszelkim formom eutanazji – będącej świadomym i celowym bezpośrednim aktem odebrania życia – a także samobójstwu wspomaganemu medycznie, które jest bezpośrednim, celowym i zamierzonym wsparciem w popełnieniu samobójstwa – ponieważ są one działaniami całkowicie sprzecznymi z wartością życia ludzkiego, a zatem są czynami błędnymi zarówno z moralnego, jak i religijnego punktu widzenia, i powinny być bez wyjątku zabronione”.

[26] Por. Franciszek, *Przemówienie podczas Kongresu Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich w 70-tą rocznicę jego powstania* (15 listopada 2014): AAS 106 (2014), s. 976.

[27] Por. Papiaska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 1; Kongregacja Nauki Wiary, Instr. *Dignitas personae* (8 września 2008), nr 8: AAS 100 (2008), s. 863.

[28] Franciszek, Enc. *Laudato si'* (24 maja 2015), nr 65: AAS 107 (2015), s. 873.

[29] Sobór Watykański II, Konst. duszp. *Gaudium et spes* (7 grudnia 1965), nr 27: AAS 58 (1966), s. 1047-1048.

[30] Franciszek, *Przemówienie podczas Kongresu Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich w 70-tą rocznicę jego powstania* (15 listopada 2014): AAS 106 (2014), s. 976.

[31] Por. Franciszek, *Przemówienie do Narodowej Federacji Izb Lekarzy Chirurgów i Stomatologów* (20 września 2019): *L'Osservatore Romano*, 21 września 2019, s. 8: „Chodzi o pospieszne czyny w obliczu decyzji, które nie są, jak mogłoby się wydawać, wyrazem wolności człowieka, gdy biorą pod uwagę odrzucenie chorego lub fałszywe współczucie w obliczu jego prośby o pomoc w przyspieszeniu śmierci”.

[32] Kongregacja Nauki Wiary, List *Placuit Deo* (22 lutego 2018), nr 3: AAS 110 (2018), s. 428-429; por. Franciszek, Enc. *Laudato si'* (24 maja 2015), nr 162: AAS 107 (2015), s. 912.

[33] Por. Benedykt XVI, Enc. *Caritas in veritate* (29 czerwca 2009), nr 53: AAS 101 (2009), s. 688: „Jedną z form najgłębszego ubóstwa, jakiego człowiek może doświadczyć, jest samotność. W gruncie rzeczy także inne rodzaje ubóstwa, łącznie z materialnymi, rodzą się z izolacji, z tego, że nie jest się kochanym albo z trudności kochania”.

[34] Por. Franciszek, Adhort. apost. *Evangelii gaudium* (24 listopada 2013), nr 53: AAS 105 (2013), s. 1042; zob. także: Tenże, *Przemówienie do delegacji Instytutu „Dignitatis Humanae”* (7 grudnia 2013): AAS 106 (2014) s. 14-15; Tenże: *Przemówienie podczas spotkania z ludźmi starszymi* (28 września 2014): AAS 106 (2014) s. 759-760.

[35] Por. Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 12: AAS 87 (1995), s. 414.

[36] Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), II: AAS 72 (1980), s. 546.

[37] Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 65: AAS 87 (1995), s. 475; por. Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), II: AAS 72 (1980), s. 546.

[38] Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 65: AAS 87 (1995), s. 477. Jest to definitywnie przedłożona doktryna, w której Kościół odwołuje się do swej nieomylności: por. Kongregacja Nauki Wiary, *Wyjaśnienie doktrynalne dotyczące końcowej części formuły „Wyznania wiary”* (29 czerwca 1998), nr 11: AAS 90 (1998), s. 550.

[39] Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), II: AAS 72 (1980), s. 546.

[40] Por. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2286.

[41] Por. *op. cit.*, nr 1735 i 2282.

[42] Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), II: AAS 72 (1980), s. 546.

[43] Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 169.

[44] Por. *op. cit.*, nr 170.

[45] Por. Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 72: AAS 87 (1995), s. 484-485.

