

Paweł Sułko, *Odżywianie i nawadnianie terminalnie chorych a uporczywa terapia w Magisterium Kościoła*, [w:] *Człowiek w relacji do... Rozważania o człowieku jako istocie relacyjnej*, red. Grzegorz Wąchoł, Kraków 2020, s. 287–302.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15633/9788374388740.17>

KS. MGR LIC. LEK. PAWEŁ SUŁKO
SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Odżywianie i nawadnianie terminalnie chorych a uporczywa terapia w Magisterium Kościoła

Praca szpitalna uświadamia wagę stosowania odpowiedniego leczenia żywieniowego. O ile jego zaordynowanie u chorych leczonych przewlekle w stanie ogólnym dobrym nie sprawia większego problemu (zalecenie odpowiedniej diety np. redukcyjnej, cukrzycowej, ubogopurynowej, niskotłuszczowej), o tyle problematyczne staje się jego stosowanie w stanie terminalnym. Nie chodzi tu jedynie o wybór drogi żywienia (żywienie enteralne lub parenteralne), ale przede wszystkim o moment, w którym leczenie żywieniowe staje się uporczywą terapią. W stanie terminalnym z reguły chory nie jest w stanie wyrazić swojej woli, dlatego też w niniejszej pracy będę szukał w nauce Magisterium Kościoła wskazówek dla lekarza, które w określonym momencie procesu leczenia pozwolą odstąpić od procedur żywieniowych nieprzynoszących korzyści leczonemu, tj. pozwolą odstąpić od uporczywej terapii.

1. Reguły podejmowania decyzji o odstąpieniu od uporczywej terapii

Jednym z najważniejszych dokumentów Magisterium Kościoła, który porusza problem uporczywej terapii, jest *Katechizm Kościoła katolickiego*. Definiuje on uporczywą terapię jako

[...] zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów [...]. Decyzje [o rezygnacji z uporczywej terapii – P. S.] powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznym interesów pacjenta¹.

Jednocześnie *Katechizm* stwierdza, że

Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerwane. Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za skrócenie jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeśli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przeżywana i tolerowana jako nieunikniona².

Lekarz, który decyduje o wyborze konkretnych procedur medycznych związanych z odżywianiem i nawadnianiem terminalnie chorego, jest tutaj postawiony w dwojakiej roli. Po pierwsze – co zaskakuje – staje się przedstawicielem społeczeństwa, którego zadaniem jest ochrona dobra wspólnego, czyli w tym przypadku zdrowia całej populacji, a nie jedynie troska o terminalnie chorego. Implikacją takiej roli jest racjonalizacja kosztów ponoszonych w wyniku zastosowania konkretnych procedur odżywiania. Wydaje

1 *Katechizm Kościoła katolickiego*, 2278.

2 *Katechizm Kościoła katolickiego*, 2279.

się, że taką ekonomiczną kalkulację decyzji terapeutycznych można określić społecznym wymiarem postępowania medycznego. Drugą rolą lekarza według *Katechizmu* jest rola specjalisty medycyny, dzięki czemu możliwa jest obiektywna ocena stanu chorego oraz jego rokowanie. To praktyczne zastosowanie wiedzy i praktyki lekarskiej można nazwać medycznym aspektem w procesie odstępowania od uporczywej terapii. Dzięki niemu lekarz – specjalista – potrafi określić, które procedury „przystały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać”³. Wynika z tego, że lekarz potrafi zastosować zasadę proporcjonalności, tj. ocenić spodziewaną zmianę stanu pacjenta w stosunku do dodatkowego bólu i cierpienia zaistniałego w wyniku zastosowanej procedury, a także ewentualnego wymiaru ekonomicznego. W jego kompetencjach leży także posługiwanie się zasadą podwójnego skutku, tj. oceny ryzyka, jakie terminalnie chory poniesie w przypadku rezygnacji z konkretnej procedury lub jej eskalacji⁴.

