

NOWA  
KARTA  
PRACOWNIKÓW  
SŁUŻBY  
ZDROWIA



Papieska Rada  
ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia

NOWA  
KARTA  
PRACOWNIKÓW  
SŁUŻBY  
ZDROWIA



Katowice 2017

Tytuł oryginału:

Pontificio Consiglio per gli Operatori sanitari (per la Pastorale della Salute),  
*Nuova Carta degli Operatori Sanitari*

Libreria Editrice Vaticana omnia sibi vindicat iura. Sine eiusdem licentia scripto data vemini licea hunc *Nuova Carta* denuo aut in aliam linguam vertere.

Copyright © 2016 – Libreria Editrice Vaticana  
00120 Città del Vaticano

© Copyright for the Polish edition by Księgarnia św. Jacka Sp. z o.o.,  
Katowice 2017

Komitet naukowy polskiego tłumaczenia:

Ks. dr hab. prof. UŚ Antoni Bartoszek

Ks. dr hab. Arkadiusz Wuwer

Ks. dr Wojciech Surmiak

Ks. dr Witold Kania

Tłumaczenie: Hanna Bzikot

ISBN 978-83-8099-024-1

Księgarnia św. Jacka Sp. z o. o.

ul. Warszawska 58

40-008 Katowice

tel.: +48 32 251 19 59

fax: +48 32 259 78 25

e-mail: [biuro@ksj.pl](mailto:biuro@ksj.pl)

księgarnia internetowa: [www.ksj.pl](http://www.ksj.pl)

zamówienia: [sklep@ksj.pl](mailto:sklep@ksj.pl)

Łamanie i przygotowanie do druku: Bożena Pietyra

Druk i oprawa: PPHU Drukpol sp.j., ul. Kochanowskiego 27,  
42-600 Tarnowskie Góry

## WPROWADZENIE DO POLSKIEGO WYDANIA NOWEJ KARTY PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Z radością przekazujemy polskie tłumaczenie *Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia*, przygotowanej przez Papieską Radę ds. Służby Zdrowia. Dzieje się to w rok po śmierci Arcybiskupa Zygmunta Zimowskiego, przewodniczącego tejże Rady w latach 2009-2016. Sam Arcybiskup Zimowski troszczył się o wydanie *Karty* i przygotował do niej *Wstęp*. Można zatem ten dokument w dużej mierze uznać za duchowy testament Księdza Arcybiskupa.

Decyzja o trybie i miejscu wydania polskiego tłumaczenia *Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia* zapadła podczas Międzynarodowej Konferencji „Fides et ratio w służbie człowiekowi choremu, czyli o spotkaniu teologii i medycyny. 25 lat światowych dni chorego”, która odbyła się 27-28 lutego 2017 w Katowicach, a została zorganizowana przez Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Apostolstwo Chorych. Dla przygotowania polskiego tłumaczenia dokumentu Rada Wydziału Teologicznego UŚ powołała komitet naukowy, zaś samo wydanie *Karty* zostało powierzone Księgarni św. Jacka w Katowicach.

Ważną rolę w promocji *Dokumentu* podejmuje Krajowe Duszpasterstwo Służby Zdrowia, jej diecezjalne odpowiedniki, a także *Apostolstwo chorych*. Wydanie *Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia* stanowi bowiem okazję do dalszego zacieśnienia współpracy między osobami zaangażowanymi zarówno w życie Kościoła, jak i w służbę ludziom chorym. Polskie tłumaczenie *Nowej Karty* może też stać się punktem wyjścia do podejmowania w naszej Ojczyźnie pogłębionej debaty społecznej wokół etycznych aspektów działań medycznych.

Dziękując wszystkim, którzy przyczynili się do polskiego wydania *Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia*, życzymy, aby przyczyniła się do pięknej i gorliwej służby na rzecz integralnie rozumianego dobra człowieka chorego i cierpiącego.

bp Stefan Regmunt  
Przewodniczący  
Zespołu Konferencji Episkopatu Polski  
ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia

## WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

AAS	-	Acta Apostolicae Sedis
KKK	-	Katechizm Kościoła Katolickiego
KPK	-	Kodeks Prawa Kanonicznego
Sob. Ekum. Wat. II	-	Sobór Ekumeniczny Watykański II
Insegnamenti	-	Insegnamenti di Giovanni Paolo II





## SŁOWO WSTĘPNE

Kościół od zawsze pojmował posługiwanie chorym jako „istotną część swojego posłannictwa”<sup>1</sup>, łącząc „przepowiadanie Dobrej Nowiny z pielęgowaniem chorych i łagodzeniem ich bólu”<sup>2</sup>.

Rozległy świat wielorakiej służby ludzkiemu cierpieniu „dotyczy bezpośrednio dobra osoby ludzkiej i społeczności”<sup>3</sup>. Z tego właśnie powodu stawia on także delikatne, ale nieuniknione pytania, które odnoszą się nie tylko do aspektu społecznego i organizacyjnego, lecz także do aspektu czysto etycznego i religijnego, ponieważ są w nich zawarte podstawowe doświadczenia „ludzkie”, takie jak: cierpienie, choroba, śmierć wraz z połączonymi z nimi pytaniami, dotyczącymi roli medycyny i misji lekarza wobec człowieka chorego<sup>4</sup>.

W obliczu stojących przed światem służby zdrowia wyzwań Jan Paweł II, ustanawiając 11 lutego 1985 roku Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, pragnął ofiarować odpowiedź ożywioną wiarą i nadzieją, doceniając przy tym bezinteresowną działalność wielu chrześcijan – pracowników służby zdrowia, osób świeckich, działających indywidualnie i zrzeszonych, osób życia konsekrowanego, kapłanów i diakonów – którzy będąc blisko chorego, czy to

---

<sup>1</sup> Św. Jan Paweł II, List apostolski «motu proprio» *Dolentium hominum* ustanawiający Papieską Komisję ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia(11 lutego 1985), nr 1: AAS 77 (1985), s. 457.

<sup>2</sup> Św. Jan Paweł II, List apostolski «motu proprio» *Dolentium hominum* ustanawiający Papieską Komisję ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia(11 lutego 1985), nr 1: AAS 77 (1985), s. 457.

<sup>3</sup> Św. Jan Paweł II, List apostolski «motu proprio» *Dolentium hominum* ustanawiający Papieską Komisję ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia(11 lutego 1985), nr 3: AAS 77 (1985), s. 458.

<sup>4</sup> Św. Jan Paweł II, List apostolski «motu proprio» *Dolentium hominum* ustanawiający Papieską Komisję ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia(11 lutego 1985), nr 3: AAS 77 (1985), s. 458.

przez swoją pracę, czy naukę i badania, świadczą o ewangelicznych wartościach godności osoby i szacunku wobec życia.

Z niezwykłą intuicją, pierwszy przewodniczący tej dykasterii, nieodżałowany kardynał Fiorenzo Angelini, opublikował w 1994 roku pierwsze wydanie *Karty Pracowników Służby Zdrowia*, która przetłumaczona w kolejnych latach na dziewiętnaście języków, stanowiła cenne narzędzie dla formacji początkowej, ale także formacji stałej różnych specjalistów działających w świecie służby zdrowia.

W następstwie nowych osiągnięć w dziedzinie badań biomedycznych i naukowych oraz w zawiązku z kolejnymi wypowiedziami magisterium po 1994 roku – w czasie pontyfikatu samego Jana Pawła II, a następnie Benedykta XVI oraz Papieża Franciszka – Dykasteria uznała za niezbędne podjęcie procesu rewizji i *aggiornamento* tego dokumentu, zachowując jednak jego oryginalną strukturę, która skupia się na powołaniu pracowników służby zdrowia jako sług życia.

W tekście właśnie publikowanym, przeprowadzono jego rewizję i aktualizację, dzięki czemu tematy już uprzednio poruszane zostały teraz przedstawione językiem bardziej przystępnym i aktualnym dla współczesnego odbiorcy; zostały one ponadto uzupełnione zarówno w aspekcie naukowym, jak i w odniesieniu do samej ich wartości merytorycznej. Poprawiony został także aparat naukowy cytowanych dokumentów z zakresu teologii.

Pragnę szczególnie podkreślić fakt, że *Nowa Karta* uwzględniła nie tylko rozwój nauk medycznych i ich możliwy wpływ na życie ludzkie, lecz także coraz częściej pojawiające się kwestie medyczno-prawne, które wywierają nie mały wpływ na wykonywanie zawodów medycznych; w niniejszym tekście zostały podjęte także coraz mocniej widoczne kwestie związane z wymiarem sprawiedliwości, z poszanowaniem godności i wzrastającą wrażliwością na wartość solidarności i zasady pomocniczości, jeśli chodzi o dostęp do leków i możliwych technologii. Wszystko to wynika z szacunku dla sprawiedliwości społeczno-sanitarnej, która winna cechować się ochroną i promocją zdrowia przy prowadzeniu sprawiedliwej polityki zdrowotnej.

W *Dokumentcie* wzięto także pod uwagę poszerzenie się kręgu osób biorących udział w tych działaniach, gdyż obok klasycznych postaci służby zdrowia (lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy)

zostały uwzględnione także inne osoby, które w różnym stopniu, ale jednakowoż tworzą świat dzisiejszej służby zdrowia, a są to: biolodzy, farmaceuci, pracownicy służby zdrowia działający na danym terenie, administracja, ustawodawcy w dziedzinie służby zdrowia, pracownicy z sektora publicznego i prywatnego czy to o charakterze świeckim, czy wyznaniowym.

Powołanie to, rozszerzone jeśli chodzi o postaci i funkcje oraz odpowiedzialność zawodową, kwalifikuje się – z powodu swego antropologicznego znaczenia, jakie nauki biomedyczne powinny promować również w dzisiejszej orientacji kulturowej – do stałych badań poświęconych właściwemu ukierunkowaniu na specyficzną służbę wobec całościowej wizji życia i godności każdej osoby ludzkiej oraz do owocnego dialogu pomiędzy biomedycyną a zasadami moralnymi zawartymi w Magisterium Kościoła. Zadanie to podejmuje Kościół także poprzez tę *Nową Kartę Pracowników Służby Zdrowia*, która pragnie być skutecznym narzędziem wobec rozmywania się zasad etycznych i subiektywizmu sumień, które połączone z pluralizmem kulturowym, etycznym i religijnym prowadzą z łatwością do relatywizacji wartości, a co za tym idzie do niebezpieczeństwa dalszej możliwości odnoszenia się do wspólnego etosu, zwłaszcza w kwestii wielkich pytań egzystencjalnych, związanych ze znaczeniem narodzin, życia i śmierci.

Niniejsza *Karta* z pewnością nie może wyczerpać wszystkich problemów i pytań odnoszących się do zdrowia i choroby, jednak została tak opracowana, aby móc zaoferować możliwie jasne linie przewodnie dotyczące wspomnianych problemów etycznych, którym należy stawiać czoła w świecie służby zdrowia, będąc w zgodzie z nauczaniem Chrystusa i Magisterium Kościoła.

Powierzając tę *Nową Kartę Pracowników Służby Zdrowia* różnym pracownikom, świeckim i duchownym, którzy tworzą rozległy świat służby zdrowia, w 31. rocznicę ustanowienia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i w przeddzień 25. Światowego Dnia Chorego – wyrażam nadzieję, że narzędzie to będzie mogło przyczynić się do stałej i głębokiej odnowy świata służby zdrowia i samej działalności duszpasterskiej Kościoła jako wyraz promocji i obrony godności osoby ludzkiej. I w ten sposób każdego dnia na nowo będzie się mogło pisać przypowieść o Dobrym Samarytaninie

(por. Łk 10,29-37) oraz nawet w chwili cierpienia i bólu uobecnić nadzieję, dar Paschy Chrystusa.

+ Zygmunt Zimowski  
Przewodniczący Papieskiej Rady  
ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia

WPROWADZENIE

# SŁUDZY ŻYCIA



1. Działalność pracowników służby zdrowia jest w pierwszym rzędzie służbą życiu i zdrowiu – podstawowym dobrem osoby ludzkiej. Temu dziełu poświęcają działalność zawodową lub wolontaryjną wszyscy, którzy na różne sposoby są zaangażowani w profilaktykę, leczenie i rehabilitację: lekarze, farmaceuci, pielęgniarki, personel techniczny, kapelani szpitalni, zakonnicy, zakonnice, pracownicy administracji, odpowiedzialni za politykę państwową i międzynarodową, wolontariusze. „Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i mu służyć”<sup>1</sup>, to znaczy osobie, której nienaruszalna godność i transcendentne powołanie zakorzenione są w głębi samego jej bytu<sup>2</sup>. Godność ta, dostępna poznaniu rozumowemu wszystkich ludzi, zostaje wyniesiona ku ostatecznemu horyzontowi życia, a mianowicie ku życiu samego Boga; gdyż Syn – stawszy się jednym z nas – sprawił, że ludzie mogą stać się „dziećmi Bożymi” (J 1,12), „uczestnikami Boskiej natury” (2P 1,4).

*W służbie życia  
i zdrowia*

W świetle tych prawd wiary jeszcze bardziej wyakcentowany i wzmocniony zostaje ten szacunek dla osoby ludzkiej, który jest już rozpoznany przez rozum. „Różne na przestrzeni dziejów sposoby sprawowania przez Boga pieczy nad światem i człowiekiem nie tylko nie wykluczają się nawzajem, lecz przeciwnie – wspierają się i wzajemnie przenikają. Wszystkie wypływają i zmierzają do odwiecznego zamysłu mądrości i miłości, do którego Bóg przeznacza ludzi, «aby stali się na wzór obrazu Jego Syna» (Rz 8,29)”<sup>3</sup>. „Wychodząc od obydwu tych wymiarów – ludzkiego i boskiego – łatwiej zrozumieć przyczynę nienaruszalnej wartości człowieka:

*Natura ludzka  
i boska*

<sup>1</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae* o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego (25 marca 1995), nr 89: AAS 87 (1995), s. 502.

<sup>2</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae* dotycząca niektórych problemów bioetycznych (8 września 2008), nr 5: AAS 100 (2008), s. 861.

<sup>3</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 7: AAS 100 (2008), s. 863.

jest on powołany do wieczności i jest wezwany do udziału w trynitarniej miłości żyjącego Boga<sup>4</sup>.

2. Działalność pracowników służby zdrowia, kompletna co do zadań i odpowiedzialności, ma wartość służby osobie ludzkiej, gdyż strzeżenie, odzyskiwanie i polepszanie zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego oznacza służbę życiu w jego wszystkich wymiarach<sup>5</sup>.

W służbie  
ludzkiej  
kruchości

Ponadto „w obecnie zróżnicowanej panoramie filozoficznej i naukowej można dostrzec obecność wielu kompetentnych naukowców i filozofów, którzy w duchu przysięgi Hipokratesa, uważają nauki medyczne za służbę wobec kruchości człowieka, poprzez leczenie jego chorób, niesienie ulgi w cierpieniu i obejmowanie niezbędnej opieką w równym stopniu wszystkich ludzi”<sup>6</sup>.

„Z tej racji łatwo pojmuje się, jakie znaczenie przybiera w służbie społecznej i opiece zdrowotnej obecność pracowników, którzy kierują się spójnie ludzką wizją choroby i potrafią w związku z tym stosować prawdziwie ludzkie podejście do człowieka cierpiącego”<sup>7</sup>.

Troska o zdrowie  
oraz pomoc  
społeczna  
i opieka zdrowotna

3. Troska o zdrowie oraz pomoc społeczna i opieka zdrowotna są ze sobą ściśle powiązane. Przez pojęcie „troska o zdrowie” rozumie się to wszystko, co dotyczy zapobiegania, diagnozy, terapii i rehabilitacji w celu polepszenia równowagi i dobrostanu fizycznego, psychicznego, społecznego oraz duchowego osoby. Przez pojęcia „pomoc społeczna i opieka zdrowotna” rozumie

<sup>4</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 8: AAS 100 (2008), s. 863.

<sup>5</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 89: AAS 87 (1995), s. 502.

<sup>6</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 2: AAS 100 (2008), s. 859.

<sup>7</sup> Św. Jan Paweł II, *Motu proprio Dolentium hominum*: AAS 77 (1985), s. 458.



się natomiast to wszystko, co odnosi się do polityki, prawodawstwa, planowania i struktur sanitarnych.

Trzeba jednak podkreślić, że pomimo, iż instytucje pomocowe są bardzo ważne, to kiedy dochodzi do spotkania z cierpieniem drugiego człowieka, żadna z nich sama z siebie nie zastąpi ludzkiego serca i ludzkiego współczucia<sup>8</sup>.

4. „Troska o zdrowie” dokonuje się w codziennej praktyce, poprzez międzyosobową relację opartą na zaufaniu, różnym od tego, z jakim człowiek naznaczony cierpieniem i chorobą zwraca się do wiedzy i sumienia pracownika służby zdrowia. Wychodzi on naprzeciw chorego, aby się nim opiekować i go leczyć, przybierając w ten sposób szczerą postawę „współ-czucia”, w etymologicznym znaczeniu tego pojęcia<sup>9</sup>.

*Międzyosobowa  
relacja zaufania  
i sumienności*

Taka relacja z chorym, w pełnym poszanowaniu dla jego autonomii, domaga się dyspozycyjności, uwagi, zrozumienia, współodczuwania, dialogu, jak też doświadczenia, kompetencji i wiedzy zawodowej. Musi być zatem wyrazem głęboko ludzkiego zaangażowania, przyjętego i spełnianego jako działalność nie tylko techniczna, ale z poświęceniem i miłością do bliźniego.

5. Służba życiu pozostaje taką jedynie wtedy, gdy jest *wierna prawu moralnemu*, które wyraża jej wartość i zadania. Istotnie, od pracownika służby zdrowia wy-

*Wierność  
prawu  
moralnemu*

<sup>8</sup> Por. św. Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris* o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia (11 lutego 1984), nr 29: AAS 76 (1984), s. 244-246. „W wykonywaniu waszego zawodu macie zawsze do czynienia z osobą ludzką, która powierza w wasze ręce swoje ciało, ufając waszej kompetencji, tak samo jak waszej gorliwości i trosce. Stykacie się z tajemniczą i wielką rzeczywistością życia istoty ludzkiej, z jej cierpieniem i z jej nadzieją” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Chirurgii*, nr 2 (19 lutego 1987), w: *Insegnamenti X/1* (1987), s. 374.

<sup>9</sup> Por. Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi* o nadziei chrześcijańskiej (30 listopada 2007), nr 39: AAS 99 (2007), s. 1017.

maga się także odpowiedzialności moralnej, której nakazy wypływają z refleksji bioetycznej. W tej materii Urząd Nauczycielski Kościoła wypowiada się z czujną i troskliwą uwagą w odniesieniu do zagadnień, które przynosi postęp biomedyczny i zmienny *etos* kulturowy.

Nauczanie to stanowi dla pracownika służby zdrowia źródło zasad i norm postępowania, które oświecają jego sumienie i je ukierunkowują – szczególnie wobec złożoności dzisiejszych możliwości biotechnologicznych – w dokonywaniu wyborów zawsze respektujących osobę ludzką i jej godność. Poprzez wierność normie moralnej pracownik służby zdrowia żyje w wierności człowiekowi, którego wartość gwarantuje norma moralna oraz w wierności Bogu, którego mądrość ta norma wyraża.

*Przygotowanie  
i stała formacja*

Rozwój medycyny i pojawianie się wciąż nowych kwestii moralnych wymagają zatem od pracownika służby zdrowia solidnego *przygotowania i stałej formacji*, w celu utrzymania odpowiednich kwalifikacji zawodowych. Dlatego należy życzyć sobie, aby wszyscy pracownicy służby zdrowia byli odpowiednio uformowani, a odpowiedzialni za formację zawodową starali się o powołanie do istnienia katedr i kursów bioetyki. Należy ponadto popierać powoływanie, w głównych ośrodkach medycznych, komisji etycznych do spraw praktyki lekarskiej i/lub służb do spraw etyki klinicznej. Kompetencja oraz ocena medyczna w tych strukturach konfrontują się i integrują z innymi formami profesjonalnej obecności przy chorym, które służą zarówno ochronie jego godności, jak i samej odpowiedzialności medycznej<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> „...byłoby czymś złudnym domagać się neutralności moralnej badań naukowych i ich zastosowań; z drugiej zaś strony nie można wyprowadzać kryteriów postępowania z prostej skuteczności technicznej, z pożyteczności, jaką mogą przynieść jednym ze szkodą innych, lub – co gorsze – z panujących ideologii. Wiedza i technika domagają się zatem, dla swojego istotnego znaczenia, bezwarunkowego szacunku

6. Kościół, proponując zasady i oceny moralne badań biomedycznych, kieruje się *zarówno światłem rozumu, jak i wiary*. Przyczynia się do wypracowania integralnej wizji i powołania osoby, zdolnej do przyjęcia tego dobra, które jest wynikiem ludzkich osiągnięć i różnych tradycji kulturowych oraz religijnych, które nierzadko okazują wielki szacunek wobec życia<sup>11</sup>.

*Integralna  
wizja osoby*

Magisterium pragnie nieść słowo zachęty i zaufania wobec takiej perspektywy kulturowej, która postrzega *naukę jako cenną służbę wobec integralnego dobra życia i godności każdej istoty ludzkiej*. Kościół zatem patrzy na badania naukowe z nadzieją, życząc, aby liczni byli ci chrześcijanie, którzy przyczyniają się do postępu biomedycyny i dają także w tej dziedzinie świadectwo wiary<sup>12</sup>.

W szczególności „Kościół, oceniając wartość etyczną niektórych rezultatów najnowszych badań w zakresie medycyny, dotyczących człowieka [...], nie ingeruje w dziedzinę właściwą wiedzy medycznej jako takiej, lecz przypomina wszystkim zainteresowanym o etycznej i społecznej odpowiedzialności za ich działania. Przypomina im, że wartość etyczną wiedzy biomedycznej mierzy się poprzez odniesienie do *bezwarunkowego*

*Odpowiedzialność  
etyczna  
i społeczna*

---

dla podstawowych kryteriów moralności, to znaczy, że wiedza i technika powinny służyć osobie ludzkiej, jej niezbywalnym prawom oraz jej prawdziwemu i integralnemu dobru, zgodnie z zamysłem i wolą Bożą” (Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae* o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania [22 lutego 1987], nr 2: AAS 80 (1988), s. 73; por. KKK, nr 2294).

<sup>11</sup> „Zjawiskiem szczególnie ważnym jest ożywienie refleksji etycznej wokół życia: powstanie i coraz szerszy rozwój *bioetyki* sprzyja refleksji i dialogowi – między wierzącymi i niewierzącymi, a także między wyznawcami różnych religii – o podstawowych problemach etycznych związanych z ludzkim życiem” (Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 27: AAS 87 (1995), s. 432).

<sup>12</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 3: AAS 100 (2008), s. 860.

szacunku należnego każdej istocie ludzkiej we wszystkich chwilach jej istnienia”<sup>13</sup>.

*Formacja sumień*

Staje się zatem oczywiste, że wypowiedź Magisterium należy „do jego misji *pogłębiania formacji sumień* poprzez autentyczne nauczanie prawdy, którą jest Chrystus, a zarazem wyjaśnianie i potwierdzanie swoim autorytetem zasad porządku moralnego, które wynikają z samej natury ludzkiej”<sup>14</sup>. Jest to uzasadnione także tym, że pracownicy służby zdrowia nie mogą być pozostawieni samym sobie i obarczeni przekraczającą ich możliwości odpowiedzialnością wobec – wynikających z możliwości biotechnologicznych, którymi dysponuje współczesna medycyna – coraz bardziej złożonych i problematycznych przypadków klinicznych, wśród których wiele jest w fazie eksperymentalnej, lub też z powodu społeczno-sanitarnego znaczenia niektórych zagadnień<sup>15</sup>.

*Polityki zdrowotne*

7. Osoby zaangażowane w politykę zdrowotną i ekonomiczne zarządzanie służbą zdrowia są odpowiedzialne nie tylko wobec własnych, specyficznych dziedzin, ale także wobec społeczeństwa i chorych.

Należą do nich zwłaszcza ochrona i promocja dobra wspólnego, niezależnie od obowiązku sprawiedliwości<sup>16</sup>, zgodnie z zasadą solidarności i pomocniczości,

<sup>13</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 10: AAS 100 (2008), s. 864.

<sup>14</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 10: AAS 100 (2008), s. 865.

<sup>15</sup> „Rozwój nauki i techniki bowiem, choć stanowi wspaniałe świadectwo inteligencji i wytrwałości człowieka, nie odpowiada jeszcze na ostateczne pytania religijne ludzkości, ale raczej jest dla niej bodźcem, by podjąć najboleśniej i rozstrzygające zmagania, które toczą się w sercu i sumieniu” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Veritatis splendor* o niektórych podstawowych problemach nauczania moralnego Kościoła [6 sierpnia 1993], nr 1: AAS 85 (1993), s. 1134).

<sup>16</sup> „Pole działania jest bardzo rozległe: od edukacji medycznej po promocję wycucia większego stopnia u odpowiedzialnych

w celu przygotowania polityk narodowych i globalnych, skierowanych na autentyczny rozwój ludów, zwłaszcza poprzez rozdzielanie środków finansowych na cele zdrowotne<sup>17</sup>.

W tej perspektywie odpowiedzialni za politykę zdrowotną, uznając szczególny charakter katolickich struktur opieki zdrowotnej, mogą owocnie z nimi współpracować, przyczyniając się w ten sposób do budowania „owej cywilizacji «miłości i życia», bez której egzystencja osób i społeczeństwa traci swój sens najbardziej ludzki”<sup>18</sup>.

8. W codziennej praktyce zawodowej pracownik służby zdrowia, ożywiany duchem chrześcijańskim, odkrywa wymiar transcendentny właściwy dla swojego zawodu. Rzeczywiście, przekracza on bowiem poziom czysto ludzkiej służby wobec osoby cierpiącej i przybiera w ten sposób charakter świadectwa chrześcijańskiego, a zatem misji.

*Zawód,  
misja,  
powołanie*

Misja jest równoznaczna z powołaniem<sup>19</sup>, czyli odpowiedzią na transcendentne wezwanie, które ukonkretnia się w cierpiącym obliczu drugiego. Działalność

---

za publiczne sprawy; od bezpośredniego zaangażowania we własnym środowisku pracy po rozmaite formy współdziałania – lokalnego, państwowego, międzynarodowego, które to formy mogą realizować się dzięki istnieniu wielu organizacji i stowarzyszeń, zawierających w swoich celach statutowych, bezpośrednio lub pośrednio odwołanie się do konieczności coraz pełniejszego nadawania medycynie jej ludzkiego wymiaru” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Konferencji zorganizowanej przez Papieską Komisję ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia* [12 listopada 1987], nr 6, AAS 80 (1988), s. 645.

<sup>17</sup> Por. Benedykt XVI, Encyklika *Caritas in veritate* o integralnym rozwoju ludzkim w miłości i prawdzie (29 czerwca 2009), nr 38-39: AAS 101 (2009), s. 673-674.

<sup>18</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 27: AAS 97 (1995), s. 431.

<sup>19</sup> „Wasz zawód odpowiada na powołanie, jakie angażuje was we wzniosłą misję służby człowiekowi na szerokim, złożonym i tajemniczym polu cierpienia” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie*

ta jest przedłużeniem i aktualizacją miłości Chrystusa, który „przeszedł [...], dobrze czyniąc i uzdrawiając wszystkich” (Dz 10,38)<sup>20</sup>. Jest ona jednocześnie miłością zwróconą do Chrystusa: to On jest chory – „byłem chory” – ponieważ do Siebie odnosi – „mnieście uczynili” – troskę okazaną bratu (por. Mt 25,31-40)<sup>21</sup>. Pracownik służby zdrowia jest jak miłosierny samarytanin z przypowieści, który zatrzymuje się przy zranionym człowieku, stając się jego „bliźnim” w miłości (por. Łk 10,29-37)<sup>22</sup>. W tym świetle pracownik służby zdrowia może zostać uznany za sługę Bożego, który

---

do Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich (4 marca 1989), nr 2, w: *Insegnamenti*, t. XII/1 (1989), s. 481.

<sup>20</sup> „Najbardziej osobista relacja dialogu i ufności, jaka ustala się między wami i pacjentem, wymaga od was bogatego człowieczeństwa, które – u chrześcijanina – przekształca się w bogactwo miłości chrześcijańskiej. To właśnie moc Boża ubogaca każde wasze działanie i nadaje waszym gestom, także temu najprostszemu, moc aktu wypełnianego przez was w wewnętrznej komunii z Chrystusem” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do dentystów włoskich* (14 grudnia 1984), nr 4, w: *Insegnamenti*, t. VII/2 (1984), s. 1594.

<sup>21</sup> „Jezus, ewangelizator w najwyższym stopniu i uosobienie Ewangelii, utożsamia się zwłaszcza z najmniejszymi (por. Mt 25,40). Przypomina to nam, że my wszyscy, chrześcijanie, jesteśmy powołani do troski o najsłabszych mieszkańców ziemi. Ale w obowiązującym dziś modelu «sukcesu» i «prywatności» zdaje się nie mieć sensu inwestowanie, by pozostający w tyle, słabi lub mniej uzdolnieni mogli znaleźć sobie drogę w życiu” (Papież Franciszek, Adhortacja apostołska *Evangelii gaudium* o głoszeniu Ewangelii we współczesnym świecie [24 listopada 2013], nr 209: AAS 105 (2013), s. 1107.

<sup>22</sup> Por. św. Jan Paweł II, List apostołski *Salvifici doloris*, nr 28-30: AAS 76 (1984), s. 242-246. „Kościół, idąc za przykładem Jezusa, «dobrego Samarytanina» (por. Łk 10,29-37), i z Niego czerpiąc swoją moc, stał zawsze w pierwszej linii na wszystkich tych frontach działalności charytatywnej: wiele jego synów i córek, zwłaszcza zakonnice i zakonnicy, przyjmując dawne, ale zawsze aktualne formy działania, poświęciło i nadal poświęca życie Bogu, oddaje je z miłości bliźnim najsłabszym i najbardziej potrzebującym” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 27: AAS 87 (1995), s. 431).

w Piśmie świętym jest ukazany jako „miłośnik życia” (*Mdr* 11,26).

9. Kościół uważa „służbę chorym i cierpiącym za istotną część swojego posłannictwa”<sup>23</sup>. Oznacza to, że posługa terapeutyczna podejmowana przez pracowników służby zdrowia jest uczestnictwem w duszpasterkiej i ewangelizacyjnej działalności Kościoła<sup>24</sup>. Służba życiu staje się więc posługą zbawienia, to znaczy głoszeniem, które aktualizuje odkupieńczą miłość Chrystusa. „Lekarze, pielęgniarki, pielęgniarze, inni pracownicy służby zdrowia, wolontariusze, są wezwani do tego, by w miłości wobec chorych i cierpiących być

*Uczestnictwo  
w działalności  
pastoralnej  
Kościola*

---

<sup>23</sup> Św. Jan Paweł II, Motu proprio *Dolentium hominum*, nr 1: AAS 77 (1985), s. 457. „Społeczeństwo jest prawdziwie otwarte na życie, kiedy uznaje, że jest ono cenne również w wieku starszym, w sytuacji niepełnosprawności, w poważnej chorobie, a nawet wtedy, gdy gaśnie; kiedy poucza, że powołanie do realizacji człowieka nie wyklucza cierpienia, co więcej, uczy postrzegania osoby chorej i cierpiącej jako daru dla całej wspólnoty, obecności, która odwołuje się do solidarności i odpowiedzialności. To jest właśnie Ewangelia życia, którą winiście szerzyć, wykorzystując waszą kompetencję naukową i zawodową oraz wspierani przez łaskę” (Papież Franciszek, *Przesłanie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita” z okazji 20. rocznicy jej utworzenia* [19 lutego 2014]: AAS 106 (2014), s. 192).

<sup>24</sup> „Wasza obecność obok chorego łączy się z obecnością wielu – kapłanów, zakonników i świeckich – którzy są zaangażowani w duszpasterstwo chorych. Niemało aspektów tego duszpasterstwa spotyka się z problemami i zadaniami służby życia spełnianymi przez medycynę. Zachodzi więc potrzeba oddziaływania pomiędzy wypełnianiem zawodu lekarskiego i działalnością duszpasterską, ponieważ ich wspólnym przedmiotem jest człowiek, uznany w swojej godności dziecka Bożego, brata, który tak jak my, znajduje się w potrzebie, potrzebuje pomocy i umocnienia” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Światowego Kongresu Lekarzy Katolickich*, nr 6 (3 października 1982), w: *Insegnamenti*, t. V/3 (1982), s. 676).

żywym obrazem Chrystusa i Jego Kościoła”<sup>25</sup>, sługami życia.

*Gwarancja wierności etycznej* 10. Niniejsza *Karta* stawia sobie za cel wspieranie *wierności etycznej pracownika służby zdrowia* w jego wyborach i postępowaniu, w których urzeczywistnia się służba życiu. Wierność ta zostaje nakreślona według etapów ludzkiego życia: narodziny, życie, umieranie, jako momentów refleksji etyczno-pastoralnej.

---

<sup>25</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja Apostolska *Christifideles laici* o powołaniu i misji świeckich w Kościele i w świecie (30 grudnia 1988), nr 53: AAS 81 (1989), s. 500.



# NARODZINY



11. „W opisie biblijnym odrębność człowieka od innych istot stworzonych jest podkreślona zwłaszcza przez fakt, że tylko jego stworzenie zostaje przedstawione jako owoc specjalnej decyzji Boga i Jego postanowienia, by połączyć człowieka ze Stwórcą szczególną i specyficzną więzią: «Uczyńmy człowieka na Nasz obraz, podobnego Nam» (Rdz 1,26). Życie ofiarowane przez Boga człowiekowi jest darem, dzięki któremu Bóg udziela stworzeniu coś z siebie”<sup>26</sup>.

*Wartość i godność ludzkiej prokreacji*

Z tej racji ludzka prokreacja nie może być porównywana z przekazywaniem życia przez żadne inne żywe istoty, ponieważ jest zrodzeniem osoby. Życie ludzkie jest owocem daru i zostaje przekazane poprzez gest, który wyraża i ucieleśnia miłość oraz wzajemne obdarowanie się mężczyzny i kobiety.

Już sama natura zrodzenia ukazuje, że powinno być rozumiane i realizowane według logiki daru. Nierozzerwalny związek pomiędzy miłością małżeńską a ludzką prokreacją, zapisany w naturze ludzkiej, stanowi prawo, do którego wszyscy powinni się odwoływać i nim się inspirować<sup>27</sup>.

12. To sam Bóg, «chcąc przekazać człowiekowi pewne specjalne uczestnictwo w swoim własnym dziele stwórczym, pobłogosławił mężczyźnie i kobiecie mówiąc do nich: „bądźcie płodni i rozmnażajcie się” (Rdz 1,28)».

Zrodzenie nowej istoty ludzkiej jest więc „wydarzeniem głęboko ludzkim i wysoce religijnym, gdyż angażuje małżonków, tworzących «jedno ciało» (por. Rdz 2,24), jako współpracowników Boga Stwórcy”<sup>28</sup>. Rodzice „urzeczywistniają w ciągu dziejów pierwotne

*Zrodzenie potomstwa jako wydarzenie ludzkie i religijne*

<sup>26</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 34: AAS 87 (1995), s. 438-439.

<sup>27</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 6: AAS 100 (2008), s. 862.

<sup>28</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 43: AAS 87 (1995), s. 448.

błogosławieństwo Stwórcy: przekazywanie – poprzez rodzenie – obrazu Bożego z człowieka na człowieka”<sup>29</sup>.

*W służbie odpowiedzialnej ludzkiej prokreacji* 13. Pracownicy służby zdrowia wypełniają swoją służbę w tej tak delikatnej dziedzinie pomagając rodzicom w odpowiedzialnej prokreacji, angażując się w zapobieganie i leczenie patologii, które wpływają na płodność, chroniąc pary nieplodne przed inwazyjną i niegodną ludzkiej prokreacji technicyzacją.

### Regulacja płodności

*Prokreacja i odpowiedzialna współpraca z Bogiem* 14. „Prawdziwa i dobrze rozumiana miłość małżeńska i wywodząca się z niej cała struktura życia rodzinnego, zmierzają do tego, aby małżonkowie, nie zaniedbując innych celów małżeństwa, byli gotowi do męznego współdziałania z miłością Stwórcy i Zbawcy, który poprzez nich coraz bardziej powiększa i wzbogaca swoją rodzinę”<sup>30</sup>. „Gdy z małżeńskiej jedności dwójga rodzi się nowy człowiek, to przynosi on z sobą na świat szczególny obraz i podobieństwo Boga samego: *w biologię rodzenia wpisana jest genealogia osoby...* Mówiąc o poczęciu i zrodzeniu nowego człowieka nie odnosimy się jedynie do praw biologii, lecz do kontynuacji stworzenia”<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio* o zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym (22 listopada 1981), nr 28: AAS 74 (1982), s. 114. Por. Tenże, List do rodzin *Gratissimam sane* (2 lutego 1994), nr 9: AAS 86 (1994), s. 878.

<sup>30</sup> Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes*, nr 50. Por. Bł. Paweł VI, Encyklika o zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania ludzkiego życia *Humanae vitae* (25 lipca 1968), nr 9: AAS 60 (1968), s. 487.