[46] Franciszek, *Przemówienie do uczestników Zgromadzenia Plenarnego Kongregacji Nauki Wiary* (30 stycznia 2020): *L'Osservatore Romano*, 31 stycznia 2020, s. 7.

[47] Jan Paweł II, Enc. *Veritatis splendor* (6 sierpnia 1993), nr 15: AAS 85 (1993), s. 1145.

[48] Por. Benedykt XVI, Enc. *Spe salvi* (30 listopada 2007), nr 36-37: AAS 99 (2007), s. 1014-1016.

[49] Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), II: AAS 72 (1980), s. 546.

[50] Jan Paweł II, List apost. *Salvifici doloris* (11 lutego 1984), nr 5: AAS 76 (1984), s. 204.

[51] Por. Benedykt XVI, Enc. *Spe salvi* (30 listopada 2007), nr 38: AAS 99 (2007), s. 1016.

[52] Por. Jan Paweł II, List apost. *Salvifici doloris* (11 lutego 1984), nr 29: AAS 76 (1984), s. 244: „Nie może człowiek: »bliźni« wobec niego [cierpienia] przechodzić obojętnie. W imię najbardziej nawet podstawowej ludzkiej solidarności, tym bardziej w imię miłości bliźniego musi się »zatrzymać«, »wzruszyć«, postępując tak, jak ów Samarytanin z ewangelicznej przypowieści. Przypowieść sama w sobie wyraża *prawdę głęboko chrześcijańską*, ale zarazem także bardzo ogólnoludzką”.

[53] Por. Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), IV: AAS 72 (1980), s. 549-551.

[54] Por. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2278; Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1995, nr 119; Jan Paweł II, Enc. *Evangeliium vitae* (25 marca 1995), nr 65: AAS 87 (1995), s. 475; Franciszek, *Orędzie do uczestników Regionalnego Spotkania Europejskiego World Medical Association* (7 listopada 2017): „A jeśli wiemy, że nie zawsze możemy zagwarantować wyleczenia choroby, to możemy i musimy zawsze troszczyć się o żyjącego człowieka: nie skracając sami jego życia, ale też i nie walcząc niepotrzebnie z jego śmiercią”; Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 149.

[55] Por. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2278; Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), IV: AAS 72 (1980), s. 550-551; Jan Paweł II, Enc. *Evangeliium vitae* (25 marca 1995), nr 65: AAS 87 (1995), s. 475; Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 150.

[56] Jan Paweł II, Enc. *Evangeliium vitae* (25 marca 1995), nr 65: AAS 87 (1995), s. 476.

[57] Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 150.

[58] Por. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników spotkania roboczego na temat odpowiedzialnej prokreacji* (5 czerwca 1987), nr 1: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, X/2 (1987), s. 1962: „Mówienie o »konflikcie wartości lub dóbr« i wynikającej z tego konieczności dokonania ich swoistego »zbilansowania«, przez dokonanie wyboru jednego i odrzucenia drugiego, nie jest moralnie poprawne”.

[59] Por. Jan Paweł II, *Przemówienie do Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich* (28 grudnia 1978): *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, I (1978), s. 438.

[60] Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 150.

[61] Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania Konferencji Episkopatu Stanów Zjednoczonych dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania* (1 sierpnia 2007): AAS 99 (2007), s. 820.

[62] Por. *tamże*.

[63] Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 152: „*Odżywianie i nawadnianie*, także aplikowane w sposób sztuczny, należą do podstawowej opieki należytej umierającemu, dopóki nie okazałyby się zbyt uciążliwe lub nie przynoszące żadnej korzyści. Nieuzasadnione ich wstrzymanie może mieć znaczenie prawdziwego i w ścisłym tego słowa znaczeniu działania eutanatycznego: »Odżywianie i nawadnianie, także metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymania życia. Jest ono więc obowiązkowe w takiej mierze i przez taki czas, przez jaki osiągają właściwą im celowość, która polega na zapewnieniu nawodnienia i odżywiania pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniom i śmierci, które byłyby spowodowane wycieńczeniem i odwodnieniem«”.

[64] Franciszek, *Przemówienie do Zgromadzenia Plenarnego Papieskiej Akademii Życia* (5 marca 2015): *AAS* 107 (2015), s. 274, w odniesieniu do: Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 65: *AAS* 87 (1995), s. 476. Por. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2279.