Przytoczone stwierdzenia katechizmowe pozwalają lekarzowi praktykowi na zadanie kolejnych pytań. Pierwsze z nich wynika z praktycznego zastosowania zasady podwójnego skutku w stosunku do wykorzystania środków analgetycznych. Katechizm stwierdza, że ich „stosowanie [...], by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jest jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona”⁵.

3 Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 65.

4 Trzeba mieć świadomość, że na postępowanie lekarza, o czym nie wspomina *Katechizm Kościoła katolickiego*, będą miały wpływ także inne czynniki, do których na pewno należą jego światopogląd wraz z hierarchią wartości oraz życie duchowe. Będzie to osobowy i duchowy aspekt oceny lekarza.

5 *Katechizm Kościoła katolickiego*, 2279; zob. także: Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja „Iura et bona”*. *O eutanazji*, 3; Papieska Rada ds. Dusz-

Zasada podwójnego skutku pozwala na wykonanie procedur, które obok zamierzonego dobrego celu moralnie dopuszczalnego mogą także wywołać niepożądany skutek uboczny moralnie niedopuszczalny, jakim będzie śmierć chorego. Jeżeli więc Urząd Nauczycielski Kościoła dopuszcza do zaistnienia takiej sytuacji, pojawia się pytanie: czy rezygnacja z nawadniania i odżywiania terminalnie chorego w celu uniknięcia dodatkowego cierpienia związanego z zastosowanym sposobem suplementacji, zgodnie z zasadą podwójnego skutku, może być moralnie dopuszczalna? A jeżeli byłaby moralnie dopuszczalna, czy można zrezygnować z każdej formy nawadniania i odżywiania czy tylko z pewnych jej rodzajów?

2. Kryteria weryfikacji środków zwyczajnych i proporcjonalnych

Katechizm stwierdza, iż „Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerwane”⁶. Podobne stwierdzenia można znaleźć w wydanych przez Kongregację Nauki Wiary *Odpowiedziach na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*: „Odżywianie i nawadnianie, także metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymania życia”⁷. Przyjmuje się, że nawodnienie i odżywienie są właśnie takimi procedurami, które winny być stosowane wobec każdej chorej osoby, nawet gdy znajduje się ona w stanie terminalnym.

pasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa karta pracowników służby zdrowia*, 153–155.

6 *Katechizm Kościoła katolickiego*, 2279.

7 Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, 99.

Jeśli jednak *Katechizm* stwierdza, że „zwykle [...] nie mogą być w sposób uprawniony przerwane”, pojawia się pytanie, w których sytuacjach te „zwykle przysługujące zabiegi” stają się już nie zwykłymi zabiegami, ale uporczywą terapią.

Pewną odpowiedź daje *Nowa karta pracowników służby zdrowia* oraz wspomniany dokument Kongregacji Nauki Wiary *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*. Karta stwierdza, iż „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”⁸, a Kongregacja dodaje, że procedury te są „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”⁹. Ocena spodziewanych korzyści, czyli poprawy stanu zdrowia w stosunku do uciążliwości stosowanych procedur, wymaga praktycznego zastosowania zasady proporcjonalności. Pomocne w tym mogą być kryteria weryfikujące zawarte w *Deklaracji „Iura et bona”*. *O eutanazji* Kongregacji Nauki Wiary, która stwierdza, iż „Właściwa ocena środków może być dokonana wtedy, gdy rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z nią niebezpieczeństw, konieczne dawki oraz możliwości zastosowania zestawimy ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając właściwy stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne”¹⁰.

8 Papieška Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa karta pracowników służby zdrowia*, 152.

9 Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, 99.

10 Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja „Iura et bona”*. *O eutanazji*, 4; zob. także: Jan Paweł II, *Przemówienie do dwóch grup roboczych powołanych przez Papiešką Akademię Nauk*, 5.

