

**KARTA
PRACOWNIKÓW SŁUŻBY
ZDROWIA**

**PAPIESKA RADA
DS. DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY
ZDROWIA**

**WATYKAN
1995**

SPIS TREŚCI

- ▶ Słowo wstępne
- ▶ Wprowadzenie, Słudzy życia

I NARODZINY

- ▶ Manipulacja genetyczna
- ▶ Regulacja płodności
- ▶ Sztuczna prokreacja

II ŻYCIE

- ▶ Początek i narodziny życia
- ▶ Wartość życia: jedność ciała i duszy
- ▶ Nierozporządzalność życiem i jego nienaruszalność
- ▶ Prawo do życia
- ▶ Zapobieganie
- ▶ Choroba
- ▶ Diagnoza
- ▶ Diagnoza przedporodowa
- ▶ Terapia i rehabilitacja
- ▶ Znieczulanie i anestezja
- ▶ Zgoda poinformowanego pacjenta
- ▶ Badania i eksperymenty
- ▶ Dawanie i przeszczep narządów
- ▶ Uzależnienia: Narkomania, alkoholizm, nikotynizm, środki psychofarmakologiczne
- ▶ Psychologia i psychoterapia
- ▶ Troska duszpasterska i sakrament Namaszczenia chorych

III ŚMIERĆ

- ▶ Śmiertelnie chorzy
- ▶ Umieranie z godnością
- ▶ Użycie środków znieczulających w chorobach śmiertelnych
- ▶ Prawda wobec umierającego
- ▶ Chwila śmierci
- ▶ Opieka religijna nad umierającymi
- ▶ Zabójstwo
- ▶ Przerwanie ciąży
- ▶ Eutanazja

- Indeks tematyczny

SŁOWO WSTĘPNE

Po długim okresie uważnego i interdyscyplinarnego przygotowania, zostaje obecnie publikowana, z inicjatywy Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia.

W biegu wydarzeń ludzkich nic nie dzieje się, przypadkowo i takie zbieżności chronologiczne mogą, nabrać szczególnego znaczenia. Oczekiwany dokument ukazuje się więc w kilka miesięcy po ustanowieniu (11 lutego 1994 r.) przez Ojca Świętego Jana Pawła II Papieskiej Akademii « Pro Vita », która ze względu na swoje zadania i cele jest ściśle związana z Papieską Radą ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

Można tylko wyrazić zadowolenie, że Kongregacja Nauki Wiary zatwierdziła integralnie i na czas tekst przedłożonej jej Karty; jest to jeszcze jedna racja, by uznać jej pełną, wartość i pewny autorytet. Stanowi ona także konkretne potwierdzenie skuteczności współpracy między dykasteriami, której potrzebę, wyraźnie wyraża Motu proprio ustanawiające Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

Wiele motywów zaleca poznanie, rozpowszechnianie i zastosowanie wskazań zawartych w tym kodeksie deontologicznym pracowników służby zdrowia. Jego publikacja uzupełnia lukę, szeroko odczuwana, nie tylko w kościele, lecz także przez tych, którzy uczestniczą, w pierwszoplanowym zadaniu, jakim jest promocja i obrona życia.

Nadzwyczajny rozwój wiedzy i techniki na szerokim polu służby zdrowia i samego zdrowia przyczynił się, do powstania dyscypliny nazywanej obecnie bioetyką, lub etyką życia. Wyjaśnia to także, dlaczego — przede wszystkim od czasów Piusa XII — Urząd Nauczycielski Kościoła występował z rosnącą, uwagą, ze spójną stałością i coraz bardziej bezpośrednimi wskazaniem w kwestiach dotyczących wszystkich złożonych problemów stawianych przez nie-rozdzielny związek istniejący między medycyną i moralnością. Żaden z tych problemów nie może być obecnie uważany za neutralny w stosunku do etyki hipokratejskiej i moralności chrześcijańskiej. Rodzi się więc wymaganie, rygorystycznie brane pod- uwagę, przez Kartę Pracowników Służby Zdrowia, udostępnienia organicznej i wyczerpującej syntezy stanowiska kościoła odnośnie do tego wszystkiego, co dotyczy przyjęcia, na polu służby zdrowia,

pierwszorzędnej i absolutnej wartości życia: całego życia i życia każdej istoty ludzkiej.

Dlatego więc, po wprowadzeniu dotyczącym postaci i istotnych zadań pracowników służby zdrowia, czy mówiąc lepiej: «sług życia», Karta formułuje swoje wskazania wokół trzech tematów: narodziny, życie, śmierć. Aby — jak często ma miejsce — subiektywna interpretacja nie przeważała nad obiektywnym znaczeniem treści, w redakcji dokumentu prawie zawsze dawano pierwszeństwo wypowiedziom Papieża lub autorytatywnym tekstom publikowanym przez Dykasterie Kurii Rzymskiej. Wypowiedzi, które w sposób oczywisty pokazują, że stanowisko Kościoła wobec podstawowych zagadnień bioetyki, przyjmując za nieprzekraczalną granicę promocje, i obronę, życia, jest bardzo konstruktywne i otwarte na prawdziwy postęp nauki i techniki, gdy łączy się, on z postępowaniem cywilizacji.

We wstępie do Karty zostało powiedziane, że działalność pracownika służby zdrowia jest «forma, świadectwa chrześcijańskiego».

Z pokorą, ale także z zadowoleniem, możemy więc uznać, że niniejsza Karta Pracowników Służby Zdrowia wpisuje się, w dzieło «nowej ewangelizacji», która w służbie życiu — szczególnie w tych, którzy cierpią, — na wzór posługi Chrystusa ma swój szczególnie istotny wyraz.

Należy więc życzyć sobie, by to narzędzie robocze stało się, częścią. integrująca, formacji początkowej i stałej pracowników służby zdrowia, tak aby ich świadectwo potwierdzało, że Kościół, broniąc życia, otwiera swoje serce i swoje ramiona na wszystkich ludzi, ponieważ do wszystkich ludzi kieruje się, orędzie Chrystusa.

Kard. Fiorenzo Angelini

Przewodniczący Papieskiej Rady
ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia

Wprowadzenie

Służby życia

1. Działalność pracowników służby zdrowia posiada wzniosłą wartość, gdyż jest ona służbą życiu. Jest ona wyrażeniem głęboko ludzkiego i chrześcijańskiego zadania, podejmowanego i spełnianego jako działalność nie tylko techniczna, ale pełna poświęcenia i miłości dla bliźniego. Jest ona « formą świadectwa chrześcijańskiego ». « Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i służyć mu ».

Życie jest głównym i podstawowym dobrem osoby ludzkiej. W trosce o życie wyraża się więc przede wszystkim prawdziwie ludzkie dzieło ochrony życia fizycznego.

Temu dziełu poświęcają, swoją działalność zawodową lub podejmowaną w ramach wolontariatu pracownicy służby zdrowia. Należą do nich lekarze, farmaceuci, pielęgniarki, kapelani szpitali, zakonnicy, zakonnice, pracownicy administracji, przedstawiciele wolontariatu, zaangażowani w różny sposób w profilaktykę, leczenie i przywracanie zdrowia ludzkiego. Pierwszorzędnym i wzorcowym sposobem tego « podjęcia troski » jest ich czujna i troskliwa obecność przy chorych. Działalność medyczna i pielęgniarska wyraża w niej swoją wzniosłą wartość ludzką i chrześcijańską.

2. Działalność medyczno-sanitarna opiera się na mającej szczególny charakter relacji międzyosobowej. Jest ona « spotkaniem zaufania i świadomości ». « Zaufaniem » człowieka naznaczonego cierpieniem

oraz chorobą, a więc człowieka potrzebującego, jaki powierza się « świadomości » drugiego człowieka, który może zająć się jego potrzebą i wychodzi mu na spotkanie, by okazać mu pomoc, opiekować się nim i leczyć go. Tym człowiekiem jest pracownik służby zdrowia.

« Chory nigdy nie jest dla niego tylko przypadkiem klinicznym » — anonimową jednostką, na której stosuje posiadaną wiedzę — « ale zawsze 'człowiekiem chorym', do którego podchodzi ze szczerą postawą 'sympatii', w etymologicznym znaczeniu tego słowa ».