<sup>31</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 43: AAS 87 (1995), s. 448.

„Odpowiedzialne ojcostwo i macierzyństwo wyraża się zarówno poprzez rozwijanie – z roztropnym namysłem i wielkodusznością – licznej rodziny, jak i poprzez decyzję podjętą dla ważnych przyczyn i przy poszanowaniu nakazów moralnych, o czasowym lub na czas nieograniczony, unikaniu” nowego poczęcia<sup>32</sup>. Stąd wypływa potrzeba regulacji płodności, która winna być wyrazem świadomego i odpowiedzialnego otwarcia się na przekazywanie życia.

15. W ocenie postaw odnoszących się do tej regulacji osąd moralny „nie zależy od samej tylko szczerzej intencji i oceny motywów, lecz powinien być uzależniony od obiektywnych kryteriów, które mają fundamenty w samej godności osoby ludzkiej i jej czynach”<sup>33</sup>. Chodzi o godność mężczyzny i kobiety oraz ich najbardziej intymnej relacji. Szacunek dla tej godności decyduje o prawdzie miłości małżeńskiej.

Jeśli chodzi o akt małżeński, wyraża on „nierozwalny związek między dwojakim znaczeniem tego aktu: znaczeniem jednoczącym i znaczeniem prokreacyjnym”<sup>34</sup>. W istocie, akty, za pośrednictwem których małżonkowie w pełni realizują i umacniają swoją jedność, są tymi samymi, które dają początek życiu i vice versa<sup>35</sup>.

Miłość, która wyraża się przyjmując „język ciała”, jest równocześnie jednocząca i prokreacyjna: „zawiera

*Kryteria  
oceny moralnej*

*Znaczenie  
oblubieńcze  
i rodzicielskie*

---

<sup>32</sup> Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 10: AAS 60 (1968), s. 487.

<sup>33</sup> Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska *Gaudium et spes*, nr 51.

<sup>34</sup> Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 12: AAS 60 (1968), s. 488-489.

<sup>35</sup> „Stosunek małżeński z najgłębszej swojej istoty, łącząc najściślej więzią męża i żonę, jednocześnie czyni ich zdolnymi do zrodzenia nowego życia, zgodnie z prawami zawartymi w samej naturze mężczyzny i kobiety” (Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 12: AAS 60 (1968), s. 488-489).

wyraźne «znaczenie oblubieńcze» i rodzicielskie zarazem<sup>36</sup>. To połączenie stanowi istotę aktu małżeńskiego: „człowiekowi nie wolno samowolnie go zrywać” bez zaprzeczenia tym samym swojej godności jako osoby i „wewnętrznej prawdy miłości małżeńskiej”<sup>37</sup>.

*Metody naturalne* 16. Kiedy istnieją uzasadnione powody, aby w duchu odpowiedzialnego rodzicielstwa odłożyć w czasie zrodzenie potomstwa i z tej racji pragnie się uniknąć poczęcia<sup>38</sup>, dozwolone jest, by para powstrzymywała się od aktów seksualnych w okresach płodnych, rozpoznawanych przy pomocy tak zwanych „naturalnych metod regulacji płodności”. Niedozwolone jest natomiast uciekanie się do środków antykoncepcyjnych, czyli „wszelkiego działania, które – bądź to w przewidywaniu zbliżenia małżeńskiego, bądź podczas jego spełniania, czy podczas rozwoju jego naturalnych skutków – miałyby za cel lub prowadziłyby do uniemożliwienia poczęcia”<sup>39</sup>.

Kiedy małżonkowie „stosując się do okresów niepłodności, szanują nierozzerwalny związek znaczenia jednoczącego i prokreacyjnego ludzkiej płciowości, postępują jako «słudzy» zamysłu Bożego i «korzystają» z płciowości zgodnie z pierwotnym dynamizmem

---

<sup>36</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 4b: AAS 80 (1988), s. 91.

<sup>37</sup> Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 12: AAS 60 (1968), s. 488; por. św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, nr 32: AAS 74 (1982), s. 118. „Dlatego «człowiek, który chce zrozumieć siebie do końca – nie wedle jakichś tylko doraźnych, częściowych, czasem powierzchownych, a nawet pozornych kryteriów i miar swojej własnej istoty – musi ze swoim niepokojem, niepewnością, a także słabością i grzesznością, ze swoim życiem i śmiercią, przybliżyć się do Chrystusa»” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Veritatis splendor*, nr 8: AAS 85 (1993), s. 1139).

<sup>38</sup> Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 10: AAS 60 (1968), s. 487.

<sup>39</sup> Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 14: AAS 60 (1968), s. 490.

«całkowitego» obdarowania, bez manipulacji i zniekształceń<sup>40</sup>. Taki sposób przeżywania płciowości ludzkiej, poprzez znajomość fizjologicznych rytmów okresu płodności i niepłodności kobiety, może przyczynić się do realizacji prawdziwie odpowiedzialnego rodzicielstwa. Okresowe pojawianie się płodnej fazy cyklu kobiety staje się każdorazowo bodźcem dla małżonków, aby zadawać sobie pytanie o motywację, którymi się kierują, gdy otwierają się na ewentualne zrodzenie dziecka lub odraczają taką możliwość<sup>41</sup>.

Natomiast środki antykoncepcyjne działają „wbrew naturze tak mężczyzny jak i kobiety, a także wbrew głębokiemu ich zespoleniu”<sup>42</sup>. Zjednoczenie płciowe jest w takich przypadkach oddzielone od prokreacji: akt zostaje zafałszowany w jego naturalnej otwartości na życie. „Zniekształca się w ten sposób i fałszuje pierwotną treść ludzkiej płciowości, zaś dwa znaczenia – jednozące i prokreacyjne – wpisane głęboko w naturę aktu małżeńskiego, zostają sztucznie rozdzielone: jedność zostaje tym samym zdradzona, a płodność poddana samowoli mężczyzny i kobiety”<sup>43</sup>. Postępując w taki sposób, małżonkowie „zajmują postawę «sędziów» zamysłu Bożego i «manipulują» oraz poniżają płciowość ludzką, a wraz z nią osobę własną i współmałżonka, fałszując wartość «całkowitego» daru”<sup>44</sup>.

*Antykoncepcja*

<sup>40</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, nr 32: AAS 32 (1982), s. 119.

<sup>41</sup> „Właśnie taki szacunek uprawnia, w duchu służby odpowiedzialnemu rodzicielstwu, do stosowania naturalnych metod regulacji płodności: są one coraz bardziej precyzyjne z naukowego punktu widzenia i stwarzają konkretne możliwości podejmowania decyzji zgodnych z wartościami moralnymi” (Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 97: AAS 87 (1995), s. 512.

<sup>42</sup> Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 13: AAS 60 (1968), s. 489.

<sup>43</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 23: AAS 87 (1995), s. 427.

<sup>44</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, nr 32: AAS 32 (1982), s. 119.

Różnica etyczno-  
antropologiczna  
między  
metodami  
naturalnymi  
a antykoncepcją

17. Różnica pomiędzy stosowaniem metod naturalnych a stosowaniem środków antykoncepcyjnych w celu uniemożliwienia poczęcia, nie dotyczy jedynie technik czy metod, gdzie decydującym elementem byłby sztuczny lub naturalny charakter postępowania<sup>45</sup>. Chodzi natomiast o różnicę znacznie szerszą i głębszą, a mianowicie o naturę „antropologiczną, a zarazem moralną”<sup>46</sup>, która w ostatecznej analizie dotyczy „dwóch, nie dających się ze sobą pogodzić, koncepcji osoby i płciowości ludzkiej”<sup>47</sup>.

Znaczenie  
jednoczące  
i prokreacyjne  
metod naturalnych

18. Metody naturalne odpowiadają zatem przypisywanemu miłości małżeńskiej znaczeniu, które ukierunkowuje i określa życie małżonków. „Wybór naturalnych rytmów pociąga za sobą akceptację cyklu osoby, to jest kobiety, a co za tym idzie, także akceptację dialogu, wzajemnego szacunku, wspólnej odpowiedzialności, panowania nad sobą. Przyjęcie cyklu i dialogu oznacza następnie uznanie charakteru zarazem duchowego i cielesnego komunii małżeńskiej, jak również przeżywanie miłości osobowej w wierności, jakiej ona wymaga. W tym kontekście para doświadcza, że ich wspólnota małżeńska ubogaca się takimi wartościami, jak czułość i serdeczność, które są czynnikami głęboko ożywiającymi płciowość ludzką również w jej wymiarze fizycznym. W ten sposób płciowość zostaje uszanowana i rozwinięta w jej wymiarze prawdziwie i w pełni ludzkim, nie jest natomiast „używana” jako „przedmiot”, który burząc jedność osobową duszy i ciała, uderza

<sup>45</sup> W rzeczywistości bowiem techniki „naturalne”, których celem jest uniemożliwienie poczęcia poprzez niekompletny akt płciowy, są antykoncepcyjne.

<sup>46</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, nr 32: AAS 74 (1982), s. 120.

<sup>47</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, nr 32: AAS 74 (1982), s. 120.



w samo dzieło stwórcze Boga w najgłębszym powiązaniu natury i osoby”<sup>48</sup>.

19. W celu usprawiedliwienia tej praktyki, „twierdzi się często, że *antykoncepcja*, bezpieczna i dostępna dla wszystkich, stanowi najskuteczniejszy środek przeciw aborcji. Taka argumentacja okazuje się w rzeczywistości zwodnicza. W istocie, kultura proaborcyjna jest najbardziej rozpowszechniona właśnie w środowiskach, które odrzucają nauczanie Kościoła o antykoncepcji”<sup>49</sup>. Bez wątpienia antykoncepcja i aborcja, chociaż posiadają odmienną naturę i ciężar moralny, pozostają bardzo często w ścisłym związku, „niczym owoce jednej rośliny”<sup>50</sup>. Antykoncepcja posługuje się wszelkimi możliwymi środkami, aby uniemożliwić pojawienie się nowego życia. A kiedy, pomimo stosowania antykoncepcji, pojawi się nowe życie, zostaje ono wiele razy odrzucone i przerwane. Antykoncepcja, mimo iż zmniejsza ilość aborcji, to jednak znajduje w niej swoje logiczne przedłużenie.

*Aborcja jako przedłużenie antykoncepcji*

20. W dziedzinie antykoncepcji szczególnego znaczenia nabiera sterylizacja antykoncepcyjna czy antynatalistyczna<sup>51</sup>, która może być dobrowolna lub przymusowa<sup>52</sup>.

*„Nie” wobec dobrowolnej sterylizacji*

<sup>48</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja Apostolska *Familiaris consortio*, nr 32: AAS 74 (1982), s. 120.

<sup>49</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 13: AAS 87 (1995), s. 414.

<sup>50</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 13: AAS 87 (1995), s. 415.

<sup>51</sup> Por. Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 16-17: AAS 87 (1995), s. 418-419.

<sup>52</sup> Doktryna Kościoła odnośnie do różnych form sterylizacji została w sposób syntetyczny potwierdzona w następujących słowach: „Każda sterylizacja, która sama z siebie, czyli ze swej natury i ze względu na uwarunkowanie zmierza bezpośrednio tylko do tego, by przekreślić możliwość prokreacji, powinna być uznana za sterylizację bezpośrednią, zgodnie z ujęciem

W szczególności jeśli chodzi o dobrowolną sterylizację, to bezpośrednio ubezpłodnienie, czy to stałe czy czasowe, zarówno mężczyzny jak i kobiety, zawsze jest moralnie niedopuszczalne i należy je wykluczyć<sup>53</sup>. Jest bowiem pogwałceniem nienaruszalności osoby i jej integralności fizycznej, wykluczającym z niej otwartość na życie<sup>54</sup>.

Inny jest przypadek sterylizacji związanej z działaniem terapeutycznym, który nie rodzi problemów moralnych. Jest ona dozwolona w oparciu o zasadę całościowości, w myśl której dopuszczalne jest usunięcie ludzkiego organu lub pozbawienia go funkcji w przypadku

---

zawartym w nauczaniu papieskim, a zwłaszcza w nauczaniu Piusa XII. Zgodnie z nauczaniem Kościoła, jest więc zakazana w sposób absolutny sterylizacja bezpośrednia, bez względu na jakąkolwiek słuszną subiektywną intencję działających, mającą na uwadze zdrowie lub uniknięcie zła, czy to fizycznego czy psychicznego, jakie należałoby przewidywać lub jakiego należałoby się obawiać na skutek ciąży. Ponadto o wiele bardziej jest zakazana sterylizacja obejmująca samą możliwość rodzenia niż sterylizacja poszczególnych aktów, ponieważ ta pierwsza powoduje prawie zawsze nieodwracalny stan bezpłodności osoby. Nie można powoływać się na żadne zarządzenie władzy publicznej, która, mając na uwadze konieczne dobra, chciałaby narzucić sterylizację bezpośrednią. Stanowiłoby to naruszenie godności i nietykalności osoby ludzkiej. Podobnie nie wolno powoływać się na zasadę całościowości, usprawiedliwiającą usunięcie niektórych organów, mając na uwadze większe dobro osoby. Bezpłodność zamierzona sama przez się nie zmierza do właściwie pojętego integralnego dobra osoby «z zachowaniem porządku rzeczy i dóbr», z chwilą, gdy szkodzi jej dobru etycznemu, które jest największe, ponieważ w sposób zamierzony pozbawia elementu istotnego przewidzianą i dobrowolnie wybraną aktywność seksualną” (Kongregacja Nauki Wiary, *Quaecumque sterilizatio. Odpowiedź na pytania Konferencji Episkopatu Ameryki Północnej dotyczące sterylizacji w szpitalach katolickich*, nr 1: AAS 68 (1976), s. 738-740.

<sup>53</sup> Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 14: AAS 60 (1968), s. 490.

<sup>54</sup> Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, n. 17: AAS 60 (1968), s. 493-494.

jego choroby lub gdy wywołuje procesy patologiczne niemożliwe do wyleczenia w inny sposób. W takim razie muszą jednak zaistnieć przewidywalne i racjonalne korzyści dla pacjenta oraz zgoda wyrażona przez niego samego lub inne uprawnione do tego osoby.

21. Sterylizacja przymusowa jest narzucona przez władze określonym osobom lub grupom osób z racji eugenicznych (jak w przypadku zapobiegania chorobom dziedzicznym), w celu ochrony społeczeństwa (jak w przypadku gwałcicieli recydywistów), w celu ochrony osób słabych czy bezbronnych, a także z innych powodów. Ten rodzaj sterylizacji, ze względu na brak charakteru terapeutycznego, narusza godność, integralność fizyczną osoby oraz jej prawo do prokreacji w małżeństwie. Jako taka jest ona moralnie niedopuszczalna<sup>55</sup>.

„Nie” dla  
sterylizacji  
przymusowej

22. Właściwie przygotowani pracownicy służby zdrowia mogą przyczyniać się, odpowiednio do swoich możliwości, do propagowania ludzkiej i chrześcijańskiej koncepcji płciowości, informując i edukując młodzież w tematyce metod naturalnych w szerszym kontekście zdrowego wychowania do seksualności i miłości, a także udostępniając małżonkom wiedzę niezbędną do odpowiedzialnego i pełnego szacunku postępowania wobec szczególnej godności ludzkiej płciowości<sup>56</sup>.

Ludzkie  
i chrześcijańskie  
rozumienie  
płciowości

Wielką pomocą dla prawidłowego zaznajamiania z metodami naturalnymi może być tworzenie specjalnych centrów naturalnych metod regulacji płodności. Ośrodki te „należy [...] rozwijać, jako skuteczną pomoc dla odpowiedzialnego ojcostwa i macierzyństwa, dzięki którym każda osoba – poczynając od dziecka – jest uznawana i szanowana ze względu na nią samą,

Ośrodki  
naturalnych  
metod regulacji  
płodności

<sup>55</sup> Por. Bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 17: AAS 60 (1968), s. 493-494.

<sup>56</sup> Por. św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, nr 33: AAS 74 (1982), s. 120-123.

zaś kryterium wszelkich decyzji jest bezinteresowny dar z siebie<sup>57</sup>. Dlatego Kościół zwraca się z apelem do pracowników służby zdrowia, aby osoby odpowiednio przygotowane w tej specyficznej dziedzinie, czuły się odpowiedzialne za „skuteczną pomoc małżeństwom w przeżywaniu ich miłości z poszanowaniem struktury i celu aktu małżeńskiego, który ją wyraża”<sup>58</sup>.

### **Medyczne odpowiedzi na niepłodność małżeńską**

23. Zastosowanie do człowieka biotechnologii, opracowanych na podstawie badań nad zapłodnieniem zwierząt, umożliwiło różne interwencje w dziedzinie ludzkiej prokreacji, co zrodziło równocześnie poważne pytania co do ich moralnej godziwości. „Różne *techniki sztucznej reprodukcji*, które wydają się służyć życiu i często są stosowane z tą intencją, w rzeczywistości otwierają drzwi nowym zamachom na życie”<sup>59</sup>.

*Kryteria leczenia  
niepłodności*

Jeżeli chodzi o *leczenie niepłodności*, to nowe techniki medyczne powinny uszanować trzy podstawowe dobra: a) prawo do życia i do integralności fizycznej każdej istoty ludzkiej od poczęcia aż do naturalnej śmierci; b) jedność małżeństwa, która pociąga za sobą wzajemne poszanowanie prawa małżonków do stania się ojcem i matką wyłącznie jeden poprzez drugiego; c) specyficznie ludzkie wartości płciowości, które „wymagają, by przekazanie życia osobie ludzkiej nastąpiło jako owoc wyjątkowego małżeńskiego aktu miłości między małżonkami”<sup>60</sup>.

<sup>57</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 88: AAS 87 (1995), s. 500-501.

<sup>58</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, nr 35: AAS 74 (1982), s. 125.

<sup>59</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 14: AAS 87 (1995), s. 416.

<sup>60</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 12: AAS 100 (2008), s. 865.

Taki akt osobowy jest intymnym zjednoczeniem w miłości małżonków, którzy całkowicie obdarzając się sobą nawzajem, przekazują życie. Jest to jedyny i nierozdzielny akt, równocześnie jednoczący i prokreacyjny, małżeński i rodzicielski, „wyraz wzajemnego daru, który zgodnie ze słowami Pisma świętego sprawia, «że będą oboje jednym ciałem»”<sup>61</sup>; ten akt stanowi źródło życia.

*Akt małżeński  
jako wyraz  
wzajemnego daru*

24. Człowiek nie ma prawa lekceważyć znaczeń i istotnych wartości życia ludzkiego od samego jego początku. Godność osoby ludzkiej wymaga, aby osoba ta przychodziła na świat jako owoc aktu małżeńskiego. Rzeczywiście, miłość małżeńska wyraża swoją płodność w przekazywaniu życia poprzez akt, który odzwierciedla i ucieleśnia jednoczące i prokreacyjne wymiary miłości małżonków.

W obszarze prokreacji każdy środek i interwencja medyczna powinny mieć funkcję wspierającą, a nigdy zastępującą akt małżeński. Istotnie, „lekarz pozostaje w służbie osób i przekazywania życia ludzkiego. Nie jest upoważniony do dysponowania nimi, ani do decydowania o nich. Interwencja lekarska szanuje godność osób, gdy zmierza do wspomżenia aktu małżeńskiego zarówno poprzez ułatwienie jego dopełnienia, jak i poprzez umożliwienie osiągnięcia jego celu, jeśli już został dokonany w sposób normalny. Przeciwnie, nieraz zdarza się, że interwencja lekarska technicznie zastępuje akt małżeński w celu uzyskania poczęcia, które nie jest ani jego wynikiem, ani jego owocem. W tym przypadku interwencja lekarska nie jest, tak jak być powinna, służbą na rzecz jedności małżeńskiej, lecz przywłaszcza sobie funkcję rodzicielską, a w ten sposób występuje

*Wspieranie,  
a nigdy  
zastępowanie  
aktu małżeńskiego*

---

<sup>61</sup> Pius XII, *Przemówienie do uczestniczek Kongresu Katolickiej Unii Położnych Włoskich* (29 października 1951): AAS 43 (1951), s. 850.

przeciw godności oraz niezbywalnym prawom małżonków i mającego się narodzić dziecka”<sup>62</sup>.

*Inseminacja homologiczna wewnątrz małżeństwa* 25. Dopuszczalne są oczywiście wszystkie działania mające na celu usunięcie przeszkód uniemożliwiających naturalną płodność<sup>63</sup> lub ukierunkowane wyłącznie na ułatwienie naturalnego aktu małżeńskiego, a także na pomoc w osiągnięciu jego naturalnego celu. Ma to miejsce w przypadku sztucznej inseminacji homologicznej, dokonywanej wewnątrz małżeństwa za pomocą nasienia małżonka, gdy otrzymuje się je przez normalny akt małżeński i respektuje się ciągłość czasową pomiędzy aktem małżeńskim a poczęciem<sup>64</sup>.

„Nie” dla *FIVET homologicznego* 26. Niedopuszczalne są techniki homologicznego zapłodnienia *in vitro* z przeniesieniem embrionu (FIVET), w których poczęcie następuje nie w łonie matki, ale poza nią – *in vitro*, przez techników, którzy ustalają jego warunki i decydują o jego przebiegu<sup>65</sup>.

Ze swej natury technika pozaustrojowa „powoduje rozdzielenie działań ukierunkowanych na ludzką płodność aktu małżeńskiego”, aktu „nierozdzielnie

---

<sup>62</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 7: AAS 80 (1998), s. 96.

<sup>63</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 13: ASS 100 (2008), s. 866. Do takich przypadków zalicza się na przykład leczenie hormonalne niepłodności o etiologii gonadalnej, chirurgiczne leczenie endometrioz, odblokowanie jajowodów albo mikrochirurgiczna odbudowa ich drożności.

<sup>64</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 12: AAS 100 (2008), s. 866.

<sup>65</sup> „FIVET homologiczny dokonuje się poza ciałem małżonków za pośrednictwem działania osób trzecich, których kompetencja i działanie sprawia powodzenie zabiegu. FIVET powierza więc życie i tożsamość embrionów w ręce władzy lekarzy i biologów oraz ustala panowanie nad pochodzeniem i przeznaczeniem osoby ludzkiej” (Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 5: AAS 80 (1988), s. 93).

cielesnego i duchowego”<sup>66</sup>. Zapłodnienie w ten sposób nie jest „ani otrzymane, ani pozytywnie chciane jako wyraz i owoc specyficznego aktu jedności małżeńskiej”<sup>67</sup>, ale ma miejsce jako „wynik” interwencji technicznej. Odpowiada ono nie logice „daru”, która jest właściwa ludzkiemu przekazywaniu życia, ale „produkcji” i „panowania”, właściwym dla świata przedmiotów i skutków. W tym przypadku dziecko nie rodzi się jako „dar” miłości, ale jako „produkt” laboratorium<sup>68</sup>.

W takich przypadkach człowiek „nie traktuje już życia jako wspaniałego daru Boży, «rzeczywistość» świętą powierzona jego odpowiedzialności, a więc strzeżeniu go z miłością i otaczaniu «czcią». Życie staje się po prostu jedną z «rzeczy», której człowiek domaga się jako swojej wyłącznej własności, całkowicie poddana jego dominacji i manipulacji”<sup>69</sup>.

27. Pragnienie dziecka, jakkolwiek ze strony małżonków szczerze i głębokie, nie uprawnia do uciekania się do technik przeciwnych prawdzie o ludzkim spo-

*Różnica pomiędzy pragnieniem dziecka a prawem do dziecka*

<sup>66</sup> „Podobnie jak zapłodnienie *in vitro*, którego stanowi odmianę, ICSI [Intra Cytoplasmic Sperm Injection, czyli docytoplazmatyczna iniekcja spermy] jest ze swej istoty techniką niegodziwą: powoduje ona całkowite oddzielenie prokreacji od aktu małżeńskiego” (Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 17: AAS 100 (2008), s. 870).

<sup>67</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 4; 5: AAS 80 (1988), s. 91; 92-94.

<sup>68</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 4c: AAS 80 (1988), s. 85-86; 91-92; 96-97. „Pochodzenie osoby ludzkiej jest w rzeczywistości rezultatem oddania się. Poczęte dziecko powinno być owocem miłości swoich rodziców. Nie może być pożądane i poczęte jako wynik interwencji technik medycznych i biologicznych; oznaczałoby to sprowadzenie go do poziomu przedmiotu technologii naukowej. Nikt nie może uzależniać przyjścia dziecka na świat od warunków skuteczności technicznej ocenianej według parametrów kontroli i panowania” (Tamże II, B, 4c: AAS 80 (1988), s. 92).

<sup>69</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 22: AAS 87 (1995), s. 93.

sobie przekazywania życia i o godności nowej istoty ludzkiej<sup>70</sup>.

Pragnienie dziecka nie stanowi źródła żadnego prawa do dziecka. Dziecko jest osobą, ma godność „podmiotu”. Jako takie nie może być chciane jako „przedmiot” prawa. Dziecko jest raczej podmiotem prawa: istnieje prawo dziecka do bycia poczętym w pełnym szacunku dla jego bycia osobą<sup>71</sup>.

Czynniki  
obciążające  
zapłodnienie  
in vitro

28. Do tych racji wewnętrznie sprzeciwiających się godności osoby i jej poczęcia, które decydują o niedopuszczalności technik sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego, dochodzą jeszcze okoliczności i konsekwencje związane z technicznymi sposobami ich stosowania.

---

<sup>70</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 5: AAS 80 (1988), s. 93.

<sup>71</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 8: AAS 80 (1988), s. 97. „Dziecko nie jest czymś *należnym*, ale jest *darem*. «Największym darem małżeństwa» jest osoba ludzka. Dziecko nie może być uważane za przedmiot własności, za coś, do czego prowadziłyby uznanie rzekomego «prawa do dziecka». W tej dziedzinie jedynie dziecko posiada prawdziwe prawa: prawo, by «być owocem właściwego aktu miłości małżeńskiej rodziców i jako osoba od chwili swego poczęcia mająca również prawo do szacunku» (KKK, nr 2378). „Z pewnością FIVET homologiczny nie jest obciążony wszystkimi przeciwwskazaniami etycznymi, które spotyka się w przekazywaniu życia poza małżeństwem; rodzina i małżeństwo pozostają miejscem narodzenia i wychowania dzieci. Jednakże, zgodnie z tradycyjną nauką dotyczącą dóbr małżeństwa i godności osoby, *Kościół jest przeciwny, z moralnego punktu widzenia, sztucznemu zapłodnieniu homologicznemu w próbówce. Jest ono bowiem samo w sobie niegodziwe i sprzeczne z godnością rodzicielstwa oraz jednością małżeńską, nawet wówczas, gdyby zrobiło się wszystko dla uniknięcia śmierci embrionu ludzkiego*. Chociaż nie można apróbować sposobu, przez który dokonuje się poczęcie ludzkie w FIVET, każde dziecko przychodzące na świat ma być przyjęte jako żywy dar dobroci Bożej i wychowane z miłością” (Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 5: AAS 80 (1988), s. 94).



Powodują one bowiem liczną *utrąę embrionów*. Część tych utracę zależy od samych technik, przez co dla narodzenia jednego dziecka akceptuje się utratę około 80% skutecznie przeniesionych embrionów. Inne embriony są bezpośrednio eliminowane ze względu na stwierdzone wady genetyczne<sup>72</sup>. Wreszcie, w przypadku ciąż mnogich, bezpośrednio unicestwia się jeden lub więcej embrionów lub płodów, aby uniknąć zagrożeń dla embrionów czy płodów oszczędzonych<sup>73</sup>. Każde bezpośrednie unicestwienie istoty ludzkiej w okresie pomiędzy poczęciem a narodzinami ma charakter aborcji w pełnym tego słowa znaczeniu.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności i konsekwencje związane ze sposobami sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego, ma się zatem do czynienia z czynnikami dodatkowo obciążającymi postępowanie techniczne, które już samo w sobie jest niedozwolone moralnie.

29. *Techniki sztucznego zapłodnienia heterologicznego* są obciążone etycznym złem oddzielenia rodzicielstwa od małżeństwa. Uciekanie się do gamet osób zewnętrznych wobec małżonków zaprzecza jedności małżeństwa i wierności małżonków oraz narusza prawo dziecka do bycia poczętym i wydanym na świat przez dwoje współmałżonków. W takim przypadku prokreacja „jeżeli zostaje przyjęta, to tylko dlatego, że wyraża pragnienie czy wręcz wolę posiadania dziecka «za wszelką cenę», a wcale nie dlatego, że oznacza bezwarunkową akceptację drugiego człowieka, a więc także otwarcie się na bogactwo życia, które przynosi z sobą dziecko”<sup>74</sup>.

---

<sup>72</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 15; 22: AAS 100 (2008), s. 867; 873.

<sup>73</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 21: AAS 100 (2008), s. 872.

<sup>74</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 23: AAS 87 (1995), s. 427.

„Nie” dla  
technik sztucznego  
zapłodnienia  
heterologicznego

Takie techniki nie uwzględniają wspólnego i jednoczącego powołania małżonków do ojcostwa i macierzyństwa – „do stania się ojcem i matką nawzajem poprzez siebie” – i przyczyniają się do „rozłamu między pokrewieństwem genetycznym, pokrewieństwem wynikającym z ciąży a odpowiedzialnością wychowawczą”<sup>75</sup>, który przenosi się z rodziny na społeczeństwo.

Dodatkowym powodem dyskredytacji jest handel i dobór eugeniczny gamet.

„Nie” dla  
sztucznego  
zapłodnienia kobiet  
niezameężnych  
i żyjących  
w wolnych  
związkach

30. Z tych samych motywów, jeszcze wzmocnionych brakiem węzła małżeńskiego, jest moralnie nie do zaakceptowania sztuczne zapłodnienie niezameężnych i żyjących w wolnych związkach<sup>76</sup>. „Zniekształca się w ten sposób i fałszuje pierwotną treść ludzkiej płciowości, zaś dwa znaczenia – jednoczące i prokreacyjne – wpisane głęboko w naturę aktu małżeńskiego, zostają sztucznie rozdzielone: jedność zostaje tym samym zdradzona, a płodność – podporządkowana samowoli mężczyzny i kobiety”<sup>77</sup>.

„Nie” dla  
inseminacji  
„post mortem”

Z tych samych powodów przeciwna prawdzie o ludzkim rodzicielstwie i o godności mającego się urodzić, jest inseminacja *post mortem*, to znaczy, pobranym i zachowanym za życia, nasieniem zmarłego małżonka.

„Nie” dla  
macierzyństwa  
zastępczego

31. Tak samo przeciwnie godności kobiety, jedności małżeństwa i godności prokreacji osoby ludzkiej jest *macierzyństwo zastępcze*. Wszczepienie do łona kobiety embrionu, który jest jej genetycznie obcy, czy też zapłodnienie jej ze zobowiązaniem oddania nowonarodzonego dziecka zleceniodawcy, oznacza fragmentary-

<sup>75</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, A, 1. 2: AAS 80 (1988), s. 88.

<sup>76</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, A, 2: AAS 80 (1998), s. 88.

<sup>77</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 23: AAS 87 (1995), s. 427.

zacje macierzyństwa, zredukowaniem ciąży do inkubacji nie respektującej godności i prawa dziecka do bycia „poczętym, noszonym w łonie, zrodzonym i wychowanym przez własnych rodziców”<sup>78</sup>.

32. Jakkolwiek, nawet nie mogąc zaaprobować trybu, w jakim dokonało się zapłodnienie, „każde dziecko przychodzące na świat powinno być przyjęte, jako żyjący dar Dobroci Bożej i powinno być z miłością wychowywane”<sup>79</sup>.

*Przyjęcie życia  
jako  
daru Boga*

### **Diagnostyka prenatalna i preimplantacyjna**

33. Coraz lepsze poznawanie życia wewnątrzmacicznego i rozwój narzędzi dostępu do niego, dają dzisiaj możliwość diagnostyki życia przed narodzeniem, pozwalając w ten sposób na coraz wcześniejsze i skuteczniejsze interwencje terapeutyczne. Diagnostyka prenatalna może jednak stwarzać także problemy etyczne związane z ryzykiem diagnostycznym oraz z celami, dla których jest stosowana.

*Problemy etyczne  
diagnostyki  
prenatalnej*

34. Ryzyko diagnostyczne dotyczy przede wszystkim życia i integralności fizycznej płodu – a tylko po części jego matki – i uzależnione jest od różnych technik diagnostycznych i stopnia ryzyka, jakie każda niesie.

*Ocena stopnia  
ryzyka*

Dlatego należy z uwagą oceniać ewentualne negatywne skutki, jakie może mieć użycie określonej techniki badań i „unikac użycia takich metod diagnostycznych, co do których uczciwej celowości i zasadniczej nieszkodliwości nie posiada się wystarczających

*Godziwe diagnozy:  
proporcjonalne  
ryzyko*

---

<sup>78</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 3: AAS 80 (1988), s. 89.

<sup>79</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, A, 5: AAS 80 (1988), s. 92-93.

gwarancji<sup>80</sup>. Jeśli zaś trzeba by się zmierzyć z wysokim współczynnikiem ryzyka, to odwołanie się do takiej diagnozy powinno mieć racjonalne uzasadnienie, potwierdzone w punkcie konsultacji diagnostycznej<sup>81</sup>.

W konsekwencji „taka diagnoza jest dopuszczalna, jeśli zastosowane metody, za zgodą właściwie poinformowanych rodziców, chronią życie i integralność embrionu i jego matki, nie narażając ich na nieproporcjonalne ryzyko”<sup>82</sup>.

*Diagnozy  
przeciwne prawu  
naturalnemu*

35. *Cele*, dla których diagnostyki prenatalnej można się domagać i ją wykonywać, zawsze powinny być ukierunkowane *na dobro* dziecka i matki; ponieważ umożliwiają interwencje terapeutyczne; zapewniają pewność i spokój kobietom ciężarnym, zasmuconym z powodu wątpliwości, co do wad rozwojowych płodu i kuszonych, by uciec się do aborcji; przygotowują, w przypadku niepomyślnego wyniku, do przyjęcia życia naznaczonego *niepełnosprawnością*.

*Związek  
między diagnozą  
prenatalną  
i aborcją*

Diagnoza prenatalna „poważnie sprzeciwia się prawu moralnemu, gdy rozważa możliwość przeprowadzenia aborcji w zależności od wyników. Diagnoza potwierdzająca istnienie jakiejś wady rozwojowej lub choroby dziedzicznej nie może być równoznaczna z wyrokiem śmierci”<sup>83</sup>.

<sup>80</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników sympozjum „Ruch dla życia”* (3 grudnia 1982), w: *Insegnamenti*, V/3 (1982), s. 1512.

<sup>81</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 63: AAS 87 (1995), s. 473; Tenże, *Przemówienie do uczestników sympozjum „Ruch dla życia”*, nr 4, w: *Insegnamenti*, V/3 (1982), s. 1512.

<sup>82</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr I, 2: AAS 80 (1988), s. 79.

<sup>83</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr I, 2: AAS 80 (1988), s. 79-80. „Badania prenatalne, które nie wzbudzają obiekcji moralnych, jeśli są podejmowane w celu wskazania ewentualnych terapii, których podjęcia wymaga zdrowie dziecka nie narodzonego, zbyt często dostarczają okazji do zaproponowania i wykonywania przerywania ciąży. Jest to

Tak samo niedozwolone jest każde zarządzenie albo program legislacji czy też program towarzystw naukowych, które by sprzyjały bezpośredniemu powiązaniu diagnozy prenatalnej i aborcji. Byłby winny moralnie niegodziwej współpracy specjalista, który decydując o diagnostyce i jej wykonaniu oraz informując o jej wynikach, przyczyniałby się dobrowolnie do ustanowienia lub wspierania związku pomiędzy diagnostyką prenatalną i aborcją<sup>84</sup>.

36. Szczególnym rodzajem diagnozy prenatalnej jest *diagnostyka preimplantacyjna*. Jest związana z technikami sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego i zakłada badania genetyczne embrionów powstałych metodą *in vitro* przed ich przeniesieniem do macicy, w celu uzyskania embrionów wolnych od wad genetycznych lub posiadających pewne pożądane cechy<sup>85</sup>. Diagnostyka preimplantacyjna w rzeczywistości jest wyrazem mentalności eugenicznej, która uprawnia aborcję selektywną, aby nie dopuścić do narodzin dzieci cierpiących na różne choroby.

*Diagnostyka preimplantacyjna i mentalność eugeniczna*

„Tego rodzaju mentalność urąga ludzkiej godności i jest w najwyższym stopniu naganna, ponieważ rości

---

[...] aborcja eugeniczna, akceptowana przez [...] mentalność, [która] ... przyjmuje życie tylko pod pewnymi warunkami, odrzucając ułomność, kalectwo i chorobę” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 14: AAS 87 (1995), s. 416).

<sup>84</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr I, 2: AAS 80 (1988), s. 79-80.