W przytoczonej liście widać różnorodność kryteriów. Część z nich, do których należy zaliczyć naturę proponowanych zabiegów, ich koszt oraz pewne względy sprawiedliwości przy ich ordynowaniu, ma charakter obiektywny. Inne, a zwłaszcza własne odczucia pacjenta, to kryteria subiektywne¹¹. Jest to jednak podział względny i nie w każdym przypadku dany środek musi być zaliczony do tej samej grupy. Ważne jest, aby przy podejmowaniu ostatecznej decyzji było uwzględnione przede wszystkim dobro konkretnego pacjenta. Stąd jakkolwiek podział kryteriów musi odbywać się przy uwzględnieniu konkretnego przypadku¹².

Trudności w podziale kryterium weryfikacji spowodowały, że w deklaracji *Iura et bona* zostały zaprezentowane sytuacje, które mogą pomóc lekarzowi w podjęciu decyzji o zakwalifikowaniu danej procedury jako środka proporcjonalnego lub nieproporcjonalnego. Pierwsza z nich zakłada heroiczną postawę pacjenta, który zgadza się być uczestnikiem eksperymentu medycznego¹³. W imię miłości bliźniego oraz za zgodą terminalnie chorego można wówczas „zastosować środki dostarczane przez najnowsze odkrycia medyczne, chociaż nie zostały jeszcze sprawdzone w doświadczeniach i wiązałyby się z pewnym niebezpieczeństwem”¹⁴. Brak poprawy stanu chorego pomimo ich zastosowania zezwala na przerwanie

11 „Inne mają charakter subiektywny, jak konieczność uniknięcia u konkretnego pacjenta szoku psychicznego, sytuacji udręki, niewygód itp.”. Jednocześnie zaznacza, iż „Wśród wszystkich kryteriów należy przywiązać szczególną wagę do jakości życia uratowanego lub podtrzymywanego dzięki zastosowanej terapii”. Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*, 2.4.2–3.

12 Por. Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*, 2.4.2.

13 Zob. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Norwa karta pracowników służby zdrowia*, 99–108.

14 Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja „Iura et bona”. O eutanazji*, 4.

ich stosowania. Podobnie można postąpić w kolejnej sytuacji, gdy stosowanie środków powszechnie stosowanych niesie ze sobą pewne niebezpieczeństwo dla terminalnie chorego albo ich wpływ na pacjenta staje się zbyt uciążliwy dla rodziny lub społeczeństwa. W każdej innej sytuacji „Zawsze wolno uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane”. Jednakże można zrezygnować z ich stosowania, „gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć [...], [a leczenie – P. S.] może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużanie życia”. Nigdy jednak nie można zrezygnować „ze zwyczajnej opieki, jaka w podobnych wypadkach należy się choremu”¹⁵.

3. Odżywianie i nawadnianie terminalnie chorych uporczywą terapią

Pewne uzupełnienie przytoczonych wcześniej zapisów można znaleźć w *Niektórych kwestiach etycznych odnoszących się do ciężko chorych i umierających* Papieskiej Rady Cor Unum. Dokument ten wymienia minimalne środki obowiązkowe, „które normalnie i w warunkach zwyczajnych są przeznaczone do zachowania życia (odżywianie, transfuzja krwi, zastrzyki itp.)”. Lekarz ma „ściśle obowiązek kontynuowania, za każdą cenę” tychże środków, a „przerwanie ich stosowania, w praktyce, oznaczałoby chęć położenia kresu życia pacjenta”¹⁶.

Mogłoby się wydawać, że zaliczenie odżywiania przez Papieską Radę Cor Unum do minimalnych środków obowiązkowych stoi w opozycji do wcześniej przytoczonego zapisu z *Nowej karty*

15 Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja „Iura et bona”*. *O eutanazji*, 4.