Wymaga to miłości, dyspozycyjności, uwagi, zrozumienia, życzliwości, cierpliwości, dialogu. Nie wystarczy « biegłość naukowa i zawodowa », ale potrzeba « osobowego uczestnictwa w konkretnych sytuacjach poszczególnego pacjenta ».

3. Zabezpieczać, przywracać i polepszać stan zdrowia oznacza służyć życiu w jego całości. « Dogłębna refleksja nad zjawiskiem choroby i cierpienia stawia nas zawsze wobec pytań, które wykraczają poza obręb medycyny, dotykając istoty kondycji ludzkiej na tym świecie. Łatwo więc zrozumieć, jak ważną rolę w dziedzinie

opieki społecznej i zdrowotnej odgrywa nie tylko obecność duszpasterzy, ale także personelu medycznego, który mając integralnie ludzką wizję choroby, potrafi w konsekwencji zbliżyć się do chorego, cierpiącego człowieka, zachowując wobec niego w pełni ludzką postawę ».

W tym znaczeniu pracownik służby zdrowia, jeśli ożywia go duch rzeczywiście chrześcijański, łatwiej odkrywa szczególnie wymagający wymiar misyjny swojego zawodu, gdyż rzeczywiście « jest (w nim) zaangażowane całe jego człowieczeństwo i jest wymagane od niego całkowite poświęcenie ».

Misja oznacza powołanie, czyli odpowiedź na transcendentne wezwanie, które ukonkretnia się w cierpiącym i wzywającym obliczu pacjenta powierzonego konkretnym zabiegom. Pełna miłości troska o chorego jest więc podjęciem boskiej misji, która sama może motywować i podtrzymywać najbardziej bezinteresowne, dyspozycyjne i wierne zaangażowanie oraz nadawać mu « znaczenie kapłańskie ». « Jezus, przedstawiając istotę swojej odkupieńczej misji, mówi: "Ja przyszedłem po to, aby owce miały życie i miały je w obfitości" (J 10, 10)... właśnie w świetle takiego 'życia' nabierają, pełnego znaczenia wszystkie aspekty i momenty życia człowieka ».

Pracownik służby zdrowia jest miłosiernym samarytaninem z przypowieści, który zatrzymuje się, przy zranionym człowieku, stając się jego « bliźnim » w miłości (por. Łk 10, 29-37).

4. Oznacza to, że działalność medyczne-sanitarna jest służebnym narzędziem rozprzestrzeniającej się miłości Bożej wobec człowieka cierpiącego; jest równocześnie dziełem miłości wobec Boga, który ukazuje się, w pełnej miłości trosce o człowieka. Dla chrześcijanina jest ona ciągłym uobecnianiem leczącej miłości Chrystusa, który « przeszedł dobrze czyniąc i uzdrawiając wszystkich » (Dz 10, 38). Jest ona także miłością zwróconą do Chrystusa: to On jest chory — « byłem chory » — który przyjmuje oblicze cierpiącego brata, tak że uważa za zwróconą do siebie — « mnieście uczynili » — pełną miłości troską okazaną bratu (por. Mt 25, 31-40).

Zawód, powołanie i misja spotykają się ze sobą, a w chrześcijańskiej wizji życia i zdrowia integrują się, wzajemnie. W tym świetle działalność medyczno-sanitarna nabiera nowego i wzniosłego znaczenia jako « służba życiu » i « posługa leczenia ». Pracownik służby zdrowia jako sługa życia jest « sługą tego Boga, który w Piśmie Świętym jest ukazany jako "miłośnik życia" (Mdr 11, 26) ». Służyć życiu oznacza służyć Bogu w człowieku, czyli stać się « współpracownikiem Boga w przywracaniu zdrowia choremu ciału » oraz uwielbiać Boga w pełnym miłości przyjęciu życia, przede wszystkim jeśli jest słabe i chore.

5. Kościół, który uważa « posługiwanie chorym i cierpiącym za integralną część swojego posłannictwa », podejmuje ją jako element swojej służebnej posługi. « Kościół... zawsze patrzył na medycynę jako na ważne wsparcie swojego odkupieńczego posłania wobec

człowieka ». Rzeczywiście, « służba duchowi człowieka nie może aktualizować się inaczej, jak tylko stając się służbą jego jedności psychofizycznej. Kościół wie dobrze, że zło fizyczne więzi ducha, tak jak zło ducha zniewala ciało ».

Oznacza to, że posługa leczenia wypełniana przez pracowników służby zdrowia jest uczestnictwem w duszpasterskiej i ewangelizacyjnej działalności Kościoła. Służba życiu staje się posługą zbawienia, to znaczy głoszeniem, które aktualizuje odkupieńczą miłość Chrystusa. « Lekarze, pielęgniarki, inni pracownicy służby zdrowia są powołani, by byli żywym obrazem Chrystusa i Kościoła w miłości wobec chorych i cierpiących »; by byli świadkami « ewangelii życia ».

6. Służba życiu jest rzeczywiście taką, jeśli opiera się na wierności prawu moralnemu, które wymownie wyraża jej wartość i jej zadania. Od pracownika służby zdrowia, oprócz kompetencji techniczno-zawodowej, wymaga się odpowiedzialności etycznej. « Norma etyczna, oparta na szacunku dla godności osoby i praw chorych, powinna oświecać i kierować tak badaniami jak zastosowaniami osiągniętych w niej wyników.

Pracownik służby zdrowia, w wierności normie moralnej, przeżywa swoją, wierność człowiekowi, którego wartość jest zapewniana przez normę, oraz Bogu, którego mądrość norma wyraża.

Pracownik służby zdrowia czerpie wskazania dla swojego postępowania z tego szczególnego pola etyki normatywnej, które dzisiaj jest określane mianem bioetyki. Urząd Nauczycielski Kościoła, z czujną, i pilną uwagą, wypowiedział się na tym polu odnośnie zagadnień i konfliktów spowodowanych przez rozwój biomedycyny i zmienny ethos kulturowy. Nauczanie dotyczące bioetyki stanowi dla pracownika służby zdrowia, niezależnie czy jest katolikiem czy nie, źródło zasad i norm postępowania, które oświeca jego sumienie i je ukierunkowuje — szczególnie w złożoności dzisiejszych możliwości biotechnologicznych — w dokonywaniu wyborów zawsze szanujących życie i jego godność.

7. Nieustanny rozwój medycyny wymaga od pracownika służby zdrowia poważnego przygotowania i stałej formacji, aby utrzymać, także za pośrednictwem studiów osobistych, odpowiednią kompetencję i należytą powagę zawodową.

Podobnie należy troszczyć się o poważną « formację etyczno-religijną chrześcijańskich pracowników służby zdrowia », która rozwijałaby w nich szacunek dla wartości ludzkich i chrześcijańskich oraz uszlachetniała ich sumienia ». Należy « pomagać im we wzroście autentycznej wiary i prawdziwego zmysłu moralnego w szczerym poszukiwaniu religijnej łączności z Bogiem, w którym znajduje się podstawa wszelkich ideałów dobra i prawdy ».

« Pracownicy służby zdrowia powinni być kształceni także w dziedzinie moralności i etyki ». W tym celu odpowiedzialni za formację powinni starać się o powołanie do istnienia katedr i KPSZ wykładów bioetyki.

8. Pracownicy służby zdrowia, szczególnie lekarze, nie mogą być zostawieni sami i obciążeni odpowiedzialnością. wobec coraz bardziej złożonych i problematycznych przypadków klinicznych, z których wiele jest jeszcze na etapie doświadczeń, jakimi dysponuje dzisiejsza medycyna, oraz wobec społeczno-sanitarnego znaczenia niektórych zagadnień.

Aby ułatwić im podejmowanie decyzji oraz czuwać nad nimi należy popierać ustanawianie w głównych centrach szpitalnych komitetów etycznych. Przez ich pośrednictwo kompetencja i ocena medyczna zostaje zestawiona i połączona z kompetencją innych form obecności obok chorego, by ochraniać jego godność i samą odpowiedzialność medyczną.

9. Zakres działania pracowników służby zdrowia stanowi na ogół to, co wyrażają przede wszystkim pojęcia zdrowie i służba zdrowia.