<sup>85</sup> Diagnostyka preimplantacyjna jest dzisiaj coraz częściej stosowana, nie tylko w celu wyeliminowania embrionów obciążonych wadami genetycznymi lub chromosomowymi, lecz także w celu wyeliminowania np. embrionów aneuploidalnych, aby zwiększyć skuteczność metody FIVET, zwłaszcza u kobiet, które przekroczyły płodną fazę swojego życia. Podobnie służy ona wyselekcjonowaniu zarodka o pożądanej płci lub zarodka, który byłby ewentualnym dawcą komórek macierzystych z krwi pępowinowej lub szpiku kostnego, zgodnych z inną, żyjącą już osobą.

sobie prawo do mierzenia wartości ludzkiego życia wyłącznie według kryteriów normalności i zdrowia fizycznego, otwierając tym samym drogę do uprawomocnienia także dzieciobójstwa i eutanazji”<sup>86</sup>. Ponadto takie postępowanie „faktycznie ma na celu *jakościową selekcję embrionów i w konsekwencji ich niszczenie*, co jawi się jako wczesne działanie aborcyjne”<sup>87</sup>.

## Mrożenie embrionów i komórek jajowych

„Nie” dla  
kriokonserwacji  
embrionów

37. W technikach prokreacji *in vitro* często trzeba powtarzać próby, zanim osiągnie się rezultat. Dlatego podczas jednego zabiegu pobiera się od kobiety wiele komórek jajowych, tak aby otrzymać wiele embrionów. Embriony, które nie zostaną przeniesione, są natychmiast zamrażane, do ewentualnego użycia podczas kolejnej próby. „Kriokonserwacja jest *nie do pogodzenia z szacunkiem należnym embrionom ludzkim*: zakłada ich produkowanie *in vitro*; wystawia je na poważne niebezpieczeństwo śmierci albo naruszenia ich integralności fizycznej, ponieważ znaczący ich procent nie przeżywa procesu zamrożenia i rozmrożenia; pozbawia je, przynajmniej czasowo, możliwości przyjęcia i kształtowania w łonie matki; stawia je w sytuacji narażenia na dalsze zniewagi i manipulacje”<sup>88</sup>.

Niesprawiedliwość  
nie do naprawienia

Jeżeli chodzi o wielką liczbę *już istniejących zamrożonych embrionów*, z których wiele skazanych jest na „sieroctwo”, pojawia się pytanie: co z nimi zrobić, kiedy kończy się przewidziany czas ich przechowywania? Nie można ich wykorzystać w celach badawczych ani przeznaczyć do celów terapeutycznych, bo prowadzi

<sup>86</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 22: AAS 100 (2008), s. 873-874.

<sup>87</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 22: AAD 100 (2008), s. 873.

<sup>88</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 18: AAS 100 (2008), s. 870.

to do ich zniszczenia. Propozycja wprowadzenia formy adopcji prenatalnej „godna pochwały, co do intencji uszanowania i obrony życia ludzkiego, niesie jednak ze sobą wiele problemów”<sup>89</sup> natury medycznej, psychologicznej i prawnej, nie różniących się od tych, związanych z technikami heterologicznymi i macierzyństwem zastępczym. „Trzeba na koniec stwierdzić, że tysiące porzuconych embrionów stwarzają *sytuację niesprawiedliwości nie do naprawienia*”<sup>90</sup>, która musi być jak najszybciej zatrzymana.

38. W celu uniknięcia poważnych problemów etycznych wywołanych kriokonserwacją embrionów, rozwinęły się techniki zamrażania komórek jajowych. Kriokonserwacja komórek jajowych w celu zapłodnienia *in vitro* jest nie do przyjęcia, nawet w przypadku, gdy powodem kriokonserwacji byłaby ochrona tych komórek przed potencjalnie dla nich szkodliwą terapią antynowotworową.

*„Nie” dla  
kriokonserwacji  
komórek jajowych*

Inaczej jest w przypadku konserwacji tkanki jajnika w celu autoprzeszczepu ortotopowego dla przywrócenia płodności po terapiach potencjalnie szkodliwych dla komórek jajowych. Taka praktyka zasadniczo wydaje się nie stwarzać problemów moralnych.

*Konserwacja  
tkanki jajnika*

## **Nowe próby zrodzenia człowieka**

39. Techniki sztucznego zapłodnienia mogą dzisiaj otworzyć drogi dla prób lub planów zapłodnienia między gametami ludzkimi i zwierzęcymi, rozwijania embrionu ludzkiego w zwierzęcej lub w sztucznej macicy, aseksualnego rozmnażania istot ludzkich przez podział bliźniaczy, klonowanie, partenogenezę i inne

*Inne techniki  
przeciwne  
godności  
embrionu*

---

<sup>89</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 19: AAS 100 (2008), s. 871.

<sup>90</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 19: AAS 100 (2008), s. 871.

podobne techniki. Takie postępowanie sprzeciwia się ludzkiej godności embrionu oraz przekazywania życia i z tych względów są moralnie naganne<sup>91</sup>.

W szczególności klonowanie w celach reprodukcyjnych „jest ze swej natury niedopuszczalne, gdyż doprowadzając do skrajności zło sztucznego zapłodnienia, ma na celu wytwarzanie nowych istot ludzkich w sposób nie mający żadnego związku z aktem wzajemnego obdarowania dwojga małżonków i jeszcze bardziej radykalnie, bez żadnego związku z płciowością”<sup>92</sup>.

„Jeszcze groźniejsze z punktu widzenia etycznego jest tzw. klonowanie *terapeutyczne*. Tworzenie embrionów z zamiarem ich zniszczenia, nawet jeśli przyświeca temu intencja niesienia pomocy chorym, jest całkowicie niezgodne z godnością człowieka, ponieważ czyni z życia istoty ludzkiej, choć jest ona w stadium embrionalnym, jedynie narzędzie do wykorzystania i zniszczenia. *Poświęcanie ludzkiego życia dla celów terapeutycznych jest głęboko niemoralne*”<sup>93</sup>.

W przypadku zabiegów tak zwanego *klonowania hybrydowego*, w którym wykorzystywane są komórki jajowe zwierzęce do reprogramowania jądra ludzkiej komórki somatycznej, mamy do czynienia z kolejnym „naruszeniem godności istoty ludzkiej, ponieważ dochodzi w nich do *wymieszania ludzkich i zwierzęcych elementów genetycznych, co może doprowadzić do zaburzenia specyficznej tożsamości człowieka*”<sup>94</sup>.

---

<sup>91</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 7: AAS 80 (1988), s. 95-96.

<sup>92</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 28: AAS 100 (2008), s. 879.

<sup>93</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 30: AAS 100 (2008), s. 879.

<sup>94</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 33: AAS 100 (2008), s. 882.



ŻYCIE



40. „Od chwili, w której jajo zostaje zapłodnione, rozpoczyna się nowe życie, które nie jest życiem ojca lub matki, lecz nowej istoty ludzkiej, która rozwija się zgodnie z własną wewnętrzną celowością, niezależnie od nich. Nie stałaby się nigdy człowiekiem, jeśli nie byłaby nim od tego momentu... Od chwili zapłodnienia rozpoczyna się historia ludzkiego życia, którego wszystkie zdolności wymagają czasu na ukształtowanie się i przygotowanie do działania”<sup>95</sup>.

*Początek nowej  
istoty ludzkiej*

Odkrycia biologii człowieka potwierdzają, że „w zygocie powstałej z zapłodnienia utworzyła się już tożsamość biologiczna nowej jednostki ludzkiej”<sup>96</sup>. Jest to własna indywidualność autonomicznego bytu, wewnętrznie określonego, samorealizującego się stopniowo w bytowej ciągłości.

*Osobowa  
natura  
zygoty*

Jest więc błędne i mylące mówienie o „pre-embryonie”, jeśli rozumie się przez ten termin stadium lub formę życia przed-ludzkiego poczętej istoty ludzkiej. „Rzeczywistość ludzkiego istnienia w istocie przez całe jego życie, przed i po narodzeniu, nie pozwala wnioskować ani o zmianie natury, ani o stopniowaniu wartości moralnej, ponieważ posiada *pełną kwalifikację antropologiczną i etyczną*. A zatem embriion ludzki od samego początku ma godność właściwą osobie”<sup>97</sup>. Jego dusza – nieredukowalna do samej materii i która nie może mieć innego źródła, jak w samym Bogu, przez Niego bezpośrednio stworzona i będąca zasadą jedności istoty ludzkiej<sup>98</sup> – jest załączkiem wieczności, którą niesie wpisana

<sup>95</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o przerywaniu ciąży *Quaestio de abortu* (18 czerwca 1974), nr 12; 13: AAS 66 (1974), s. 738.

<sup>96</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr I, 1: AAS 80 (1988), s. 78.

<sup>97</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 5: AAS 100 (2008), s. 862.

<sup>98</sup> Por. Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska *Gaudium et spes*, nr 14. „Dusza duchowa i nieśmiertelna jest zasadą jedności człowieka, jest tym, dzięki czemu istnieje on

w siebie<sup>99</sup>. „Czyż jest to do pomyślenia, by choćby przez chwilę ten cudowny proces przebiegu życia nie podlegał mądrym i miłującemu działaniu Stwórcy i był wydany na łaskę ludzkiej samowoli?”<sup>100</sup>.

41. Życie prenatalne jest życiem w pełni ludzkim w każdej fazie swojego rozwoju. Należy mu się więc taki sam szacunek, taka sama ochrona i taka sama opieka, jakie są należne każdej osobie ludzkiej.

*Troska o proces  
rodzącego się  
życia*

Do wszystkich pracowników służby zdrowia, a w szczególności do pracujących na oddziałach położniczych, „należy troskliwe czuwanie nad cudownym i tajemniczym procesem rozwoju życia, jaki dokonuje się w łonie matki, w celu kontrolowania jego prawidłowego przebiegu i pomocy w szczęśliwym jego zakończeniu w chwili przyjścia na świat nowego stworzenia”<sup>101</sup>.

*Przejście od  
okresu ciąży  
do fizjologicznej  
niezależności*

42. *Narodzenie* dziecka stanowi ważny i znaczący moment rozwoju zapoczątkowanego przez poczęcie, gdyż od tego momentu dziecko jest w stanie żyć w fizjologicznej niezależności od matki oraz wejść w nową relację ze światem zewnętrznym.

Może zdarzyć się, w przypadku przedwczesnego porodu, że ta niezależność nie zostaje w pełni osiąg-

---

jako całość – «corpore et anima unus» – jako osoba” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Veritatis splendor*, nr 48: AAS 85 (1993), s. 1172).

<sup>99</sup> Por. KKK, nr 33. „Choć istnienia duchowej duszy nie da się stwierdzić na podstawie obserwacji żadnych danych doświadczalnych, to jednak same wyniki badań naukowych dotyczących ludzkiego embrionu dostarczają «cennej wskazówki dla rozumowego rozpoznania obecności osobowej, od pierwszej chwili pojawienia się życia ludzkiego: czy jednostka ludzka nie byłaby ludzką osobą?»” (Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 5: AAS 100 (2008), s. 862).

<sup>100</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 44: AAS 87 (1995), s. 450.

<sup>101</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Zjazdu Położnych* (26 stycznia 1980), nr 1: AAS 72 (1980), s. 84.

nięta. W takim przypadku pracownicy służby zdrowia mają obowiązek opieki nad noworodkiem i podjęcia adekwatnego leczenia w celu osiągnięcia pełnej vitalności lub, gdy nie jest to możliwe, towarzyszyć mu w ostatniej fazie życia.

43. Jeśli zachodzi obawa o życie noworodka, pracownicy służby zdrowia, jako uczestnicy misji ewangelizacyjnej powierzonej Kościołowi (por. *Mt* 28,19; *Mk* 16,15-16), mogą udzielić chrztu zgodnie z przewidzianymi warunkami<sup>102</sup>.

*Chrzest  
w przypadku  
zagrożenia życia*

44. Szacunek, ochrona i troska należą się każdej istocie ludzkiej, „gdyż w sposób niezatarty są w niej zapisane właściwa jej godność i wartość”<sup>103</sup>. Człowiek jest rzeczywiście jedynym na ziemi stworzeniem, którego Bóg „chciał dla niego samego”; całe jego jestestwo nosi w sobie obraz Stwórcy. Z tej racji życie ludzkie jest święte, ponieważ od samego początku domaga się „stworczego działania Boga” i „pozostaje na zawsze w specjalnym odniesieniu do Stwórcy, jedynego swojego celu”<sup>104</sup>. A zatem każda istota ludzka od samego początku posiada godność i wartość właściwe dla osoby<sup>105</sup>.

*Wyjątkowa  
godność  
istoty ludzkiej*

45. Życie ludzkie jest – jednocześnie i nieredukowalnie – cielesne i duchowe. „Na mocy zjednoczenia substancjalnego z duszą rozumną, ciało ludzkie nie może być uważane tylko za zespół tkanek, narządów i funkcji; ani nie może być oceniane tą samą miarą co

*Życie cielesne  
i duchowe*

<sup>102</sup> Por. *KPK*, kan. 861 § 2.

<sup>103</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 6: AAS 100 (2008), s. 862.

<sup>104</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr 5: AAS 80 (1988), s. 76-77.

<sup>105</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 5: AAS 100 (2008), s. 861-862.

ciało zwierząt, jest bowiem istotną częścią osoby, która przez nie objawia się i wyraża”<sup>106</sup>.

*Ciało manifestacją osoby* 46. Ciało, jako manifestacja osoby, nie jest etycznie obojętne, lecz ma swoje znaczenie moralne: indykatorywno-imperatywny wymiar działania<sup>107</sup>. Ludzkie ciało jest rzeczywistością typowo osobową, znakiem i miejscem relacji z innymi, z Bogiem oraz ze światem<sup>108</sup>.

Ciało posiada swoje własne prawa i wartości, które człowiek musi stopniowo odkrywać, stosować i porządkować. Nie można abstrahować od ciała, a podnosić uczuć i subiektywnych pragnień do rangi wyłącznych źródeł moralności.

### **Nienaruszalność i nietykalność życia**

*Przynależność ciała do Boga* 47. „Nietykalność osoby, będąca odbiciem absolutnej nietykalności samego Boga, wyraża się przede

---

<sup>106</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr 3: AAS 80 (1988), s. 74.

<sup>107</sup> „Istotnie, tylko w perspektywie prawdziwej natury osoba ludzka może rzeczywistnie się jako «zjednoczona całość»; natura ta jest równocześnie cielesna i duchowa. Na mocy zjednoczenia substancjalnego z duszą rozumną, ciało ludzkie nie może być uważane tylko za zespół tkanek, narządów i funkcji; nie może być oceniane na równi z ciałem zwierząt, jest bowiem istotną częścią osoby, która przez to ciało objawia się i wyraża. Naturalne prawo moralne wyraża i wskazuje cele, uprawnienia i obowiązki, które opierają się na cielesnej i duchowej naturze osoby ludzkiej. Natura ludzka nie może być zatem rozumiana jako zwyczajnie ustalająca normy biologiczne, lecz powinna być określona jako rozumny porządek, według którego człowiek jest powołany przez Stwórcę do kierowania i regulowania swoim życiem i swoim działaniem, a w szczególności do używania i dysponowania swoim ciałem” (Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr 3: AAS 80 (1988), s. 74). Por. bł. Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, nr 10: AAS 60 (1968), s. 487.

<sup>108</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 23: AAS 87 (1995), s. 426.

wszystkim i w sposób zasadniczy w *nietykalności życia ludzkiego*<sup>109</sup>. „Pytanie: «Cóżeś uczynił?»» (Rdz 4,10), które Bóg zadał Kainowi, gdy ten zabił swego brata Abła, wyraża doświadczenie każdego człowieka: w głębi jego sumienia jest wzywany do nienaruszalności życia – własnego i innych – jako rzeczywistości, która do niego nie należy, bo jest własnością i darem Boga, Stwórcy i Ojca<sup>110</sup>.

Ciało uczestniczy, nierozdzielnie od ducha, w godności właściwej osobie i w jej ludzkiej wartości: jest *ciałem-podmiotem*, a nie ciałem-przedmiotem, a jako takie jest nienaruszalne i nietykalne<sup>111</sup>. Nie można dysponować ciałem jak posiadaniem przedmiotem, tak jak i nie można nim manipulować jak rzeczą czy narzędziem, którego jest się panem i sędzią.

Każda niewłaściwa interwencja na ciele jest obrażą dla godności osoby, a przez to także Boga, który jest jego jedynym i absolutnym Panem: „Człowiek nie jest panem swojego życia, ale otrzymuje je *na użytkowanie*; nie jest jego właścicielem, ale zarządcą, ponieważ tylko Bóg jest Panem życia<sup>112</sup>.

*Naruszenie  
godności  
osoby*

48. Przynależność do Boga, a nie do człowieka, nadaje życiu charakter sakralny, który wzbudza postawę głębokiego szacunku: „Życie ludzkie jest święte, ponieważ od samego początku implikuje «stwórcze działa-

*Sakralny  
charakter życia*

<sup>109</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja apostołska *Christifideles laici*, nr 38: AAS 81 (1989), s. 462-463.

<sup>110</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 40: AAS 87 (1995), s. 445.

<sup>111</sup> „Ciało człowieka uczestniczy w godności «obrazu Bożego»; jest ono ciałem ludzkim właśnie dlatego, że jest ożywiane przez duszę duchową, i cała osoba ludzka jest przeznaczona, by stać się w Ciele Chrystusa świątynią Ducha” (KKK, nr 364).

<sup>112</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie dla uczestników sympozjum „Ruch dla życia”* (12 października 1985), w: *Insegnamenti*, t. VIII/2 (1985), s. 265.

nie Boga» i pozostaje na zawsze w specjalnej relacji do Stwórcy, jedyne go swojego celu. Sam Bóg jest Panem życia, od jego początku aż do końca. Nikt, w żadnych okolicznościach, nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego zniszczenia niewinnej istoty ludzkiej<sup>113</sup>.

Działalność medyczno-sanitarna polega przede wszystkim na służbie i ochronie tej świętości: jest profesją, która broni nieinstrumentalnej wartości życia, które jest dobrem samym w sobie<sup>114</sup>. „Życie człowieka pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywym tchnieniu. Dlatego Bóg jest jedynym Panem tego życia: człowiek nie może nim rozporządzać”<sup>115</sup>.

49. Należy to podkreślić ze szczególną mocą i przyjąć z uważną świadomością w czasach inwazyjnego rozwoju technologii biomedycznych, w których zwiększa się ryzyko bezprawnej manipulacji życiem ludzkim. Nie chodzi o rozpatrywanie samych technik, ale o ich rzekomą neutralność etyczną. Nie wszystko to, co jest technicznie możliwe, można uznać za moralnie dopuszczalne.

Możliwość  
techniczna  
a godziwość  
etyczna

Możliwości techniczne powinny być oceniane miarą ich godziwości etycznej, która określa ich zgodność z człowieczeństwem, czyli ich rzeczywiste zaangażowanie na rzecz ochrony i szacunku dla godności osoby ludzkiej<sup>116</sup>.

<sup>113</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr 5: AAS 80 (1988), s. 76-77.

<sup>114</sup> „Naukowcy i lekarze nie mogą uznawać się za panów życia, lecz za ekspertów i tych, którzy ofiarnie mu służą”, św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Papieskiej Akademii Nauk* (21 października 1985), nr 3: AAS 78 (1986), s. 314.

<sup>115</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 39: AAS 87 (1995), s. 444.

<sup>116</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Uczestników Kongresu „Ruchu dla życia”* (12 października 1985), nr 5: AAS 78 (1986), s. 267. Tenże, *Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej*



50. Nauka i technika każdego dnia poszerzają swoje granice, „nie mogą jednak same z siebie wyznaczać sensu istnienia i ludzkiego postępu. Będąc podporządkowane człowiekowi, od którego biorą początek oraz wzrost, czerpią z osoby i jej moralnych wartości wskazania, co do ich celowości oraz świadomość swoich granic”<sup>117</sup>. Właśnie z tego powodu nauka winna być sprzymierzeńcem mądrości<sup>118</sup>.

*Nauka  
sprzymierzeńcem  
mądrości*

## **Aborcja i przerwanie nienarodzonego życia**

51. Nienaruszalność osoby ludzkiej od chwili poczęcia zabrania aborcji, która stanowi przerwanie życia prenatalnego i bezpośrednio naruszenie podstawowego prawa istoty ludzkiej do życia: „owocowi ludzkiej prokreacji od pierwszego momentu istnienia przysługuje ten bezwarunkowy szacunek, jaki moralnie należy się ludzkiej istocie w jej integralności oraz jedności cielesnej i duchowej: *«Istota ludzka powinna być szanowana i traktowana jako osoba od momentu swego poczęcia i dlatego od tego samego momentu należy uznać jej prawa osoby, wśród których przede wszystkim nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty ludzkiej do życia»*”<sup>119</sup>.

*„Nie” dla  
aborcji*

Dlatego dobrowolne przerwanie życia przed urodzeniem stanowi „haniebne przestępstwo”<sup>120</sup>: „*bezpośrednie przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel*

---

*Akademii Nauk* (23 października 1982), nr 2: AAS 75 (1983), s. 36; Tenże, *Przemówienie do uczestników Colloquium Międzynarodowej Fundacji „Nova Spes”* (9 listopada 1987), nr 2: AAS 80 (1988), s. 627.

<sup>117</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr 2: AAS 80 (1988), s. 73.

<sup>118</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 10: AAS 100 (2008), s. 864.

<sup>119</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 60: AAS 87 (1995), s. 469.

<sup>120</sup> Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska *Gaudium et spes*, nr 51. Por. bł. Paweł VI, *Przemówienie do uczestników XXIII Narodowego Kongresu Stowarzyszenia Włoskich*

czy jako środek, jest zawsze poważnym nieładem moralnym, gdyż jest dobrowolnym zabójstwem niewinnej istoty ludzkiej. [...] Żadna okoliczność, żaden cel, żadne prawo na świecie nigdy nie będą mogły uczynić godziwym aktu, który sam w sobie jest niegodziwy, ponieważ sprzeciwia się Prawu Bożemu, zapisanemu w sercu każdego człowieka, rozpoznawanemu przez sam rozum i głoszonemu przez Kościół<sup>121</sup>.

„Nie” dla  
kultury  
aborcyjnej

Eliminowanie życia poczętego niechcianego dziecka stało się zjawiskiem dość powszechnym, finansowanym ze środków publicznych i ułatwianym przez permissywne prawodawstwa, które depenalizują lub legalizują przerywanie ciąży<sup>122</sup>. Wszystko to niestety prowadzi wielu ludzi do niepoczucia się już do żadnej odpowiedzialności wobec życia poczętego oraz do

---

*Prawników Katolickich* (9 grudnia 1972): AAS 64 (1972), s. 776-779.

<sup>121</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 62: AAS 87 (1995), s. 472.

<sup>122</sup> „Wśród tych bezbronych, o których Kościół chce się troszczyć ze szczególną miłością, są również dzieci mające się narodzić. Są one najbardziej bezbronne i niewinne ze wszystkich, a dzisiaj chce się je pozbawić ludzkiej godności, aby robić z nimi to, co się chce, pozbawiając je życia i wprowadzając ustawodawstwo, uniemożliwiające przeciwstawianie się temu zabijaniu. Często, aby lekceważąco ośmieszyć podejmowaną przez Kościół obronę życia nienarodzonych, przedstawia się jego stanowisko jako coś ideologicznego, obskuranckiego i konserwatywnego. A przecież obrona rodzącego się życia jest ściśle związana z obroną jakiegokolwiek prawa człowieka. Zakłada ona przekonanie, że każda istota ludzka jest zawsze święta i nienaruszalna w jakiegokolwiek sytuacji i w każdej fazie swego rozwoju. Jest ona celem samym w sobie, a nigdy środkiem do rozwiązania innych trudności. Jeśli obalimy to przekonanie, nie znajdziemy solidnych i trwałych fundamentów do obrony praw człowieka, będą one zawsze uzależnione od korzyści tych, którzy aktualnie sprawują władzę” (Papież Franciszek, Adhortacja apostolska *Evangelii gaudium*, nr 213: AAS 105 (2013), s. 1108). Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników kongresu „Ruch dla życia”*, nr 3: AAS 78 (1986), s. 266.

banalizowania aborcji i lekceważenia jej ciężaru moralnego<sup>123</sup>.

52. Kościół podnosi swój głos w ochronie życia, w szczególności tego bezbronnego i nieuznawanego, jakim jest życie embrionalne i płodowe<sup>124</sup>.

Kościół ponadto wzywa pracowników służby zdrowia do *wierności zawodowej*, która nie toleruje żadnego czynu wymierzonego przeciw życiu, pomimo „ryzyka niezrozumienia, nieporozumień czy nawet poważnych oskarżeń”<sup>125</sup>, do jakich taka spójność postawy może prowadzić. *Wierność medyczno-sanitarna* odbiera prawomocność każdej interwencji, chirurgicznej lub farmakologicznej, skierowanej na przerwanie ciąży na każdym jej etapie.

*Wierność  
zawodowa*

---

<sup>123</sup> „Niestety, te niepokojące zjawiska bynajmniej nie znikają, przeciwnie, ich zasięg staje się raczej coraz szerszy... kształtuje się i utrwała nowa sytuacja kulturowa, w której następstwa przeciw życiu zyskują aspekt dotąd nieznany i – rzecz można – jeszcze bardziej niegodziwy, wzbudzając głęboki niepokój; znaczna część opinii publicznej usprawiedliwia przestępstwa przeciw życiu w imię prawa do indywidualnej wolności i wychodząc z tej przesłanki domaga się, nie tylko ich niekaralności, ale wręcz aprobaty państwa dla nich, aby móc ich dokonywać z całkowitą swobodą, a nawet korzystając z bezpłatnej pomocy służby zdrowia” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 4: ASS 87 (1995), s. 404); por. KKK, nr 2271.

<sup>124</sup> „Sam rozum wystarczy, aby uznać nienaruszalną wartość każdego ludzkiego życia, ale jeśli spojrzymy na nie w świetle wiary, «wszelki gwałt zadany osobistej godności istoty ludzkiej wzywa o pomstę przed obliczem Bożym i jest obrazą Stwórcy człowieka»” (Papież Franciszek, Adhortacja apostołska *Evangelii gaudium*, nr 213: AAS 105 (2013), s. 1108).

<sup>125</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich* (28 grudnia 1978), w: *Insegnamenti*, t. I (1978), s. 438; por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o przerywaniu ciąży *Quaestio de abortu*, nr 24: AAS 66 (1974), s. 744.

Ocena skrajnych przypadków 53. Zrozumiałe jest, że w pewnych przypadkach powstrzymanie się od praktyk aborcyjnych może być uznane za stojące w konflikcie z innymi dobrami, uważanymi za ważne, które chciałoby się zachować: jak w sytuacji poważnego zagrożenia dla zdrowia matki, ciężkich sytuacji ekonomiczno-społecznych, czy też ciąży będącej wynikiem przemocy seksualnej<sup>126</sup>.

Nie można nie uznawać lub minimalizować tych trudności i racji, z jakich one wyrastają. Należy jednak także stwierdzić, że żadna z nich nie może przyznać prawa do decydowania o życiu drugiego, nawet w jego fazie początkowej: norma moralna, która zakazuje bezpośredniego przerwania życia niewinnej istoty ludzkiej, nie zna wyjątków<sup>127</sup>.

Aborcja jako konsekwencja działania terapeutycznego 54. Niedopuszczalność etyczna dotyczy każdej formy bezpośredniego przerywania ciąży jako aktu, który sam w sobie jest naganny. Gdy aborcja następuje jako przewidywana, ale niezamierzona, ani niechciana konsekwencja działania terapeutycznego nie do uniknięcia ze względu na zdrowie matki, jest moralnie dopuszczalna. Aborcja w takim przypadku, jest pośrednią konse-

---

<sup>126</sup> „Właśnie dlatego, że kwestia ta powiązana jest z przesłaniem o wartości osoby ludzkiej, nie powinno się oczekiwać, że Kościół zmieni swoje stanowisko w tej sprawie. Chcę być całkowicie uczciwy pod tym względem. Kwestia ta nie jest przedmiotem zamierzonych reform lub «modernizacji». Nie jest żadnym postępem próba rozwiązywania problemów przez eliminację życia ludzkiego. Jednakże jest też prawdą, że uczyniliśmy niewiele, aby odpowiednio pomagać i towarzyszyć kobietom znajdującym się w bardzo ciężkiej sytuacji, w której aborcja jawi się jako szybkie rozwiązanie ich poważnych problemów, szczególnie gdy rozwijające się w nich życie zaistniało w wyniku gwałtu lub w kontekście krańcowego ubóstwa” (Papież Franciszek, Adhortacja apostolska *Evangelii gaudium*, nr 214: AAS 105 (2013), s. 1108-1109).

<sup>127</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 57: AAS 87 (1995), s. 466; Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o przerywaniu ciąży *Quaestio de abortu*, nr 14: AAS 66 (1974), s. 740.

kwencją czynu, który sam w sobie nie ma charakteru abortywnego<sup>128</sup>.

## Redukcja embrionów

55. Współczesne techniki sztucznego zapłodnienia, a zwłaszcza przenoszenie większej liczby embrionów do łona matki, powodują znaczny wzrost liczby ciąż mnogich, co otwiera drogę do możliwych interwencji w celu zmniejszenia liczby embrionów lub płodów obecnych w łonie matki, poprzez ich bezpośrednie uśmiercenie.

„Nie” dla  
redukcji  
embrionów

„Z punktu widzenia etycznego *redukcja embrionów jest zamierzoną aborcją selektywną*. Jest to bowiem rozmyślne i bezpośrednie zniszczenie jednej lub wielu niewinnych istot ludzkich w początkowej fazie ich istnienia, i jako taka stanowi zawsze poważny nieporządek moralny”<sup>129</sup>.

## Środki „przechwytyjące” i przeciwciażowe

56. Istnieją pewne *środki* zwane *przechwytyjącymi*<sup>130</sup>, które w razie poczęcia mogą uniemożliwić zagnieżdzenie się embrionu w macicy matki. Nie powodują one za każdym razem przerwania ciąży, gdyż nie zawsze po stosunku płciowym dochodzi do zapłodnienia.

„Nie” dla środków  
„przechwytyjących”

<sup>128</sup> Por. Pius XII, *Przemówienie do „Frontu rodzin” i „Stowarzyszeń Rodzin Wielodzietnych”* (27 listopada 1951): AAS 43 (1951), s. 859.

<sup>129</sup> Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja Dignitas personae*, nr 21: AAS 100 (2008), s. 872-873. Por. Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska *Gaudium et spes*, nr 51; św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 62: AAS 87 (1995), s. 472.

<sup>130</sup> Najbardziej znanymi środkami „przechwytyjącymi” są spirala albo IUD (*Intra Uterine Device*) oraz tak zwana „pigułka następnego dnia”.

Nawet gdyby nie doszło do zapłodnienia i w konsekwencji do aborcji, to jednak sama intencja, by przepisać i przyjmować takie środki w celu uniemożliwienia implantacji w macicy ewentualnie poczętego embrionu, nadaje tym aktom charakter aborcyjny<sup>131</sup>.

„Nie” dla  
środków  
przeciwciażowych

*Techniki przeciwciażowe*<sup>132</sup> natomiast, powodując zniszczenie embrionu już zagnieżdżonego, są zawsze aborcją zamierzoną. „Stąd stosowanie środków «przechwytyjących» i przeciwciażowych wchodzi w zakres grzechu aborcji i jest poważnie niemoralne”<sup>133</sup>.

### Ciąże ektopowe

„Nie” dla  
bezpośredniego  
przerwania  
życia w ciążach  
ektopowych

57. Stanowiące nierzadką patologię *ciąże ektopowe*, to jest takie, w których zagnieżdżenie embrionu następuje w innych miejscach niż błona śluzowa jamy macicy, stanowią problem nie tylko o charakterze klinicznym, lecz mają także implikacje w porządku etycznym. Kobieta narażona jest na poważne niebezpieczeństwo dla jej życia lub konsekwencje związane z jej przyszłą płodnością, podczas gdy embrion zasadniczo nie może przeżyć. Obowiązuje tutaj norma zakazująca bezpośredniego uśmiercenia embrionu, natomiast usprawiedliwione są działania skierowane wyłącznie na ocalenie życia i zdrowia kobiety.

### Płody anencefaliczne

„Nie” dla  
aborcji płodów  
anencefalicznych

58. Szczególnym przypadkiem są *płody anencefaliczne*, tzn. takie, u których nie ma miejsca rozwój półkul mózgowych, podczas gdy obecny jest wyłącznie pień

<sup>131</sup> Ponieważ ogólnie rzecz ujmując nie można stwierdzić aborcji, nie pociąga to za sobą ekskomuniki. Por *KPK*, kan. 1398.

<sup>132</sup> Głównymi środkami przeciwciażowymi są pigułka RU-486 lub Mifepriston, prostaglandyna i Methotrexate.

<sup>133</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 23: AAS 100 (2008), s. 875.

mózgu. Wiele z nich umiera przed porodem, a w przypadku narodzin, czas ich przeżycia jest bardzo krótki. Jeśli stwierdzi się anencefalię, nie jest dozwolone zastosowanie aborcji. Należy natomiast zapewnić kobiecie ciężarnej, przeżywającej to trudne doświadczenie, odpowiednią opiekę i wsparcie.

Dzieci te po narodzeniu powinny zostać poddane jedynie zwykłej opiece medycznej, włączając w to opiekę paliatywną, unikając przy tym wszelkich form uporczywej terapii. Ewentualne pobranie organów lub tkanek dozwolone jest dopiero po stwierdzeniu śmierci. Reanimacja, ukierunkowana wyłącznie na utrzymanie żywotności organów w celu ich późniejszego pobrania, jest etycznie nieusprawiedliwiona, gdyż jest wyrazem niegodziwej instrumentalizacji ich godności osobowej<sup>134</sup>.

## Sprzeciw sumienia

59. Wobec prawodawstwa sprzyjającego przerywaniu ciąży pracownik służby zdrowia „może przeciwstawić jedynie swój obywatelski, ale zdecydowany sprzeciw”<sup>135</sup>. Człowiek nigdy nie może być posłuszny prawu, które samo w sobie jest niemoralne, a tak jest w przypadku prawa, które pozwalałoby, co do zasady, na przerywanie ciąży. Wartość nienaruszalności życia i prawa Bożego, które go chroni, przewyższa wszelkie pozytywne prawo ludzkie<sup>136</sup>. Gdy prawo stanowione

*Prawo-obowiązek  
sprzeciwu sumienia*

*Prymat  
prawa Bożego*

<sup>134</sup> Por. Committee on Doctrine of the U.S. National Conference of Catholic Bishops, *Moral principles concerning infants with anencephaly*, „Origins” 10 (1996), s. 276.

<sup>135</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestniczek zjazdu położnych* (26 stycznia 1980), nr 3: AAS 72 (1980), s. 86.

<sup>136</sup> „Odmowa współdziałania w niesprawiedliwości to nie tylko obowiązek moralny, ale także podstawowe ludzkie prawo. Gdyby tak nie było, człowiek byłby zmuszony popełniać czyny z natury swojej uwłaczające jego godności i w ten sposób jego wolność, której autentyczny sens i cel polega na dążeniu do prawdy i dobra, zostałaby radykalnie naruszona. Chodzi

jest sprzeczne z prawem Bożym, to sumienie potwierdza swoje pierwotne prawo i prymat prawa Bożego: „Trzeba bardziej słuchać Boga niż ludzi” (Dz 5,29).

*Sprawiedliwość  
i męstwo  
w prawdzie*

„Nie zawsze jest łatwo iść za głosem sumienia w przestrzeganiu prawa Bożego, zwłaszcza, że może to pociągnąć za sobą ofiary i obciążenia, których wagi nie wolno lekceważyć. Trzeba niekiedy heroizmu, aby pozostać wiernym tym wymaganiom. Trzeba jednak jasno stwierdzić, że stała wierność prawdziwemu i prawemu sumieniu jest drogą do autentycznego rozwoju osoby ludzkiej”<sup>137</sup>.

Wszelka próba delegitymizacji – nie tylko za pomocą sankcji karnych, lecz także poprzez inne konsekwencje „prawne, dyscyplinarne, materialne czy zawodowe” – odwołania się do sprzeciwu sumienia zasługuje na potępienie, jako poważne naruszenie praw człowieka<sup>138</sup>.

*Ujawnianie  
niesprawiedliwości  
prawnej*

60. Autentycznie motywowany sprzeciw sumienia pracownika służby zdrowia, oprócz tego, że jest znakiem wierności zawodowej, posiada także głębokie znaczenie jako *społeczne ujawnienie niesprawiedliwości prawnej* wobec niewinnego i bezbronnego życia.

---

tu zatem o prawo podstawowe, które właśnie z tego względu powinno być przewidziane w ustawodawstwie państwowym i przez nie chronione. Oznacza to, że lekarze, personel medyczny i pielęgniarzki oraz osoby kierujące instytucjami służby zdrowia, klinik i ośrodków leczniczych powinny mieć zapewnioną możliwość odmowy uczestnictwa w planowaniu, przygotowywaniu i dokonywaniu czynów wymierzonych przeciw życiu” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 74: AAS 87 (1995), s. 488).

<sup>137</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o przerywaniu ciąży *Quaestio de abortu*, nr 24: AAS 66 (1974), s. 744.

<sup>138</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 74: AAS 87 (1995), s. 488.



61. Ciężar grzechu aborcji<sup>139</sup> i łatwość, z jaką jest popełniany za przyzwoleniem prawa i współczesnej mentalności, zmusza Kościół do nałożenia kary *ekskomuniki* na chrześcijanina, który jej dokonuje lub formalnie w niej współpracuje: „Kto powoduje przerwanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice *wiążącej mocą samego prawa*”<sup>140</sup>.