16 Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*, 2.4.4.

pracowników służby zdrowia stwierdzającego, że „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”¹⁷. Wyjaśnienia tej pozornej sprzeczności udziela Kongregacja Nauki Wiary w *Komentarzu do „Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania”*¹⁸. Kongregacja przede wszystkim podkreśla, że „podawanie pokarmu i wody jest zasadniczo moralnym obowiązkiem”, ale jednocześnie wymienia trzy ogólne sytuacje¹⁹, w których można zrezygnować z suplementacji pokarmu i płynów. Pierwsza z nich – co ponownie zadziwia – następuje na skutek sytuacji ekonomicznej, w której wyniku staje się niemożliwe sztuczne odżywianie w pewnych „odizolowanych albo bardzo biednych regionach”. Mimo to także wtedy na lekarzu spoczywa obowiązek „zapewnienia minimalnej możliwej opieki i zatroszczenia się, na ile to możliwe, o środki konieczne do należytego podtrzymywania życia”²⁰. Kolejne dwie sytuacje, w których Magisterium Kościoła dopuszcza możliwość zrezygnowania ze sztucznego nawadniania

17 Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa karta pracowników służby zdrowia*, 152.

18 Biskupi amerykańscy skierowali do Stolicy Apostolskiej w liście z 11 lipca 2007 dwa pytania dotyczące odżywiania i nawadniania pacjentów w przetrwałym stanie wegetatywnym. Prawdopodobnie źródła tegoż listu należy szukać w kazusie Terri Schiavo, która po odłączeniu od aparatów podtrzymujących życie zmarła 31 marca 2007. Kongregacja Nauki Wiary udzieliła odpowiedzi na postawione pytania już 1 sierpnia 2007, dodając do nich stosowny komentarz.

19 Ważne jest, że dokument wymienia sytuacje ogólne, ponieważ sama wypowiedź Kongregacji dotyczy odżywiania i nawadniania pacjentów w stanie wegetatywnym i przetrwałym stanie wegetatywnym, a więc niebędących w stanie terminalnym.

20 Kongregacja Nauki Wiary, *Komentarz do „Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania”*.

i odżywiania, są uzależnione od stanu pacjenta. W momencie, gdy „pacjent na skutek zaistniałych komplikacji może nie być zdolny do przyswajania pokarmu i płynów”, jak również w sytuacji, gdy „sztuczne odżywianie i nawadnianie może być dla pacjenta nadmiernie uciążliwe bądź powodować wyjątkowe cierpienie fizyczne związane, na przykład, z komplikacjami wynikającymi z użycia aparatury”, lekarz może odstąpić od tego sposobu opieki nad terminalnie chorym²¹.

Komentarz ten powstał w związku z wydaniem przez Kongregację Nauki Wiary *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*. Wyjaśnia on wykładnię Kongregacji w stosunku do osób znajdujących się w stanie wegetatywnym oraz przetrwałym stanie wegetatywnym²². W samych *Odpowiedziach* Kongregacji ważne wydaje się pierwsze pytanie: „Czy istnieje moralny obowiązek podawania pokarmu i wody (w sposób naturalny lub sztuczny) pacjentowi w «stanie wegetatywnym», z wyjątkiem przypadków, gdy takie pożywienie nie może być przyswojone przez organizm pacjenta albo nie może być podawane bez powodowania znacznej dolegliwości fizycznej?”²³. W swojej treści wyróżnia ono w populacji pacjentów w stanie wegetatywnym pewną subpopulację charakteryzującą się dwoma cechami. Pierwsza to niemożność przyswojenia pożywienia i płynów przez organizm, a druga to spowodowanie u pacjenta znacznych dolegliwości fizycznych

21 Kongregacja Nauki Wiary, *Komentarz do „Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania”*.

22 Oba terminy, mimo trudności z ich sprecyzowaniem, odnoszą się do stanów niezaliczanych do terminalnych. Pomimo to przywołanie ich definicji wydaje się potrzebne z racji zawartych w nich stwierdzeń dotyczących podawania pokarmów i płynów, które można odnieść do chorych w stanie terminalnym.