Przez pojęcie « zdrowia » rozumie się to wszystko, co dotyczy zapobiegania, diagnozy, leczenia i rehabilitacji, aby polepszyć równowagę i dobro fizyczne, psychiczne oraz duchowe osoby. Przez pojęcie « służby zdrowia » rozumie się natomiast to wszystko, co dotyczy polityki, prawodawstwa, programowania i struktur sanitarnych.

Integralne pojęcie zdrowia odzwierciedla się wprost także w pojęciu służby zdrowia. Rzeczywiście « instytucje są bardzo ważne i nieodzowne, jednakże żadna instytucja sama z siebie nie zastąpi ludzkiego serca, ludzkiego współczucia, ludzkiej miłości, ludzkiej inicjatywy, gdy chodzi o wyjście naprzeciw cierpieniu drugiego człowieka ».

Praktyczne spotkanie i synteza wymagań oraz zadań, jakie wynikają z pojęć zdrowia i służby zdrowia, stanowią podstawę i drogę humanizacji medycyny. Powinna być ona rozwijana zarówno w zakresie osobowo-zawodowym (relacja lekarz-pacjent) jak również w wymiarze społeczno-politycznym, by bronić w strukturach instytucjonalnych i technologicznych interesów ludzko-chrześcijańskich w społeczności oraz infrastruktur instytucjonalnych i technologicznych. Wszystko to jest wzajemnie powiązane, ponieważ taka humanizacja, odpowiada nie tylko wymogowi miłości, ale także « zadaniu sprawiedliwości ». Taka humanizacja buduje podstawy « owej "cywilizacji miłości i życia", bez której egzystencja osób i społeczeństwa traci swój sens najbardziej ludzki ».

10. Niniejsza Karta stawia sobie za zadanie zapewnienie wierności etycznej pracownika służby zdrowia, jeśli chodzi o decyzje i postawy, w których urzeczywistnia się, służba życiu.

Wierność ta zostaje określona według etapów życia ludzkiego, jakimi są: « narodziny », « życie » i « śmierć », obierając je za punkt odniesienia refleksji etyczno- duszpasterskich.

I 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 potoczyć 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 coś z siebie stworzeniu.

« Bóg sam to powiedział: "Nie jest dobrze człowiekowi być samemu" (Rdz 2, 18)... chcąc dać mu pewne specjalne uczestnictwo w swoim własnym dziele stwórczym, pobłogosławił mężczyźnie i kobiecie mówiąc:

"błędźcie płodni i rozmnażajcie się" (Rdz 1, 28)... Zrodzenie dziecka jest wydarzeniem głęboko ludzkim i wysoce religijnym, gdyż angażuje małżonków, tworzących "jedno ciało" (por. Rdz 2, 24), a zarazem Boga samego, który jest obecny ».

Pracownicy służby zdrowia wypełniają swoją służbę, gdy pomagają rodzicom w odpowiedzialnej prokreacji, sprzyjając jej warunkom, usuwając trudności i chroniąc ją przed zagrażającym oraz niegodnym prokreacji ludzkiej technicyzmem.

Manipulacja genetyczna

12. Coraz szersze poznanie ludzkiego dziedzictwa genetycznego (genoma), wyszczególnienie genów i określenie ich funkcji, wraz z możliwością przenoszenia ich, modyfikowania i zastępowania, otwiera przed medycyną niezwykle perspektywy, a równocześnie stawia nowe i delikatne problemy etyczne.

W ocenie moralnej należy odróżnić manipulacją ściśle terapeutyczną która ma na celu leczenie chorób wynikających z anomalii genetycznych lub chromosomowych (terapia genetyczna), od manipulacji ingerujących w ludzkie dziedzictwo genetyczne. Interwencja lecznicza, która jest określana także mianem « chirurgii genetycznej », « będzie zasadniczo uważana za pożądaną, założywszy, że dąży do realizacji faktycznej poprawy stanu zdrowia jednostki, bez narażenia na szkody jej integralności lub na pogorszenie zdrowia ».

13. Jeśli chodzi natomiast o interwencje nie mające charakteru ściśle leczniczego, które « zmierzają do wytworzenia istot ludzkich dobranych według płci lub wcześniej ustalonych właściwości », a w każdym razie zmieniają dziedzictwo genetyczne jednostki i gatunku ludzkiego, « są... przeciwne godności osobowej istoty ludzkiej, jej integralności i tożsamości. Nie mogą więc w żaden sposób być usprawiedliwione przez wzgląd na ewentualne dobroczynne skutki dla przyszłych pokoleń »; « żadna użyteczność społeczna lub naukowa i żadna motywacja ideologiczna nigdy nie będą mogły uzasadnić interwencji na ludzkie dziedzictwo genetyczne, która nie miałaby charakteru terapeutycznego, to znaczy nie byłaby w sobie ukierunkowana na naturalny rozwój istoty ludzkiej ».

14. W każdym razie ten rodzaj interwencji « nie może przesądzać początku życia ludzkiego, to znaczy prokreacji związanej ze zjednoczeniem nie tylko biologicznym, lecz także duchowym rodziców, złączonych węzłem małżeńskim ».

Podkreślone w tym miejscu negatywne oceny medyczne odnoszą się do każdej interwencji mającej charakter manipulacji genetycznej, która dotyczyłaby embrionów. Nie podejmuje się natomiast zagadnień moralnych dotyczących manipulacji na komórkach somatycznych mających cele lecznicze, a także manipulacji na komórkach zwierzęcych lub roślinnych mających cele farmaceutyczne.

Regulacja płodności

15. « Dlatego prawdziwy szacunek dla miłości małżeńskiej i cały sens życia rodzinnego zmierzają do tego, żeby małżonkowie nie zapominając pozostałych celów małżeństwa, skłonni byli mężnie współdziałać z miłością Stwórcy i Zbawiciela, który przez nich wciąż powiększa i wzbogaca swoją rodzinę ». « Gdy z małżeńskiej jedności dwojga rodzi sianowy człowiek, to przynosi on z sobą na świat szczególny obraz i podobieństwo Boga samego: w biologię rodzenia wpisana jest genealogia osoby. Jeśli mówimy, że małżonkowie jako rodzice są współpracownikami Boga-Stwórcy w poczęciu i zrodzeniu nowego człowieka, to sformułowaniem tym nie wskazujemy tylko na prawa biologii, ale na to, że w ludzkim rodzicielstwie sam Bóg jest obecny ».

« Ci małżonkowie realizują odpowiedzialne rodzicielstwo, którzy kierując się roztropnym namysłem i wielkodusznością, decydują się na przyjęcie liczniejszego potomstwa, albo też, dla ważnych przyczyn i przy poszanowaniu nakazów moralnych, postanawiają okresowo lub nawet na czas nieograniczony, unikać zrodzenia dalszego dziecka ». W tym drugim przypadku pojawia się problem regulacji płodności.

16. W ocenie postaw łączących się z regulacją płodności, sąd moralny « nie zależy wyłącznie od samej szczerzej intencji i oceny motywów, lecz musi być określony w świetle obiektywnych kryteriów, uwzględniających naturę osoby ludzkiej i jej czynów ». Chodzi o godność mężczyzny i kobiety oraz ich najbardziej wewnętrznego związku. Szacunek dla tej godności decyduje o prawdzie miłości małżeńskiej.

Jeśli chodzi o akt małżeński, wyraża on « nierozzerwalny związek między dwoma znaczeniami aktu: znaczeniem jednoczącym i znaczeniem prokreacyjnym. Akty, za pośrednictwem których małżonkowie w pełni realizują i intensyfikują swoje zjednoczenie, są tymi samymi aktami, które rodzą życie, i na odwrót. Miłość, która w celu wyrażenia się przyjmuje « język ciała jest równocześnie jednocząca i prokreacyjna: zawiera w sobie wyraźne "znaczenie oblubieńcze" i rodzicielskie zarazem ». W akcie małżeńskim to połączenie ma charakter wewnętrzny: « człowiek nie może go zerwać ze swojej inicjatywy », nie zaprzeczając swojej godności osoby i « wewnętrznej prawdzie miłości małżeńskiej ».

17. Dlatego więc, podczas gdy jest dozwolone, z poważnych powodów, korzystanie ze znajomości płodności kobiety, wyrzekając się korzystania z małżeństwa w okresach płodności, jest niedozwolone uciekanie się do środków antykoncepcyjnych.