*Zdecydowane  
i wiarygodne  
świadcstwo*

Ekskomunika ma przede wszystkim znaczenie prewencyjne i wychowawcze. Jest mocnym wezwaniem Kościoła, zmierzającym do wstrząśnięcia niewrażliwościami sumieniami, do powstrzymania się od aktu absolutnie niezgodnego z wymaganiami Ewangelii i do wzbudzenia bezwarunkowej wierności życiu. Nie można być w komunii eklezjalnej i znieważać ewangelię życia poprzez przerywanie ciąży.

Ochrona i przyjęcie rodzącego się życia jest zdecydowanym i wiarygodnym świadectwem, jakie chrześcijanin powinien dawać w każdej sytuacji.

62. Pracownicy służby zdrowia mają szczególne obowiązki w stosunku do abortowanych płodów. Płód abortowany, jeśli jest jeszcze żywy, powinien być ochrzczony, o ile jest to tylko możliwe<sup>141</sup>.

*Obowiązki  
wobec  
abortowanych  
płodów*

Płodowi abortowanemu, już umarłemu, przynależy jest szacunek właściwy zwłokom ludzkim, i – w gra-

---

<sup>139</sup> „Przerwanie ciąży jest – niezależnie od tego, w jaki sposób zostaje dokonane – świadomym i bezpośrednim zabójstwem istoty ludzkiej w początkowym stadium jej życia, obejmującym okres między poczęciem a narodzeniem” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 58: AAS 87 (1995), s. 467).

<sup>140</sup> Por. KPK, kan. 1398. Poprzez wyrażenie „*latae sententiae*”, czyli mocą samego prawa, rozumie się to, że ekskomunika nie musi być wyrażona w każdym pojedynczym przypadku przez odpowiednie władze. Podlega jej każdy, kto powoduje przerwanie ciąży, jeśli czyni to dobrowolnie i świadomie. Por. KPK, kan. 1398 i KKKW, kan. 1450 § 2; por. także KPK, kan. 1323-1324.

<sup>141</sup> Por. KPK, kan. 871

nicach możliwości – powinien być odpowiednio pogrzebany<sup>142</sup>.

## Ochrona prawa do życia

*Prawo do godnego życia* 63. Prawo do życia jest *prawem do życia godnego człowieka*<sup>143</sup>, czyli do zabezpieczenia i ochrony tego podstawowego, pierwotnego i nienaruszalnego dobra, które jest źródłem i warunkiem każdego innego dobra-prawa osoby<sup>144</sup>.

„Prawo to przysługuje istocie ludzkiej *we wszystkich fazach jej rozwoju*, od chwili poczęcia do naturalnej śmierci, *i w każdym jej stanie*, czy to zdrowia czy choroby, niesprawności, bogactwa czy biedy”<sup>145</sup>.

64. Prawo do życia stawia przed pracownikiem służby zdrowia wyzwania w podwójnej perspektywie. Przede wszystkim nie przypisuje on sobie wobec życia, o które ma się troszczyć, prawa-władzy, którego nie ma ani on, ani sam pacjent, stąd też pacjent nie może mu takiego prawa przekazać<sup>146</sup>.

<sup>142</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr I, 4: AAS 80 (1988), s. 83.

<sup>143</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich* (28 grudnia 1978), w: *Isegnamenti*, t. I (1978), s. 438; Tenże, *Przemówienie do uczestników dwóch kongresów medycyny i chirurgii* (27 października 1986), nr 3: AAS 72 (1980), s. 1127; Tenże, *Przemówienie do delegacji Stowarzyszenia „Food and Disarmament International”* (13 lutego 1986), nr 3, w: *Isegnamenti IX/1* (1986), s.458.

<sup>144</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona* (5 maja 1980), nr 1: AAS 72 (1980), s. 544-545; św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Zgromadzenia Światowej Organizacji Lekarskiej* (29 października 1983), nr 2: AAS 76 (1984), s. 390.

<sup>145</sup> Św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Christifideles laici*, nr 38: AAS 81 (1989), s. 463.

<sup>146</sup> „Lekarz nie ma nad pacjentem większej władzy i praw niż te tylko, których ten mu udziela, czy to nie wprost, czy to wprost czy za milczącą zgodą. Ze swej strony zaś pacjent nie może udzielić

Prawo człowieka do decydowania o własnym życiu nie jest absolutne: „Żaden człowiek nie może samowolnie decydować o życiu czy śmierci; bowiem absolutnym panem takiego wyboru jest tylko Stwórca – Ten, w którym «żyjemy, poruszamy się i jesteśmy» (Dz 17,28)”<sup>147</sup>.

*Niedysponowalność  
własnym życiem*

65. Po drugie, pracownik służby zdrowia podejmuje się czynnej roli gwaranta tego prawa: „Wewnętrzna celowość” jego zawodu jest „afirmacją prawa człowieka do swojego życia i swojej godności”<sup>148</sup>. Wypełnia ją przyjmując na siebie właściwy temu zadaniu obowiązek profilaktycznej i terapeutycznej ochrony zdrowia<sup>149</sup> oraz polepszania – środkami i w zakresach dla niego adekwatnych – jakości życia osób i środowiska życiowego. W jego zaangażowaniu kieruje nim i wspiera go prawo miłości, którego źródłem i przykładem jest Syn Boży, który stał się człowiekiem i przez swoją śmierć dał życie światu<sup>150</sup>.

*Obowiązek  
opieki sanitarnej*

66. Podstawowe i pierwsze prawo każdego człowieka – prawo do życia, które wyraża się w szczególności w prawie do ochrony zdrowia, podporządkowuje sobie *prawa związkowe pracowników służby zdrowia*.

*Podporządkowanie  
praw związkowych*

Wynika z tego, że każde słuszne domaganie się praw ze strony pracowników służby zdrowia winno przebiegać w sposób gwarantujący przestrzeganie pra-

---

tych praw, których sam nie posiada” (Pius XII, *Przemówienie do członków I Międzynarodowego Kongresu Histopatologii Układu Nerwowego* (14 września 1952): AAS 44 (1952) s. 782.

<sup>147</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 47: AAS 87 (1995), s. 453.

<sup>148</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu chirurgii* (19 lutego 1987), nr 2, w: *Insegnamenti*, t. X/1 (1987), s. 374.

<sup>149</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do personelu nowego szpitala „Regina Margherita”* (20 grudnia 1981), nr 3, w: *Insegnamenti*, t. IV/2 (1981), s. 1179.

<sup>150</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 79: AAS 87 (1995), s. 491.

wa chorego do zabiegów należnych mu z racji ich nieodzowności. Z tego powodu, w przypadku strajku, powinny być zagwarantowane – także poprzez odpowiednie środki prawne – podstawowe i niezbędne dla ochrony zdrowia usługi medyczno-szpitalne.

## **Prewencja**

*Pierwszeństwo profilaktyki* 67. Ochrona zdrowia angażuje pracownika służby zdrowia przede wszystkim w dziedzinie prewencji.

Lepiej zapobiegać niż leczyć, zarówno dlatego, że oszczędza to osobie niedogodności i cierpienie związanych z chorobą, jak też z tej racji, że uwalnia społeczeństwo od – nie tylko ekonomicznych – kosztów leczenia.

*Prewencja i podstawowe kompetencje* 68. *Właściwa prewencja sanitarna*, która polega na podawaniu odpowiednich leków, na szczepieniach, na prowadzeniu badań *przesiewowych* dla oceny skłonności do zachorowania, na zalecaniu takich zachowań i nawyków, aby uniknąć pojawienia się, rozszerzenia czy pogłębienia chorób – jest podstawowym zadaniem pracowników służby zdrowia. Może być skierowana do wszystkich członków społeczeństwa, grup osób lub pojedynczych jednostek, jak w przypadku medycyny szkolnej.

## **Prewencja i szczepionki**

69. Z punktu widzenia profilaktyki chorób zakaźnych przygotowanie szczepionek oraz ich stosowanie w zwalczaniu tych zakażeń poprzez obowiązkowe uodparnianie całych populacji, których to dotyczy, jest niewątpliwie postępowaniem pozytywnym.

Do produkcji pewnych szczepionek bywa niekiedy wykorzystywany „materiał biologiczny” *niegodziwego pochodzenia*, jak na przykład w przypadku linii komórko-

wych, pochodzących z płodów ludzkich abortowanych w sposób zamierzony. W tym przypadku problemy natury etycznej sprowadzają się do współdziałania w złu i wywoływania zgorzenia, ponieważ działania te stanowią poważny nieporządek moralny przeciwko życiu i przeciwko integralności należnej każdemu z ludzkich bytów<sup>151</sup>.

Wszyscy mają obowiązek wyrazić swój sprzeciw wobec wykorzystywania do produkcji szczepionek materiału biologicznego pochodzącego z niegodziwego źródła i zażądać od systemów opieki zdrowotnej, by dostępne były inne rodzaje szczepionek<sup>152</sup>.

„Nie” dla wykorzystywania „materiału biologicznego” z niegodziwego źródła

70. W pewnych sytuacjach badacze stosują „materiał biologiczny” z niegodziwego źródła, niewytworzony bezpośrednio w ośrodku badawczym, lecz nabyty w handlu; w takich sytuacjach można by przywołać kryterium niezależności, czyli uznać, że nie istnieje jakiś bliski związek z niedozwolonymi praktykami. Jednakowoż badacze w swej profesjonalnej działalności mają obowiązek unikania zgorzenia.

Stąd rodzi się „obowiązek odmowy stosowania tegoż «materiału biologicznego», co wypływa z *powinności odcięcia się*, w wykonywaniu aktywności badawczej, *od głęboko niesprawiedliwych struktur prawnych oraz z obowiązku jasnego potwierdzania wartości ludzkiego życia*. Dotyczy to także sytuacji braku jakiegoś bliskiego powiązania badaczy z działaniami techników przeprowadzających sztuczne zapłodnienie, bądź tych, którzy dokonali aborcji oraz w przypadku braku uprzednich

Obowiązek odcięcia się od niesprawiedliwego prawodawstwa

<sup>151</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 34: AAS 100 (2008), s. 882-883.

<sup>152</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 35: AAS 100 (2008), s. 884; Papieska Akademia Życia, *Moralne rozważania o szczepionkach przygotowanych z komórek pochodzących z abortowanych płodów ludzkich*, nr 5, Città del Vaticano 2005.

porozumień z ośrodkami zajmującymi się sztucznym zapłodnieniem”<sup>153</sup>.

Naturalnie w tych ogólnych ramach istnieje zróżnicowana odpowiedzialność, tak, że ważne przyczyny mogłyby po części moralnie usprawiedliwić wykorzystanie takiego „materiału biologicznego”. Jednak ze strony naukowców niezmienny pozostaje obowiązek okazywania sprzeciwu w tej kwestii i czynienie wysiłków, aby nie używać materiału biologicznego niegodziwego pochodzenia<sup>154</sup>.

## Prewencja zdrowotna i społeczeństwo

*Profilaktyka i kompetencje profilaktyczne* 71. Istnieje także *prewencja zdrowotna w szerokim znaczeniu*, w której działanie pracownika służby zdrowia jest tylko częścią działań prewencyjnych podejmowanych przez społeczeństwo. Jest to prewencja podejmowana wobec tak zwanych chorób społecznych, jak uzależnienie od narkotyków, alkoholizm, nikotynizm.

W jeszcze większym stopniu odnosi się to do prawidłowej i właściwej prewencji – do której wezwani są pracownicy służby zdrowia – zwłaszcza wśród młodych pokoleń w odniesieniu do *chorób przenoszonych drogą płciową*, włącznie z tym, co odnosi się do rozprzestrzeniania się wirusa HIV.

72. Tak samo szczególną uwagę należy poświęcić również *prewencji trudnych sytuacji określonych grup społecznych* – takich jak młodzież, osoby niosące znamię niepełnosprawności, osoby starsze – oraz zapobieganiu zagrożeniom dla zdrowia związanym ze współczesnym

<sup>153</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 35: AAS 100 (2008), s. 884.

<sup>154</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 35: AAS 100 (2008), s. 884; Papieska Akademia Życia, *Moralne rozważania o szczepionkach przygotowanych z komórek pochodzących z abortowanych płodów ludzkich*, nr 5, Città del Vaticano 2005.

stylem życia w odniesieniu do wyżywienia, środowiska naturalnego, warunków pracy, środowiska domowego, sportu itp.

W tych przypadkach działanie prewencyjne jest remedium pierwszorzędym i najskuteczniejszym, o ile nie jedynym z możliwych. Wymaga to jednak wspólnego działania wszystkich sił aktywnych w społeczeństwie. Prewencja jest tutaj czymś więcej niż działaniem medyczno-sanitarnym. Chodzi o oddziaływanie na kulturę, poprzez powrót do pewnych zagubionych wartości i wychowywanie do nich, propagowanie bardziej wstrzemięźliwej i spójnej koncepcji życia, informowanie o ryzykownych nawykach oraz wypracowanie politycznego konsensusu dla wsparcia legislacyjnego.

Możliwość efektywnej i skutecznej prewencji wiąże się nie tylko i nie tyle z technikami jej realizacji, co z motywacjami, które ją wspierają oraz ich konkretyzacją i kulturowym upowszechnieniem.

*Wspólne  
działanie  
społeczeństwa*

## **Choroba**

73. Życie cielesne, pomimo iż uczestniczy w transcendentnej wartości osoby, odzwierciedla, ze względu na swój charakter, przemijalność ludzkiej natury. Uwydatnia się to szczególnie w chorobie i cierpieniu, które doświadczane są jako niedyspozycja całej osoby. „Choroba i cierpienie są doświadczeniami, które dotyczą nie tylko fizycznego wymiaru człowieka, ale człowieka w jego kompletności i w jego jedności somatyczno-duchowej”<sup>155</sup>.

*Niedomaganie  
całej osoby*

---

<sup>155</sup> Św. Jan Paweł II, Motu proprio *Dolentium hominum*, nr 2: AAS 77 (1985), s. 458. „Choroba i cierpienie zawsze należały do najpoważniejszych problemów, poddających próbie życie ludzkie. Człowiek doświadcza w chorobie swojej niemocy, ograniczeń i skończoności. Każda choroba może łączyć się z przewidywaniem śmierci” (*KKK*, nr 1500). „Misja Jezusa i liczne dokonane przezeń uzdrowienia pokazują, jak bardzo Bóg troszczy się

Odpowiednia  
postawa  
pracownika  
służby zdrowia

Choroba jest czymś więcej niż przypadkiem klinicznym, który można medycznie opisać. Jest ona zawsze stanem człowieka, chorego. Pracownicy służby zdrowia winni odnosić się do pacjenta zgodnie z tą *integralnie ludzką wizją* choroby. Winni posiadać – równolegle z niezbędnymi kompetencjami techniczno-zawodowymi – świadomość wartości i znaczenia, które nadają sens chorobie i ich osobistej pracy oraz czynią każdy pojedynczy przypadek kliniczny ludzkim spotkaniem.

Uczestnictwo  
w zbawczej  
skuteczności

74. Chrześcijanin dzięki wierze wie, że *choroba i cierpienie uczestniczą w zbawczej skuteczności krzyża Zbawiciela*. „Chrystusowe odkupienie i zbawcza łaska ogarniają całego człowieka w jego ludzkiej doli, a więc również w chorobie i cierpieniu oraz śmierci”<sup>156</sup>. „Na krzyżu odnawia się i dokonuje, zyskując pełną i ostateczną doskonałość, cud węża wywyższonego przez Mojżesza na pustyni (por. J 3,14-15; Lb 21,8-9). Także dzisiaj, kierując wzrok ku Temu, który został przebity, każdy człowiek zagrożony w swoim istnieniu odnajduje niezawodną nadzieję wyzwolenia i odkupienia”<sup>157</sup>.

„Poprzez wieki i pokolenia stwierdzono, że w cierpieniu kryje się szczególna moc przybliżająca człowieka wewnątrznie do Chrystusa”<sup>158</sup>. Choroba i cierpienie, przeżywane w ścisłej jedności z cierpieniem Jezusa, naberają „wyjątkowej płodności duchowej”. Tak więc chory może powtórzyć za Apostołem: „dopełniam braki

---

także o cielesne życie człowieka” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 47: AAS 87 (1995), s. 457).

<sup>156</sup> Św. Jan Paweł II, *Motu proprio Dolentium hominum*, nr 2: AAS 77 (1985), s. 458.

<sup>157</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 50: AAS 87 (1995), s. 457.

<sup>158</sup> Św. Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, nr 26: AAS 76 (1984), s. 238.



udręk Chrystusa w moim ciele dla dobra Jego Ciała, którym jest Kościół” (Kol 1,24)<sup>159</sup>.

Dzięki tej chrześcijańskiej rezygnacji można dopomóc choremu w rozwijaniu wobec choroby potrójnego, uzdrawiającego nastawienia: „świadomość” swojej sytuacji „bez jej lekceważenia i bez wyolbrzymiania”; „akceptacja”, „pozbawiona rezygnacji, bardziej lub mniej ślepej”, lecz ze spokojną świadomością, że „Pan może i chce wyprowadzić dobro ze zła”; „ofiarowanie” „podjęte z miłości do Pana i do bliźnich”<sup>160</sup>.

*Potrójna postawa  
uzdrawiająca*

75. Z osobą chorego jest zawsze w jakiś sposób związana także *rodzina*<sup>161</sup>. Pomoc członkom rodziny i ich współpraca z personelem medycznym stanowią cenny wkład w opiekę medyczną.

*Pomoc  
członkom  
rodziny*

---

<sup>159</sup> „Także i chorzy są posłani do pracy w winnicy. Ciężar, który przygniata ciało i odbiera pogodę ducha, w żadnym wypadku nie zwalnia od tej pracy, ale jest wezwaniem ich do czynnego przeżywania ludzkiego i chrześcijańskiego powołania i do udziału we wzrastaniu Królestwa Bożego w nowy, jeszcze cenniejszy sposób” (św. Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Christifideles laici*, nr 53: AAS 81 (1989), s. 499.

<sup>160</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do chorych pielgrzymów w Lourdes* (15 sierpnia 1983), nr 4, w: *Insegnamenti*, t. VI/2 (1983), s. 242. „Na krzyżu Chrystus wziął na siebie cały ciężar zła i zgładził «grzech świata» (J 1,29), którego skutkiem jest właśnie choroba. Przez swoją mękę i śmierć na krzyżu Chrystus nadał cierpieniu nowe znaczenie; teraz może ono upodabniać nas do Niego i jednoczyć nas z Jego zbawczą męką” (KKK, nr 1505).

<sup>161</sup> „Nauczycielką otwartości i solidarności jest [...] rodzina: to w rodzinie wychowanie w istotny sposób opiera się na relacjach solidarności; w rodzinie można się nauczyć, że utrata zdrowia nie jest powodem do dyskryminowania niektórych istnień ludzkich; rodzina uczy, jak nie popaść w indywidualizm, i zachowywania równowagi między ja a my. To w niej «zaopiekowanie się» staje się fundamentem egzystencji ludzkiej i postawą moralną, którą należy upowszechniać poprzez wartości zaangażowania i solidarności” (Papież Franciszek, *Przesłanie z okazji 20-lecia Papieskiej Akademii „Pro Vita”* (19 lutego 2014): AAS 106 (2014), s. 191.

W obliczu rodziny chorego pracownik służby zdrowia jest wezwany do świadczenia – zarówno indywidualnie, jak i poprzez stowarzyszenia, do których przynależy – równocześnie z opieką, także dzieła oświecania, rady, ukierunkowania i wsparcia<sup>162</sup>.

## Diagnoza

*Diagnoza i rokowanie w ludzkiej i chrześcijańskiej wizji choroby* 76. Pracownik służby zdrowia, kierowany przez tę integralnie ludzką i specyficzną chrześcijańską wizję choroby, stara się przede wszystkim u chorego rozpoznać ją i poddać analizie: formułuje jej *diagnozę* i odpowiednio *rokowanie*. W istocie, warunkiem każdego leczenia jest dokładne rozpoznanie patologii, zarówno jeśli chodzi o jej symptomy, jak i jej przyczyny.

*Równowaga pomiędzy „zaniechaniem” i „uporczywością” diagnostyki* 77. Pracownik służby zdrowia winien przyjąć na siebie zadanie zmierzenia się z pytaniami i niepokojami pacjenta, i powinien strzec się dwóch przeciwnych sobie pokus: *diagnostycznego „zaniechania”* i *„uporczywości”*.

W pierwszym przypadku zmusza się pacjenta do ciągłego błądzenia od jednego specjalisty lub służby medycznej do drugiego, nie potrafiąc znaleźć lekarza lub ośrodka diagnostycznego zdolnego i gotowego do podjęcia odpowiedzialności za leczenie jego choroby. Krańcowa specjalizacja i rozdrobnienie kompetencji oraz oddziałów klinicznych, jakkolwiek są gwarantami biegłości zawodowej, mogą jednak działać także na szkodę chorego, jeśli służba zdrowia na danym terenie nie zapewnia troskliwego i całościowego wsparcia dla jego choroby.

W drugim natomiast przypadku można upierać się przy nadmiarze badań diagnostycznych zmierzających do szukania choroby za wszelką cenę. Może to dopro-

---

<sup>162</sup> Por. św. Jan Paweł II, Adhortacja apostołska *Familiaris consortio*, nr 75: AAS 74 (1982), s. 172-173.

wadzić – z opieszałości, z korzyści lub rywalizacji – do zdiagnozowania jakiejś patologii i do leczenia problemów, które nie są natury medyczno-sanitarnej. W takim przypadku nie pomaga się pacjentowi we właściwym postrzeganiu jego trudności i podjęciu odpowiednich działań w celu ich przewyciężenia.

Jednym z rodzajów tego „uporu” może być tzw. *medycyna obronna*, w której pracownicy służby zdrowia modyfikują swoją praktykę zawodową, dostosowując ją wyłącznie do uchronienia się przed prawnymi skutkami swojej działalności.

*Medycyna obronna  
rodzajem uporczywej  
diagnostyki*

78. Diagnoza – wykluczająca takie skrajności i przeprowadzana w pełnym szacunku dla godności i integralności osoby, szczególnie jeśli chodzi o zastosowanie instrumentalnych technik inwazyjnych – nie stawia generalnie problemów natury etycznej. Sama w sobie jest ukierunkowana na terapię: jest działaniem służącym zdrowiu.

*W służbie  
zdrowiu*

Pozostają jednakże problemy w odniesieniu do *diagnostyki predyktywnej*, ze względu na możliwe reperkusje natury psychologicznej i dyskryminacje, do których może prowadzić.

## **Interwencje na genomie**

79. Coraz bardziej pogłębiona wiedza o *ludzkim dziedzictwie genetycznym (genomie)*, wyodrębnianie i mapowanie genów, z możliwością ich przemieszczania, modyfikowania i zastępowania, otwiera przed medycyną nieznaną dotąd perspektywę i stawia zarazem nowe i delikatne problemy etyczne.

*Perspektywy wiedzy  
genetycznej*

W ocenie moralnej należy odróżnić interwencje ściśle terapeutyczne, których celem jest leczenie chorób spowodowanych anomaliami genetycznymi i chromosomowymi, od manipulacji zmieniających dziedzictwo genetyczne człowieka.

*Rozróżnienie  
etyczne: interwencje  
terapeutyczne  
i zmieniające*

## Terapia genowa

80. Zastosowanie u człowieka technik inżynierii genetycznej w celach terapeutycznych, powszechnie określanych mianem *terapii genowej*, jest dzisiaj możliwe na poziomie *komórek somatycznych*, które tworzą tkanki i narządy. Taki zabieg terapii genetycznej może być przeprowadzony na płodzie lub po urodzeniu, u dziecka lub dorosłego.

Dopuszczalność  
moralna terapii  
genowej

Zwłaszcza „zabiegi na komórkach somatycznych w celach ściśle terapeutycznych są z zasady moralnie godziwe”<sup>163</sup>, bowiem zabiegi te mają na celu korektę defektu genetycznego lub leczenie stanu patologicznego. W każdym przypadku należy jednak przestrzegać głównej zasady, według której podmiot poddawany zabiegowi nie powinien być narażony na nadmierne lub nieproporcjonalne ryzyko dla jego zdrowia lub integralności fizycznej w stosunku do zagrożeń związanych z patologią<sup>164</sup>. Poza tym powinno otrzytać się zgodę poinformowanego pacjenta lub jego prawnego przedstawiciela.

Natomiast przy obecnym stanie badań *terapia genowa komórek zarodkowych* nie jest moralnie dopuszczalna, gdyż nie jest jeszcze możliwe uniknięcie, wynikających z tej interwencji, potencjalnych szkód, które przechodzą na potomstwo<sup>165</sup>.

„Nie” dla  
terapii genowej  
komórek  
zarodkowych

Jeszcze poważniejsze jest stosowanie takich *terapii genowej na embrionach*, bowiem – oprócz związanych z nią niebezpieczeństw, o których wspomniano wyżej – technikę tę można stosować jedynie w kontekście za-

<sup>163</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 26: AAS 100 (2008), s. 876.

<sup>164</sup> Por. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Zgromadzenia Światowej Organizacji Lekarskiej* (29 października 1983), nr 5: AAS 76 (1984), s. 393. Por. Tenże, *Przemówienie do Papieskiej Akademii Nauk* (23 października 1982), nr 5; 6: AAS 75 (1983), s. 37; 38.

<sup>165</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 26: AAS 100 (2008), s. 877.

plodnienia *in vitro*, co pociąga za sobą wszelkie związane z tym obiekty natury etycznej. Z tych względów więc – w chwili obecnej – terapia genowa komórek zarodkowych, we wszystkich jej formach jest moralnie niedopuszczalna.

Jeśli natomiast chodzi o hipotezę dotyczącą stosowania inżynierii genetycznej dla celów pozaterapeutycznych, to w odniesieniu do technik inżynierii genetycznej stosowanych w celu prowadzenia *manipulacji mającej doprowadzić do rzekomego udoskonalenia i wzmocnienia wyposażenia genetycznego*, pojawia się przede wszystkim kwestia, że „takie manipulacje sprzyjają mentalności eugenicznej i pośrednio nakładają społeczne piętno na osoby nie posiadające określonych cech. Uwypuklają jednocześnie cechy cenione w określonych kulturach i społecznościach, które same w sobie nie stanowią o ludzkiej specyfice”<sup>166</sup>. W takiej perspektywie ideologicznej, w której człowiek rościłby sobie prawo do zastąpienia Stwórcy i uwzględniając – między innymi – niesprawiedliwe panowanie jednego człowieka nad drugim, nie może być mowy o moralnej dopuszczalności takiej terapii.

„Nie” dla  
manipulacji  
w celu  
udoskonalenia  
i wzmocnienia

## Terapia regeneracyjna

81. W dziedzinie *medycyny regeneracyjnej* odkrycie *komórek macierzystych*, pochodzenia embrionalnego i nieembrionalnego<sup>167</sup>, dało początek obiecującym za-

„Nie” dla  
embrionalnych  
komórek  
macierzystych

<sup>166</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 27: AAS 100 (2008), s. 877.

<sup>167</sup> Komórki macierzyste typu nieembrionalnego mogą pochodzić z: a) abortowanego płodu; b) komórek płodu uzyskanych z płynu owodniowego przed porodem; c) łożyska lub pępowiny zaraz po porodzie; d) organizmu dziecka lub dorosłego (wówczas nazywane są „somatycznymi”). Ponadto istnieją dzisiaj komórki macierzyste zwane „iPS” (induced Pluripotent Stemcells). Chodzi o przeprogramowane komórki pochodzące z komórek somatycznych, zazwyczaj z fibroblastów skóry.

stosowaniom terapeutycznym. Ich ocena zależy od metod pobierania komórek macierzystych.

Za godziwe etycznie można uznać metody, w których pobranie komórek nie powoduje poważnej szkody dla dawcy<sup>168</sup>. W przeciwieństwie do tego, w poważnym stopniu niegodziwe są te metody, które przewidują pobranie komórek macierzystych z żywego ludzkiego embrionu, co prowadzi do jego nieuchronnego zniszczenia<sup>169</sup>.

Niegodziwe jest także pobieranie komórek macierzystych z płodu zmarłego w wyniku zamierzonej aborcji, jeśli istnieje bezpośredni związek pomiędzy działaniem aborcyjnym a użyciem komórek macierzystych.

Jeśli chodzi o kliniczne lub eksperymentalne wykorzystanie komórek macierzystych otrzymanych metodami godziwymi, muszą być uszanowane ogólne kryteria deontologii medycznej: należy działać w sposób ściśle określony i ostrożny, ograniczać do minimum ewentualne ryzyko dla pacjentów, ułatwiać wzajemną wymianę naukową i oferować adekwatną informację o tych innowacyjnych zastosowaniach klinicznych.

„Nie” dla  
reprodukcyjnego  
klonowania  
człowieka

82. Wytwarzanie embrionalnych komórek macierzystych wiąże się często z próbami *klonowania ludzi*. Klonowanie ma dwa podstawowe cele: reprodukcyjny – prowadzący do narodzin człowieka posiadającego szczególne, pożądane cechy; oraz tzw. terapeutyczny lub badawczy, którego celem jest produkcja komórek macierzystych.

*Reprodukcyjne klonowanie człowieka* jest moralnie niegodziwe, gdyż doprowadza do skrajności niemoral-

---

Komórki te mają podobne właściwości do embrionalnych komórek macierzystych, lecz nie są uzyskiwane z embrionów i nie powodują ich zniszczenia.

<sup>168</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 32: AAS 100 (2008), s. 881.

<sup>169</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 32: AAS 100 (2008), s. 881.

ność zwartą w technikach sztucznego zapłodnienia i zmierza do „wytwarzania nowych istot ludzkich w sposób nie mający żadnego związku z aktem wzajemnego obdarowania dwojga małżonków i – jeszcze bardziej radykalnie – bez żadnego związku z płciowością”<sup>170</sup>.

Chęć narzucenia z góry klonowanemu podmiotowi określonych cech stanowiłaby dla niego rodzaj niewolnictwa biologicznego i byłaby poważną obrażą godności człowieka oraz podstawowej równości ludzi<sup>171</sup>.

Z tych samych powodów jeszcze groźniejsze z punktu widzenia etycznego jest tzw. *klonowanie terapeutyczne*. Tworzenie embrionów z zamiarem ich zniszczenia, nawet jeśli przyświeca temu intencja niesienia pomocy innym chorym, jest w pełni niezgodne z szacunkiem dla ludzkiego życia, choćby było ono jeszcze w stadium embrionalnym<sup>172</sup>.

„Nie” dla  
tzw. klonowania  
terapeutycznego

83. Natomiast *manipulacja genowa na komórkach zwierzęcych czy roślinnych dla celów farmaceutycznych* nie rodzi problemów moralnych, przy zachowaniu postawy szacunku dla natury, gdyż „środowisko naturalne to nie tylko materia, którą możemy dysponować według własnych zachcianek, ale wspaniałe dzieło Stwórcy, zawierające w sobie «gramatykę» wskazującą na celowość i kryteria dla mądrego, a nie instrumentalnego czy samowolnego, z niej korzystania”<sup>173</sup>.

Szacunek  
dla natury

---

<sup>170</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 28: AAS 100 (2008), s. 879; por. Tamż, Instrukcja *Donum vitae*, nr II, B, 4: AAS 80 (1988), s. 90-92; św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Zgromadzenia Światowej Organizacji Lekarskiej* (29 października 1983), nr 6: AAS 76 (1984), s. 393.

<sup>171</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 29: AAS 100 (2008), s. 879.

<sup>172</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 30: AAS 100 (2008), s. 879.

<sup>173</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Caritas in veritate*, nr 48: AAS 101 (2009), s. 685.

## Terapia i rehabilitacja

*Stosowanie  
zabiegów leczących  
i reintegracyjnych*

84. Kolejnymi, po diagnozie, etapami są *terapia* i *rehabilitacja*, czyli przeprowadzenie takich zabiegów, które umożliwiają, na ile to możliwe, wyleczenie i osobową oraz społeczną reintegrację pacjenta.

Terapia jest aktem medycznym w sensie ścisłym, skierowanym do zwalczania chorób w ich przyczynach, przejawach i skutkach. Natomiast przez rehabilitację rozumie się zespół przedsięwzięć medycznych, fizyko-terapeutycznych, psychologicznych i przystosowawczych, zmierzających do przywrócenia lub polepszenia stanu psychofizycznego osób posiadających w różnym stopniu ograniczoną zdolność integracji, kontaktu z otoczeniem czy zdolność do pracy.

*Integralne  
dobro osoby*

Terapia i rehabilitacja mają na celu „nie tylko dobro i zdrowie ciała, lecz osoby jako takiej, której ciało zostało dotknięte chorobą”<sup>174</sup>. Każda terapia zmierzająca do integralnego dobra osoby prowadzi do działań rehabilitacyjnych, które, *na ile to możliwe, przywracają osobę jej samej*, przez ponowne uaktywnienie i przywrócenie funkcji fizycznych ograniczonych przez chorobę.

*Prawo do  
adekwatnej  
opieki zdrowotnej*

85. Choremu należą się dostępne zabiegi, które mogą wpłynąć korzystnie na jego zdrowie<sup>175</sup>. Istnieje bowiem podstawowe prawo każdego człowieka do tego, co jest niezbędne dla ochrony własnego zdrowia, a zatem i *do adekwatnej opieki zdrowotnej*. W konsekwencji wszyscy ci, którzy troszczą się o chorych, mają obo-

<sup>174</sup> Św. Jan Paweł II, Motu proprio *Dolentium hominum*, nr 2: AAS 77 (1985), s. 458. „Osoby, których sprawność życiowa jest ograniczona lub osłabiona, wymagają szczególnej uwagi. Chorzy lub upośledzeni powinni być wspierani, by mogli prowadzić, w takiej mierze, w jakiej to możliwe, normalne życie” (KKK, nr 2276).

<sup>175</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Światowego Kongresu Lekarzy Katolickich* (3 października 1982), nr 3, w: *Insegnamenti*, t. V/3 (1982), s. 673.



wiązek wypełniania z wielką pilnością swoich zadań i stosowania terapii, które zostaną uznane za konieczne lub pożyteczne<sup>176</sup>. Chodzi tutaj nie tylko o środki zmierzające do bezpośredniego uzdrowienia, lecz także o te łagodzące ból i przynoszące ulgę, gdy powrót do zdrowia jest niemożliwy. Należy zachować szczególną ostrożność w stosowaniu terapii o nieudokumentowanej jeszcze naukowo skuteczności.

86. Pracownik służby zdrowia, gdy zachodzi niemożliwość wyleczenia, nigdy nie może odmówić osobie opieki<sup>177</sup>. Winien zapewnić pacjentowi wszystkie *środki zwyczajne i proporcjonalne opieki medycznej*.

*Opieka  
zwyczajna  
i proporcjonalna*

Środki uznaje się za proporcjonalne, kiedy zachodzi *właściwa proporcja* między zastosowanymi środkami a skutecznością terapeutyczną. W celu sprawdzenia tej należytej proporcji należy „dobrze ocenić środki zestawiając: rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związane z nią niebezpieczeństwa, konieczne koszty oraz możliwości jej aplikacji, ze spodziewanymi rezultatami, mając na względzie stan chorego, jak również jego siły fizyczne i moralne”<sup>178</sup>.

*Kryteria  
weryfikujące*

Należy natomiast uważać za *nadzwyczajne* te środki, które nakładają wielki lub przesadny ciężar (materiałny, fizyczny, moralny lub ekonomiczny) dla pacjenta, jego rodzinę lub na instytucję medyczną<sup>179</sup>. Tym

*Środki  
nadzwyczajne*

<sup>176</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr 4: AAS 72 (1980), s. 550.

<sup>177</sup> „Nauka, także wtedy, gdy nie jest już w stanie leczyć, może i winna gwarantować choremu opiekę i towarzyszenie” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kursu naukowego nt. białaczki* (15 września 1985), nr 5: AAS 78 (1986), s. 361. Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Papieskiej Akademii Nauk* (21 października 1985), nr 4: AAS 78 (1998), s. 314.

<sup>178</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr 4: AAS 72 (1980), s. 550.

<sup>179</sup> Por. Pius XII, *Przemówienie do członków Włoskiego Instytutu Genetyki „Gregorio Mendel” na temat reanimacji i sztucznego oddychania* (24 listopada 1957): AAS 49 (1957), 1027-1033.

bardziej nie powinny być kontynuowane terapie, które okazały się nieskuteczne.

*Środki  
zwyczajne* Obowiązkiem moralnym jest stosowanie *środków  
zwyczajnych* w celu podtrzymania pacjenta. Można natomiast zrezygnować, za zgodą pacjenta lub idąc za jego prośbą, z zastosowania środków nadzwyczajnych, nawet jeśli taka rezygnacja przybliży do śmierci. Nie można przymuszać lekarzy do ich wdrażania<sup>180</sup>.

*Uściślenie zasady  
proporcjonalności* 87. Wspomniana zasada *proporcjonalności opieki  
medycznej* może być następująco doprecyzowana i aplikowana:

– „W przypadku braku innych rozwiązań, wolno – za zgodą chorego – uciec się do narzędzi, które udostępnia bardziej zaawansowana medycyna, nawet jeśli są jeszcze na etapie eksperymentalnym i nie są pozbawione pewnego ryzyka”.