[65] Por. Franciszek, *Przemówienie do Zgromadzenia Plenarnego Papieskiej Akademii Życia* (5 marca 2015): *AAS* 107 (2015), s. 275.

[66] Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 147.

[67] Por. Jan Paweł II, List apost. *Salvifici doloris* (11 lutego 1984), nr 2: *AAS* 76 (1984), s. 202: „Cierpienie zdaje się przynależać do transcendencji człowieka: jest jednym z tych punktów, w których człowiek zostaje niejako »skazany« na to, ażeby przerastał samego siebie – i zostaje do tego w tajemniczy sposób wezwany”.

[68] Benedykt XVI, Enc. *Spe salvi* (30 listopada 2007), nr 38: *AAS* 99 (2007), s. 1016.

[69] Por. Franciszek, Adhort. apost. *Amoris laetitia* (19 marca 2016), nr 48: *AAS* 108 (2016), s. 330.

[70] C. Saunders, *Watch with Me. Inspiration for a life in hospice*, Observatory Publications, Lancaster 2005, s. 29.

[71] Franciszek, *Przemówienie do uczestników Zgromadzenia Plenarnego Kongregacji Nauki Wiary* (30 stycznia 2020): *L'Osservatore Romano*, 31 stycznia 2020, s. 7.

[72] Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 148.

[73] Por. Pius XII, *Allocutio. Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie* (24 lutego 1957): *AAS* 49 (1957), s. 134-136; Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), III: *AAS* 72 (1980), s. 547; Jan Paweł II, List apost. *Salvifici doloris* (11 lutego 1984), nr 19: *AAS* 76 (1984), s. 226.

[74] Por. Pius XII, *Allocutio. Iis qui interfuerunt Conventui internationali. Romae habito, a »Collegio Internationali Neuro-Psycho-Pharmacologico« indicto* (9 września 1958): *AAS* 50 (1958), s. 694; Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), III: *AAS* 72 (1980), 548; *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2779; Papieska Rada

ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 155: „Z użyciem środków znieczulających i narkotycznych wiąże się także ewentualność pozbawienia umierającego świadomości. Takie działanie wymaga szczególnego potraktowania. W przypadku bólu nie do zniesienia, opornego na zwyczajne terapie uśmierzające, w chwili zbliżającej się śmierci lub w uzasadnionym przewidywaniu wystąpienia głębokiego kryzysu w chwili śmierci, poważne wskazanie kliniczne, przy zgodzie chorego, może pociągać za sobą zastosowanie środków pozbawiających świadomości. Taka głęboka sedacja paliatywna w fazie terminalnej, klinicznie uzasadniona, może być uznana za akceptowalną moralnie pod warunkiem wyrażenia zgody przez chorego, odpowiedniego poinformowania rodziny, wykluczenia jakiegokolwiek intencji eutanatycznej i dania choremu możliwości zadośćuczynienia jego obowiązkom moralnym, rodzinnym i religijnym: »w obliczu zbliżającej się śmierci ludzie powinni być w stanie wypełnić swoje obowiązki moralne i rodzinne, zwłaszcza zaś powinni mieć możliwość w pełni świadomego przygotowania się na ostateczne spotkanie z Bogiem«. Dlatego »nie należy pozbawiać konającego świadomości siebie bez poważnych przyczyn«”.

[75] Por. Pius XII, *Allocutio. Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie* (24 lutego 1957): AAS 49 (1957), s. 145; Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), III: AAS 72 (1980), s. 548; Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 65: AAS 87 (1995), s. 476.

[76] Por. Franciszek, *Przemówienie do uczestników Kongresu Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich w 70-tą rocznicę jego powstania* (15 listopada 2014): AAS 106 (2014), s. 978.

[77] Por. Pius XII, *Allocutio. Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie* (24 lutego 1957): AAS 49 (1957), s. 146; Tenże, *Allocutio. Iis qui interfuerunt Conventui internationali. Romae habito, a »Collegio Internationali Neuro-Psycho-Pharmacologico« indicto* (9 września 1958): AAS 50 (1958), s. 695; Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), III: AAS 72 (1980), s. 548; *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2279; Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 65: AAS 87 (1995), s. 476; Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 154.