Metody naturalne zakładają akt małżeński, który z jednej strony nie zapoczątkowuje nowego życia, a z drugiej pozostaje jednak w sobie otwarty na życie. « 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 ».

Środki sztuczne zaprzeczają « naturze tak mężczyzny jak i kobiety, a także... głębokiemu ich zespoleniu ». Zjednoczenie płciowe jest w tym przypadku 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 — jednoczące i prokreacyjne — wpisane głęboko naturę aktu małżeńskiego, zostają sztucznie rozdzielone: jedność mężczyzny i kobiety zostaje tym samym zdradzona, a płodność poddana ich samowoli ». Zachodzi to w przypadku « wszelkich działań, które — bądź to w przewidywaniu zbliżenia małżeńskiego, bądź podczas jego spełniania, czy w rozwoju naturalnych skutków — miałyby za cel uniemożliwienie poczęcia ».

18. Wyłania się ten sposób « różnica antropologiczna a zarazem moralna, jaka istnieje pomiędzy środkami antykoncepcyjnymi, a odwołaniem się do rytmów okresowych ».

« Nie chodzi tu o rozróżnienie na poziomie technicznym lub praktycznym, które wynikałoby w głównej mierze ze "sztucznego" i "naturalnego" charakteru różnych metod, ale przede wszystkim o różnicę w sposobie postępowania ». Jest to różnica, która angażuje

« nie dające się ze sobą pogodzić, dwie koncepcje osoby i płciowości ludzkiej ».

Należy więc uznać i uzasadnić tę « różnicę »: « racją ostateczną każdej metody naturalnej nie jest po prostu jej skuteczność czy wiarygodność biologiczna, ale jej spójność z chrześcijańską wizją płciowości wyrażającej miłość małżeńską ». « Twierdzi się często, że antykoncepcja, jeśli jest 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 ».

19. Bardziej niż na instrukcje wykorzystania, metody naturalne odpowiadają na znaczenie nadane miłości małżeńskiej, która ukierunkowuje i określa życie małżonków. « Wybór rytmu naturalnego bowiem, pociąga za sobą akceptację cyklu osoby, to jest kobiety, a co za tym idzie, akceptację dialogu, wzajemnego poszanowania, wspólnej odpowiedzialności, panowania nad sobą... W tym kontekście... wspólnota małżeńska ubogaca się takimi wartościami, jak czułość i serdeczność, które są czynnikami głęboko ożywiającymi płciowość ludzką, również w jej wymiarze fizycznym ».

20. Pracownicy służby zdrowia mogą, przyczyniać się, odpowiednio do ich możliwości, do rozpowszechniania tej ludzkiej i chrześcijańskiej koncepcji płciowości, udostępniając małżonkom, a wcześniej jeszcze młodzieży, informacje konieczne do kształtowania postawy odpowiedzialnej i szanującej szczególną, godność ludzkiej płciowości.

Właśnie dlatego Kościół odwołuje się do ich « odpowiedzialności », by « skutecznie pomóc małżeństwom w przeżywaniu ich miłości tak, ażeby uszanowane były struktura i cel aktu małżeńskiego, który ją wyraża ».

Sztuczna prokreacja

21. Zastosowanie do człowieka biotechnologii, opracowanych na podstawie badań nad zapłodnieniem zwierząt, umożliwiło różne interwencje w dziedzinie prokreacji ludzkiej, stawiając poważne zagrożenia dozwoloności moralnej. « Także różne techniki sztucznej reprodukcji, które wydają się służyć życiu i często są stosowane z tą intencją, w rzeczywistości stwarzają możliwość nowych zamachów na życie ».

Kryterium oceny etycznej jest w tym przypadku określone przez oryginalność rodzenia ludzkiego, które « pochodzi z samej właściwości osoby ludzkiej ». « Przekazywanie życia ludzkiego jest powierzone przez naturę osobowemu i świadomemu aktowi, i jako takie jest poddane najświętszym prawom Bożym, prawom niezmiennym i nienaruszalnym, które wszyscy powinni przyjąć i zachować ». Taki akt osobowy jest wewnętrznym zjednoczeniem miłości małżonków, którzy dają się, sobie całkowicie, przekazują, życie. Jest to jedyny i nierozdzielny akt, równocześnie jednoczący i prokreacyjny, małżeński i rodzicielski.

Ten akt, będący « wyrazem wzajemnego daru, który zgodnie ze słowami Pisma Świętego sprawia, "że będą oboje jednym ciałem" », stanowi centrum zapoczątkowujące życie.

22. Człowiek nie ma prawa do nie uznawania i nie przestrzegania wewnętrznych znaczeń i wartości życia ludzkiego od jego początku. « Nie można więc używać środków i iść za metodami, które mogą być dozwolone w przekazywaniu życia roślin i zwierząt ». Godność osoby ludzkiej wymaga, aby przychodziła ona na świat jako dar Boży i owoc aktu małżeńskiego, który jest właściwy i specyficzny dla jednoczącej i prokreacyjnej miłości między małżonkami, a więc aktu, który z samej swojej natury okazuje się niezastąpiony.

Każdy środek i każda interwencja lekarska, jeśli chodzi o prokreację, powinna mieć funkcję pomocniczą i nigdy nie może zastępować aktu małżeńskiego. Rzeczywiście « lekarz pozostaje w służbie osób i przekazywania życia ludzkiego. Nie jest uprawniony do dysponowania nimi, ani do decydowania o nich. Interwencja lekarska szanuje godność osób, gdy ułatwia ten akt (małżeński)... Przeciwnie, nieraz zdarza się, że interwencja lekarska technicznie zastępuje akt małżeński... W tym przypadku interwencja lekarska nie jest, tak jak powinna być, w służbie jedności małżeńskiej, lecz przywłaszcza sobie funkcję rodzicielską, a w taki sposób sprzeciwia się godności oraz niezbywalnym prawom małżonków i mającego narodzić się dziecka ».

23. « Niekoniecznie odrzuca się. używanie pewnych sztucznych środków przeznaczonych jedynie... dla ułatwienia aktu naturalnego ». Ma to miejsce w przypadku sztucznej inseminacji homologicznej, czyli w ramach małżeństwa spermą małżonka, gdy otrzymuje się ją przez normalny akt małżeński.

24. FIVET (zapłodnienie w probówce z przeniesieniem embrionu) jest niedopuszczalny, ponieważ poczęcie nie następuje w ramach aktu małżeńskiego — « jako owoc aktu małżeńskiego, to znaczy specyficznego działania jedności małżonków » — ale poza nim: w probówce, będąc dziełem techników, którzy ustalają jego warunki i decydując jego przebiegu. Nie odpowiada ono logice « daru », która łączy się z rodzicielstwem ludzkim, ale « produkcji » i « panowania », właściwej dla przedmiotów i skutków. W tym przypadku dziecko nie rodzi się jako « dar » miłości, ale jako produkt laboratorium.

« FIVET homologiczny powoduje rozdzielenie między działaniami przeznaczonymi do zapłodnienia ludzkiego a aktem małżeńskim », aktem « nierozdzielnie cielesnym i duchowym ». Zapłodnienie dokonuje się poza ciałem małżonków. « Nie jest ono ani faktycznie uzyskane, ani pozytywnie chciane jako wyraz i owoc właściwego aktu małżeńskiego », ale następuje jako « wynik » interwencji technicznej. Człowiek « nie traktuje już życia jako wspaniałego daru Bożego, który został powierzony jego odpowiedzialności, aby on strzegł go z miłością i "czcił" jako rzeczywistość "świętą". Życie staje się dla niego po prostu "rzeczą", którą on uważa za swą wyłączną własność, poddającą się bez reszty jego panowaniu i wszelkim manipulacjom ».

25. Pragnienie dziecka ze strony małżonków, jakkolwiek szczere i głębokie, nie uprawnia do odwołania się do technik przeciwnych prawdzie rodzicielstwa ludzkiego i godności nowej istoty ludzkiej.

Pragnienie dziecka nie konstytuuje żadnego prawa do dziecka. Jest ono osobą, która ma godność « podmiotu ». Jako takie nie może być ono chciane jako « przedmiot » prawa. Dziecko jest raczej podmiotem: istnieje prawo dziecka do bycia poczętym w pełnym szacunku dla jego bycia osobą.