– „Wolno przerwać użycie takich środków, kiedy wyniki nie spełniają położonych w nich nadziei”, ponieważ nie ma już proporcji między „wkładem aparatury i personelu” a „przewidywanymi wynikami” lub z tej racji, że „zastosowane techniki lecznicze przynoszą choremu cierpienia i dyskomfort większe od korzyści, jakie dają”.

– „Zawsze wolno uznać za wystarczające zwyczajne narzędzia, jakie oferuje medycyna. Dlatego nie można na nikogo nałożyć obowiązku zastosowania takiego sposobu leczenia, który – chociaż jest już używany – nie jest jednak wolny od niebezpieczeństwa albo jest zbyt uciążliwy”. Takie odrzucenie „nie jest równoznaczne z samobójstwem”. Może raczej oznaczać „albo zwykłą akceptację ludzkiej kondycji, albo pragnienie uniknięcia zastosowania dostępnego środka medycznego ze względu na wyniki niewspółmierne do pokładanych

---

<sup>180</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr 4: AAS 72 (1980), s. 551.

w nim nadziei, albo wolę nienakładania zbyt wielkich ciężarów na rodzinę lub społeczność”<sup>181</sup>.

88. W celu przywrócenia zdrowia osoby – w obliczu braku innych środków – mogą okazać się konieczne inne rozwiązania, interwencje, które prowadzą do modyfikacji, okaleczenia czy usunięcia organów.

Manipulacja terapeutyczna organizmu jest tu usprawiedliwiona przez *zasadę całościowości*<sup>182</sup>, nazywaną również *terapeutyczną*, w świetle której „każdy konkretny organ jest podporządkowany całemu ciału i w sytuacji konfliktowej musi zostać mu poddany”<sup>183</sup>. W konsekwencji, ma się prawo poświęcić jakiś konkretny organ, jeśli jego zachowanie czy dalsze funkcjonowanie przynosi całemu organizmowi poważną szkodę, niemożliwą do uniknięcia innymi sposobami<sup>184</sup>.

*Zasada  
całościowości  
lub  
terapeutyczna*

---

<sup>181</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr 4: AAS 72 (1980), s. 550-551.

<sup>182</sup> „Zasada całościowości stwierdza, że część ma służyć całości, i że w konsekwencji dobro części jest podporządkowane dobru całości; całość określa część i może nią dysponować dla własnej korzyści” (Pius XII, *Przemówienie do członków I Międzynarodowego Kongresu Histopatologii Układu Nerwowego* (14 września 1952): AAS 44 (1952), s. 787.

<sup>183</sup> Pius XII, *Przemówienie do członków 26. Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Urologii* (8 października 1953): AAS 45 (1953), s. 674.

<sup>184</sup> Por. Pius XII, *Przemówienie do członków 26. Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Urologii* (8 października 1953): AAS 45 (1953), s. 674-675; por. także *Przemówienie do członków I. Międzynarodowego Kongresu Histopatologii Układu Nerwowego*: AAS 44 (1952), s. 782-783. Zasada całościowości stosowana jest tylko w momencie, gdy pojawia się choroba, gdyż tylko w takim przypadku we właściwy sposób można zweryfikować relację części do całości. Por. tamże, s. 787. Nie można usprawiedliwiać naruszenia integralności fizycznej osoby, jeśli nie czyni się tego z powodów czysto terapeutycznych. Dozwolona jest natomiast interwencja terapeutyczna w przypadku cierpienia psychicznego czy problemów duchowych, których źródłem jest defekt ciała lub jego uszkodzenie.

89. Życie fizyczne, choć z jednej strony wyraża osobę i od niej czerpie swoją wartość do tego stopnia, że nie można nim dysponować jak rzeczą, to jednak z drugiej – nie wyczerpuje wartości osoby ani nie jest najwyższym dobrem<sup>185</sup>.

Godziwe  
dysponowanie  
życiem  
fizycznym

Z tego powodu można zgodnie z prawem rozporządzać pewną jego „częścią” dla dobra całej osoby. Tak samo, jak można je poświęcić czy wystawić na ryzyko dla wyższego dobra, „takiego jak chwała Boża, zbawienie dusz lub służba braciom”<sup>186</sup>. *Życie cielesne jest dobrem podstawowym*, warunkującym wszystkie pozostałe, ale istnieją dobra wyższe, ze względu na które może być słuszne, a nawet konieczne, narażenie się na niebezpieczeństwo jego utraty.

### Przepisywanie i właściwe stosowanie leków

Edukacja  
społeczno-sanitarna  
w związku  
z nadmiernym  
spożywaniem leków

90. W krajach, gdzie podstawowa opieka zdrowotna jest ogólnodostępna, dochodzi coraz częściej do *nadmiernego spożywania leków* w stosunku do stanu zdrowia ludności. Jest to spowodowane przez co najmniej dwa czynniki.

Pierwszy – wydawanie przez lekarzy, na usilną prośbę pacjenta, recept na niekoniecznie potrzebne leki.

Drugi czynnik – rozpowszechniło się przyjmowanie leków nieprzepisanych bezpośrednio przez lekarza, ale zażywanych w ramach procesu samodzielnego leczenia, w oparciu o rady czy informacje, także z reklam, pochodzące ze środków komunikacji społecznej czy z sieci internetowej. Szczególną uwagę należy zwrócić na *leki o wątpliwym składzie i pochodzeniu*, rozprowadzane przede wszystkim drogą *internetową*, które nie

<sup>185</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr 3: AAS 80 (1988), s. 75.

<sup>186</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr I: AAS 72 (1980), s. 545.

gwarantują skuteczności, a mogą być wręcz szkodliwe dla zdrowia.

Poza tym, nawet kiedy leki zostały prawidłowo przepisane przez lekarza, osoba może dążyć do samodzielnej zmiany ich dawkowania. Takie zachowanie można określić jako „nieprzylegające” do leczenia, co utrudnia czy wręcz uniemożliwia ocenę ich skuteczności terapeutycznej i bezpieczeństwa.

Pracownicy służby zdrowia, w ramach prowadzonego przez nich dzieła edukacji społeczno-sanitarnej, powinni zwracać odpowiednią uwagę na sposób stosowania leków, także ze względu na koszty społeczne, które mogą się z tym wiązać.

## **Dostęp do nowoczesnych leków i technologii**

91. Jeszcze dzisiaj, w krajach cechujących się ogólnym dobrobytem, i naturalnie, jeszcze bardziej w krajach rozwijających się – przede wszystkim w tych, które charakteryzuje niestabilność polityczna albo niedostateczne zasoby ekonomiczne – istnieją warstwy ludności, które nie mają zapewnionego dostępu do opieki zdrowotnej, a wśród nich do leków ratujących życie lub do minimalnych możliwości terapeutycznych, które postęp technologiczny zapewnia dzisiaj medycynie. W konsekwencji, patologie uleczalne przez medycynę pojawiają się na nowo w krajach, które je wcześniej pokonały lub nadal są chorobami endemicznymi.

Pracownicy służby zdrowia i ich stowarzyszenia zawodowe muszą stać się promotorami uwrażliwiania instytucji, organizacji pomocowych oraz przemysłu medycznego, tak aby *prawo do opieki zdrowotnej* obejmowało całą populację. Z przekonaniem, że takie prawo nie zależy wyłącznie od służby zdrowia, lecz stanowi wynik czynników ekonomicznych, społecznych i – generalnie – kulturowych.

*Rozciągnięcie  
na całe  
społeczeństwo  
prawo do opieki  
zdrowotnej*

Również odpowiedzialni za działalność sanitarną muszą reagować w sposób mocny i wyjątkowy, zdając sobie sprawę, że „podczas, gdy ubodzy na świecie pukają jeszcze do drzwi dostatku, bogaty świat może już nie słyszeć tego pukania, gdyż jego sumienie nie jest już zdolne do rozpoznania tego, co ludzkie”<sup>187</sup>.

### **Zrównoważona opieka zdrowotna, firmy farmaceutyczne, choroby rzadkie i zaniebane**

*Prawo do podstawowych terapii*

92. Nierówny podział zasobów ekonomicznych, szczególnie w krajach o niskich dochodach i słabo rozwiniętych, ma poważne reperkusje dla *sprawiedliwości sanitarnej*<sup>188</sup>. W takim kontekście, chociaż prawdą jest, że *firmy farmaceutyczne* mają własne prawa, których należy przestrzegać – jak na przykład do ochrony własno-

<sup>187</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Caritas in veritate*, nr 75: AAS 101 (2009), s. 706. „Nie można zwlekać z niezbędnym rozwiązaniem kwestii strukturalnych przyczyn ubóstwa, nie tylko ze względu na wymogi pragmatyczne, aby uzyskać rezultaty i wprowadzić ład w społeczeństwie, ale żeby je uzdrowić z choroby, która czyni je kruchym i niegodnym i która prowadzi tylko do nowych kryzysów. Plany pomocy, stawiające czoło niektórym pilnym potrzebom, trzeba traktować jedynie jako odpowiedzi prowizoryczne. Dopóki nie rozwiąże się radykalnie problemów ludzi ubogich, rezygnując z absolutnej autonomii rynków oraz spekulacji finansowych, atakując strukturalne przyczyny nierównowagi, nie rozwiąże się problemów świata – i ostatecznie żadnego problemu. Nierównowaga stanowi korzeń chorób społecznych” (Papież Franciszek, Adhortacja apostolska *Evangelii gaudium*, nr 202: AAS 105 (2013), s. 1104). Por. tamże, nr 203: AAS 105 (2013), s. 1104.

<sup>188</sup> „Nie możemy już dalej pokładać ufności w ślepych siłach i w niewidzialnej ręce rynku. Wzrost sprawiedliwości wymaga czegoś więcej niż wzrost gospodarczy, chociaż go zakłada; wymaga decyzji, programów, mechanizmów i procesów specyficznym ukierunkowanych na lepszą dystrybucję dochodów, stwarzanie miejsc pracy, integralną promocję ubogich wykraczającą poza zwykłą opiekuńczość”, Papież Franciszek, Adhortacja apostolska *Evangelii gaudium*, nr 204: AAS 105 (2013), s. 1104.

ści intelektualnej i do sprawiedliwego zysku, aby móc wspierać innowacyjność – to jednak winny one znaleźć odpowiednią relację z prawem dostępu do terapii podstawowych i/lub koniecznych, zwłaszcza w krajach słabiej rozwiniętych<sup>189</sup>. Szczególnie dotyczy to tak zwanych „chorób rzadkich”<sup>190</sup> i „zaniedbanych chorób tropikalnych”<sup>191</sup>, z którymi wiąże się koncepcja „leków sierocych”<sup>192</sup>.

*Strategie sanitarne*, zmierzające do realizacji sprawiedliwości i dobra wspólnego, muszą być zrównoważone ekonomicznie i etycznie. Istotnie, muszą one strzec równowagi zarówno badań, jak i struktur opieki medycznej, a jednocześnie powinny zapewnić dostęp do

*Strategie sanitarne zrównoważone ekonomicznie i etycznie*

<sup>189</sup> „Trzeba, by różne struktury farmaceutyczne – od laboratoriów po ośrodki szpitalne, a także wszyscy ludzie naszych czasów poczuli się do solidarności w sferze lecznictwa, aby umożliwić dostęp do opieki lekarskiej i leków pierwszej potrzeby wszystkim warstwom społecznym we wszystkich krajach, zwłaszcza ludziom najuboższym”, Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników XXV Międzynarodowego Kongresu Farmaceutów Katolickich* (29 października 2007): AAS 99 (2007), s. 932.

<sup>190</sup> Jakies schorzenie uznaje się za chorobę „rzadką”, gdy częstość jego występowania, określana liczbą przypadków w danej populacji, nie przekracza ustalonej wartości progowej. W Unii Europejskiej wartość progowa wynosi 0,05 % populacji, czyli 5 przypadków na 10.000 osób.

<sup>191</sup> Według najnowszej definicji za „choroby zaniedbane” uznajemy takie schorzenia, którym nie poświęca się tyle uwagi, na ile one zasługują; chodzi tutaj zwłaszcza o choroby pasożytnicze związane z ubóstwem, a więc głównie chodzi o „tropikalne” choroby zakaźne, za wyjątkiem malarii, gruźlicy, wirus HIV/AIDS, chorób o potencjale endemicznym/pandemicznym (np. przeziębienia itp.) i chorób, którym można zapobiec poprzez szczepienia (np. odra, paraliż dziecięcy).

<sup>192</sup> Lek „sierocy” to taki produkt, który jest potencjalnie potrzebny do leczenia choroby rzadkiej, lecz nie posiada wystarczającego rynku zbytu, by można było opłacić wydatki związane z jego udoskonaleniem. Mówi się więc o leku sierocym, gdyż ze strony wielkich koncernów farmaceutycznych brakuje zainteresowania, aby zainwestować w produkcję leku, który przeznaczony jest dla niewielkiej liczby pacjentów, nawet jeśli jest on ważny z punktu widzenia zdrowia publicznego.

odpowiedniej ilości podstawowych leków, w przystępnej formie farmaceutycznej i o gwarantowanej jakości, wraz z towarzyszącą im prawidłową informacją oraz w cenie przystępnej dla jednostek i społeczeństwa.

## Leczenie bólu

*Biologiczna funkcja bólu* 93. Ból posiada funkcję biologiczną, gdyż jest symptomem jakiejś patologii i determinuje reakcję fizyczną oraz psychiczną człowieka<sup>193</sup>. Domaga się on jednak od medycyny *terapii uśmierzającej*: albowiem człowiek ma „prawo by panować nad siłami natury, aby używać ich do swojej służby, by wykorzystać każdą możliwość... dla uniknięcia czy usunięcia bólu fizycznego”<sup>194</sup>.

*Szkodliwy wpływ na psychofizyczną integralność osoby* 94. „Przedłużający się ból stanowi przeszkodę w osiągnięciu dóbr i celów wyższych”<sup>195</sup>. Może również wpływać szkodliwie na psychofizyczną integralność osoby. Zbyt głębokie cierpienie może zmniejszyć lub całkowicie uniemożliwić panowanie nad duchem. „Łagodzenie bólu niesie ze sobą fizyczne i psychiczne odprężenie, ułatwia modlitwę i umożliwi bardziej wielkoduszny dar z siebie”<sup>196</sup>. Analgezja „oddziałując bezpośrednio na to, co w bólu jest najbardziej agresywne i wstrząsające, przywraca człowieka jemu samemu, sprawiając, że jego doświadczenie cierpienia staje się bardziej ludzkie”<sup>197</sup>.

<sup>193</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologicznego* (4 października 1984), nr 2: AAS 77 (1985), s. 133.

<sup>194</sup> Por. Pius XII, *Przemówienie do Międzynarodowego Zgromadzenia Lekarzy i Chirurgów* (24 lutego 1957): AAS 49 (1957), s. 135.

<sup>195</sup> Pius XII, *Przemówienie do Międzynarodowego Zgromadzenia Lekarzy i Chirurgów*: AAS 49 (1957), s. 136.

<sup>196</sup> Pius XII, *Przemówienie do Międzynarodowego Zgromadzenia Lekarzy i Chirurgów*: AAS 49 (1957), s. 144.

<sup>197</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologicznego* (4 października 1984), nr 3: AAS 77 (1985), s. 135.



95. Dla chrześcijanina *cierpienie może nabrać doniosłego znaczenia pokutnego i zbawczego*. „Stanowi bowiem udział w męce Chrystusa i łączy z Ofiarą Odkupienia, którą złożył On z posłuszeństwa Ojcu niebieskiemu. Jest więc rzeczą naturalną, że niektórzy chrześcijanie pragną ograniczać używanie znieczulających środków medycznych, aby przyjmując dobrowolnie przynajmniej część swoich cierpień, móc w sposób świadomy złączyć się przez nie z cierpieniami Chrystusa”<sup>198</sup>.

*Znaczenie  
pokutne  
i zbawcze*

Dokonywana w wolności akceptacja bólu z motywów chrześcijańskich nie powinna skłaniać do myślenia, że nie powinno się go uśmierzać. Wręcz przeciwnie, obowiązek zawodowy oraz miłość chrześcijańska domagają się podejmowania wysiłków w celu łagodzenia cierpienia oraz pobudzają do podejmowania badań medycznych w tej dziedzinie.

### **Świadoma zgoda na udział w badaniu**

96. Pracownik służby zdrowia może interweniować, jeśli uprzednio otrzymał *zgody pacjenta*, wyrażoną *domyślnie* (gdy działania medyczne należą do rutynowych lub nie wiążą się ze szczególnym ryzykiem) lub *explicite* (w formie możliwej do udokumentowania, kiedy zabiegi zakładają jakieś ryzyko). Nie ma on wobec pacjenta jakiegos osobnego czy niezależnego prawa. Generalnie może działać jedynie wtedy, gdy pacjent upoważni go wyraźnie lub domyślnie (bezpośrednio lub pośrednio). Bez tego upoważnienia przypisuje sobie arbitralną władzę.

Relacja pomiędzy pracownikiem służby zdrowia a pacjentem jest *ludzką relacją dialogiczną*, a nie przedmiotową. Pacjent „nie jest jednostką anonimową”, na której stosuje się wiedzę medyczną, lecz „odpowiedzialną osobą, wezwaną do współuczestniczenia w poprawie

*Dialogiczny  
charakter  
interwencji  
medycznej*

<sup>198</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona* (5 maja 1980), nr 3: AAS 72 (1980), s. 547.

stanu własnego zdrowia i do osiągnięcia wyleczenia. Winien mieć możliwość osobistego wyboru, a nie być zdany na decyzje i wybory innych”<sup>199</sup>.

*Prawo do  
świadomej zgody*

Aby chory mógł dokonać wyboru w pełnej świadomości i wolności, należy – w sposób najbardziej dokładny z możliwych – poinformować go o jego chorobie i o możliwościach terapeutycznych, wraz z niebezpieczeństwami, trudnościami i konsekwencjami, jakie się z tym wiąże<sup>200</sup>. Oznacza to, że od pacjenta powinna być wymagana *świadoma zgoda*.

*Rozróżnienie  
dotyczące  
zgody  
domniemanej*

97. *Zgoda domniemana* ma miejsce w przypadku, gdy pracownik służby zdrowia musi podjąć działania medyczne wobec pacjenta, który czasowo lub na stałe nie jest zdolny do zrozumienia i decydowania, w celu ratowania go w poważnym zagrożeniu dla życia, za pomocą zabiegów proporcjonalnych do ryzyka i konieczności.

W takim przypadku obowiązek podjęcia działań wynika z zasady odpowiedzialności medycznej, która zobowiązuje pracownika służby zdrowia do troski o życie i zdrowie pacjenta, pod warunkiem, że pacjent wcześniej, zanim popadł w stan niemożności, nie wyraził wobec pracownika służby zdrowia uprawnionego i wyraźnego sprzeciwu wobec konkretnych działań terapeutycznych.

*Przedstawiciel  
prawny  
i zaangażowanie  
krewnych*

98. W przypadku, kiedy pacjent nie jest w stanie zrozumieć niezbędnych informacji co do stanu swojego zdrowia, rokowań i działań terapeutycznych, a nie istnieje konieczność natychmiastowego działania, pra-

<sup>199</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do światowego Kongresu lekarzy katolickich* (3 października 1982), nr 4, w: *Insegnamenti*, t. V/3 (1982), s. 673.

<sup>200</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do 81. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Interny i 82. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej* (27 października 1980), nr 5, w: *Insegnamenti*, t. III/2 (1980), s. 1008-1009.

cownik służby zdrowia powinien przekazać informacje o stanie zdrowia chorego przedstawicielowi prawnemu i poprosić uprawnioną do tego osobę o zgodę na działania medyczne<sup>201</sup>. Jeśli nie można jej wskazać, pracownik służby zdrowia powinien zakomunikować potrzebę wyznaczenia takiej osoby.

Krewni mogą być informowani o stanie zdrowia i zabiegach oraz współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji, jeśli chory ich do tego upoważni.

## **Badania i eksperymenty biomedyczne**

99. W dziedzinie profilaktyki, diagnostyki i leczenia, działanie medyczne, ukierunkowane na osiągnięcie coraz skuteczniejszych korzyści dla zdrowia, jest ze swej natury otwarte na terapie innowacyjne. Są one wynikiem stałej i rozwijającej się aktywności w zakresie badań i eksperymentów mających na celu rozpoznanie, naukowe potwierdzenie i udostępnienie chorym nowych i lepszych rozwiązań leczniczych<sup>202</sup>.

*Postęp naukowy  
i badania  
eksperymentalne*

Podążanie drogą badań i eksperymentów jest prawem każdej nauki stosowanej: postęp naukowy jest z nią strukturalnie związany. Nauki biomedyczne i ich rozwój nie są wyłączone spod tego prawa.

W badaniach biomedycznych istnieje jednak konieczność przeprowadzania ich także na podmiotach ludzkich, z ich bogactwem i kruchością.

Osoby – zarówno tak zwani wolontariusze zdrowi, jak i chorzy – mogą zostać zaangażowane i dobrowolnie ofiarować własny wkład w badania medyczne, pod warunkiem, że zostaną zachowane wszelkie niezbędne środki ostrożności, aby uniknąć ryzyka dla integral-

---

<sup>201</sup> Por. KKK, nr 2278.

<sup>202</sup> „Doświadczenia naukowe, medyczne lub psychologiczne na osobach lub grupach ludzkich mogą przyczyniać się do leczenia chorych i do poprawy zdrowia publicznego” (KKK, nr 2292).

ności psycho-fizycznej lub pogorszenia stanu zdrowia oraz by uszanować ich godność. Stąd też nie przyznaje się naukom biomedycznym takiej samej wolności w prowadzeniu badań, jaką cieszą się nauki odnoszące się do rzeczy<sup>203</sup>. „Badania lub doświadczenia na istocie ludzkiej nie mogą usprawiedliwiać czynów samych w sobie sprzecznych z godnością osób i z prawem moralnym. Ewentualna zgoda podmiotów nie usprawiedliwia takich czynów. Przeprowadzanie doświadczeń na istocie ludzkiej nie jest moralnie uprawnione, jeżeli naraża jej życie lub integralność fizyczną i psychiczną na ryzyko niewspółmierne lub możliwe do uniknięcia. Przeprowadzanie doświadczeń na istotach ludzkich jest nie do pogodzenia z godnością osoby przede wszystkim wówczas, gdy ma ono miejsce bez wyraźnej zgody podmiotu lub przez niego uprawnionych”<sup>204</sup>.

*Badania  
biomedyczne  
jako wyraz  
solidarności  
i miłości*

Współpraca osób w badaniach biomedycznych, zasadzająca się na *wolnym i odpowiedzialnym wyborze podzielanym z lekarzem prowadzącym badania*, stanowi szczególnie wyraz solidarności i miłości.

*Niemoralność  
badań  
sprzeciwiających  
się prawdziwemu  
dobru osoby*

100. W badaniach norma etyczna wymaga, by były one ukierunkowane na promowanie ludzkiego dobra. Niemoralne jest każde badanie, które sprzeciwia się prawdziwemu dobru osoby<sup>205</sup>: zaangażowanie w nie

<sup>203</sup> Por. KKK, nr 2293-2294.

<sup>204</sup> KKK, nr 2295.

<sup>205</sup> „Kościół szanuje i popiera badania naukowe, które mają nastawienie prawdziwie humanistyczne i nie traktują człowieka w sposób instrumentalny ani nie działają na jego szkodę oraz zachowują niezależność od interesów politycznych i ekonomicznych. Szerząc postawy moralne dyktowane przez naturalny rozum, Kościół jest przekonany, że w ten sposób służy cenną pomocą badaniom naukowym, których celem jest prawdziwe dobro człowieka. W tej perspektywie przypomina on, że nie tylko cele, lecz także metody badań i stosowane środki muszą zawsze wyrażać poszanowanie godności każdej istoty ludzkiej, na każdym etapie jej rozwoju i w każdej fazie eksperymentu” (św. Jan Paweł II, *Do uczestników Zgromadzenia*

energii i środków stoi w sprzeczności z ludzką celowością nauki i jej postępu<sup>206</sup>.

W fazie *eksperymentalnej*, to jest weryfikacji hipotez badawczych na człowieku, dobro osoby, chronione przez normę etyczną, wymaga przestrzegania wcześniej ustalonych warunków zasadniczo powiązanych z wyrażeniem zgody i ryzykiem.

101. Przede wszystkim należy uwzględnić *czynnik ryzyka*. Każdy eksperyment ze swej natury wiąże się z ryzykiem. „Istnieje jednakże pewien stopień niebezpieczeństwa, na który moralność nie może zezwolić”<sup>207</sup>. Istnieje pewien próg, poza którym ryzyko staje się po ludzku nie do zaakceptowania. Ten próg jest wyznaczony przez nienaruszalne dobro osoby, które zabrania „wystawiania na niebezpieczeństwo swego życia, naruszania jego równowagi, jego zdrowia albo powiększania jego cierpienia”<sup>208</sup>.

*Adekwatna informacja* oraz *potwierdzone zrozumienie* – w celu uzyskania dobrowolnej i świadomej

*Czynnik ryzyka i stopień jego niebezpieczeństwa*

*Informacja i zrozumienie dla celów etyki eksperymentalnej*

---

Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita” (24 lutego 2003), nr 4: AAS 95 (2003), s. 590-591.

<sup>206</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do naukowców i pracowników Służby Zdrowia* (12 listopada 1987), nr 4, w: *Insegnamenti*, t. X/3 (1987), s. 1086-1087. „Należy także wspomnieć o pewnych nadużyciach w interpretacji badań naukowych w dziedzinie antropologii. Wskazując na wielką różnorodność tradycji, obyczajów i instytucji, istniejącą w ramach ludzkiej cywilizacji, dochodzi się, jeśli nie zawsze do negacji istnienia uniwersalnych ludzkich wartości, to przynajmniej do relatywistycznej koncepcji moralności” (św. Jan Paweł II, *Encyklika Veritatis splendor*, nr 33: AAS 85 (1993), s. 1160).

<sup>207</sup> Pius XII, *Przemówienie do członków I Międzynarodowego Kongresu Histopatologii Układu Nerwowego* (14 listopada 1952): AAS 44 (1952), s. 788.

<sup>208</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników konferencji nt. leków* (24 października 1986), w: *Insegnamenti*, t. IX/2 (1986), s. 1183; por. Tenże, *Przemówienie do uczestników Kongresu Chirurgii* (19 lutego 1987), nr 4, w: *Insegnamenti*, t. XII (1987), s. 376; KKK, nr 2295.

zgody osób, odpowiednio udokumentowane – stanowią zawsze element konieczny i nieodzowny dla *etyczności eksperymentów* czy to, gdy przeprowadzane są w celach czysto naukowych, czy to, gdy powiązane są z nimi cele ewentualnie lecznicze.

*Udział  
niepełnoletnich  
lub dorosłych  
prawnie  
niezdolnych  
do zrozumienia  
i decydowania*

Eksperymenty kliniczne mogą być przeprowadzane także z udziałem osób *niepełnoletnich lub dorosłych, które prawnie są niezdolne do zrozumienia czy decydowania*, jednak musi i tutaj zostać spełnione kryterium ważności naukowej, usprawiedliwionej zachowaniem proporcji pomiędzy ryzykiem i korzyściami racjonalnie przewidywanymi dla uczestniczących w nich podmiotów nieletnich lub niezdolnych. Eksperyment, który nie przewiduje bezpośrednich korzyści dla podmiotów nieletnich czy niezdolnych, lecz jedynie dla innych osób znajdujących się w takim samym położeniu (wieku, choroby i tym podobnych), może być etycznie uzasadniony, jeśli niemożliwe jest uzyskanie tych samych rezultatów przy udziale podmiotów dorosłych i zdolnych do czynności prawnych, a ryzyko i szkody nie są większe niż minimalne. W obu przypadkach konieczne jest uzyskanie świadomej zgody rodziców lub prawnego przedstawiciela zgodnie z prawodawstwem różnych krajów.

*Badania  
przedkliniczne*

102. Nie wolno rozpoczynać ani kontynuować eksperymentów bez przedsięwzięcia wszystkich środków dla uniknięcia przewidywanego ryzyka i zmniejszenia konsekwencji niepożądanych zdarzeń.

Aby uzyskać takie gwarancje konieczna jest faza podstawowych  *badań przedklinicznych*, która powinna dostarczyć szerszą dokumentację i bezpieczniejsze gwarancje farmakologiczno-toksykologiczne lub gwarancje co do stosowanych technik<sup>209</sup>. W tym zakresie,

---

<sup>209</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do 81. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Interny i 82. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej* (27 października 1980), nr 5, w: *Insegnamenti*, t. III/2 (1980), s. 1008-1009; *Przemówienie do uczestników*

eksperymentowanie z nowymi lekami i nowymi technikami leczniczymi – jeśli to pożyteczne i konieczne – nie może wykluczać *użycia zwierząt* zanim przejdzie się do działań na człowieku. „Jest rzeczą pewną, że zwierzęta służą człowiekowi i dlatego mogą być przedmiotem badań eksperymentalnych. Niemniej jednak zwierzęta muszą być traktowane jako stworzenia Boże, z przeznaczeniem do współpracowania dla dobra człowieka, a zatem nie do znęcania się nad nimi”<sup>210</sup>. Wynika z tego, że każdy eksperyment „winien być przeprowadzany z poszanowaniem zwierzęcia bez zadawania mu niepotrzebnych cierpień”<sup>211</sup>.

Po otrzymaniu tychże gwarancji, *faza kliniczna* eksperymentu na człowieku winna odpowiadać *zasadzie proporcjonalności ryzyka*, czyli powinności zachowania właściwej proporcji pomiędzy zyskami i przewidywanymi korzyściami.

*Zasada proporcjonalności ryzyka*

W tym tak ważnym zakresie rozsądne jest uwzględnienie opinii osób kompetentnych i cieszących się autorytetem moralnym. Dzisiaj czyni się to zazwyczaj poprzez zasięgnięcie opinii *komisji etycznych* do spraw badań naukowych. Na katolickich pracownikach służby zdrowia (lekarzach, farmaceutach, pielęgniarkach i pielęgniarzach, kapelanach, ekspertach prawa sanitarnego itd.) spoczywa odpowiedzialność bycia obecnymi w tych strukturach, aby oceniać wartość i znaczenie

*Komisje etyczne*

---

*Kursu naukowego nt. białaczki* (15 listopada 1985), nr 5, w: *Insegnamenti*, t. VIII/2 (1985), s. 1265.

<sup>210</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Tygodnia Studiów zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk* (23 października 1982), nr 4, w: *Insegnamenti*, t. V/3 (1982), s. 897. „Stąd zmniejszenie liczby eksperymentów dokonywanych na zwierzętach, eksperymentów, które stają się coraz mniej konieczne, odpowiada stwórczemu planowi i dobru całego dzieła stworzenia” (tamże).

<sup>211</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników konferencji nt. leków* (24 października 1986), nr 4, w: *Insegnamenti*, t. IX/2 (1986), s. 1183.

naukowe projektu badań eksperymentalnych oraz zagwarantować zabezpieczenie praw i godności tych wszystkich, którzy uczestniczą w naukowych badaniach biomedycznych.

*Zgoda podmiotu* 103. Na drugim miejscu – zgoda podmiotu. „Winien być on powiadomiony o doświadczeniu, o jego celu i o jego ewentualnym ryzyku, w taki sposób, aby mógł wyrazić swoją zgodę lub jej odmówić w pełnej świadomości i wolności. Lekarz, istotnie, ma wobec pacjenta tylko taką władzę i takie prawa, jakie pacjent sam mu udzieli”<sup>212</sup>.

*Eksperymenty dla celów terapeutycznych i naukowych* Należy tu rozróżnić eksperymenty dla celów terapeutycznych na osobie chorej, dla celów naukowych na osobie zdrowej lub chorej, albo dla dobra innych podmiotów. Te same gwarancje stosuje się zarówno w dziedzinie badań farmakologicznych i chirurgicznych, jak w innowacyjnych badaniach na polu terapii genowej czy z zastosowaniem komórek macierzystych.

*Kryteria odnoszące się do osoby chorego* 104. W przypadku *eksperymentów dla celów terapeutycznych na osobie chorej* właściwą proporcję określa się na podstawie zestawienia stanu zdrowia chorego z możliwymi korzyściami klinicznymi leków lub narzędzi będących przedmiotem doświadczenia.

Ocena ryzyka powinna być dokonana uprzednio przez prowadzącego badania i przez komisję etyczną. Ocena ta jest podstawowym aspektem etycznego usprawiedliwienia danego eksperymentu klinicznego.

*Godziwość zastosowania środków związanych jeszcze z pewnym ryzykiem* W takiej ocenie zachowuje aktualność – wskazana już wcześniej – zasada, że „w przypadku braku innych rozwiązań, wolno – za zgodą chorego – uciec się do narzędzi, które udostępnia bardziej zaawansowana

---

<sup>212</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do 81. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Interny i 82. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej* (27 października 1980), nr 5, w: *Insegnamenti*, t. III/2 (1980), s. 1009.



medycyna, nawet jeśli są jeszcze na etapie eksperymentalnym i nie są pozbawione pewnego ryzyka. Przyjmując je chory może dać przykład wielkoduszności dla dobra ludzkości”<sup>213</sup>.

„W przypadkach klinicznych, co do których nie istnieją inne sprawdzone terapie, jeśli pacjent, lub jego przedstawiciel prawny, wyrazi zgodę i za zatwierdzeniem przez komisję etyczną, można przejść do wdrożenia terapii będących jeszcze w fazie eksperymentalnej, nawet jeśli wykazują wysoki stopień ryzyka”<sup>214</sup>.

Zgodę domniemaną w doświadczeniach klinicznych można wziąć pod uwagę jedynie w przypadku, gdy chodzi o podjęcie postępowania eksperymentalnego w sytuacjach koniecznych i nagłych, na pacjentach niezdolnych do rozumienia i decydowania, dotkniętych jakąś patologią, w której postępowanie eksperymentalne jest jedynym sposobem leczenia, a dany eksperyment został uprzednio zatwierdzony przez komisję etyczną. Następnie, pacjent, jeśli odzyska zdolność wyrażenia woli (lub jego przedstawiciel prawny w przypadku przedłużającej się niemożności pacjenta), musi zostać poinformowany o przeprowadzonej terapii doświadczalnej i wyrazić zgodę lub jej brak na uczestnictwo (zgodą odroczone).

*Domniemana  
zgodą na  
eksperyment  
w nagłych  
przypadkach*

---

<sup>213</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona* (5 maja 1980), nr 4: AAS 72 (1980), s. 550. „Może się zdarzyć, w wątpliwych przypadkach, gdy zawiodą wypróbowane środki, iż nowa metoda, jeszcze niedostatecznie sprawdzona, przy niewątpliwym ryzyku, może zaoferować duże prawdopodobieństwo powodzenia. Jeśli chory wyrazi swą zgodę, zastosowanie takiej metody jest dopuszczalne”, Pius XII, *Przemówienie do członków Międzynarodowego Kongresu Histopatologii Układu Nerwowego* (14 listopada 1952): AAS (1952), s. 788.

<sup>214</sup> Pius XII, *Przemówienie do uczestników VIII Zgromadzenia Światowego Stowarzyszenia Medycznego* (30 września 1954): AAS 46 (1954), s. 591-592.

*Ekspertyzacje  
na osobie  
zdrowej i zasada  
solidarności*

105. *Ekspertyzacja kliniczna* może również zostać wykonana na osobie zdrowej, która dobrowolnie poświęca się, aby „ze swej inicjatywy przyczynić się do postępu medycyny i w ten sposób, do dobra wspólnoty”. Jest to uzasadnione ludzką i chrześcijańską solidarnością, która usprawiedliwia oraz daje znaczenie i wartość takiemu gestowi: „Dać coś od siebie, w granicach nakreślonych przez normę moralną, może stanowić świadectwo godnej wielkiego uznania miłości bliźniego i stworzyć okazję wzrostu duchowego na tyle istotnego, że wynagrodzi on ryzyko ewentualnego, nie zasadniczego uszczerbku fizycznego”<sup>215</sup>.

W każdym przypadku zawsze należy przerwać ekspertyzacje, jeśli ocena na danym etapie wskazywała by na nadmierne ryzyko lub wyraźny brak korzyści.

106. Jako że należy uznać godność osoby ludzkiej jednostki ludzkiej w fazie prenatalnej, *badania i ekspertyzacje na embrionach i płodach ludzkich* winny być podporządkowane normom etycznym odnoszącym się do dziecka już narodzonego i każdego podmiotu ludzkiego.

*Ekspertyzacje  
na embrionach  
i płodach ludzkich*

W szczególnie sposób badania polegające na obserwacji danego zjawiska w okresie ciąży, mogą być dozwolone tylko wtedy, gdy „istnieje pewność moralna, że nie wyrządzi się szkody ani życiu, ani integralności płodu i matki oraz pod warunkiem, że rodzice wyrazili zgodę na taką interwencję”<sup>216</sup>.

Natomiast *ekspertyzacje stosowanie nowych zabiegów* jest możliwe jedynie wtedy, gdy istnieją uzasadnione przesłanki naukowe i dla celów wyraźnie

<sup>215</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do 81. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Interny i 82. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej*, nr 5, w: *Insegnamenti*, t. III/2 (1980), s. 1009.