[78] Por. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu „Zabiegi podtrzymujące życie i stan wegetatywny. Postęp naukowy i dylematy etyczne”* (20 marca 2004), nr 3: AAS 96 (2004), s. 487: „Człowiek, nawet ciężko chory lub mający trudności w wykonywaniu swoich najwyższych funkcji, jest i zawsze będzie człowiekiem, nigdy nie stanie się »rośliną« ani »zwierzęciem«”.

[79] Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 151.

[80] *Tamże*; por. Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 74: AAS 87 (1995), s. 487.

[81] Por. Franciszek, *Przemówienie do uczestników Kongresu Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich w 70-tą rocznicę jego powstania* (15 listopada 2014): AAS 106 (2014), s. 977.

[82] Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 73: AAS 87 (1995), s. 486.

[83] Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej Akademii Życia „Posługa przy nieuleczalnie chorym i umierającym: zasady etyczno-praktyczne”* (25 lutego 2008): AAS 100 (2008), s. 171.

[84] Franciszek, *Audiencia generalna* (10 czerwca 2015): *L'Osservatore Romano*, 11 czerwca 2015, s. 8.

[85] *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 1420.

[86] Por. *Rituale Romanum ex decreto Sacrosancti Oecumenici Concilli Vaticani II instauratum auctoritate Pauli PP. VI promulgatum, Ordo unctionis infirmorum eorumque pastoralis curae, Editio typica, Praenotanda*, Typis Polyglottis Vaticanis, Civitate Vaticana 1971, nr 26; *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 1524.

[87] Por. Franciszek, Enc. *Laudato si'* (24 maja 2015), nr 235: AAS 107 (2015), s. 939.

[88] Por. Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 67: AAS 87 (1995), s. 478-479.

[89] Sobór Trydencki, Sess. XIV, *De sacramento penitentiae*, cap. 4: DH 1676.

[90] Por. *CIC*, can. 987.

[91] Por. *CIC*, can. 1007: „Nie wolno udzielać namaszczenia chorych tym, którzy uparcie trwają w jawnym grzechu ciężkim”.

[92] Por. *CIC*, can. 915 i can. 843 § 1.

[93] Por. Kongregacja Nauki Wiary, Dekl. *Iura et bona* (5 maja 1980), II: AAS 72 (1980), s. 546.

[94] Por. Jan Paweł II, List apost. *Salvifici doloris* (11 lutego 1984), nr 29: AAS 76 (1984), s. 244-246.

[95] Por. Franciszek, *Przemówienie do przewodniczących izb lekarskich Hiszpanii i Ameryki Łacińskiej* (9 czerwca 2016): AAS 108 (2016), s. 727-728. „Kruchość, ból i choroba są trudną próbą dla każdego, nawet dla personelu medycznego, są wezwaniem do cierpliwości, do współ-cierpienia; dlatego nie można ulec funkcjonalistycznej pokusie stosowania szybkich i drastycznych rozwiązań, kierując się fałszywym współczuciem lub zaledwie kryteriami wydajności i oszczędności ekonomicznych. Stawką jest godność życia ludzkiego; stawką jest godność powołania lekarza”.

[96] Jan Paweł II, List apost. *Salvifici doloris* (11 lutego 1984), nr 29: AAS 76 (1984), s. 246.

[97] Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* (25 marca 1995), nr 5: AAS 87 (1995), s. 407.

[98] Tomasz z Akwinu, *Summa Theologiae*, I, q. 21, a. 3.

[99] Por. Benedykt XVI, Enc. *Spe salvi* (30 listopada 2007), nr 39: AAS 99 (2007), s. 1016: „Cierpieć z innymi, dla innych; cierpieć z powodu pragnienia prawdy i sprawiedliwości; cierpieć z powodu stawania się osobą, która naprawdę kocha – oto elementy fundamentalne człowieczeństwa, których porzucenie zniszczyłoby samego człowieka”.