26. Oprócz racji wewnętrznych godności osoby i jej poczęcia, które decydują o niedopuszczalności FIVET-u homologicznego, dochodzą okoliczności i konsekwencje dotyczące sposobu, w jaki dokonuje się go obecnie.

Jest on otrzymywany za cenę licznych strat embrionów, które są przerywaniami ciąży. Może dochodzić ponadto zamrożenie, które oznacza wstrzymanie życia tak zwanych embrionów « nadliczbowych », a często także ich zniszczenie. Niedopuszczalna jest inseminacja « post mortem », to znaczy spermą zmarłego małżonka, złożoną za życia.

Chodzi o czynniki obciążające postępowanie techniczne, które już samo w sobie jest moralnie niedozwolone i które pozostaje takim bez tych czynników.

27. Techniki hetero logiczne są « obciążone » « negatywnym charakterem etycznym » poczęcia oddzielonego od małżeństwa. Odwołanie się do gamet osób zewnętrznych w stosunku do małżonków zaprzecza jedności małżeństwa i wierności małżonków oraz obraża prawo dziecka do bycia poczętym i wydanym na świat w małżeństwie i przez małżeństwo. « Prokreacja... 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 ».

Takie techniki nie uwzględniają wspólnego i jednoczącego powołania małżonków do ojcostwa i małżeństwa — « do stania się ojcem i matką jedynie dzięki sobie » — i powodują « rozdział między pokrewieństwem genetycznym, pokrewieństwem wynikającym z ciąży a odpowiedzialnością wychowawczą », która przenosi się z rodziny na społeczeństwo. Innym powodem niedopuszczalności jest handel i dobór eugeniczny gamet.

28. Z tych samych powodów, obciążonych brakiem węzła małżeńskiego, jest moralnie niedopuszczalne sztuczne zapłodnienie kobiet niezamężnych i współżyjących. « Zniekształca siew ten sposób i fałszuje pierwotną treść ludzkiej płciowości, zaś dwa znaczenia — jednoczące i prokreacyjne — wpisane głęboko w naturę aktu małżeńskiego, zostają sztucznie rozdzielone: jedność mężczyzny i kobiety zostaje tym samym zdradzona, a płodność poddana ich samowoli ».

29. Podobnie przeciwne godności kobiety, jedności małżeństwa i godności prokreacji osoby ludzkiej jest macierzyństwo « zastępcze ».

Przeniesienie do łona kobiety embrionu, który genetycznie jest jej obcy czy nawet tylko zapłodnienie jej z obowiązkiem oddania dziecka po urodzeniu temu, kto uzgodnił ciążę, oznacza oddzielenie ciąży od macierzyństwa, redukując je do inkubacji nie mającej szacunku dla godności i prawa dziecka « do poczęcia, do okresu ciąży i wychowania przez własnych rodziców ».

30. Sąd o niegodziwości moralnej dotyczy oczywiście sposobu, w jaki otrzymuje się zapłodnienie ludzkie, a nie wyniku tych technik, którym jest zawsze istota ludzka, która powinna być przyjęta jako dar dobroci Bożej i wychowana z miłością.

31. Techniki sztucznego zapłodnienia mogą otworzyć dzisiaj drogą do zamierzeń lub planów zapłodnienia między gametami ludzkimi lub zwierzęcymi, do reprodukcji bezpłciowej istot ludzkich za pośrednictwem podziału bliźniaczego, klonacji, partenogenezy.

Takie sposoby postępowania pozostają w sprzeczności z godnością ludzką embrionu i prokreacji, i z tego powodu należy uważać je za naganne.

32. Medycyna ukierunkowana na integralne dobro osoby nie może abstrahować od zasad etycznych, które rządzą narodzinami ludzkimi. Stąd « naglący apel » do lekarzy i uczonych, « by dawali przykładowe świadectwo należnego szacunku dla embrionu ludzkiego i dla godności przekazywania życia ».

33. Służba lekarska towarzyszy życiu osoby w ciągu całego trwania ziemskiego. Staje się ono ochroną, promocją i troską o zdrowie, czyli o integralność i dobro psychofizyczne osoby, w której życie « przybiera konkretny kształt. Jest ona służbą opartą na godności osoby ludzkiej i na prawie do życia oraz wyraża się ponadto w profilaktyce, terapii i rehabilitacji także w promocji całościowego zdrowia człowieka.

34. Ta odpowiedzialność angażuje pracownika służby zdrowia w służbie życiu, które rozwija się « od samego swojego początku aż do swojego naturalnego końca », czyli « od poczęcia do śmierci ».

II ŻYCIE

Początek i narodziny życia

35. « 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 niezależnie od nich. Nie stałaby się ona istotą ludzką, jeśli nie byłaby nią od samego początku. Najnowsza wiedza genetyczna bardzo jasno potwierdza to wszystko, co zawsze było oczywiste... Pokazała ona, że istota żyjąca ma już od pierwszej chwili stałą strukturę, czyli kod genetyczny: jest człowiekiem, i to człowiekiem niepodzielnym jako jednostka, wyposażonym we wszystkie właściwe sobie cechy. Od chwili zapłodnienia rozpoczyna się cudowny bieg życia każdego człowieka, którego jednak wszystkie zdolności wymagają czasu na właściwe uporządkowanie i przygotowanie się do działania ».

Najnowsze osiągnięcia biologii ludzkiej potwierdzają, że « w zygocie powstałej z zapłodnienia tworzy się już tożsamość biologiczna nowej jednostki ludzkiej ». Jest to jednostkowość własna bytu autonomicznego, wewnętrznie określonego, samo realizującego się ze stopniową ciągłością.

Jednostkowość biologiczna, a więc osobowa natura zygoty, istnieje już od chwili poczęcia. « Czy jest do pomyślenia, by choćby przez chwilę ten cudowny proces rodzenia się życia nie podlegał mądrym i miłującym działaniu Stwórcy i był wydany na łaskę ludzkiej samowoli? ». Jest więc błędne i nieuzasadnione mówienie o pre-embryonie, jeśli rozumie się przez niego stadium lub warunek życia przedludzkiego poczętej istoty ludzkiej.

36. Życie przedporodowe jest życiem w pełni ludzkim w każdej fazie swojego rozwoju. Pracownicy służby zdrowia są zobowiązani do okazania mu takiego samego szacunku, takiej samej ochrony i takiej samej opieki, jakie są należne każdej osobie ludzkiej.

W szczególności do ginekologów i położnych « należy czuwanie z troską nad cudownym i misteryjnym procesem rodzenia, jakie dokonuje się w łonie matki, w celu śledzenia jego regularnego przebiegu i sprzyjania jego wynikowi z przyjściem na świat nowego stworzenia ».

37. Narodzenie dziecka wyznacza ważną i znaczącą chwilę, rozwoju zapoczątkowanego przez poczęcie. Nie « skok » jakościowy czy nowy początek, ale etap tego samego i nieprzerwanego w swojej ciągłości procesu. Poród jest przejściem od ciąży matki do autonomii fizjologicznej życia.

Wraz z narodzinami dziecko jest w stanie żyć w fizjologicznej niezależności od matki oraz wejść w nową relacja ze światem zewnętrznym.

W przypadku porodu przedwczesnego może zdarzyć się, że ta niezależność nie byłaby w pełni osiągnięta. W takim przypadku pracownicy służby zdrowia mają obowiązek opieki nad noworodkiem, stwarzając mu wszystkie możliwe warunki, służące do jej osiągnięcia.

Jeśli mimo wszystkich wysiłków zachodzi poważna obawa o życie dziecka, pracownicy służby zdrowia powinni zatroszczyć się o chrzest w warunkach przewidzianych przez Kościół. W przypadku, gdy nie można znaleźć szafarza zwyczajnego sakramentu — kapłana lub diakona — pracownik służby zdrowia może go udzielić.

Wartość życia: jedność ciała i duszy

38. Szacunek, ochrona i troska należne w sposób właściwy życiu ludzkiemu, wynikają z jego szczególnej godności. « Na poziomie całego stworzenia widzialnego ma ono jedyną wartość ». Istota ludzka jest rzeczywiście « jedynym na ziemi stworzeniem, którego Bóg chciał dla niego samego ». Wszystko jest stworzone dla człowieka. Tylko człowiek, stworzony na obraz i podobieństwo Boże (por. Rdz 1, 26-27), nie jest ukierunkowany i ukierunkowywalny do czegoś innego lub do innych, ale tylko do Boga, dla którego on jest. Tylko człowiek jest osobą: posiada « godność podmiotu i wartość celu ».