23 Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*.

związanych ze sposobem suplementacji. Wyodrębnienie tej subpopulacji nie jest związane z rodzajem karmienia i pojenia chorych, gdyż w sformułowanym pytaniu wyraźnie zaznacza się, iż brane jest pod uwagę zarówno żywienie naturalne, jak i w sposób sztuczny.

Wyodrębnienie wspomnianej subpopulacji powoduje, iż wobec pacjentów w stanie wegetatywnym i przetrwałym stanie wegetatywnym, którzy są niezdolni do przyswajania pokarmu i wody, moralnie nakazane odżywianie i nawadnianie staje się uporczywą terapią. Podanie substancji odżywczych pacjentowi, który nie jest w stanie ich wchłonąć, oznacza utratę przez organizm funkcji właściwych dla przewodu pokarmowego. Tym samym staje się bezcelowa ich suplementacja. Jej zastosowanie może jedynie w takim przypadku doprowadzić do powikłań zależnych od choroby podstawowej oraz aktualnego stanu ogólnego chorego. Stąd może narazić pacjenta na spotęgowane odczucie bólu i cierpienia. Sytuacja jeszcze bardziej się komplikuje w momencie zastosowania niektórych metod sztucznego odżywiania, których wdrożenie jest związane z interwencją chirurgiczną, a tym samym z narażeniem na infekcję rozwijającą się w miejscu przerwania powłok ciała oraz na dodatkowe dolegliwości bólowe. Tak charakterystyczną grupę wyodrębnioną wśród chorych w stanie wegetatywnym można również wyróżnić wśród terminalnie chorych. Wobec nich także nie ma moralnego obowiązku odżywiania i nawadniania z powodu utraty funkcji właściwych dla przewodu pokarmowego, gdyż wiązałoby się to z przysporzeniem im nadmiernych dolegliwości fizycznych.

4. Opieka nad terminalnie chorymi

Najwłaściwszy sposób postępowania z przedstawionymi wyżej chorymi przedstawia *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci* Papieskiej Akademii Nauk.

Wymieniony w dokumencie stan pacjenta, jakim jest śpiączka, także nie został zaliczony do stanu terminalnego. Jest jednak stanem przewlekłym, który może mieć charakter trwały i nieodwracalny, a więc analogiczny do stanu terminalnego. *Deklaracja* stwierdza, że w takiej sytuacji „winno się zapewnić choremu odżywienie i odpowiednią opiekę. [...] Przez opiekę²⁴ Grupa Robocza rozumie zwykłą pomoc lekarską, jak również okazywanie współczucia oraz pomoc duchową należną każdemu człowiekowi znajdującemu się w zagrożeniu życia”²⁵. *Deklaracja* zezwala także na zaprzestanie leczenia w momencie, gdy nie przynosi ono żadnej poprawy, i zaleca w takiej sytuacji kontynuowanie jedynie opieki²⁶.

Podobne wskazówki podaje Papieska Akademia Pro Vita w *Deklaracji końcowej V Zgromadzenia Ogólnego* i jednocześnie odsyła do wcześniej już przedstawionych dokumentów. Ich analiza umożliwi lekarzom w przypadku zaistnienia stanu terminalnego kontynuowanie swoich działań przy zastosowaniu rozważnych i skutecznych tzw. terapii proporcjonalnych i leczenia paliatywnego, jak również unikanie wszelkich form „terapii uporczywej”²⁷.

Ta sama *Deklaracja* stwierdza, że takie postępowanie w stosunku do osób umierających wynika z szacunku dla godności osoby ludzkiej, dzięki czemu pacjent może zaakceptować nadchodzącą

24 Jak podaje Jerzy Brusilo, w tłumaczeniu zamieszczonym w *W trosce o życie* pod redakcją Krzysztofa Szczygła zaistniał błąd. Tłumacz występujące w oryginale słowo „opieka” przełożył błędnie jako „leczenie”; zob. J. Brusilo, *Lekarz wobec kresu ludzkiego życia w nauczaniu Kościoła i w dokumentach świeckich*, Kraków 2004, s. 249, przyp. 211.