<sup>216</sup> Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja Donum vitae*, nr I, 4: AAS 80 (1988), s. 81.

terapeutycznych przy braku innych możliwości leczenia. Natomiast „żaden cel, nawet sam w sobie szlachetny, jak przewidywana użyteczność dla nauki, dla innych istot ludzkich lub dla społeczeństwa, nigdy nie może w żaden sposób usprawiedliwić doświadczenia na embrionach lub żywych płodach ludzkich, zdolnych i niezdolnych do przeżycia, w łonie matki lub poza nim. Świadoma zgoda, normalnie wymagana przy doświadczeniach klinicznych na dorosłym, nie może być udzielana przez rodziców, którzy nie mogą dysponować ani integralnością fizyczną, ani życiem dziecka, które ma się narodzić. Z drugiej zaś strony doświadczenie na embrionach i płodach niesie zawsze ryzyko, a nawet często przewidywane przeświadczenie uszkodzenia ich integralności fizycznej, a nawet ich śmierci. Używanie embrionu ludzkiego lub płodu, jako przedmiotu czy narzędzia eksperymentu stanowi przestępstwo wobec godności istot ludzkich”. „Całkowicie sprzeczna z godnością ludzką” jest „praktyka podtrzymywania przy życiu embrionów ludzkich, *in vivo* lub *in vitro*, w celach doświadczalnych czy handlowych”<sup>217</sup>.

107. W doświadczeniach klinicznych należy zwrócić szczególną uwagę na udział osób, które mogą być *wrażliwe* z racji zależności (studenci, osadzeni, wojskowi), niepewnej sytuacji społecznej i ubóstwa (bezdolni, bezrobotni, imigranci), albo niskiego poziomu kulturalnego, co mogłoby sprawić trudności w uzyskaniu świadomej zgody.

*Eksperymenty  
na podmiotach  
wrażliwych*

---

<sup>217</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr I, 4: AAS 80 (1988), s. 81-83. „Potępiam, w sposób jak najbardziej jednoznaczny i formalny, eksperymentalne manipulowanie ludzkim embrionem, ponieważ istota ludzka od chwili poczęcia aż do śmierci nie może być wykorzystywana dla jakiegokolwiek celu” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Tygodnia Studiów zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk* (23 października 1982), nr 4: AAS 75 (1983), s. 37).

W krajach wschodzących i rozwijających się eksperymenty winny być prowadzone przede wszystkim w celach klinicznych i naukowych, które bezpośrednio i w sposób specyficzny dotyczą zaangażowanej ludności miejscowej. Kryteria naukowe i etyczne, służące do oceny i prowadzenia eksperymentów w krajach wschodzących i rozwijających się, powinny być takie same, jak te, które są stosowane w krajach rozwiniętych.

*Eksperymenty w krajach wschodzących i rozwijających się* muszą być prowadzone z uszanowaniem tradycji i kultur lokalnych oraz powinny być uprzednio zatwierdzone przez komisję etyczną kraju organizującego badania, jak i przez lokalną komisję etyczną.

*Eksperymenty na kobietach w wieku płodnym* 108. Jeśli chodzi o *eksperymenty kliniczne*, zwłaszcza te dotyczące ciężkich patologii, dla których nie istnieją jednolite sposoby leczenia, terapie eksperymentalne mogą dotyczyć także mężczyzn i kobiet *w wieku płodnym*, z możliwym ryzykiem w przypadku ciąży. Pacjenci, biorąc pod uwagę decyzję o udziale w eksperymencie, powinni być świadomi istnienia takiego ryzyka, wiedząc o obowiązku unikania zajścia w ciążę, aż do czasu ustania szkodliwych skutków kuracji.

Lekarz czy sponsor handlowy badań eksperymentalnych, nie może domagać się zastosowania środków antykoncepcyjnych czy – jeszcze gorzej – aborcyjnych, jako warunku uczestnictwa w eksperymencie.

## **Dawstwo i przeszczepy organów oraz tkanek**

109. Postęp i rozpowszechnienie się medycyny transplantacyjnej umożliwia dziś leczenie i wyzdrowienie wielu chorym, którzy jeszcze do niedawna skazani byli na oczekiwanie śmierci lub, w najlepszym przypadku, na bolesną i ograniczoną egzystencję<sup>218</sup>.

---

<sup>218</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 1. Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów*

Dawstwo i przeszczep organów są wymownym wyrazem *służby życiu* i *solidarności*, która łączy między sobą wszystkie istoty ludzkie, i są „szczególną formą świadectwa miłości”<sup>219</sup>. Z tych racji nabierają też one wartości moralnej, która legitymizuje taką praktykę medyczną.

*Wartość moralna dawstwa i przeszczepów organów*

110. Przy przeszczepach interwencja medyczna „jest nierozdzielna od ludzkiego aktu obdarowania”<sup>220</sup>. W dawstwie organów bowiem dawca w sposób wolny i wielkoduszny zgadza się na ich pobranie.

*Pobranie od osoby żyjącej* wymaga zgody udzielonej osobiście przez podmiot zdolny do jej wyrażenia<sup>221</sup>. Należy zwrócić szczególną uwagę na podmioty w stanie szczególnej bezbronności.

*Zgoda na pobranie narządów od osoby żyjącej*

*Pobranie narządów ze zwłok* wymaga zgody wyrażonej w jakiś sposób przez dawcę za życia lub okazanej przez osobę, która może go prawnie reprezentować. Postęp nauk biomedycznych, który daje ludziom możliwość „przeniesienia poza próg śmierci ich powołania do miłości”, powinien skłaniać do „ofiarowania za życia części swego ciała w ofierze, która zostanie przekazana dopiero po śmierci”. Jest to „akt *wielkiej miłości*, tej miłości, która życie oddaje za innych”<sup>222</sup>.

*Zgoda na pobranie narządów ze zwłok*

---

(20 czerwca 1991), nr 1, w: *Insegnamenti*, t. XIV/1 (1991), s. 1710.

<sup>219</sup> Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu zorganizowanego przez Papieską Akademię „Pro Vita” na temat dawstwa narządów* (7 listopada 2008): AAS 100 (2008), s. 802.

<sup>220</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 1. Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów* (20 czerwca 1991), nr 3, w: *Insegnamenti*, t. XIV/1 (1991) s. 1711.

<sup>221</sup> Por. KKK, nr 2296

<sup>222</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 1. Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów* (20 czerwca 1991), nr 4, w: *Insegnamenti*, t. XIV/1 (1991), s. 1712; por. KKK, nr 2301.

111. Wpisując się w tę ofiarniczą „ekonomię” miłości, transplantacja czy nawet zwykłe przetoczenie krwi, „nie mogą być oddzielone od aktu ofiarowania się samego dawcy, od miłości, która daje życie”<sup>223</sup>.

Mediacyjny  
charakter  
interwencji  
medycznej

W tym miejscu pracownik służby zdrowia „staje się pośrednikiem czegoś szczególnie doniosłego: spełnionego przez osobę daru z siebie – nawet po śmierci – aby ktoś inny mógł żyć”<sup>224</sup>.

„Powinno się podążać drogą – dopóki nauka nie dojdzie do odkrycia możliwości nowych, bardziej rozwiniętych form terapii – tworzenia i rozpowszechniania kultury solidarności, otwartej na wszystkich i nie wykluczającej nikogo”<sup>225</sup>.

<sup>223</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 1. Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów* (20 czerwca 1991), nr 5, w: *Insegnamenti*, t. XIV/1 (1991), s. 1713.

<sup>224</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 1. Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów* (20 czerwca 1991), nr 5, w: *Insegnamenti*, t. XIV/1 (1991), s. 1713. „Trud operacji, konieczność szybkiego działania, potrzeba całkowitego skupienia się na tym zadaniu, nie powinny prowadzić do tego, że lekarz straci z oczu tajemnicę miłości, która jest zawarta w tym, co czyni” (tamże). „Poszczególne przykazania Dekalogu to w istocie tylko różne ujęcia jednego mającego na względzie dobro osoby, odniesionego do wielorakich dóbr związanych z jej tożsamością jako istoty duchowej i cielesnej, która pozostaje w relacji z Bogiem, z bliźnim i ze światem rzeczy”, św. Jan Paweł II, *Encyklika Veritatis splendor*, nr 13: AAS 85 (1993), s. 1143-1144.

<sup>225</sup> Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu zorganizowanego przez Papieską Akademię „Pro Vita” na temat dawstwa narządów* (7 listopada 2008): AAS 100 (2008), s. 804. „Medycyna przeszczepów jako wyraz etyki daru, wymaga ze strony wszystkich zaangażowania wszelkich możliwych wysiłków w kształtowanie postaw i informowanie, aby czynić coraz wrażliwymi sumienia na kwestię, która bezpośrednio dotyczy życia wielu osób. Stąd koniecznie należy przewyciężyć uprzedzenia i nieporozumienia, rozwiązać nieufność i lęki, by zastąpić je pewnością i gwarancjami, tak aby doprowadzić do wzrostu we wszystkich świadomości wielkiego daru życia” (tamże).

112. *Przeszczepy autoplastyczne*, w których pobranie i przeszczep narządu są dokonywane u tej samej osoby, są usprawiedliwione przez zasadę całościowości, w świetle której dla integralnego dobra organizmu można zadysponować pewną jego częścią.

*Przeszczepy u tej samej osoby*

Szczególną formą autoprzeszczepu jest przeszczep *tkanki germinalnej jajnika* pobranej od podmiotu przed przeprowadzeniem bardzo agresywnych terapii, zwłaszcza chemio- i radioterapii, oraz potencjalnie szkodliwych dla przyszłej płodności. Przechowywanie i przeniesienie ortotopowe autologicznej tkanki jajnika zasadniczo są dopuszczalne.

*Autoprzeszczep tkanki germinalnej jajnika*

113. *Przeszczepy homoplastyczne*, to znaczy takie, w których tkanki pobrane są od osobnika tego samego gatunku co biorca, są usprawiedliwione przez zasadę solidarności, która łączy osoby ludzkie. „Wraz z pojawieniem się transplantacji narządów, zapoczątkowanych transfuzjami krwi, człowiek znalazł sposób na ofiarowanie części siebie samego, swojej krwi i swego ciała, aby inni mogli dalej żyć. Dzięki nauce i zawodowemu przygotowaniu oraz zaangażowaniu lekarzy i pracowników służby zdrowia [...] pojawiają się nowe i wspaniałe wyzwania. Jesteśmy wezwani do miłości bliźniego na nowe sposoby; w języku Ewangelii: do miłości «do końca» (J 13,1), jednak wewnątrz pewnych granic, których nie można przekroczyć, granic wyznaczonych przez samą naturę ludzką”<sup>226</sup>.

*Przeszczepy z jednej osoby na drugą*

*Uściślenie zasady solidarności*

114. Pobranie narządów, w przypadku przeszczepów homoplastycznych, może dokonywać się od dawcy żywego lub *ze zwłok*. W pierwszym przypadku pobranie narządu jest uprawnione pod warunkiem, że „fizyczne

*Kryteria godziwości pobierania narządów od osoby żyjącej lub zmarłej*

---

<sup>226</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 1. Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów* (20 czerwca 1991), nr 3, w: *Insegnamenti*, t. XIV/1 (1991), s. 1711.

i psychiczne szkody i ryzyko, na jakie naraża się dawca, są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednio powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało opóźnić zgon innych osób”<sup>227</sup>.

W drugim przypadku nie mamy już do czynienia z żywą osobą, lecz ze zwłokami. Wymagają one zawsze szacunku jako zwłoki ludzkie, ale nie mają już godności podmiotowej i wartości celowej właściwej osobie żyjącej. „Martwe ciało nie jest już – we właściwym znaczeniu tego słowa – podmiotem prawa, ponieważ pozbawione jest osobowości, a tylko ona może być podmiotem prawa”. Dlatego „przeznaczenie go dla użytecznych celów, nie budzących zastrzeżeń natury moralnej, a także wzniosłych” jest decyzją, której „nie należy potępiać, lecz pozytywnie usprawiedliwić”<sup>228</sup>. Takie przeznaczenie wymaga jednak zgody osoby zmarłej udzielonej przed śmiercią lub też braku sprzeciwu ze strony osób mających do tego prawo. Bezpłatne dawstwo organów po śmierci jest uprawnione<sup>229</sup>.

Stwierdzenie  
pewnej śmierci  
dawcy

Należy jednak mieć pewność co do tego, że ma się do czynienia ze zwłokami, aby uniknąć sytuacji, w której pobranie organów spowoduje lub nawet jedynie antycypuje śmierć. Pobranie narządów z ciała zmarłej osoby jest uprawnione w następstwie stwierdzenia pewnej śmierci dawcy. Wynika stąd obowiązek „podjęcia środków, aby zwłoki nie były uznane i traktowane jako takie, zanim nie stwierdzi się z całą pewnością zgonu”<sup>230</sup>.

---

<sup>227</sup> KKK, nr 2296.

<sup>228</sup> Pius XII, *Przemówienie do delegatów Włoskiego Stowarzyszenia Dawców Rogówki i Włoskiej Ligii Niewidomych* (14 maja 1956): AAS 48 (1956), s. 462-464.

<sup>229</sup> Por. KKK, nr 2301.

<sup>230</sup> Pius XII, *Przemówienie do delegatów Włoskiego Stowarzyszenia Dawców Rogówki i Włoskiej Ligii Niewidomych* (14 maja 1956): AAS 48 (1956), s. 466-467.



## Stwierdzenie śmierci

115. Pobieranie narządów ze zwłok stawia w nowy sposób problem pewności diagnozy co do stanu śmierci.

Śmierć jest rozumiana przez człowieka jako rozkład, rozpad, rozdarcie<sup>231</sup>, ponieważ „polega na całkowitym rozpadzie tej zjednoczonej i zintegrowanej całości, którą jest osoba sama w sobie”<sup>232</sup>. „Oczywiście, ta destrukcja nie dotyka całej ludzkiej istoty. Wiara chrześcijańska – i nie tylko ona – uznaje, iż zasada duchowa człowieka trwa również poza śmiercią”<sup>233</sup>.

„Śmierć osoby [...] jest wydarzeniem, którego nie można bezpośrednio uchwycić żadną techniką naukową czy metodą empiryczną. Jednak doświadczenie ludzkie uczy, że po nadejściu śmierci osobnik przejawia pewne biologiczne oznaki, które nauczono się rozpoznawać w sposób coraz bardziej pogłębiony i szczegółowy. Tak zwanych «kryteriów stwierdzenia śmierci»

*Kryteria  
stwierdzenia  
śmierci*

<sup>231</sup> Por. Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska *Gaudium et spes*, nr 18; św. Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, nr 15: AAS 76 (1984), s. 216, Tenże, *Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej Akademii Nauk nt. „Określenia momentu śmierci”* (14 grudnia 1989), nr 4: AAS 82 (1990), s. 768.

<sup>232</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego* (29 września 2000), nr 4: AAS 92 (2000), s. 823-824.

<sup>233</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej Akademii Nauk nt. Określenia momentu śmierci* (14 grudnia 1989), nr 4: AAS 82 (1990), s. 768. „Jedność ciała i duszy jest tak głęboka, że trzeba uważać ją za «formę» ciała; oznacza to, że dzięki duszy duchowej ciało utworzone z materii jest ciałem żywym i ludzkim; duch i materia w człowieku nie są dwiema połączonymi naturami, ale ich zjednoczenie tworzy jedną naturę” (KKK, nr 365). „Kościół naucza, że każda dusza duchowa jest bezpośrednio stworzona przez Boga - nie jest ona dziełem rodziców - i jest nieśmiertelna; nie ginie więc po jej oddzieleniu się od ciała w chwili śmierci i połączy się na nowo z ciałem w chwili ostatecznego zmartwychwstania (KKK, nr 366).

stosowanych dzisiaj w medycynie nie należy rozumieć jako techniczno-naukowe określenie dokładnego momentu śmierci osoby, lecz jako niezawodne sposoby naukowe pozwalające wykryć biologiczne znaki zaistnienia śmierci osoby”<sup>234</sup>.

*Kliniczne  
znamiona  
śmierci*

Z biomedycznego punktu widzenia *śmierć polega na całkowitej utracie integracji tej zjednoczonej całości, jaką jest ludzki organizm*. Stwierdzenie i interpretacja medyczna znamion tej dezintegracji nie należy do kompetencji moralności, lecz nauki. To właśnie do medycyny należy jak najdokładniejsze z możliwych określenie *klinicznych znamion śmierci*. Kiedy zostanie to ustalone, w jej świetle mogą być rozpatrywane problemy i konflikty moralne wywołane przez nowe technologie i nowe możliwości terapeutyczne.

*Objawy  
encefaliczne  
i sercowo-  
oddechowe*

116. „Dobrze wiadomo, że od jakiegoś czasu różne argumentacje naukowe co do stwierdzenia śmierci przesunęły akcent z tradycyjnych objawów sercowo-oddechowych na tzw. «kryterium neurologiczne». Polega ono na rozpoznaniu według ściśle określonych parametrów – podzielanych przez międzynarodową społeczność naukowców – całkowitego i nieodwracalnego ustania jakiejkolwiek aktywności encefalicznej (mózgu, mózdzku i pnia mózgu). Uważa się to za znak utraty zdolności integracyjnej indywidualnego organizmu jako takiego. Wobec współczesnych parametrów stwierdzenia śmierci – czy to odnoszących się do objawów «encefalicznych» czy do bardziej tradycyjnych objawów sercowo-oddechowych – Kościół nie dokonuje wyborów naukowych, lecz ogranicza się do wypełnienia ewangelicznej odpowiedzialności porównania danych proponowanych przez nauki medyczne z chrześcijańskim pojmowaniem jedności osoby, wskazując na podobień-

---

<sup>234</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego* (29 sierpnia 2000), nr 4: AAS 92 (2000), s. 824.

stwa, czy też ewentualne niezgodności, które mogłyby narazić na niebezpieczeństwo poszanowanie ludzkiej godności”<sup>235</sup>.

Jeśli dane naukowe stanowią podstawę do stwierdzenia, że kryterium całkowitej śmierci mózgowej i związane z nią oznaki w sposób pewny wskazują, że nieodwracalnie została utracona jedność organizmu, to wówczas można stwierdzić, że *kryterium neurologiczne*, „jeśli rzetelnie zastosowane, nie stoi w sprzeczności z podstawowymi założeniami poprawnej koncepcji antropologicznej. W konsekwencji pracownik służby zdrowia, zawodowo odpowiedzialny za stwierdzenie śmierci, może stosować te kryteria, aby osiągnąć, przypadek po przypadku, taki poziom pewności osądu etycznego, jaki doktryna moralna określa terminem «*pewność moralna*». Jest to pewność konieczna i wystarczająca do podjęcia działania właściwego pod względem etycznym.

*Dopuszczalność kryterium neurologicznego*

Dlatego jedynie po zaistnieniu takiej pewności moralnie uprawnione jest wszczęcie koniecznych procedur technicznych w celu pobrania organu do transplantacji, jeśli wcześniej uzyskana została świadoma zgoda dawcy lub jego prawnych przedstawicieli”<sup>236</sup>. „W takiej jak ta dziedzinie nie może zaistnieć najmniejsze nawet podejrzenie nadużycia, a w przypadku braku całkowitej pewności, przeważać musi zasada ostrożności. Z tych względów ważne jest zintensyfikowanie badań i refleksji interdyscyplinarnej, tak, aby także opinia publiczna mogła w tej sprawie stanąć wobec najczystszej prawdy o antropologicznych, społecznych, etycznych i prawnych implikacjach praktyki transplantacyjnej”<sup>237</sup>.

*Przewaga zasady ostrożności*

<sup>235</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Świątowego Towarzystwa Transplantologicznego* (29 sierpnia 2000), nr 5: AAS 92 (2000), s. 824.

<sup>236</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Świątowego Towarzystwa Transplantologicznego* (29 sierpnia 2000), nr 5: AAS 92 (2000), s. 824.

<sup>237</sup> Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu zorganizowanego przez Papieską Akademię*

## Pobieranie narządów w wieku dziecięcym

*Prawidłowe stwierdzenie oznak klinicznych* 117. Szczególną uwagę należy zwrócić na *pobieranie narządów w wieku dziecięcym* z powodu konieczności zastosowania wobec dzieci specyficznych parametrów stwierdzenia śmierci i z powodu delikatnej sytuacji psychologicznej rodziców, wezwanych do wyrażenia zgody na pobranie. Potrzeba narządów w wieku dziecięcym w żaden sposób nie może usprawiedliwiać zaniedbania prawidłowego stwierdzenia klinicznych znamion potwierdzających śmierć w tym wieku.

## Ksenotransplantaty

*Kryteria godziwości* 118. Trwa dyskusja nad możliwościami – jeszcze w fazie całkowicie eksperymentalnej – rozwiązania problemu pozyskania dla człowieka organów do przeszczepienia z wykorzystaniem ksenotransplantatów, czyli *transplantacji organów i tkanek pochodzenia zwierzęcego*. „Ksenotransplantacja jest godziwa pod dwoma warunkami: że przeszczepiony organ nie wpływa na tożsamość i integralność osoby, która go otrzymuje; że istnieje udowodniona biologiczna możliwość dokonania z powodzeniem takiego przeszczepu, bez wystawiania biorcy na nadmierne ryzyko”<sup>238</sup>. Należy ponadto okazać szacunek zwierzętom biorącym udział w tych procedurach, zachowując takie kryteria, jak: unikanie zadawania im niepotrzebnych cierpień, respektowanie kryterium autentycznej konieczności i racjonalności oraz unikanie niekontrolowalnych modyfikacji genetycznych, które mogą w znaczący sposób zmienić

---

„Pro Vita” na temat dawstwa narządów (7 listopada 2008): AAS 100 (2008), s. 804.

<sup>238</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego* (29 sierpnia 2000), nr 7: AAS 92 (2000), s. 825.

bioróżnorodność i równowagę gatunkową w świecie zwierząt<sup>239</sup>.

## Przeszczep a tożsamość osobowa

119. Nie wszystkie organy mogą być przedmiotem dawstwa. Z etycznego punktu widzenia z transplantacji wyklucza się mózgowie i gruczoły płciowe, z którymi wiąże się *tożsamość* odpowiednio *osobowa* i *prokreacyjna* osoby. Chodzi o narządy związane z unikatowością osoby, którą medycyna powinna chronić.

*Moralny zakaz dawstwa pewnych narządów*

## Nadużycia przy przeszczepach

120. Handel narządami oraz stosowanie dyskryminujących czy utylitarystycznych kryteriów przy wyborze biorców zaprzeczają podstawowemu znaczeniu daru. Jako takie są moralnie niegodziwe. *Nadużycia przy transplantacjach* i *handel organami*, które często dotyczą osoby najbardziej bezbronne, jak dzieci, powinny zjednoczyć światową wspólnotę naukową i medyczną w ich odrzuceniu, jako praktyk nie do zaakceptowania. Ponadto należy je stanowczo potępić jako odrażające<sup>240</sup>.

*„Nie” dla handlu narządami*

## Uzależnienia

121. Uzależnienie, z punktu widzenia medyczo-sanitarnego, jest stanem nałogowego przyzwyczajenia się do pewnej substancji czy pewnego produktu – jak lekarstwa, alkohol, środki odurzające, tytoń – którego

*Eskalacja zjawiska uzależnień*

<sup>239</sup> Por. Papińska Akademia „Pro Vita”, *La prospettiva degli xenotrapianti. Aspetti scientifici e considerazioni etiche* (2001), nr 9.

<sup>240</sup> Por. Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu zorganizowanego przez Papińską Akademię „Pro Vita” na temat donacji narządów* (7 listopada 2008): AAS 100 (2008), s. 803.

niepohamowaną potrzebę odczuwa dana osoba, i której pozbawienie może spowodować u niej zaburzenia psychofizyczne.

Zjawisko uzależnień jest w naszych społeczeństwach niepokojącą, a w pewnych aspektach także i dramatyczną, rzeczywistością. Z jednej strony można je powiązać z *kryzysem wartości i sensu*, na które cierpi społeczeństwo i kultura współczesna<sup>241</sup>, z drugiej zaś strony ze *stresem* i frustracjami wywoływanymi przez mentalność wydajnościową, aktywizm i przesadną konkurencyjność oraz anonimowość interakcji społecznych.

Zło spowodowane przez uzależnienia i ich leczenie nie podlegają wyłącznej kompetencji medycyny. Tym niemniej należy do niej podejście profilaktyczne i terapeutyczne.

## Narkomania

*Przyczyna narkomanii* 122. *Narkomania* może być przejawem zagubienia sensu i wartości życia, aż do wystawienia go na ryzyko jego utraty: wiele śmiertelnych przypadków z powodu *przedawkowania* to rzeczywiste samobójstwa.

*Ocena etyczna używania narkotyków* 123. Z punktu widzenia moralnego „przyjmowanie narkotyków jest zawsze niegodziwe, ponieważ pociąga za sobą nieuzasadnioną i irracjonalną odmowę myślenia, pragnienia i działania jako wolna osoba”<sup>242</sup>. Osąd dotyczący niegodziwości narkomanii nie jest osądem

<sup>241</sup> „Źródłem nadużywania alkoholu i narkotyków jest zwykle – przy całej bolesnej złożoności przyczyn i sytuacji – pustka egzystencjalna, będąca skutkiem niedostatku wartości i niewiary w samego siebie, w innych i w życie” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowej Konferencji na temat problemów narkomanii i alkoholizmu* (23 listopada 1991), nr 2: AAS 84 (1992), s. 1128.

<sup>242</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowej Konferencji na temat problemów narkomanii i alkoholizmu* (23 listopada 1991), nr 4: AAS 84 (1992), s. 1130.

potępiającym osobę. Przeżywa ona swój stan jako *ciężką niewolę*<sup>243</sup>. Droga uzdrowienia nie powinna utożsamiać się ani z moralnym obwinianiem, ani z represjami prawnymi, lecz winna opierać się przede wszystkim na odzyskaniu utraconych wartości, które bez ukrywania ewentualnych win uzależnionego – sprzyjają jego wyzwoleniu w celu reintegracji rodzinnej i społecznej. Oznacza to, że detoksykacja jest czymś więcej niż kuracją medyczną: jest interwencją integralnie ludzką<sup>244</sup>.

*Droga powrotu  
z uzależnienia*

124. Narkotyki są przeciwne życiu. „Nie można mówić o «wolności narkotyzowania się» ani o «prawie do narkotyków», ponieważ istota ludzka nie ma prawa szkodzić samej sobie, nie może i nie powinna nigdy pozbawiać się osobowej godności danej jej przez Boga”<sup>245</sup>, a tym bardziej nie ma prawa powodować, by inni ponosili koszty jego decyzji.

*Przyjmowanie  
narkotyków  
sprzeciwia się  
życiu*

## **Alkoholizm**

125. Także alkohol może mieć skutki szkodliwe dla zdrowia. W rzeczywistości jego przesadne spożywanie prowadzi do powstania alkoholizmu, który jest wyrazem uzależnienia od jego stałego spożywania i w coraz

*Ocena etyczna  
alkoholizmu*

---

<sup>243</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 8. Światowego Kongresu Wspólnot terapeutycznych* (7 września 1984), nr 3, w: *Insegnamenti*, t. VII/2 (1984), s. 347.

<sup>244</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 8. Światowego Kongresu Wspólnot terapeutycznych*, nr 7, w: *Insegnamenti*, t. VII/2 (1984), s. 350.

<sup>245</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowej Konferencji na temat problemów narkomanii i alkoholizmu*, nr 4: AAS 84 (1992), s. 1130. „Używanie narkotyków wyrządza bardzo poważne szkody zdrowiu i życiu ludzkiemu. Jest ciężkim wykroczeniem, chyba że wynika ze wskazań ściśle leczniczych. Potajemna produkcja i sprzedaż narkotyków są działaniami gorszącymi; stanowią one bezpośredni współudział w działaniach głęboko sprzecznych z prawem moralnym, ponieważ skłaniają do nich” (KKK, nr 2291).

większych dawkach. Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu sprzeciwiają się moralnemu obowiązкови troski i ochrony zdrowia, a wraz z nim i życia. Obydwa powodują bowiem *wysoce szkodliwe skutki* dla zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego osoby. Ponadto alkoholizm może nabrać również wymiaru społecznego, jako że często jest powodem wypadków drogowych i w pracy, przemocy w rodzinie i może mieć wpływ na potomstwo. W pewnych krajach i regionach alkoholizm jest bardzo szeroko rozpowszechniony i stanowi prawdziwą plagę społeczną. W szczególny sposób niepokoi wzrost spożycia alkoholu wśród kobiet, wśród osób młodych i to w coraz wcześniejszym wieku, co destabilizująco wpływa na ich rozwój<sup>246</sup>.

*Integralnie  
ludzkie  
działania  
na rzecz wyjścia  
z alkoholizmu*

126. Ta *społeczna plaga* powinna skłonić osoby odpowiedzialne za politykę i działania sanitarne oraz samych pracowników służby zdrowia do wspierania struktur detoksykacyjnych i leczniczych oraz wprowadzania w życie strategii profilaktycznych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na ludzi młodych. Alkoholik jest osobą chorą, potrzebującą opieki medycznej i jednocześnie pomocy na płaszczyźnie solidarności i psychoterapii. Należy stosować wobec niego integralnie ludzkie działania uzdrawiające.

## **Nikotynizm**

*Etyczna ocena  
nikotynizmu*

127. Badania medyczne potwierdziły szkodliwy wpływ palenia tytoniu na zdrowie. Szkodzi on zdrowiu

---

<sup>246</sup> „Aktualne warunki ekonomiczne w społeczeństwie, a także wysoki poziom ubóstwa i bezrobocia, mogą przyczynić się do pogłębiania się w młodym człowieku poczucia niepokoju, braku bezpieczeństwa, frustracji, alienacji społecznej i mogą prowadzić go do iluzorycznego świata alkoholu traktowanego jako ucieczka od problemów życia” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Konferencji nt. Alkoholizmu* (7 czerwca 1985), w: *Insegnamenti*, t. VIII/1 (1985), s. 1741.



tego, kto pali (*palenie aktywne*), ale także tego, kto wdycha dym od innych (*palenie bierne*). Tytoń znajduje się dzisiaj wśród pierwszych przyczyn śmierci w świecie. Chociażby z tego względu używanie tytoniu stawia nieuniknione pytania moralne.

Rozprzestrzenianie się palenia tytoniu ma tendencję wzrostową nie tylko wśród młodych i chłopców, ale także w świecie kobiet. Zwłaszcza dorastająca młodzież jest narażona na uzależnienie oraz szkodliwy wpływ tytoniu na zdrowie fizyczne i psychiczne. Wobec takich danych nie mogą pozostać obojętne osoby odpowiedzialne za politykę sanitarną i sami pracownicy służby zdrowia. Do nich – każdego na swoim polu działania – należy prowadzenie dzieła profilaktyki i odwodzenia od palenia, poprzez kompetentne i odpowiednio ukierunkowane *akcje edukacyjne*.

## Środki psychofarmakologiczne

128. Środki psychofarmakologiczne stanowią specjalną kategorię leków, których zadaniem jest niesienie ulgi w ściśle określonych przypadkach cierpienia fizycznego i/lub psychicznego. Odwołanie się do takich substancji psychotropowych ze wskazań medycznych winno przestrzegać kryterium wielkiej roztropności, aby unikać niebezpiecznych form nawyku i uzależnienia.

*Kryteria  
ostrożności*

„Zadaniem władz sanitarnych, lekarzy, kierowników ośrodków badawczych jest praca na rzecz zredukowania do minimum takich zagrożeń poprzez właściwe akcje profilaktyczne i informacyjne”<sup>247</sup>.

129. Środki psychofarmakologiczne, podawane w *celach terapeutycznych* i z należnym uszanowaniem osoby,

---

<sup>247</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowej Konferencji na temat problemów narkomanii i alkoholizmu*, nr 4: AAS 84 (1992), s. 1130.

są etycznie godziwe. Odnoszą się do nich ogólne warunki godziwości interwencji leczniczej.

*Uszanowanie zdolności chorego do podejmowania decyzji*      Szczególnie tam, gdzie to możliwe, wymagana jest świadoma zgoda, przy uwzględnieniu zdolności chorego do podejmowania decyzji. Należy również odwołać się do zasady proporcjonalności terapeutycznej w wyborze i stosowaniu wspomnianych leków, na podstawie dokładnej etiologii symptomów lub motywów, które skłaniają do skorzystania tych leków<sup>248</sup>.

*Niegodziwość stosowania nieterapeutycznego i nadużycia*      130. Jest moralnie niegodziwe *używanie nieterapeutyczne i nadużywanie środków psychofarmakologicznych* celem spotęgowania określonych właściwości lub w celu wywołania sztucznego i ekscytującego ukojenia. W ten sposób zniekształca się doświadczenie ludzkie: fałszując wyniki, w których podmiot realizuje samego siebie, wystawiając na niebezpieczeństwo swoją osobowość tożsamość i swój autentyzm, sprzyjając tym samym kulturze wydajności. Dlatego niewłaściwe stosowanie i nadużywanie środków psychofarmakologicznych, mających działanie porównywalne do zażywania narkotyków, podlega przedstawionej już wcześniej ocenie etycznej, odnoszącej się do stosowania narkotyków.

Należy zwrócić szczególną uwagę na częste uciekanie się do środków psychofarmakologicznych w wieku dziecięcym.

## Psychologia i psychoterapia

*Medycyna psychosomatyczna*      131. Zostało wykazane, że element psychologiczny w każdej patologii odgrywa bardziej lub mniej znaczącą rolę, zarówno na zasadzie współprzyczyny, jak i skutku w doświadczeniu osobistym. Tym aspektem zajmuje się *medycyna psychosomatyczna*, która podkreśla także

---

<sup>248</sup> Por. Pius XII, *Przemówienie do Międzynarodowego Kongresu Neuropsychofarmakologii* (9 września 1958): AAS 50 (1958), s. 687-696.

terapeutyczne znaczenie osobistej relacji pomiędzy pracownikiem służby zdrowia a pacjentem<sup>249</sup>.

Pracownik służby zdrowia winien w taki sposób troszczyć się o kształt relacji z pacjentem, by profesjonalizm i kompetencje były bardziej skuteczne dzięki zdolności zrozumienia chorego. Takie podejście, umocnione przez integralnie ludzką wizję choroby i potwierdzone przez wiarę<sup>250</sup>, wpisuje się w tę skuteczność terapeutyczną.

132. Z zaburzeniami i chorobami natury psychicznej może zmierzyć się i je leczyć *psychoterapia*. Należy brać pod uwagę, że każda forma psychoterapii posiada własną wizję antropologiczną, formułuje hipotezy odnośnie do źródła chorób o podłożu psychicznym, proponuje choremu zarówno własny model teoretyczny jak i terapię, która wymaga zazwyczaj zmiany zachowań, a w niektórych przypadkach, także zmiany systemu wartości. Psychoterapia może więc dotknąć osobowości pacjenta i wywoływać jej zmianę.

*Antropologiczna  
wizja  
psychoterapii*

Warunek zależności pacjenta od terapeuty i nadzieja na poprawę czy wyleczenie narażają pacjenta na niebezpieczeństwo przyjęcia zasad sprzecznych z jego systemem wartości. Potrzeba więc, aby terapia była zgodna z *antropologią chrześcijańską* i – ewentualnie – zintegrowana z pomocą o charakterze religijnym, jako że zaburzenia psychiczne mogą być także pochodzenia duchowego. „Nowe formy zniewolenia przez narkotyki i rozpacz, w jaką popada tak wiele osób, znajdują wyjaśnienie nie tylko socjologiczne i psychologiczne, ale zasadniczo duchowe. Pustka, w jakiej dusza czuje się pozostawiona, mimo licznych terapii dla ciała i dla

---

<sup>249</sup> Por. bł. Paweł VI, *Przemówienie do 3. Światowego Kongresu International College Psychomatic Medicine* (18 września 1975): AAS 67 (1975), s. 544.

<sup>250</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Motu proprio Dolentium hominum*, nr 2: AAS 77 (1985), s. 458.

psychiki, przynosi cierpienie. *Nie ma pełnego rozwoju i powszechnego dobra wspólnego bez dobra duchowego i moralnego osób*, pojmowanych w ich kompletności duszy i ciała<sup>251</sup>.

*Kryteria godziwości etycznej* 133. Psychoterapia, gdy szanuje osobę pacjenta oraz jego przekonania duchowe i religijne, jest moralnie akceptowalną interwencją leczniczą<sup>252</sup>.

Ów szacunek wobec pacjenta zobowiązuje psychoterapeutę do *działania w granicach wymaganej i udzielonej przez pacjenta świadomej zgody*. „Tak jak jest rzeczą niegodziwą przywłaszczanie sobie dóbr drugiego i naruszanie jego integralności fizycznej bez jego zgody, tak nie wolno wbrew jego woli wkraczać w jego świat wewnętrzny, jakichkolwiek użyłoby się technik i metod<sup>253</sup>. Ten sam szacunek obliguje do niewpływania i nieprzymuszania woli pacjenta.

*Postulat głębokiego zmysłu etycznego* 134. Z punktu widzenia moralnego psychoterapie są generalnie do przyjęcia, pod warunkiem, że stosują je psychoterapeuci kierujący się głębokim zmysłem etycznym i zawodowym. Jednak, w oparciu o zasadę nienaruszalnej godności osoby, podkreśla się, że niektóre metody terapeutyczne, na przykład niewłaściwe stosowanie hipnozy, byłyby moralnie nie do przyjęcia, a nawet niebezpieczne dla integralności pacjenta i jego rodziny.