39. Życie ludzkie jest równocześnie i nierozdzielnie cielesne i duchowne. « 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 ». « Każda osoba ludzka w swojej niepowtarzalnej wyjątkowości nie jest złożona tylko z ducha, lecz także z ciała, i dlatego w ciele i przez ciało dociera się do samej osoby w jej konkretnej rzeczywistości ».

40. Każda interwencja na ciele ludzkim « nie dotyczy tylko tkanek, narządów i ich funkcji, lecz angażuje na różnych poziomach samą osobą ».

Działalność sanitarna nie może nigdy zapominać o « głębokiej jedności istoty ludzkiej, w oczywistej współzależności jej funkcji cielesnych, ale także w jedności jej wymiarów: cielesnego, uczuciowego, intelektualnego i duchowego ». Nie można wyizolować « problemu technicznego postawionego przez traktowanie określonej choroby od uwagi, jaka powinna być okazana osobie chorego w wszystkich jej wymiarach. Jest dobrze pamiętać o tym właśnie wtedy, gdy wiedza medyczna zmierza do specjalizacji w każdej dyscyplinie ».

41. Ciało, będące wyrażeniem osoby, w swoim kształcie i dynamizmie biologicznym, jest podstawce i źródłem wymogów moralnych. To, co jest i dokonuje się

na poziomie biologicznym nie jest obojętne, ale posiada znaczenie etyczne; ma dla działania charakter wskazująco-nakazujący. Ciało jest rzeczywistością typicznie osobową, znakiem i miejscem relacji z innymi, z Bogiem oraz ze światem.

Nie można abstrahować od ciała i podnosić psyche do rangi kryterium i źródła moralności; odczucia i pragnienia podmiotowe nie mogą górować nad obiektywnymi znaczeniami cielesnymi ani nie mogą nie brać ich pod uwagę. Tendencyjna przewaga tych pierwszych nad

drugimi znajduje się u początku dzisiejszej psychologizacji etyki i prawa, która wyprowadza z pragnień indywidualnych (i z możliwości technicznych) dozwoloność postaw i interwencji na życiu.

Nierozporządzalność życiem i jego nienaruszalność

42. « Nienaruszalność osoby, będąca odbiciem absolutnej nienaruszalności samego Boga, znajduje swoje pełne i podstawowe wyrażenie w nienaruszalności życia ludzkiego ». « Pytanie: "Cóżżeś uczynił?" (Rdz 4, 10), które Bóg zadał Kainowi, gdy ten zabił swego brata Abła, wyraża doświadczenie każdego człowieka; glos przemawiający w głębi jego sumienia przypomina mu zawsze o nienaruszalności życia — własnego i innych — jako rzeczywistości, która do niego nie należy, bo jest własnością i darem Boga, Stwórcy i Ojca ».

Ciało uczestniczy, nierozdzielnie od ducha, w godności własnej i w ludzkiej wartości osoby: jest ciałem-podmiotem, a nie ciałem-przedmiotem, a jako takie jest nierozporządzalne i nienaruszalne. Nie można dysponować ciałem jako przedmiotem posiadania. Nie można go fałszować jako rzeczy czy narzędzia, którego jest się. panami i arbitrami.

Każda nadużywająca interwencja na ciele jest obrazą. dla godności osoby, a przez to jest także obrazą Boga, który jest jego jedynym i absolutnym Panem:

« Człowiek nie jest panem swojego życia, ale otrzymuje je, aby nim użytkował; nie jest jego właścicielem, ale administratorem, ponieważ sam Bóg jest Panem życia ».

43. Ponieważ życie należy do Boga, a nie do człowieka, posiada przez to charakter sakralny, który

budzi postawą głębokiego szacunku: « bezpośrednią konsekwencją Boskiego pochodzenia życia jest nierozporządzalność nim, jego nietykalność, to znaczy jego sakralność ». Życiem nie można rozporządzać i jest ono nietykalne, ponieważ jest święte; jest to « sakralność naturalna, którą może uznać każdy prawy rozum, także abstrahując od wiary religijnej ».

Działalność medyczno-sanitarna czuwa nad tą sakralnością i strzeże jej; broni to dobro « w sobie », jakim jest życie ludzkie, przed sprowadzeniem go do roli narzędziowej, to znaczy uzależnienia go od innego lub od innych; życie zależy tylko od Boga. « Życie człowieka pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywym tchnieniu. Dlatego Bóg Jest jedynym Panem tego życia ».

44. Powinna ona być uznana ze szczególną mocą i rozumiana z czujną odpowiedzialnością w tym czasie, gdy przeżywamy ogarniający wszystko rozwój technologi biomedycznych, w których wzrasta ryzyko nadużywania manipulacji życiem ludzkim. Nie dyskutuje się nad technikami samymi w sobie, ale nad ich założoną neutralnością etyczną. Nie wszystko to, co jest technicznie możliwe może być uważane za moralnie dopuszczalne.

Możliwości techniczne powinny być oceniane ich dopuszczalnością etyczną, która ustala ich odniesienie do człowieka, czyli ich rzeczywiste znaczenie dla ochrony i szacunku dla godności osoby ludzkiej.

45. Wiedza i technika, « drogocenne środki człowieka, kiedy są użyte w jego służbie i przyczyniają się, do integralnego i dobroczynnego rozwoju wszystkich, nie mogą jednak same

z siebie wykazać sensu istnienia i postępu ludzkiego. Będąc skierowane do człowieka, od którego biorą początek oraz wzrost i dzięki któremu się rozwijają, czerpią z osoby i jej moralnych wartości wskazania co do swojej celowości oraz świadomość swoich granic ».

Właśnie z tego powodu wiedza powinna być sprzymierzona z mądrością. Wiedza i technika są ekspansywne, to znaczy każdego dnia przesuwają swoje granice. Mądrość i sumienie wyznaczają im nieprzekraczalne granice tego, co ludzkie.

Prawo do życia

46. Boskie panowanie nad życiem jest podstawą i gwarancją prawa do życia, które nie polega jednak na władzy nad życiem. Jest raczej prawem do życia godnego człowieka, a ponadto by było zapewnione i chronione to podstawowe, pierwotne i nienaruszalne dobro, które jest źródłem i warunkiem każdego innego dobra-prawa osoby. « Posiadaczem tego prawa jest istota ludzka w każdej fazie swojego rozwoju, od poczęcia aż do naturalnej śmierci; oraz w każdej kondycji, tak w zdrowiu jak w chorobie, w sprawności jak upośledzeniu, w bogactwie i w ubóstwie ».

47. Prawo do życia staje przed pracownikiem służby zdrowia w podwójnej perspektywie. Przede wszystkim nie przypisuje on sobie nad życiem, o które ma się troszczyć, prawa-władzy, którego nie ma ani on ani sam pacjent, i które nie może być mu przez niego przyznane.

Prawo pacjenta nie jest władcze i absolutne, ale jest związane z celami ustalonymi przez naturę i przez nią

ograniczone. « Żaden człowiek nie może jednak samowolnie decydować o tym, czy ma żyć, czy umrzeć; jedynym i absolutnym Panem, władnym podjąć taką decyzję, jest Stwórca — Ten, w którym “żyjemy, poruszamy się i jesteśmy” (Dz 17, 28) ».

Z ograniczeń wewnętrznych prawa podmiotu do dysponowania własnym życiem « wynika ograniczenie moralne działania lekarza, który działa w oparciu o zgodę pacjenta ».

48. Na drugim miejscu pracownik służby zdrowia podejmuje się czynnej obrony tego prawa: « celowością wewnętrzną » jego zawodu jest « potwierdzenie prawa człowieka do swego życia i swojej godności ». Wypełnia je, przyjmując odpowiadające mu zadanie profilaktycznej i terapeutycznej opieki zdrowotnej oraz poprawiania — w podlegającym mu zakresie i środkami, jakie ma do dyspozycji — życia osób i środowiska życiowego. « W naszej wędrówce prowadzi nas i umacnia prawo miłości: źródłem i wzorem tej miłości jest wcielony Syn Boży, który stał się człowiekiem i “przez swoją śmierć dał życie światu” ».