25 Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, 2.

26 Por. Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, 2.

27 Por. Papieska Akademia Pro Vita, *Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii Pro Vita*, 2.

śmierć²⁸. Podobnie formułuje to *Deklaracja „Iura et bona”*. *O eutanazji*. Przedstawione tam założenia są podstawowymi prawami, którymi należy kierować się w relacji z człowiekiem chorym, a zwłaszcza w stanie terminalnym. Pierwsze z nich dotyczy przede wszystkim lekarza i towarzyszącego mu personelu medycznego. Stwierdza, że „Nikomu nie wolno nastawać na życie człowieka niewinnego, ponieważ sprzeciwia się to miłości Boga wobec niego, narusza jego, nieustraszone i niezwykłe, podstawowe prawo”²⁹. Lekarz nie jest panem życia – nie może więc decydować, jak długo będzie ono trwało lub kiedy można je zakończyć³⁰. Jednocześnie umierający powinien traktować to samo życie jako dar od Boga. „Życie człowieka pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywczym tchnieniu. Dlatego Bóg jest jedynym Panem tego życia: człowiek nie może nim rozporządzać”³¹. Chory staje wobec tajemniczego planu Stwórcy po to, aby go wypełnić i uzyskać jego owoce już tutaj na ziemi. Jednak pełna

28 Por. Papieska Akademia Pro Vita, *Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii Pro Vita*, 2.

29 Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja „Iura et bona”*. *O eutanazji*, 1.

30 „Żaden człowiek nie może jednak samowolnie decydować o tym, czy ma żyć, czy umrzeć; jedynym i absolutnym Panem, władnym podjąć taką decyzję, jest Stwórca – Ten, w którym «żyjemy, poruszamy się i jesteśmy» (Dz 17, 28)”. Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 47. „Życie jest w ręku Boga: On jest jego Panem, jedynie On wyznacza mu końcowy moment. Każdy wierny sługa życia czuwa nad owym spełnieniem się woli Bożej w życiu każdego człowieka powierzonego jego opiece. Nie może traktować siebie jako arbitra śmierci, tak jak nie wolno mu uważać się za arbitra niczyjzego życia”. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa karta pracowników służby zdrowia*, 48.

31 Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 39. „Każdy człowiek powinien żyć zgodnie z planem Bożym. Życie zostaje mu powierzone jako dar”. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja „Iura et bona”*. *O eutanazji*, 1. Zob. także: Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa karta pracowników służby*

doskonałość jest możliwa jedynie w życiu wiecznym, dlatego też dla wierzącego życie nie jest wartością absolutną. W każdej chwili człowiek może zostać wezwany, by porzucić je dla wyższego dobra, którym jest spotkanie z Bogiem³². Nie oznacza to zaniechania leczenia czy opieki nad umierającymi, do której jest zobowiązany zarówno personel medyczny, jak i sam chory³³, ale zaakceptowanie choroby i śmierci jako naturalnego końca życia ludzkiego przeżytego świadomie i z godnością³⁴.

Podsumowanie

Analiza dokumentów Magisterium Kościoła pozwala wyciągnąć dwa zasadnicze wnioski. Pierwszy z nich zawiera się w refleksji,

zdrowia, 48; Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*, 2.1.

32 Por. Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 47. „Chociaż moralność wzywa do poszanowania życia fizycznego, nie czyni z niego wartości absolutnej. Sprzeciwia się ona koncepcji neopogańskiej, która zmierza do przywrócenia kultu ciała, do poświęcenia mu wszystkiego, do bałwochwalczego stosunku do sprawności fizycznej i sukcesu sportowego”. *Katechizm Kościoła katolickiego*, 2289. Zob. także: Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja „Donum vitae”. O szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania*, cz. *Antropologia a interwencja w biomedycynie*, Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 2.