---

<sup>251</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Caritas in veritate*, nr 76: AAS 101 (2009), s. 707.

<sup>252</sup> „Widziana w całości, współczesna psychologia zasługuje na aprobatę z punktu widzenia moralnego i religijnego”, Pius XII, *Przemówienie do członków 13. Międzynarodowego Kongresu Psychologii Stosowanej* (10 kwietnia 1958): AAS 50 (1958), s. 274.

<sup>253</sup> Pius XII, *Przemówienie do członków 13. Międzynarodowego Kongresu Psychologii Stosowanej* (10 kwietnia 1958): AAS 50 (1958), s. 276.

## Troska duszpasterska i sakrament namaszczenia chorych

135. *Troska duszpasterska* o chorych polega na opiece duchowej i religijnej. Jest ona podstawowym prawem chorego i obowiązkiem Kościoła (por. *Mt* 10,8; *Łk* 9,2; 19,9). Niezapewnienie tej opieki, uczynienie uznaniową, niepopieranie czy stawianie jej przeszkód stanowi naruszenie tego prawa.

Jest ona istotnym i specyficznym, ale nie wyłącznym, zadaniem sprawujących w służbie zdrowia opiekę duszpasterską. Z racji konieczności zapewnienia harmonii między sferą fizyczną, psychiczną i duchową osoby, a także z racji obowiązku dawania świadectwa swojej wiary, każdy pracownik służby zdrowia winien stwarzać takie warunki, aby każdy, kto o to – wprost lub domyślnie – prosi, miał zapewnioną opiekę religijną<sup>254</sup>. „W Jezusie, «Słowie życia», zostaje tedy zapowiedziane i udzielone życie Boże i wieczne. Dzięki temu objawieniu i temu obdarowaniu, fizyczne i duchowe życie człowieka, także w swoim stadium ziemskim, zyskuje pełną wartość i znaczenie: życie Boże i wieczne jest bowiem celem, do którego zmierza i jest powołany człowiek żyjący w tym świecie”<sup>255</sup>.

*Prawo chorego  
i obowiązek  
Kościoła*

*Istotne  
i specyficzne  
zadanie opieki  
duszpasterskiej  
w szpitalach*

<sup>254</sup> „Doświadczenie uczy, że człowiek potrzebujący opieki, zarówno prewencyjnej, jak i terapeutycznej, ujawnia zapotrzebowania, które nie ograniczają się do patologii, na którą aktualnie cierpi. Od lekarza oczekuje on nie tylko adekwatnej opieki medycznej, która zresztą, wcześniej czy później okaże się niewystarczająca – lecz ludzkiego wsparcia, bliźniego, które potrafi sprawić, iż będzie on mógł przyjąć wizję życia, w której odkryje sens także cierpienia i śmierci. Czyż nie jest tak, że to tylko w oparciu o wiarę możliwa jest ta pełna pokój odpowiedzi na najistotniejsze pytania?”, (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Światowego Kongresu Lekarzy Katolickich* (3 października 1982), nr 6, w: *Insegnamenti*, t. V/3 (1982), s. 675).

<sup>255</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 30: AAS 87 (1995), s. 435.

Wspierać  
i przyjmować  
opiekę religijną

136. *Opieka religijna* domaga się, wewnątrz struktur sanitarnych, przeznaczenia jej stosownych i godnych przestrzeni oraz narzędzi koniecznych do jej realizacji.

Pracownik służby zdrowia winien okazać pełną dyspozycyjność we wspieraniu i przyjęciu prośby chorego o opiekę religijną. Tam, gdzie – z powodów natury ogólnej lub szczególnej – taka opieka nie może być udzielona przez podejmujących działania pastoralne, powinna ona być podjęta – w granicach możliwości i dopuszczalności – przez samego pracownika służby zdrowia, z szacunkiem dla wolności i wiary religijnej pacjenta oraz ze świadomością, że podejmując się tego zadania nie zaniedbuje on obowiązków ściśle pojętej opieki medycznej.

137. *Opieka religijna* wobec chorych wpisuje się w szersze ramy *duszpasterstwa zdrowia*, czyli w obecność i działania Kościoła skierowane na niesienie Słowa i łaski Pana tym, którzy cierpią i ich bliskim, zawodowym pracownikom oraz wolontariuszom, którzy się nimi opiekują.

Przeżywanie  
miłosierdzia  
Bożego  
w Chrystusie

W postudze wszystkich – kapłanów, diakonów, zakonnic, zakonników i odpowiednio uformowanych ludzi świeckich – którzy indywidualnie lub wspólnotowo angażują się w pastoralną posługę chorym, odżywa miłosierdzie Boga, który w Chrystusie pochyłał się nad ludzkim cierpieniem oraz w szczególny i uprzywilejowany sposób realizuje się zadanie ewangelizacji, uświęcania i miłości chrześcijańskiej powierzone Kościołowi przez Pana<sup>256</sup>.

Ewangelizowanie  
choroby  
i sprawowanie  
sakramentów

Oznacza to, że troska duszpasterska o chorych szczególnie formy wyrazu znajduje w katechezie, w liturgii i w miłości chrześcijańskiej. Chodzi tutaj odpowied-

<sup>256</sup> „Misterium paschalne w szczególny sposób naświetla owo specyficzne zadanie, do którego spełnienia w duchu ewangelizacji wezwana jest służba zdrowia” (św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Plenarnego Zgromadzenia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia* (11 lutego 1992), nr 7: AAS 85 (1993), s. 1503. Por. KKK, nr 1503.

nio o: *nadanie chorobie ewangelicznego sensu*, poprzez pomoc w odkrywaniu zbawczego znaczenia cierpienia przeżywanego w jedności z Chrystusem; o *celebrowanie sakramentów*, jako skutecznych znaków odradzającej i ożywiającej łaski Bożej; o *świadczanie przez „diakonię”* (służbę) i „*koinonię*” (komunię) o terapeutycznej sile miłości.

138. W trosce duszpasterskiej o chorych, miłość pełna prawdy i łaski zbliża się do nich za pośrednictwem osobnego i szczególnego sakramentu, jakim jest *namaszczenie chorych*<sup>257</sup>.

*Bliskość Boga  
w namaszczeniu  
chorych*

Udzielany każdemu chrześcijaninowi, który znajduje się w warunkach zagrażających życiu, sakrament ten jest lekarstwem dla ciała i dla ducha; pocieszeniem i umocnieniem dla chorego w integralności jego bytu cielesno-duchowego; jest światłem, które oświeca tajemnicę cierpienia i śmierci oraz nadziei, która otwiera teraźniejszość człowieka na Bożą przyszłość. „Cały człowiek otrzymuje w nim pomoc do zbawienia, umacnia ufność w Bogu i otrzymuje nowe siły przeciw pokusom szatana i trwodze śmierci”<sup>258</sup>.

*Specyficzne  
skutki  
sakramentu*

Jak każdy sakrament, także namaszczenie chorych należy poprzedzić odpowiednią katechezą, by uczynić chorego, świadomym i odpowiedzialnym podmiotem łaski sakramentu<sup>259</sup>.

*Niezbędna  
katecheza  
przygotowująca*

<sup>257</sup> Por. *Jk* 5,14-15. „Ciężko chory, doświadczający strachu i poczucia winy człowiek, potrzebuje specjalnej Bożej łaski, by nie ulec pokusie, która zachwiałaby jego wiarą. Chrystus zechciał ofiarować swoim wiernym chorym istotną siłę i wsparcie w postaci Sakramentu Namaszczenia” (Kongregacja Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów, *Sakrament namaszczenia i opieka duszpasterska chorych* (30 listopada 1972), nr 5. Por. *KKK*, nr 1511.

<sup>258</sup> Kongregacja Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów, *Sakrament namaszczenia i opieka duszpasterska chorych*, nr 6.

<sup>259</sup> „Przez łaskę tego sakramentu chory otrzymuje siłę i dar głębszego zjednoczenia z męką Chrystusa. Jest on w pewien sposób *konsekwrowany*, by przynosić owoc przez upodobnienie do

Szafarz sakramentu namaszczenia chorych 139. *Właściwym szafarzem namaszczenia chorych jest kapłan (biskupi i prezbiterzy)*<sup>260</sup>, który winien zatroszczyć się o to, by udzielać go tym wiernym, których stan zdrowia jest poważnie zagrożony przez starość lub ciężką chorobę lub planowany poważny zabieg chirurgiczny<sup>261</sup>.

Wspólnotowy obrzęd namaszczenia wielu chorych może służyć przewyciężeniu negatywnych uprzedzeń wobec tego sakramentu, jak i dowartościowaniu zarówno jego znaczenia, jak i sensu eklesjalnej solidarności.

Powtórne udzielanie namaszczenia Namaszczenie może być powtórzone, jeśli chory po odzyskaniu zdrowia z choroby, z powodu której go otrzymał, popada w inną chorobę, lub jeśli w czasie tej samej choroby następuje pogorszenie<sup>262</sup>.

Osoby, które mogą otrzymać namaszczenie Namaszczenie może być udzielone „ze względu na osłabienie sił fizycznych, nawet jeśli nie zagraża żadna poważna choroba”<sup>263</sup>.

Tam, gdzie to możliwe, może być udzielone także *dzieciom*, „pod warunkiem osiągnięcia przez nie wystarczającego używania rozumu”<sup>264</sup>.

W przypadku chorych *w stanie braku świadomości lub pozbawionych używania rozumu lub w wątpliwości czy*

---

odkupieńczej męki Zbawiciela” (KKK, nr 1521). „Wierni, którzy przyjmują ten sakrament, «łącząc się dobrowolnie z męką i śmiercią Chrystusa, przysparzają dobra Ludowi Bożemu». Celebrując ten sakrament w komunii świętych, Kościół wstawia się w intencji chorego. Ze swej strony chory przez łaskę tego sakramentu przyczynia się do uświęcenia Kościoła i do dobra wszystkich ludzi, za których Kościół cierpi i ofiaruje się przez Chrystusa Bogu Ojcu” (KKK, nr 1522).

<sup>260</sup> Por. KKK, nr 1516.

<sup>261</sup> Por. KKK, nr 1514-1515.

<sup>262</sup> Por. KKK, nr 1515; KPK, kan. 1004, § 2.

<sup>263</sup> Kongregacja Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów, *Sakrament namaszczenia i opieka duszpasterska chorych*, nr 11; por. KPK, kan. 1004, § 1.

<sup>264</sup> Kongregacja Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów, *Sakrament namaszczenia i opieka duszpasterska chorych*, nr 12; por. KPK, kan. 1004, § 1.



już nastąpiła śmierć udziela się tego sakramentu „jeśli jest podstawa do twierdzenia, że jako wierzący, poprosiliby oni o ten sakrament, gdyby byli w stanie używać swoich władz”<sup>265</sup>.

## **Komisje etyczne i konsultacje w dziedzinie etyki klinicznej**

140. W zakładach opieki zdrowotnej istnieje potrzeba zakładania struktur, które pozwalają zmierzyć się z wyzwaniem bioetyki pojawiającymi się w związku z wciąż nowymi, coraz bardziej złożonymi i kompleksowymi, możliwościami leczenia, gdzie doświadczenie i wrażliwość pojedynczego pracownika służby zdrowia mogą okazać się niewystarczające dla rozwiązania problemów etycznych napotkanych w jego pracy zawodowej. Taką rolę powinny podejmować *komisje etyczne* i służby *konsultacyjne ds. etyki klinicznej*, które coraz częściej powinny znajdować miejsce w strukturach sanitarnych.

*Komisje etyczne i służby konsultacyjne ds. etyki klinicznej*

Zwłaszcza komisje etyczne nie powinny być wyłącznie organami kontroli administracyjnej w dziedzinie eksperymentów klinicznych, lecz powinno się docenić ich rolę w zakresie praktyki biomedycznej, dając im możliwość racjonalizacji klinicznego procesu podejmowania decyzji i właściwej oceny postulowanych wartości etycznych i/lub będących w konflikcie z codzienną praktyką.

*„Nie” dla komisji etycznych rozumianych jedynie jako organy kontroli administracyjnej*

Także konsultacje ds. etyki klinicznej mogą pomóc w dostrzeżeniu konfliktowości i wątpliwości etycznych, z którymi w praktyce klinicznej mogą się spotkać poszczególni pracownicy służby zdrowia, chorzy i ich rodziny, ułatwiając im w ten sposób ich rozwiązanie poprzez wybory diagnostyczno-terapeutyczne podzielane przy łóżku chorego, w ramach wartości właściwych dla

*Łatwiejsze podejmowanie decyzji dzięki konsultacjom*

---

<sup>265</sup> Kongregacja Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów, *Sakrament namaszczenia i opieka duszpasterska chorych*, nr 14; por. KPK, kan. 1005; 1006.

medycyny i etyki. W analogiczny sposób komitety doradcze mogą też ułatwić podejmowanie decyzji na różnych poziomach polityki, planowania i organizowania służby zdrowia.

## **Prawo do ochrony zdrowia i polityka zdrowotna**

*Związek prawa do ochrony zdrowia z wartością sprawiedliwości* 141. Podstawowe prawo do ochrony zdrowia wiąże się z *wartością sprawiedliwości*, wedle której nie istnieją różnice między ludami i narodami – przy uwzględnieniu panujących w nich obiektywnych sytuacji życiowych i postępu – w dążeniu do *dobra wspólnego*, które jest jednocześnie dobrem wszystkich i każdego, o które także i przede wszystkim powinno się troszczyć społeczeństwo obywatelskie, również poprzez decyzje podejmowane w zakresie polityki zdrowotnej. Odnosi się to w szczególności do tych krajów i ludów, których rozwój ekonomiczny jest w fazie początkowej czy mało zaawansowanej.

*Sprawiedliwe rozmieszczenie placówek służby zdrowia i podział środków finansowych* 142. W związku z tym na poziomie krajowym należy zapewnić odpowiednie i *sprawiedliwe rozmieszczenie struktur opieki zdrowotnej*, odpowiadające obiektywnym potrzebom obywateli. Tak samo na poziomie międzynarodowym i światowym kompetentne organy wezwane są do realizacji *dobra wspólnego* poprzez odpowiednią i sprawiedliwą dystrybucję środków finansowych, zgodnie z zasadami *solidarności i pomocniczości*.

Pomocniczość bowiem, jako wyraz niezbywalnej ludzkiej wolności, „szanuje godność osoby, w której widzi podmiot zawsze zdolny do tego, by dać coś innym. Pomocniczość stanowi najskuteczniejsze antidotum na każdą formę paternalistycznej opiekuńczości, ponieważ uznaje we wzajemności wewnętrzną cechę istoty ludzkiej”<sup>266</sup>.

<sup>266</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Caritas in veritate*, nr 57: AAS 101 (2009), s. 692.

Jednakże „zasada pomocniczości musi być ściśle powiązana z zasadą solidarności, i na odwrót, ponieważ pomocniczość bez solidarności prowadzi do partykularyzmu społecznego, a solidarność bez pomocniczości przeradza się w opiekuńczość poniżającą potrzebującego człowieka”<sup>267</sup>.

*Zasada  
solidarności*

143. Obie zasady: pomocniczości i solidarności powinny być w szczególności uwzględnione i realizowane zarówno przez odpowiedzialnych za polityki zdrowotne w aspekcie sprawiedliwego *przydziału środków finansowych*, jak i przez odpowiedzialnych za przemysł farmaceutyczny, przynajmniej w krajach słabiej rozwiniętych, zwłaszcza jeśli chodzi o pewne patologie, które stosunkowo rzadko występują<sup>268</sup>. Chodzi tutaj o tak zwane „choroby zaniedbane” i „choroby rzadkie”, w przypadku których badania naukowe i możliwość leczenia zależą od ludzkiej solidarności.

*Polityka  
zdrowotna  
oparta na  
zasadzie  
pomocniczości  
i solidarności*

O leczenie również tych chorób, zgodnie z dwoma wspomnianymi zasadami, powinny się zatroszczyć *wspólnota międzynarodowa i światowe polityki zdrowotne*, jako że stanowią one naglące wyzwanie, aby także najsłabsze z krajów mogły zaspokoić to pierwsze i podstawowe dobro, jakim jest zdrowie i jego ochrona.

---

<sup>267</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Caritas in veritate*, nr 58: AAS 101 (2009), s. 693.

<sup>268</sup> Pojęcie „kraj słabo rozwinięty” (z ang. LDC – Least Developed Country) zostało opracowane przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) w 1971 roku, dla odróżnienia wśród krajów rozwijających się tych najuboższych i najsłabszych pod względem ekonomicznym, posiadających poważne problemy ekonomiczne, instytucjonalne i w kwestii zasobów ludzkich; sytuację w nich często pogarszają niekorzystne warunki geograficzne i klęski żywiołowe czy humanitarne. Pojęcie to odnosi się zatem do państw, w których warunki życia są dramatyczne i nie ma szansy na *pozytywną zmianę*.



ŚMIERĆ



144. Służba życiu oznacza dla pracownika służby zdrowia szanowanie i otaczanie opieką życia aż do jego naturalnego zakończenia. Człowiek nie jest panem i sędzią życia, lecz jego wiernym stróżem. Życie jest bowiem *darem* Boga, dlatego jest ono *nienaruszalne* i *niedysponowalne*. Również pracownik służby zdrowia nie może uważać się za sędziego ani życia, ani śmierci.

*Opieka aż do naturalnej śmierci*

145. Gdy warunki zdrowotne pogarszają się w sposób nieodwracalny, chory wkracza w końcowe stadium swojego ziemskiego istnienia, a przeżywanie choroby może stawać się stopniowo coraz bardziej niepewne i uciążliwe. Do bólu fizycznego dochodzą cierpienia psychiczne i duchowe, które może nieść ze sobą dramat rozdarcia, zapoczątkowany przez proces umierania.

*Pracownik służby zdrowia i terminalnie chorzy*

Na tym etapie życia integralna i pełna szacunku opieka nad osobą musi przede wszystkim ukazywać *w pełni ludzki i chrześcijański wymiar śmierci*. Jest to fundamentalne zadanie do wykonania. Towarzyszenie osobie umierającej wymaga współczucia i profesjonalizmu ze strony pracowników służby zdrowia, kompetentnych psychologicznie i emocjonalnie. Chodzi bowiem o opiekuńcze towarzyszenie w wymiarze ludzkim i chrześcijańskim. Pracownicy służby zdrowia i duszpasterstw są wezwani do wniesienia weń ich własnego, pełnowartościowego i należnego wkładu – odpowiednio do własnych kompetencji i odpowiedzialności.

*Integralna i pełna szacunku opieka nad chorym*

Postawa wobec chorego w terminalnym stanie jego choroby stanowi *sprawdzian profesjonalizmu i odpowiedzialności etycznej pracowników służby zdrowia*<sup>269</sup>.

*Weryfikacja profesjonalizmu i odpowiedzialności etycznej*

<sup>269</sup> „To właśnie w obliczu śmierci i w samej śmierci należy najbardziej celebrować i wychwalać życie. Należy je w pełni szanować, ochraniać je i towarzyszyć mu także w osobie tego, kto przeżywa jego naturalne spełnienie się [...] Odniesienie się do chorego w stanie terminalnym to bardzo często sprawdzian poczucia sprawiedliwości i miłości, szlachetności ducha, odpowiedzialności i uzdolnień profesjonalnych pracowników służby zdrowia, począwszy od lekarzy”,

*Potrzeba opieki i pomocy* 146. *Proces umierania* jest momentem życia osoby, który – chociaż nieodwracalny – *zawsze zasługuje na opiekę i pomoc*. Pracownicy służby zdrowia powinni współdziałać z duszpasterzami i rodziną chorego, aby osobie znajdującej się w terminalnej fazie życia zapewnić pomoc kliniczną, psychologiczną, duchową, która pomoże jej – na ile to po ludzku możliwe – zaakceptować i przeżyć własną śmierć.

*Umieranie w rodzinie* Kiedy warunki na to pozwalają – i sam zainteresowany lub jego rodzina o to proszą – należy umożliwić umierającemu powrót do własnego domu lub odpowiedniego środowiska, pomagając mu przeżyć ostatnie doświadczenie jego życia i zapewniając przy tym konieczną opiekę medyczną i duszpasterską.

*Opieka paliatywna* 147. Choremu znajdującemu się w fazie terminalnej choroby należy zaaplikować wszystkie zabiegi medyczne, które złagodzą bolesność procesu umierania. W ten zakres wchodzi tak zwana *opieka paliatywna*, która – jako towarzyszenie w odpowiedzi na potrzeby fizyczne, psychiczne i duchowe – zmierza do wy-

---

św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Stowarzyszenia „Omnia Hominis”* (25 sierpnia 1990), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, t. XIII/2 (1990), s. 328. „Wystawia to na ciężką próbę poczucie równowagi, niekiedy już zachwianej, życia osobistego i rodzinnego, tak że z jednej strony chory, mimo coraz skuteczniejszej pomocy lekarskiej i socjalnej, może czuć się jakby zmiażdżony przez własną słabość; z drugiej strony u osób uczuciowo związanych z chorym może wówczas dochodzić do głosu zrozumiała – chociaż źle pojęta – litość. Wszystko to zaostrza się pod wpływem atmosfery kulturowej, która nie dostrzega żadnego znaczenia czy wartości cierpienia, a przeciwnie, uważa je za zło samo w sobie, które należy za wszelką cenę wyeliminować; dzieje się tak zwłaszcza wówczas, gdy brakuje motywacji religijnej, która pomogłaby człowiekowi odczytać pozytywnie tajemnicę cierpienia” (św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 15: AAS 87 (1995), s. 417).



pełnienia „pełnej miłości obecności” przy chorym i jego bliskich<sup>270</sup>.

Ta uważna i troskliwa obecność pobudza w umierającym ufność i nadzieję, pomaga mu przeżywać moment śmierci, jak też pomaga rodzinie przyjąć śmierć bliskiej im osoby. Jest to wkład, jaki pracownicy służby zdrowia i duszpasterze winni ofiarować umierającemu i jego rodzinie, tak by w miejsce odrzucenia pojawiła się akceptacja, by nad strachem przeważała *nadzieja*.

*Napełniać  
zaufaniem  
i nadzieją*

148. Na końcu ziemskiego życia człowiek staje w obliczu tajemnicy: „Wobec tajemnicy śmierci człowiek jest bezsilny; chwieją się ludzkie pewniki. I właśnie w takiej sytuacji bez wyjścia wiara chrześcijańska [...] staje się źródłem pogody i pokoju”<sup>271</sup>. To, co wydawało się pozbawione znaczenia, może nabrać sensu.

*Wiara jako  
źródło ukojenia  
i pokoju*

Dla chrześcijanina śmierć nie jest wydarzeniem pozbawionym nadziei, jest bramą do egzystencji otwierającej się na wieczność, jest doświadczeniem *uczestnictwa w tajemnicy śmierci i zmartwychwstania Chrystusa*<sup>272</sup>.

*Nadzieja  
na życie  
wieczne*

W tej decydującej godzinie ludzkiego życia świadectwo wiary i nadziei ze strony pracowników służby zdrowia i duszpasterzy, którzy mu towarzyszą, może pomóc dostrzec umierającemu i jego bliskim Bożą obietnicę nowej ziemi, gdzie nie będzie już ani śmierci, ani żałoby, ani krzyku, ani trudu, ponieważ pierwsze rzeczy przeminęły (por. *Ap 21,4nn*).

„Nikt nie może nie dostrzegać ogromnej pomocy, jaką – obok wszelkiego ludzkiego wsparcia – daje umierającym i ich rodzinom wiara w Boga i nadzieja życia

<sup>270</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu nt. opieki nad umierającymi* (17 marca 1992), nr 5: AAS 85 (1993), s. 341.

<sup>271</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu nt. opieki nad umierającymi*, nr 2: AAS 85 (1993), s. 341. Por. KKK, 1006, 1009.

<sup>272</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium vitae*, nr 97: AAS 87 (1995), s. 512.

wiecznego<sup>273</sup>. Zapewnienie obecności wiary i nadziei jest dla pracowników służby zdrowia i duszpasterzy najwyższą formą humanizacji umierania.

## Umieranie z godnością

Ochrona godności człowieka umierającego 149. W fazie terminalnej godność człowieka ukonkretnia się jako prawo do umierania w spokoju największym z możliwych i z należną mu ludzką i chrześcijańską godnością<sup>274</sup>.

„Nie” wobec eutanazji oraz uporczywej terapii Ochrona godności umierania oznacza poszanowanie chorego w ostatniej fazie życia, z wykluczeniem zarówno przyspieszenia śmierci (eutanazja)<sup>275</sup>, jak i jej opóźnienia poprzez tak zwaną „uporczywą terapię”<sup>276</sup>. To prawo pojawiło się w wyraźnej świadomości współczesnego człowieka, aby go chronić w chwili śmierci przed „technicyzacją, która niesie ze sobą niebezpieczeństwo nadużyć”<sup>277</sup>. Współczesna medycyna dysponuje bowiem środkami, które mogą sztucznie opóźnić śmierć, jednak bez rzeczywistej korzyści dla pacjenta.

---

<sup>273</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do dwóch grup roboczych powołanych przez Papieską Akademię Nauk* (21 października 1985), nr 6: AAS 78 (1986), s. 316.

<sup>274</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji *Iura et bona** (5 maja 1980), nr 4: AAS 72 (1980), s. 549.

<sup>275</sup> Eutanazja, niezależnie od motywów i środków, polega na podjęciu lub zaniechaniu działań, które samo w sobie lub w zamierzeniu zadaje śmierć, w celu zlikwidowania bólu. W ten sposób stanowi ona zabójstwo głęboko sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i z poszanowaniem żyjącego Boga, jej Stwórcy. Błąd w osądzie, nie zmienia natury tego morderczego czynu, który zawsze należy potępić i wykluczyć. Por. KKK, nr 2277.

<sup>276</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Encyklika *Evangelium vitae**, nr 65: AAS 87 (1995), nr 475.

<sup>277</sup> Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji *Iura et bona** (5 maja 1980), nr 4: AAS 72 (1980), s. 549.

150. Świadomy tego, że nie jest «ani panem życia, ani pogromcą śmierci», pracownik służby zdrowia, w ocenie środków «winien dokonywać słusznych wyborów»<sup>278</sup>. Stosuje tu – wcześniej już wymienioną – zasadę *proporcjonalności zabiegów*, która przyjmuje takie brzmienie: „W bliskości śmierci, nieuniknionej mimo użytych środków, wolno w sumieniu podjąć decyzję o zaprzestaniu zabiegów, które mogłyby przynieść jedynie tymczasowe i uciążliwe przedłużenie życia, jednak bez przerywania normalnego leczenia, jakie należy się choremu w podobnych wypadkach”<sup>279</sup>. Dlatego lekarz nie ma powodu do wyrzutów z tego powodu, że jakoby nie udzielił wsparcia.

*Uściślenie zasady proporcjonalności zabiegów*

Zaniechanie takich zabiegów, które wiązałyby się tylko z czasowym i uciążliwym przedłużeniem życia, może także oznaczać poszanowanie woli umierającego, wyrażonej w *oświadczeniach lub dyrektywach antycypowanych dotyczących leczenia*, z wykluczeniem wszelkich działań o charakterze eutanatycznym.

*Zaniechanie leczenia i wola umierającego*

Pacjent może z wyprzedzeniem wyrazić swoją wolę odnośnie do zabiegów, którym pragnąłby zostać poddany lub nie w przypadku, w którym na skutek przebiegu choroby lub nieprzewidzianych zmian, nie byłby już w stanie wyrazić swej zgody lub sprzeciwu. „Decyzje powinny zostać powzięte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznych interesów pacjenta”<sup>280</sup>.

Lekarz nie jest jednak jedynie wykonawcą, gdyż zachowuje on prawo i obowiązek unikania spełnienia rozporządzeń sprzecznych z jego sumieniem.

<sup>278</sup> Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do dwóch grup roboczych powołanych przez Papieską Akademię Nauk* (21 października 1985), nr 5, w: *Insegnamenti*, t. VIII/2 (1985), s. 1082.

<sup>279</sup> Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji *Iura et bona**, nr IV: AAS 72 (1980), s. 551. Por. św. Jan Paweł II, *Encyklika *Evangelium vitae**, nr 65: AAS 87 (1995), s. 475-477.

<sup>280</sup> KKK, nr 2278.

## Prawo cywilne i sprzeciw sumienia

151. Zatem żaden pracownik służby zdrowia nie może się czynić wykonawcą nieistniejącego prawa, nawet gdyby zainteresowany podmiot w pełnej świadomości żądał eutanazji. Ponadto „państwo, które legitymizowałoby takie żądanie i autoryzowałoby jego spełnienie, tym samym legalizowałoby przypadek samobójstwa-zabójstwa, wbrew podstawowym zasadom nierozporządzalności życiem i ochrony każdego niewinnego życia”<sup>281</sup>. Tego typu rozwiązania prawne są „radykalnie sprzeczne nie tylko z dobrem jednostki, ale także z dobrem wspólnym i dlatego [takie ustawodawstwo] jest całkowicie pozbawione rzeczywistej mocy prawnej”<sup>282</sup>. Podobne ustawodawstwo przestaje być prawdziwym prawem cywilnym, moralnie obowiązującym w sumieniu<sup>283</sup>, a wzbudza raczej „poważny i konkretny obowiązek przeciwstawienia się mu poprzez sprzeciw sumienia”<sup>284</sup>.

Niegodziwość  
wszelkich form  
formalnego  
współdziałania  
w złu

W tym zakresie ogólne zasady dotyczące współudziału w złych czynach potwierdza się w taki sposób: „Stanowczy nakaz sumienia zabrania chrześcijanom, podobnie jak wszystkim ludziom dobrej woli, formalnego współudziału 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 dokona-

<sup>281</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 72: AAS 87 (1995), s. 485.

<sup>282</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 72: AAS 87 (1995), s. 485.

<sup>283</sup> Por. Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 72: AAS 87 (1995), s. 485.

<sup>284</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 73: AAS 87 (1995), s. 486, por. tamże, nr 74: AAS 87 (1995), s. 487-488; por. Benedykt XVI, *Przemówienie do 13. Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”* (24 lutego 2007): AAS 99 (2007), s. 283-287.

ny 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)<sup>285</sup>.

## Odżywianie i nawadnianie

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”<sup>286</sup>.

*Obowiązek odżywiania i nawadniania*

<sup>285</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 74: AAS 87 (1995), s. 487. Podobny obowiązek mają katolicy zaangażowani w polityce, zwłaszcza jeśli chodzi o opracowywanie i zatwierdzanie prawa, które ogranicza lub uchyla zło tylko częściowo, por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 73: AAS 87 (1995), s. 486-487.

<sup>286</sup> Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania* (1 sierpnia 2007): AAS

## Zastosowanie środków znieczulających u chorych w stanie terminalnym

Dopuszczalność stosowania środków znieczulających u chorych w stanie terminalnym

153. Do środków, które stosuje się wobec chorego w stanie terminalnym, zalicza się także środki przeciwbólowe.

Dla osoby chorej cierpienie w ostatnich chwilach życia może nabrać duchowego znaczenia oraz, zwłaszcza dla chrześcijanina, może zostać przyjęte jako „udział w męce” i „zjednoczenie ze zbawczą ofiarą Chrystusa” (por. Kol 1,24), dlatego może ona odmówić stosowania terapii znieczulających<sup>287</sup>.

Uwaga powyższa nie oznacza jednak generalnej normy działania. Nie można bowiem od nikogo wymagać zachowania heroicznego<sup>288</sup>. W wielu wypadkach cierpienie może bowiem osłabić fizyczną i moralną siłę osoby<sup>289</sup>.

---

99 (2007), s. 820.

<sup>287</sup> Chrześcijanin może w sposób wolny przyjąć cierpienie, nie stosując środków przeciwbólowych, by je złagodzić lub wyeliminować, por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *lura et bona*, nr 3: AAS 72 (1980), s. 547. „Odkupiciel cierpiał za człowieka – i dla człowieka. Każdy człowiek ma udział w Odkupieniu. Każdy też jest wezwany do uczestnictwa w owym cierpieniu, przez które Odkupienie się dokonało. Jest wezwany do uczestnictwa w tym cierpieniu, przez które każde ludzkie cierpienie zostało także odkupione. Dokonując Odkupienia przez cierpienie, Chrystus wyniósł zarazem ludzkie cierpienie na poziom Odkupienia. Przeto też w swoim ludzkim cierpieniu każdy człowiek może stać się uczestnikiem odkupieńczego cierpienia Chrystusa” (św. Jan Paweł II, List apostołski *Salvifici doloris*, nr 19: AAS 76 (1984), s. 226).

<sup>288</sup> Por. Pius XII, *Przemówienie do Międzynarodowego Zgromadzenia Lekarzy i Chirurgów* (24 luty 1957): AAS 49 (1957), s. 147; Tenże, *Przemówienie do Międzynarodowego Kongresu Neuro-psychofarmakologii* (9 września 1958): AAS 50 (1958), s. 687-696.

<sup>289</sup> Cierpienia „pogłębiają stan osłabienia i wyczerpania fizycznego, są przeszkodą dla wlotów ducha i zamiast podtrzymywać, wyniszczają siły moralne. Natomiast powstrzymanie cierpienia niesie z sobą fizyczne i psychiczne odprężenie,

Kiedy istnieje w terapii taka konieczność i za zgodą chorego, właściwie pojęta opieka ludzka i chrześcijańska przewiduje stosowanie leków, które mogą złagodzić lub wyeliminować cierpienie, chociaż ubocznie mogą spowodować otępienie i zmniejszenie świadomości.

154. Dla uśmierzenia bólu w fazie terminalnej może okazać się konieczne stosowanie środków przeciwbólowych nawet w wysokich dawkach; wiąże się to z pojawieniem się skutków ubocznych i komplikacji, łącznie z *przyśpieszeniem śmierci*. Dlatego muszą one być przepisywane z zachowaniem roztropności i *lege artis*. „Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom konającego, nawet ryzykując skrócenie jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona”<sup>290</sup>. W takim przypadku „śmierć nie jest w żaden sposób zamierzona czy pożądana, chociaż z powodu rozumnej przyczyny naraża się na jej ryzyko; zamierza się tylko skuteczne uśmierzenie bólu, stosując do tego celu te środki znieczulające, którymi dysponuje medycyna”<sup>291</sup>.

*Niebezpieczeństwo  
przyspieszenia  
śmierci*

155. Z użyciem środków znieczulających i narkotycznych wiąże się także ewentualność *pozbawienia*

---

ułatwia modlitwę i umożliwia bardziej wielkoduszny dar z siebie”, Pius XII, *Przemówienie do Międzynarodowego Zgromadzenia Lekarzy i Chirurgów*: AAS 49 (1957), s. 144.

<sup>290</sup> KKK, nr 2279; por. Pius XII, *Przemówienie do Międzynarodowego Kongresu Neuropsychofarmakologii*: AAS 50 (1958), s. 694.

<sup>291</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona* (5 maja 1980), nr 3: AAS 72 (1980), s. 548. Por. Pius XII, *Przemówienie do Międzynarodowego Zgromadzenia Lekarzy i Chirurgów*: AAS 49 (1957), s. 146; Tenże, *Przemówienie do Międzynarodowego Kongresu Neuropsychofarmakologii*: AAS 50 (1958), s. 697-698. Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 65: AAS 87 (1995), s. 475-476.

umierającego *świadomości*. Takie działanie wymaga szczególnego potraktowania<sup>292</sup>.

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”<sup>293</sup>. Dlatego „nie należy pozbawiać konającego świadomości siebie bez poważnych przyczyn”<sup>294</sup>.

Sedacja paliatywna w fazach poprzedzających moment śmierci powinna być przeprowadzona zgodnie z właściwymi protokołami etycznymi i poddana stałemu monitorowaniu, nie powinna implikować zaniechania podstawowej opieki.

---

<sup>292</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr 3: AAS 72 (1980), s. 548.

<sup>293</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 65: AAS 87 (1995), s. 476; Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr 3: AAS 72 (1980), s. 548.

<sup>294</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 65: AAS 87 (1995), s. 476; por. Pius XII, *Przemówienie do Międzynarodowego Zgromadzenia Lekarzy i Chirurgów*: AAS 49 (1957), s. 138-143.



## Mówienie umierającemu prawdy

156. Istnieje prawo osoby do uzyskania informacji o stanie swojego zdrowia. Prawo to nie ustaje nawet w przypadku niekorzystnej diagnozy i rokowań, i nakłada na lekarza obowiązek pełnego szacunku poinformowania o stanie chorego.

*Obowiązek komunikacji*

Perspektywa śmierci czyni powiadomienie trudnym i dramatycznym, lecz nie zwalnia z *prawdomówności*. Komunikacja pomiędzy umierającym i tymi, którzy się nim opiekują, nie może opierać się na udawaniu. Nigdy nie daje ono umierającemu ludzkiej szansy i nie przyczynia się do humanizacji umierania.

Z taką informacją jest związana *ważna i nieprzekazywalna odpowiedzialność*. Zbliżanie się śmierci niesie ze sobą odpowiedzialność spełnienia określonych obowiązków odnoszących się do własnych relacji z rodziną, usystematyzowania ewentualnych kwestii zawodowych, uregulowania zobowiązań wobec osób trzecich. Ponadto nie powinno się pozostawiać osoby w niewiedzy, co do realnego jej stanu klinicznego w decydującej godzinie jej życia.