49. Podstawowe i pierwszorzędne prawo każdego człowieka do życia, które zostaje uszczegółowione jako prawo do ochrony zdrowia, podporządkowuje prawa związkowe pracowników służby zdrowia.

Wynika z tego, że każde słuszne żądanie ze strony pracowników służby zdrowia powinno być tak wyrażane, by zachowano prawo chorego do należytych zabiegów z powodu ich konieczności. Dlatego w przypadku strajku powinny być zapewnione — także przez dostosowane wymagania prawne — istotne i konieczne służby lekarsko-szpitalne służące opiece zdrowotnej.

Zapobieganie

50. Ochrona zdrowia angażuje pracownika służby zdrowia przede wszystkim na polu zapobiegania.

Zapobieganie jest ważniejsze niż leczenie, ponieważ zabezpiecza osobę przed przykrościami i cierpieniem, jakie powoduje choroba, oraz zwalnia społeczeństwo od kosztów choroby, które mają nie tylko wymiar ekonomiczny.

51. Zapobieganie ściśle sanitarne, które polega na dostarczaniu szczególnych lekarstw, szczepieniu, prowadzeniu badań w celu stwierdzenia skłonności, wskazania postaw i zachowań zmierzających do zapobiegania pojawienia się, rozprzestrzenienia i pogłębienia chorób, spoczywa ze swej istoty na pracownikach służby zdrowia. Może być skierowane do całego społeczeństwa, do grup osób lub pojedynczych osób.

52. Istnieje także zapobieganie sanitarne w sensie szerszym, w którym działanie pracownika służby zdrowia jest tylko elementem zadań profilaktycznych podejmowanych przez społeczeństwo. Jest to profilaktyka, którą podejmuje się odnośnie do tak zwanych chorób

społecznych, jak uzależnienie toksyczne, alkoholizm, nikotynizm, AIDS; odnośnie do przykrości doznawanych przez różne grupy społeczne jak młodzież, niepełnosprawni, starcy; odnośnie do ryzyka dla zdrowia związanego z dzisiejszymi warunkami i sposobami życia, takimi jak wyżywienie, środowisko, praca, sport, ruch miejski, użycie środków transportu, samochodów i urządzeń domowych.

Interwencja zapobiegawcza jest w tych przypadkach pierwszorzędny i najskuteczniejszy środkiem, jeśli w ogóle nie jedynym możliwym. Wymaga jednak działań wspomagających wszystkich sił obecnych w społeczeństwie. Zapobieganie jest tu czymś więcej niż działaniem lekarsko-sanitarnym. Chodzi o oddziaływanie na kulturę przez odzyskiwanie zapomnianych wartości i wychowywanie do nich, rozpowszechnianie bardziej wstrzemięźliwej i solidarnej wizji życia, informowanie o szkodliwych zwyczajach, formowanie zgodności politycznej odnośnie prawodawstwa pomocniczego.

Faktyczna i skuteczna możliwość zapobiegania jest związana nie tylko i na pierwszym miejscu z technikami jej prowadzenia, ale z motywacjami, jakie za nią stoją, oraz z jej konkretyzacją i rozprzestrzenieniem kulturowym.

Choroba

53. Życie cielesne, chociaż uczestniczy w transcendentnej wartości osoby, odzwierciedla przez swoją naturę tymczasowość kondycji ludzkiej. Staje się ona widoczna szczególnie w chorobie i cierpieniu, które są przeżywane jako niedyspozycja całej osoby. « Choroba bowiem i cierpienie są doświadczeniem, które dotyczy nie tylko ciała, ale całego człowieka w jego jedności duszy i ciała ».

Choroba jest czymś więcej niż faktem klinicznym, który może być opisany w sposób medyczny. Jest zawsze stanem człowieka jako chorego. Pracownicy służby zdrowia powinni odnosić się do chorego zgodnie z tą integralnie ludzką wizją. Chodzi o to, by posiadali, wraz z odpowiednią kompetencją techniczno-zawodową, świadomość wartości i znaczeń, jakie

nadają sens chorobie i ich pracy oraz czynią z każdego jednostkowego przypadku klinicznego spotkanie ludzkie.

54. Chrześcijanin dzięki swojej wierze wie, że choroba i cierpienie uczestniczą w zbawczej skuteczności krzyża Odkupiciela. « Dla chrześcijanina odkupienie dokonane przez Chrystusa i jego zbawcza łaska ogarniają wszystko, co składa się na kondycję ludzką, a więc także chorobę, cierpienie i śmierć ». « 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 każdy człowiek zagrożony w swoim istnieniu może skierować wzrok ku Temu, który został przebity, aby odnaleźć niezawodną nadzieję wyzwolenia i odkupienia ». Choroba i cierpienie, przeżywane « w ścisłym zjednoczeniu z cierpieniami Jezusa » nabierają « szczególnej płodności duchowej ». Chory może więc mówić z Apostołem: « w moim ciele dopełniam braki udręk Chrystusa dla dobra Jego ciała, którym jest Kościół » (Kol 1, 24).

W świetle takiego chrześcijańskiego przewartościowania cierpienia chory może przyjąć wobec choroby potrójną postawę: postawę « świadomości » swojego stanu « nie pomniejszając go i nie przesadzając »; postawę « akceptacji » « bez mniej lub bardziej ślepej rezygnacji », ale w pogodnej świadomości, że « Pan może i chce wyprowadzić ze zła dobro »; postawę « ofiarowania » « podejmowanego ze względu na miłość Pana i braci ».

55. W każdym przypadku w osobie chorego jest zawsze dotknięta rodzina. Pomoc członków rodziny i ich współpraca z pracownikami służby zdrowia są cennym wkładem w opiekę sanitarną.

Pracownik służby zdrowia, jeśli chodzi o rodziną chorego, jest powołany do okazania, tak osobiście jak przez formy przynależności do stowarzyszeń, wraz z zabiegami, także wyjaśnienia, rady, ukierunkowania i wsparcia.

Diagnoza

56. Pracownik służby zdrowia, kierowany tą integralnie ludzką i właściwie chrześcijańską wizją choroby, szuka przede wszystkim określenia i przeanalizowania jej w chorym: dokonuje diagnozy i odpowiedniego przewidywania.

Warunkiem każdego zabiegu jest wcześniejsze poprawne określenie patologii w jej przejawach i jej przyczynach.

57. W tym przypadku pracownik służby zdrowia bierze na siebie pytania i niepokoje pacjenta oraz będzie musiał strzec się dwóch przeciwstawnych postaw: « wycofania się » i « uporczywości » diagnostycznej.

W pierwszym przypadku zmusza się pacjenta do przechodzenia od jednego specjalisty do drugiego czy od jednej służby sanitarnej do drugiej, nie badać w stanie znaleźć lekarza lub centrum diagnostycznego gotowego zająć się jego stanem. Skrajna specjalizacja i rozdrobnienie kompetencji oraz podziałów klinicznych, podczas gdy jest gwarancją biegłości zawodowej, odbija się ze szkodą na chorym, jeśli struktura sanitarna na terytorium nie nawiązuje troskliwego i całościowego kontaktu z jego stanem.

Natomiast w drugim przypadku upiera się znaleźć chorobą za wszelką ceną. Można kierować się motywami lenistwa, zysku czy protagonizmu, w diagnozowaniu choroby i w nadawania znaczenia medycznego problemom, które nie mają charakteru medyczno-sani-

tarnego. W takim przypadku nie pomaga się osobie, by miała należytą znajomość swojego stanu, wprowadzając ją w błąd lub ograniczając jej odpowiedzialność.

58. Wykluczwszy przypadki skrajne, diagnoza prowadzona w pełnym szacunku dla godności i integralności osoby, przede wszystkim w odniesieniu do użycia rozwijających się technik, nie stawia na ogół problemów natury etycznej. Sama w sobie jest ukierunkowana na terapię; jest aktem dobroczynnym dla zdrowia.

Szczegółowe problemy pojawiają się w przypadku diagnozy przewidującej z powodu możliwych konsekwencji na poziomie psychologicznym, odnośnie do dyskryminacji, jakie może spowodować, i diagnostyki przedporodowej. W przypadku diagnostyki przedporodowej chodzi o możliwość istotnie nową i znajdującą się w dużym rozwoju, która jako taka zasługuje na szczególne rozważenie.