33 „Każdy ma obowiązek troszczyć się o swoje zdrowie i podejmować leczenie”. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja „Iura et bona”. O eutanazji*, 4.

34 „Śmierć człowieka oznacza ustanie jego egzystencji w wymiarze cielesnym. Śmierć kładzie kres tej fazie jego powołania, która polega na wysiłku dążenia w czasie do integralnej doskonałości; dla chrześcijanina moment śmierci jest momentem definitywnego zjednoczenia się z Chrystusem. [...] Zachowanie w stosunku do umierającego winno inspirować się tą wizją śmierci i nie powinno sprowadzać się do prostego wysiłku nauki, aby oddalić – możliwie jak najdalej – tę chwilę”. Papieska

że odżywianie i nawadnianie terminalnie chorego jest przede wszystkim formą opieki, a nie leczenia, i jako taką należy ją zakwalifikować do środków zwyczajnych, czyli proporcjonalnych, z których zwykle nie wolno zrezygnować. Drugi wniosek zawiera charakterystykę sytuacji, w których jest moralnie dozwolona rezygnacja z odżywiania i nawadniania. Jest to okres stanu terminalnego, w którym dochodzi do utraty funkcji przewodu pokarmowego, albo okres, w którym zastosowanie technik sztucznego odżywiania, w tym także takich zwykle zakwalifikowanych jako środki zwyczajne, staje się zbyt uciążliwe dla umierającego lub wymaga zastosowania niewspółmiernie drogich technik w stosunku do spodziewanych rezultatów. Konkretnie sytuację winien ocenić lekarz jako specjalista w swojej dziedzinie w porozumieniu z chorym oraz jego najbliższymi i podjąć decyzje dotyczące dalszego postępowania. Wymaga to od niego stałego podnoszenia kwalifikacji medycznych oraz umiejętności w posługiwaniu się dwoma podstawowymi zasadami: zasadą proporcjonalności i zasadą podwójnego skutku. Fundamentem tych wszystkich działań podejmowanych przez lekarza musi być światopogląd chrześcijański.

Wydaje się, że powyższe wnioski jasno precyzują nauczanie Kościoła dotyczące kwestii uporczywej terapii. Problem pojawia się jednak w momencie przełożenia przytoczonych wskazówek na teren medycyny. Nawet lekarz z chrześcijańskim światopoglądem, chcąc posłużyć się w swojej praktyce lekarskiej powyższymi stwierdzeniami, może mieć trudność z praktycznym zastosowaniem zasady proporcjonalności lub zasady podwójnego skutku i zakwalifikowaniem dzięki nim danej procedury do środków zwyczajnych lub nieproporcjonalnych.

Wybrana bibliografia

1. Brusilo J., *Lekarz wobec kresu ludzkiego życia w nauczaniu Kościoła i w dokumentach świeckich*, Kraków 2004.
2. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*. O wartości i nienaruszalności ludzkiego życia, w: Jan Paweł II, *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*, Kraków 1997, s. 840–987.
3. Jan Paweł II, *Przemówienie do dwóch grup roboczych powołanych przez Papieską Akademię Nauk*, w: Jan Paweł II, *Nauczanie papieskie*, t. 8, cz. 2, red. E. Weron, A. Jaroch, Poznań 2004, s. 559–560.
4. *Katechizm Kościoła katolickiego*, Poznań 1994.
5. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja „Iura et bona”. O eutanazji*, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 333–339.
6. Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja „Donum vitae”. O szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania*, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 360–385.
7. Kongregacja Nauki Wiary, *Komentarz do „Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania”*, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/odpowiedzi_odzywianie-kom_01082007.html (16.03.2020).
8. Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_pl.html (16.03.2020).
9. Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 453–454.

10. Papieska Akademia Pro Vita, *Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii Pro Vita*, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/inne/pro_vita_27021999.html (16.03.2020).
11. Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 437–452.
12. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa karta pracowników służby zdrowia*, Katowice 2017.