*Odpowiedzialność za spełnienie określonych obowiązków*

157. Obowiązek przekazywania prawdy choremu w stanie terminalnym wymaga od personelu medycznego *rozeznania i taktu*.

*Rozeznanie i ludzki takt*

Nie może polegać na komunikowaniu nieczułym i obojętnym. Prawda nie może być przemilczana, lecz nie wolno jej również po prostu ogłaszać: winna on być przekazana choremu w miłości i miłosierdziu. Chodzi o stworzenie takiej z nim relacji zaufania, przyjęcia i dialogu, która potrafi znaleźć czas i słowa. Istnieje takie mówienie, które potrafi rozeznaczyć i uszanować odpowiedni dla chorego czas i dostosować się do niego. Istnieje także przekazywanie treści, które potrafi rozumieć pytania chorego, a nawet je wzbudzać, aby stopniowo ukierunkowywać je na uświadomienie jego

*Relacja zaufania w prawdzie i miłości*

sytuacji życiowej. Ten, kto stara się być obecny przy chorym i być wrażliwym na jego los, wie jak znaleźć słowa i odpowiedzi, które pozwalają na przekazanie informacji w prawdzie i w miłości (por. *Ef* 4,15).

*Relacja wsparcia z chorym* 158. „Każdy pojedynczy przypadek ma swoje wymagania, zależnie od wrażliwości i zdolności każdego, od relacji z chorym i od jego stanu. Przewidując jego ewentualne reakcje (bunt, depresję, rezygnację, itd.), trzeba się przygotować do stawienia im czoła ze spokojem i taktem”<sup>295</sup>. To, co ważne, nie tyle polega na precyzji tego, co się mówi, ile na *solidarnej relacji* z chorym. Nie chodzi jedynie o przekazywanie danych klinicznych, lecz o komunikowanie znaczeń.

*Relacja współuczestnictwa i komunii* W takiej relacji perspektywa śmierci nie jawi się jako coś nieuchronnego i traci swoją zatrważającą moc: pacjent nie czuje się opuszczony i skazany na śmierć. Prawda, która zostaje mu w ten sposób przekazana nie zamyka go na nadzieję, ponieważ pozwala mu czuć się żywym *w relacji współuczestnictwa i komunii*. Nie jest sam ze swoim cierpieniem: czuje się zrozumiany w prawdzie, pojednany z samym sobą i z innymi. Jest sobą samym, jako osoba. Jego życie, pomimo wszystko, ma sens i rozwija się ku granicom – spełniającego się i przekraczającego śmierć – znaczenia.

### **Opieka religijna nad umierającym**

*Ewangelizacja śmierci* 159. *Kryzys duchowy*, jaki niesie ze sobą zbliżająca się śmierć, skłania Kościół do przynoszenia umierającemu i jego bliskim światła nadziei, jakie tylko wiara może zapalić nad tajemnicą śmierci. Śmierć jest wydarzeniem, które wprowadza w życie Boże, o którym jedynie Objawienie jest w stanie wypowiedzieć słowo

---

<sup>295</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Stowarzyszenia „Omnia Hominis”* (25 sierpnia 1990), w: *Insegnamenti*, t. XIII/2 (1990), s. 328.

prawdy. Głoszenie Ewangelii, „pełne łaski i prawdy” (J 1,14), towarzyszy chrześcijaninowi od początku do końca życia, które zwycięża śmierć i otwiera ludzkie umieranie na większą nadzieję.

160. Należy zatem *nadać śmierci sens ewangeliczny*: głosić umierającemu Ewangelię. Jest to duszpasterski obowiązek każdego członka wspólnoty kościelnej, proporcjonalnie do stopnia odpowiedzialności, jaki na nim spoczywa. Szczególne zadanie spoczywa na kapelanie szpitalnym, wezwanym do sprawowania opieki duszpasterskiej zwłaszcza nad umierającymi, w szerszym kontekście opieki nad chorymi.

*Formy ewangelizacji*

Dla niego zadanie to implikuje nie tylko osobistą obecność przy umierających powierzonych jego trosce, lecz także wspieranie takiego duszpasterstwa na organizacyjnym poziomie posług religijnych, formacji i uwrażliwiania pracowników służby zdrowia oraz wolontariuszy, jak też angażowania członków rodziny i przyjaciół. Głoszenie Ewangelii umierającemu wyraża się w miłości, modlitwie i sakramentach.

161. *Miłość* oznacza ową obdarowującą i przyjmującą obecność, która ustanawia z umierającym komunie złożoną z uwagi, zrozumienia, troski, cierpliwości, współczucia, bezinteresowności.

*Miłość Boga w bliźnim*

Miłość dostrzega w nim, jak w nikim innym, oblicze cierpiącego i umierającego Chrystusa, który powołuje go do miłości. Miłość wobec umierającego jest uprzywilejowanym wyrazem miłości Boga w bliźnim (por. Mt 25, 31-40). Miłować go miłością chrześcijańską oznacza pomagać mu w uznaniu oraz żywym odczuwaniu tajemniczej obecności Boga u jego boku; w miłości brata prześwieca miłość Ojca.

162. Miłość otwiera relację z umierającym na *modlitwę*, to jest na wspólnotę z Bogiem. W niej odnosi się

*Komunia z Bogiem w komunii świętych*

on do Boga jako Ojca, który przygarnia powracające do Niego dzieci.

Zachęcanie umierającego do modlitwy i wspólne z nim modlenie się oznacza otwieranie przed umierającym horyzontów życia Bożego. Oznacza równocześnie wejście w tę wspólnotę świętych, w której zawiązują się na nowo wszystkie relacje, które śmierć wydaje się nieodwracalnie zrywać.

*Sakramentalna  
zbawcza  
obecność  
Chrystusa* 163. Uprzywilejowanym momentem modlitwy z chorym w terminalnej fazie choroby jest celebrowanie *sakramentów*: znaków zbawczej obecności Boga: „pokuta, namaszczenie chorych i Eucharystia jako wiatyk, stanowią na końcu życia «sakramenty, które przygotowują do Ojczyzny» lub sakramenty, które zamykają ziemską pielgrzymkę”<sup>296</sup>.

W szczególności sakrament *pojednania i pokuty*: w pokoju z Bogiem umierający jest także w pokoju z samym sobą i z bliźnim.

«Tym, którzy kończą swoje ziemskie życie, Kościół poza namaszczeniem chorych ofiaruje Eucharystię jako wiatyk». Eucharystia przyjęta w chwili przejścia, jako wiatyk, jest sakramentem przejścia ze śmierci do życia, z tego świata do Ojca i daje umierającemu siłę do zmierzenia się z ostatnim i decydującym etapem życiowej drogi<sup>297</sup>. Dlatego dla chrześcijanina ważne jest, aby o wiatyk prosił, a to ustanawia także dla Kościoła obowiązek udzielania go<sup>298</sup>. Szafarzem wiatyku jest kapłan. W jego zastępstwie może być powierzony diakonowi,

<sup>296</sup> KKK, nr 1525.

<sup>297</sup> Por. KKK, nr 1524.

<sup>298</sup> „Do przyjęcia Wiatyku zobowiązani są wszyscy ochrzczeni, którzy mogą przyjąć Eucharystię. W niebezpieczeństwie śmierci, niezależnie od przyczyny z której ono wynika, obowiązuje wszystkich wiernych przykazanie przyjęcia Komunii św. Duszpasterze powinni czuwać, aby nie odkładano udzielania tego sakramentu, lecz aby wierni zostali nim pokrzepieni, dopóki mają pełną świadomość”, Kongregacja Kultu

albo – w razie jego braku – nadzwyczajnemu szafarzowi Eucharystii<sup>299</sup>.

164. W takiej wierze pełnej miłości, ludzka niemoc wobec misterium śmierci nie jest przeżywana jako dręcząca i paraliżująca. Chrześcijanin może odnaleźć nadzieję, a w niej, możliwość – pomimo wszystko – życia i niepoddawania się śmierci.

Wiara  
pełna miłości

### Skracanie życia

165. Ostatecznie *nienaruszalność życia ludzkiego* oznacza i zakłada niegodziwość każdego aktu bezpośrednio skracającego życie. „Nienaruszalność prawa do życia niewinnej istoty ludzkiej, od chwili poczęcia aż do śmierci jest znakiem i wymogiem takiej samej nie-tykalności osoby ludzkiej, którą Stwórca obdarował życiem”<sup>300</sup>.

Nienaruszalne  
prawo do życia

166. Z tego powodu „nikt nie może nastawać na życie człowieka niewinnego, nie sprzeciwiwszy się tym samym miłości Boga do niego; bez naruszenia jego podstawowego, niezbywalnego i nieprzekazywalnego prawa”<sup>301</sup>.

Wylączne  
prawo Boga

Prawo to otrzymuje człowiek *bezpośrednio od Boga* (nie od innych: rodziców, społeczeństwa, władzy ludz-

Kategoryczne  
„nie” wobec  
każdej władzy

---

Bożego i Dyscypliny Sakramentów, *Sakrament namaszczenia i opieka duszpasterska chorych* (17 listopada 1972), nr 27.

<sup>299</sup> Por. Kongregacja Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów, *Sakrament namaszczenia i opieka duszpasterska chorych*, nr 29.

<sup>300</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae* (22 luty 1987), nr 4; AAS 80 (1988), s. 75-76. Por. św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Uczestników Kongresu „Ruchu na rzecz życia”* (29 października 1985), nr 2, w: *Insegnamenti*, t. VIII/2 (1985), s. 933-936.

<sup>301</sup> Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr 1; AAS 72 (1980), s. 544. Por. Jan Paweł II, Encyklika *Veritatis splendor*, nr 13; AAS 85 (1993), s. 1143-1144.

kiej). „Wobec tego nie istnieje żaden człowiek, żadna ludzka władza, żadna nauka, żadne «wskazania» lekarzkie, eugeniczne, społeczne, ekonomiczne, moralne, które mogłyby przedstawić lub dać jakiś ważny tytuł prawny do rozmyślnego rozporządzenia, co do niewinnego życia ludzkiego, to znaczy takiego rozporządzenia, które zmierza do jego zniszczenia wprost, jako celu, lub też jako środka do innego celu, nawet gdyby sam w sobie nie był w żadnej mierze niegodziwy”<sup>302</sup>.

W szczególności „nikt ani nic nie może w żaden sposób autoryzować zabicia niewinnej istoty ludzkiej, czy chodziłoby o płód czy embrión, o dziecko czy osobę dorosłą, starca, chorego, nieuleczalnego czy konającego. Ponadto nikt nie może prosić o taki gest zabójstwa ani dla siebie, ani dla kogoś innego, powierzonego jego odpowiedzialności, ani bezpośrednio ani pośrednio. Żadna władza publiczna nie może prawomocnie takiej czynności nakazać lub na nią zezwolić. Chodzi w tym przypadku o naruszenie prawa Bożego, o znieważenie godności osoby ludzkiej, przestępstwo przeciw życiu, zamach przeciw ludzkości”<sup>303</sup>.

---

<sup>302</sup> Pius XII, *Przemówienie do uczestniczek Kongresu Włoskiej Katolickiej Unii Położnych* (29 października 1951): AAS 43 (1951), s. 838. „Pismo święte określa szczegółowo zakaz zawarty w piątym przykazaniu: «Nie wydasz wyroku śmierci na niewinnego i sprawiedliwego» (Wj 23,7). Zamierzone zabójstwo niewinnego człowieka pozostaje w poważnej sprzeczności z godnością osoby ludzkiej, ze «złotą zasadą» i ze świętością Stwórcy. Prawo, które tego zakazuje, jest prawem powszechnie obowiązującym: obowiązuje wszystkich i każdego, zawsze i wszędzie” (KKK, nr 2261).

<sup>303</sup> Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji *Iura et bona**, nr 2: AAS 72 (1980), s. 546. „Jeżeli powodu do dyskryminacji życia ludzkiego upatruje się w różnych jego okresach, to jest on na równi z innymi, pozbawiony słuszności. Prawo do życia w całości przysługuje nawet najbardziej upośledzonemu starcowi – nie traci go ten, kto cierpi na nieuleczalną chorobę; tak samo pozostaje w mocy dla dziecka dopiero co narodzonego, jak i dla człowieka dojrzałego”, (Kongregacja Nauki Wiary,

167. Do „sług życia, a nigdy narzędzi śmierci”<sup>304</sup> – do pracowników służby zdrowia, „należy obowiązek obrony życia, czuwania, aby wykształciło się ono i rozwinęło na przestrzeni całej ludzkiej egzystencji, w poszanowaniu zamiaru wyznaczonego przez Stwórcę”<sup>305</sup>.

Obowiązek  
obrony życia

Ta czujna postęga obrony życia ludzkiego potępia *zabójstwo* jako akt moralnie ciężki, sprzeczny z lekarską misją, i sprzeciwia się dobrowolnej śmierci, *samobójstwu*, jako czynowi «niedopuszczalnemu», odwołując od niego, każdego, kto chciałby je popełnić<sup>306</sup>.

Szczególna  
czujność

Wśród sposobów przerywania życia, zabójstw czy samobójstw, istnieją dwa – aborcja i eutanazja – wobec których ta postęga powinna być dzisiaj wyjątkowo czujna i w pewnym sensie profetyczna ze względu na kontekst kulturowy i prawny, bardzo często obojętny, a nawet sprzyjający ich rozpowszechnianiu się.

---

Deklaracja o przerywaniu ciąży *Questio de abortu*, nr 12: AAS 66 (1974), s. 737-738.

<sup>304</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Stowarzyszenia Katolickich Lekarzy Włoskich* (28 grudzień 1978), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, t. I (1978), s. 438.

<sup>305</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do Światowego Kongresu Lekarzy Katolickich* (3 październik 1982), w: *Insegnamenti*, t. V/3 (1982), s. 671.

<sup>306</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr 1: AAS 72 (1980), s. 545. „Każdy człowiek powinien żyć zgodnie z planem Bożym. [...] Nie można zgodzić się na świadome pozbawienie się życia, czyli samobójstwo, podobnie jak na zabójstwo. Takie bowiem działanie człowieka zawiera w sobie odrzucenie najwyższej władzy Boga oraz jego planu miłości. Jeśli chodzi o samobójstwo, to jest ono często również odrzuceniem miłości samego siebie, zaprzeczeniem naturalnego instynktu życia, ucieczką od obowiązków sprawiedliwości i miłości wobec bliźniego, różnych społeczności czy wreszcie wspólnoty ludzkiej, chociaż – jak wiadomo – zdarzają się takie stany psychiczne, które zmniejszają lub eliminują winę. Od samobójstwa trzeba jednak zdecydowanie odróżnić tego rodzaju ofiarę z życia, w której ktoś dla szlachetnego powodu, na przykład obrona czci Bożej, zbawienie dusz lub służba braciom, poświęca swoje życie lub naraża je na niebezpieczeństwo” (tamże).

## Eutanazja

„Nie” dla  
eutanazji  
i mentalności  
eutanazyjnej

168. Litość, jaką wzbudza ból i cierpienie chorych w terminalnej fazie choroby, dzieci upośledzonych, chorych umysłowo, starców, może stworzyć kontekst, w którym coraz silniejsza może być pokusa eutanazji, czyli przejęcia władzy nad śmiercią przez przedwczesne jej spowodowanie, i „łagodne” położenie w ten sposób kresu życiu własnemu czy innych<sup>307</sup>.

„Przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. «Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowania metod»<sup>308</sup>.

„Nie” dla  
rzekomego  
prawa do  
eutanazji

W rzeczywistości to, co mogłoby się wydawać logiczne i humanitarne, przy głębszej analizie okazuje się absurdalne i nieludzkie. Stajemy tu w obliczu jednego z najbardziej niepokojących objawów kultury śmierci, według której – zwłaszcza w społeczeństwach bardziej rozwiniętych – ciężar opieki, którego wymagają osoby słabe i wyczerpane, wydaje się zbyt ciężki i nie do zniesienia. Społeczeństwa te są zorganizowane prawie wyłącznie wokół kryteriów wydajności produkcyjnej, według których życie nieodwracalnie upośledzone, nie ma już żadnej wartości<sup>309</sup>. Jednak każdy człowiek szczerze otwarty na prawdę i dobro, dzięki światłu rozumu i nie bez tajemniczego wpływu łaski, może dojść do rozpoznania w prawie naturalnym wypisanym w sercu (por. Rz 2,14-15) świętej wartości ludzkiego życia i prawa każdej ludzkiej istoty do absolutnego poszanowania tego swojego

<sup>307</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 64: AAS 87 (1995), s. 475.

<sup>308</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 65: AAS 87 (1995), s. 475.

<sup>309</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 64: AAS 87 (1995), s. 474.



podstawowego dobra<sup>310</sup>. Z tej racji *eutanazja jest aktem zabójstwa, którego nie może usprawiedliwić żaden cel*<sup>311</sup>.

169. Personel medyczny i pozostali pracownicy służby zdrowia – wierni zadaniu „służenia zawsze życiu i opiekowania się nim aż do końca”<sup>312</sup> – 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.*

*Pełna miłości  
opieka  
i obecność*

170. „Prośby ciężko chorych, którzy niekiedy domagają się śmierci, nie powinny być rozumiane jako wyrażenie prawdziwej woli eutanazji; prawie zawsze chodzi o pełne niepokoju wzywanie pomocy i uczucia. Oprócz opieki medycznej, to, czego potrzebuje chory to miłości, ciepła ludzkiego i nadprzyrodzonego, którymi mogą i powinni go otaczać ci, którzy są mu bliscy, rodzice i dzieci, lekarze i inni pracownicy służby zdrowia”<sup>313</sup>.

*Medycyna  
jest dla życia*

Chory, który czuje się otoczony obecnością pełną ludzkiej i chrześcijańskiej miłości nie popada w depresję i rozpacz, w przeciwieństwie do tego, kto czuje się opuszczony w swoim przeznaczeniu do cierpienia i śmierci i prosi, by położono im kres. Stąd też *eutanazja jest porażką* tego, kto o niej teoretyzuje, decyduje o niej i ją praktykuje.

---

<sup>310</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 2: AAS 87 (1995), s. 402.

<sup>311</sup> Por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 65: AAS 87 (1995), s. 477.

<sup>312</sup> Bł. Paweł VI, *Przemówienie do uczestników 3. Światowego Kongresu International College Psychosomatic Medicine* (18 września 1975): AAS 67 (1975), s. 545.

<sup>313</sup> Kongregacja Doktryny Wiary, *Deklaracja o eutanazji Iura et bona*, nr 2: AAS 72 (1980), s. 546. Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu nt. opieki nad umierającymi* (17 marca 1992), nr 3; 5: AAS 85 (1993), s. 341-343.

W służbie 171. Eutanazja jest przestępstwem, w którym praco-  
ludzkiemu życiuownikom służby zdrowia – zawsze i jedynie gwarantom życia – nie wolno w żaden sposób współuczestniczyć<sup>314</sup>.

Dla nauk medycznych wyznacza ona «moment regresu i abdykacji, jak też obrazę godności umierającego i jego osoby»<sup>315</sup>. Jej pojawienie się, jako „ostatniej, po aborcji, przystani śmierci” powinno być przyjęte jako *dramatyczny apel o efektywną i bezgraniczną wierność życiu*.

---

<sup>314</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do dwóch grup roboczych powołanych przez Papieską Akademię Nauk* (21 października 1985), nr 3: AAS 85 (1993), s. 341-343.

<sup>315</sup> Św. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników kursu naukowego nt. białaczki* (15 listopada 1985), nr 5: AAS 78 (1986), s. 361.

ZAKOŃCZENIE



Wierność życiu, które jest darem Boga – zarówno u jego końca, jak i na początku, w jego rozkwicie i u schyłku – jest obowiązkiem każdego mężczyzny i każdej kobiety dobrej woli, lecz bez wątpienia „szczególna jest odpowiedzialność powierzona pracownikom służby zdrowia: lekarzom, farmaceutom, pielęgniarkom i pielęgniarzom, kapelanom, zakonnikom i zakonnicom, pracownikom administracyjnym i wolontariuszom. Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i służyć mu. W dzisiejszym kontekście kulturowym i społecznym, w którym nauka i sztuka medyczna ryzykują utratę ich wrodzonego wymiaru etycznego, mogą oni często doświadczać silnej pokusy przeobrażenia się w rzemieślników manipulacji życiem, a czasem wręcz w operatorów śmierci. Wobec takiej pokusy niezmiernie wzrasta dzisiaj ich odpowiedzialność, która znajduje najgłębszą inspirację i najmocniejsze oparcie właśnie w wewnętrznym i niezbywalnym wymiarze etycznym zawodu lekarskiego, o czym świadczy już starożytna, ale zawsze aktualna *przysięga Hipokratesa*, według której każdy lekarz jest zobowiązany okazywać najwyższy szacunek życiu ludzkiemu i jego świętości”<sup>316</sup>.

*Wewnętrzny  
i niezbywalny  
wymiar etyczny  
zawodu  
lekarskiego*

Bóg, Miłośnik życia, zawierzył je dłoniom człowieka, aby był jego żarliwym stróżem. Aby odpowiedzieć na to niezwykle powołanie konieczna jest gotowość do doświadczenia wewnętrznego nawrócenia, do oczyszczenia serca i odnalezienia nowego spojrzenia. Jest to „spojrzenie tego, kto widzi życie w całej jego głębi, dostrzegając jego wymiary darmowości, piękna, wezwania do wolności i do odpowiedzialności. Jest to spojrzenie tego, kto nie próbuje rzeczywistości zagarnąć dla siebie, ale przyjmuje ją jako dar, odkrywając w każdej rzeczy odblask Stwórcy, a w każdej osobie Jego żywy obraz (por. *Rdz 1,27; Ps 8,6*). Takie spojrzenie nie poddaje się zniechęceniu wobec człowieka chorego, cierpiącego,

*Potrzeba  
wewnętrznego  
nawrócenia*

<sup>316</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 89: AAS 87 (1995), s. 502.

zepchniętego na margines albo stojącego na progu śmierci; wszystkie te sytuacje przyjmuje jako wezwanie do poszukiwania sensu i – właśnie w takich okolicznościach – otwiera się, aby w twarzy każdej osoby odnaleźć wołanie o pociechę, o dialog, o solidarność. Czas już, abyśmy wszyscy przyjęli takie spojrzenie, stając się na nowo zdolni, by – z sercem wypełnionym religijnym zadziwieniem – *czcić i szanować każdego człowieka*<sup>317</sup>.

---

<sup>317</sup> Św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 83: AAS 97 (1995), s. 495.

# INDEKS TEMATYCZNY\*

## **Aborcja**

- jako konsekwencja działania terapeutycznego, 54
- definicja, 51
- ocena etyczna, 53

**Aborcyjna, mentalność, 51**

**Alkoholizm, 125-126**

**Analgezia/znieczulenie, 93-95**

- i choroby w stanach terminalnych, 153-155 (patrz *Chory/chorzy*)
- dopuszczalność i obowiązek uciekania się do, 94

**Anencefalia, 58 (patrz *Aborcja*)**

**Antykoncepcja, 16-17**

- i *aborcja* (patrz), 19

**Badania i eksperymenty, 99-108**

- definicja, 99
- w nagłych stanach, 104 (patrz *Zgoda*)
- i *komisje etyczne* (patrz)
- i *zgoda* (patrz)
- i zasada proporcjonalnego ryzyka, 102
- czynnik ryzyka, 101
- niemoralność, 100
- informacja i zrozumienie, 101
- ocena moralna, 99

## **Bioetyka**

- obowiązek jej znajomości, 5
- katedry i kursy, 5

## **Ból**

- szkodliwy wpływ na psychofizyczną integralność, 94
  - funkcja biologiczna, 93
  - znaczenie pokutne i zbawcze, 95
- patrz *Analgezia/znieczulenie*

**Całościowości zasada, 88**

## **Choroba**

- świadomość, akceptacja, ofiara, 74
- definicja i natura, 73
- zaniedbana, 92
- rzadka, 92, 143
- transcendentne znaczenie, 74

## **Chory/chorzy**

- niepokoje, 77
  - krewni, 75 (patrz *Zgoda*)
  - w stanie terminalnym, 145
- patrz *Choroba*

## **Chrzest**

- w przypadku zagrożenia życia, 43, 62

---

\* Numeracja odnosi się do artykułów/punktów

## **Ciało**

- własnością Boga, 47
- godziwe dysponowanie życiem fizycznym, 89
- wyrażeniem osoby, 46

**Ciąża ektopowa**, 57 (patrz *Aborcja*)

## **Dawstwo narządów**

- od osoby zmarłej, 110, 114 (patrz *Śmierć*)
- przez osobę żyjącą, 110, 114
- narządy, których nie można przeszczepiać, 119
- wartość moralna, 109

## **Diagnostyka**, 76-78

- jako służba zdrowiu, 78
- prenatalna, 33-36
- preimplantacyjna, 36 (patrz *FIVET*)

## **Dorosły niezdolny i do zrozumienia i decydowania**

- eksperymenty na, 101 patrz *Badania i eksperymenty*

## **Duszpasterstwo chorych**

patrz *Opieka duszpasterska*

## **Dyrektywy antycypowane**, 150

## **Dziecko**

- podmiotem prawa od chwili poczęcia, 27

## **Embrion/y**

- kriokonserwacja, 37 (patrz *FIVET*)
- godność, 39

- redukcja ich, 55 (patrz *Sztuczne zapłodnienie*)
- eksperymenty na, 106 (patrz *Badania i eksperymenty*)

## **Eutanazja**, 168-171

- jest zabójstwem, 168
- mentalność eutanazyjna, 168 patrz *Uporczywa terapia*

**FIVET** (zapłodnienie in vitro z przeniesieniem zarodka)

- i *aborcja* (patrz), 28
- heterologiczny, 29
- homologiczny, 26 patrz *Prokreacja osoby ludzkiej*

## **Ginekolog**

- obowiązki, 41

**Głęboka sedacja paliatywna**, 155 (patrz *Analgezja/znieczulenie*)

## **Inseminacja sztuczna**

- heterologiczna, 29
- homologiczna, 25 patrz *Prokreacja osoby ludzkiej*

## **Inżynieria genetyczna**, 79

- w celu udoskonalenia i wzmocnienia, 80

## **Jajowe komórki**

- kriokonserwacja, 38 patrz *FIVET*

**Klonowanie**, 39, 82 patrz *Terapia*



**Kobieta:** w wieku płodnym  
– eksperymenty na, 108  
(patrz *Badania i eksperymenty*)

**Komórki**  
– macierzyste, 81 (patrz *Terapia*)  
– zwierzęce lub roślinne dla celów farmaceutycznych, 83  
(patrz *Inżynieria genetyczna*)

**Komisje etyczne,** 5, 102, 104, 107, 140

**Leki**  
– dostęp, 91-92  
– przepisywanie i stosowanie, 90  
– a choroby rzadkie, 92, 143

**Macierzyństwo zastępcze,** 31  
patrz *Sztuczne zapłodnienie*

**Mądrość**  
– sprzymierzeńcem nauki, 50

**Medycyna psychosomatyczna,** 131

**Metody naturalne,** 16-17  
patrz *Płodność, Prokreacja osoby ludzkiej*

**Namaszczenie chorych**  
– katecheza przygotowująca, 138  
– adresaci, 139  
– szafarz, 139  
– natura i cel sakramentu, 138  
– ponowne udzielanie, 139

**Nauka**  
– służbą na rzecz integralnego dobra istoty ludzkiej, 6

– posługą wobec człowieka w jego słabości, 2

**Narkomania**  
– przyczyny, 122  
– droga powrotu, 123  
– ocena etyczna, 123

**Narkotyki**  
(patrz *Narkomania*)

**Narodziny,** 42

**Narządy**  
patrz *Dawstwo narządów*

**Niepełnoletni**  
– eksperymenty na, 101  
patrz *Badania i eksperymenty*

**Niepłodność**  
– leczenie, 23

**Nikotynizm,** 127

**Odpowiedzialność etyczna,** 6

**Odżywianie i nawadnianie,** 152

**Opieka**  
– zwyczajna i nadzwyczajna, 86  
– paliatywna, 58, 147  
– duszpasterska, 135-139  
patrz *Uporczywa terapia, Terapia*

**Opieka religijna**  
– nad umierającym, 159-164  
patrz *Opieka duszpasterska*

## **Opieka zdrowotna, 85**

– definicja, 3

patrz *Terapia*

## **Osoba ludzka**

– godność, 1

– szacunek, 1

– jej integralna wizja, 6

patrz *Życie*

## **Ostrożności zasada, 116**

## **Pacjent**

patrz *Chory/chorzy*

## **Płodność**

– ośrodki naturalnych metod regulacji, 22

– odpowiedzialne rodzicielstwo, 14-16

## **Płody ludzkie**

– obowiązki wobec

abortowanych płodów, 62

(patrz *Aborcja*)

## **Pobieranie narządów**

– od osoby zmarłej, 110, 114

(patrz *Dawstwo narządów, Śmierć*)

– w wieku pediatrycznym, 117

## **Podmiot: słaby i bezbronny**

– eksperymenty na, 107

patrz *Badania i eksperymenty*

## **Polityka zdrowotna, 7, 141-143**

## **Pomocniczości zasada, 142-143**

## **Pracownik służby zdrowia**

– w służbie osobie ludzkiej, 2

– działalność i pole działania, 2

– a *zgoda* (patrz)

– poświęcenie, 4

– definicja, 1

– i *diagnoza* (patrz), 77

– i *dawstwo narządów* (patrz), 111

– i chorzy w stanie terminalnym, 145 (patrz *Chory/chorzy*)

– i *choroba* (patrz), 73, 75

– i umierający, 147

– i *profilaktyka* (patrz), 68, 71-72

– i *prokreacja osoby ludzkiej* (patrz), 13

– i stosowanie leków (patrz *Leki*), 90

– formacja, 5

– uczestnictwo w duszpasterskiej działalności Kościoła, 9

– relacja między zawodem, misją, powołaniem, 8

## **Prawda**

– wobec chorego i umierającego, 156-158

## **Prawo moralne**

– wierność, 5

## **Profilaktyka, 67-72**

– i istotna kompetencja, 68

– i kompetencje profilaktyczne, 71

– i wykorzystywanie materiału biologicznego, 69-70 (patrz *Aborcja*)

– i trudne sytuacje określonych grup społecznych, 72

– jej pierwszeństwo, 67

**Prokreacja osoby ludzkiej**

- sztuczna, 26-32
  - akt małżeński, 15, 23-24
  - wartość i godność, 11, 12
- patrz *Zapłodnienie sztuczne, FIVET, Inseminacja sztuczna*

**Proporcjonalności zasada**

- zabiegów, 86-87, 150

**Przedstawiciel prawny, 98, 101,**

104, 116

patrz *Zgoda*

**Przeszczepy narządów**

- autoplastyczne, 112
  - organów i tkanek pochodzenia zwierzęcego, 118
  - a nadużycia, 120
  - a tożsamość osobowa, 119
  - homoplastyczne, 113
  - wartość moralna, 109
- patrz *Dawstwo narządów*

**Psychofarmakologiczne środki**

- ich kategorie, 128
  - godziwość etyczna, 129
  - niegodziwe stosowanie, 130
- patrz *Medycyna psychosomatyczna*

**Psychoterapia**

- kryteria godziwości etycznej, 133
- a antropologia, 132

**Rehabilitacja, 84-89**

- *alkoholizmu* (patrz), 123-124
- *narkomanii* (patrz), 123-124
- *nikotynizmu* (patrz), 127

**Rokowanie, 76****Samobójstwo, 87**

patrz *Eutanazja*

**Służby konsultacyjne ds. etyki klinicznej, 140 (patrz *Komisje etyczne*)****Solidarności zasada, 113, 142-143****Sprzeciw sumienia, 59-61, 151**

(patrz *Aborcja*)

**Sterylizacja, 20**

- przymusowa, 21
  - i działania terapeutyczne, 20
  - dobrowolna, 20
- patrz *Antykoncepcja*

**Szczepionka**

(patrz *Profilaktyka*)

**Śmierć**

- stwierdzenie, 115-116
- definicja biologiczna, 115
- głoszenie Ewangelii wobec niej, 159
- umieranie z godnością, 145-148
- śmierć naturalna, 63
- znacznie, 145

**Środki „przechwytyjące”, 56**

(patrz *Aborcja*)

**Środki przeciwciaźowe, 56**

(patrz *Aborcja*)

**Świadomość**

- pracownika służby zdrowia, 4,6
  - pozbawienie jej, 155
- patrz *Analgezyja/znieczulenie, Sprzeciw sumienia*

## **Technika**

- możliwości techniczne a dopuszczalność etyczna, 49

## **Terapia, 84-89**

- przeciwbólowa (patrz *Analgezyja/znieczulenie, Ból*)
- jej obowiązek, 85
- genowa, 80 (patrz *Inżynieria genetyczna*)
- proporcjonalna i nieproporcjonalna, 86, 87
- regeneracyjna, 81-82 (patrz *Aborcja, Komórki*)

patrz *Uporczywa terapia*

## **Terminalny stan**

patrz *Chory/chorzy*

## **Tkanka jajnika**

- konserwacja, 38
- jej autoprzeszczep, 112 (patrz *Przeszczep/y narządów*)

## **Tożsamość biologiczna, 40**

## **Uporczywa**

- diagnostyka, 77
- terapia, 58, 149

## **Uzależnienia, 121**

patrz *Alkoholizm, Narkomania, Środki psychofarmakologiczne, Nikotynizm*

## **Wiatyk, 163**

## **Wierność**

- etyczna, 10
- zawodowa, 52 (patrz *Aborcja*)

## **Zaniechanie diagnostyczne**

- chorego, 77

## **Zapłodnienie sztuczne, 26-32**

patrz *FIVET, Prokreacja osoby ludzkiej*

## **Zaufanie: chorego, 4**

## **Zdrowie**

- troska o, 3,4
- prawo do ochrony, 66, 91, 141-143

## **Zgoda**

- świadoma pacjenta, 96, 103
- domniemana, 97, 104
- na pobranie narządów, 110 (patrz *Dawstwo narządów. Pobieranie narządów*)

## **Związkowe prawa**

- podporządkowane prawu do życia i zdrowia, 66

## **Zygota**

- osobowa natura, 40

## **Życie**

- należy do Boga, 48
- cielesne i duchowe, 45
- od poczęcia aż do naturalnej śmierci, 63
- podstawowe i pierwotne prawo do, 63-66
- darem Boga, 11, 32, 48, 144
- jest święte, 48
- nierozporządzalność nim i jego nienaruszalność, 47, 144
- prenatalne, 41
- Ewangelia życia, 61



# SPIS TREŚCI

Wprowadzenie do polskiego wydania <i>Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia</i>	5
Wykaz użytych skrótów	7
Słowo wstępne	9
<b>WPROWADZENIE. SŁUDZY ŻYCIA</b>	<b>13</b>
<b>NARODZINY</b>	<b>25</b>
Regulacja płodności	28
Medyczne odpowiedzi na niepłodność małżeńską	36
Diagnostyka prenatalna i preimplantacyjna	43
Mrożenie embrionów i komórek jajowych	46
Nowe próby zrodzenia człowieka	47
<b>ŻYCIE</b>	<b>49</b>
Nienaruszalność i nietykalność życia	54
Aborcja i przerwanie nienarodzonego życia	57
Redukcja embrionów	61
Środki „przechwytyjące” i przeciwciaźzowe	61
Ciąże ectopowe	62
Płody anencefaliczne	62
Sprzeciw sumienia	63
Ochrona prawa do życia	66
Prewencja	68
Prewencja i szczepionki	68
Prewencja zdrowotna i społeczeństwo	70
Choroba	71
Diagnoza	74
Interwencje na genomie	75
Terapia genowa	76
Terapia regeneracyjna	77
Terapia i rehabilitacja	80

Przepisywanie i właściwe stosowanie leków	84
Dostęp do nowoczesnych leków i technologii	85
Zrównoważona opieka zdrowotna, firmy farmaceutyczne, choroby rzadkie i zaniedbane	86
Leczenie bólu	88
Świadoma zgoda na udział w badaniu	89
Badania i eksperymenty biomedyczne	91
Dawstwo i przeszczepy organów oraz tkanek	100
Stwierdzenie śmierci	105
Pobieranie narządów w wieku dziecięcym	108
Ksenotransplantaty	108
Przeszczep a tożsamość osobowa	109
Nadużycia przy przeszczepach	109
Uzależnienia	109
Narkomania	110
Alkoholizm	111
Nikotynizm	112
Środki psychofarmakologiczne	113
Psychologia i psychoterapia	114
Troska duszpasterska i sakrament namaszczenia chorych	117
Komisje etyczne i konsultacje w dziedzinie etyki klinicznej	121
Prawo do ochrony zdrowia i polityka zdrowotna	122
<b>ŚMIERĆ</b>	<b>125</b>
Umieranie z godnością	130
Prawo cywilne i sprzeciw sumienia	132
Odżywianie i nawadnianie	133
Zastosowanie środków znieczulających u chorych w stanie terminalnym	134
Mówienie umierającemu prawdy	137
Opieka religijna nad umierającym	138
Skracanie życia	141
Eutanazja	144
<b>ZAKOŃCZENIE</b>	<b>147</b>
Indeks tematyczny	151