Diagnoza przedporodowa

59. Coraz szersze poznanie życia płodowego i rozwój narzędzi dostępu do niego umożliwiają dzisiaj diagnozę dotyczącą życia przedporodowego, pozwalając w ten sposób na coraz odpowiedniejsze i skuteczniejsze interwencje terapeutyczne.

Diagnoza przedporodowa odzwierciedla dobroć moralną każdej interwencji diagnostycznej. Ujawnia jednak własne problemy etyczne, związane z ryzykiem diagnostycznym i celem, z powodu którego może być żądana i praktykowana.

60. Czynnikiem ryzyka dotyczy życia i integralności fizycznej płodu, a tylko częściowo matki, odnośnie różnych technik diagnostycznych i procentu ryzyka, jakie każda zawiera.

Dlatego należy « przede wszystkim uważnie ocenić ewentualne konsekwencje negatywne, które może mieć dla płodu ludzkiego użycie określonej techniki badań » oraz unikać « użycia takich metod rozpoznawczych, co do których celowości i nieszkodliwości nie posiada się wystarczających gwarancji ». Jeśli czynnik ryzyka będzie musiał być uwzględniony, odwołanie się do diagnozy powinno mieć racjonalne wskazania, które powinny być potwierdzone przez konsultację diagnostyczną.

W konsekwencji « taka diagnoza jest dopuszczalna, jeśli stosowane metody, za zgodą dobrze poinformowanych rodziców, chronią życie i integralność embrionu i jego matki, nie narażając ich na nieproporcjonalne ryzyko ».

61. Cel, ze względu na który może być żądana lub praktykowana diagnoza przedporodowa, powinien być zawsze dobroczynny dla dziecka i matki, by ukierunkować podjęcie interwencji terapeutycznych, dać pewność i spokój kobietom w ciąży zasmuconym z powodu wątpliwości odnośnie do deformacji płodu i skłonnych do przerwania ciąży, przygotować, w przypadku nieszczęśliwego wyniku, na przyjęcie życia naznaczonego upośledzeniem.

Diagnoza przedporodowa « sprzeciwia się poważnie prawu moralnemu, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerywania ciąży. Badania stwierdzające istnienie jakiejś deformacji płodu lub choroby dziedzicznej nie powinny pociągać za sobą wyroku śmierci ».

Tak samo niedozwolone jest każde wskazanie i program władz cywilnych i sanitarnych lub organizacji naukowych, które sprzyjają bezpośredniemu powiązaniu między diagnozą przedporodową i przerywaniem ciąży. Byłby winny niedozwolonej współpracy specjalista, który przeprowadzając diagnozę lub mówiąc o jej wyniku przyczyniałby się w sposób zamierzony do powstania związku między diagnozą przedporodową i przerywaniem ciąży.

Terapia i rehabilitacja

62. Po diagnozie następuje terapia i rehabilitacja, czyli podjęcie interwencji o charakterze opiekuńczym i leczniczym, które pozwalają na leczenie oraz reintegrację osobową i społeczną pacjenta.

Terapia jest aktem medycznym w sensie ścisłym, skierowanym do zwalczania chorób w ich przyczynach, przejawach i skutkach. Rehabilitacja jest natomiast zespołem przedsięwzięć medycznych, fizykoterapeutycznych, psychologicznych i przystosowawczych, zmierzających do przywrócenia lub polepszenia stanu psychofizycznego osób ograniczonych w ich zdolnościach integracji, relacji i pracy produkcyjnej.

Terapia i rehabilitacja mają na celu « nie tylko dobro i zdrowie ciała, lecz osoby jako takiej, której ciało zostało dotknięte chorobą ». Każda terapia zmierzająca do integralnego dobra osoby nie jest uważana za wynik sukcesu klinicznego, ale włączenie działania rehabilitacyjnego polegającego na przywróceniu osoby jej samej, przez ponowne uaktywnienie i przywrócenie funkcji fizycznych ograniczonych przez chorobę.

63. Choremu należą się dostępne zabiegi, które mogą wpłynąć korzystnie na jego zdrowie.

Odpowiedzialność w trosce o zdrowie nakłada na każdego « obowiązek leczenia się i pozwolenia na leczenie ». A zatem « ci, którzy troszczą się o chorych, powinni z wielką pilnością wypełniać swoje czynności i stosować środki, które uznają za konieczne lub pożyteczne »; nie tylko środki zmierzające do bezpośredniego uzdrowienia, lecz także te łagodzące ból i przynoszące ulgę, gdy powrót do zdrowia jest niemożliwy.

64. Pracownik służby zdrowia, gdy zachodzi niemożliwość wyleczenia, nigdy nie może odmówić opieki. Jest on zobowiązany do zastosowania wszystkich zabiegów « proporcjonalnych ». Nie zachodzi natomiast obowiązek odwołania się do zabiegów « nieproporcjonalnych ».

W zależności od sytuacji chorego można uznać za zwyczajne te zabiegi, w których zachodzi relacja odpowiedniej proporcji między zastosowanymi środkami i osiągniętym celem. Gdzie nie zachodzi proporcjonalność, zabiegi należy uznać za nadzwyczajne.

W celu zweryfikowania i ustalenia czy zachodzi czy nie relacja proporcjonalności, « właściwa ocena środków może być dokonana wtedy, „ gdy rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z nią niebezpieczeństw, konieczne dawki oraz możliwość zastosowania, zestawimy ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając w sposób właściwy stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne ».

65. Przypomniana tu zasada proporcjonalności podejmowanych zabiegów może być sprecyzowana i stosowana w następujący sposób:

— « Gdy nie ma do dyspozycji innych środków, wolno — za zgodą chorego — zastosować środki dostarczone przez najnowsze odkrycia medyczne, chociaż nie zostałyby jeszcze sprawdzone w prowadzonych doświadczeniach i wiązałyby się z pewnym niebezpieczeństwem ».

— « Wolno przerwać użycie takich środków, ilekroć nie osiąga się spodziewanych skutków », ponieważ nie ma już proporcji między « kosztem środków i zatrudnionych do tego ludzi » i « przewidywanymi skutkami » lub « zastosowane środki lecznicze zadają choremu bóle lub powodują uciążliwości większe od przewidywanych korzyści ».

— « Zawsze wolno uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane. Dlatego nie można nikomu nakazywać zastosowania takiego sposobu leczenia, który — chociaż jest już stosowany — nie wyklucza jednak niebezpieczeństwa albo jest zbyt uciążliwy. Odrzucenia takiego środka nie należy porównywać z samobójstwem; należy raczej uznać za akceptację sytuacji ludzkiej, za chęć uniknięcia trudnych zabiegów lekarskich, których korzyść nie odpowiada pokładanej w nich nadziei, albo niedopuszczania do wielkich obciążeń rodziny i społeczności ».

66. W celu integracji zdrowia osoby, w przypadku nieobecności innych środków, mogą być konieczne interwencje, które zakładają modyfikację, okaleczenie i usunięcie narządów.

Manipulacja terapeutyczna organizmu jest tu uprawniona przez zasadę całościowości i dlatego właśnie jest nazywana zasadą terapeutyczną, na mocy której « każdy poszczególny narząd jest podporządkowany całości ciała i powinien być mu podporządkowany w przypadku konfliktu. W konsekwencji ten, kto otrzymał użycie całego organizmu ma prawo do poświęcenia poszczególnego organu, jeśli zachowanie jego funkcjonowania powodują całości organicznej dużą szkodę, niemożliwą do uniknięcia w inny sposób ».

67. Życie fizyczne, jeśli z jednej strony wyraża osobą i przyjmuje jej wartość, tak że nie można nim dysponować jak jakąś rzeczą, to z drugiej strony nie wyczerpuje ono wartości osoby ani nie stanowi najwyższego dobra.

Właśnie dlatego w sposób uprawniony można dysponować jakąś jego częścią dla dobra osoby. W ten sposób jak można poświęcić ją lub podjąć ryzyko dla dobra wyższego, takiego jak « obrona czci Bożej, zbawienie dusz lub służba braciom »: « Życie cielesne należy uznać za podstawowe dobro, które jest warunkiem wszystkich pozostałych dóbr na ziemi. Są bowiem wyższe dobra, dla których będzie wolno, a nawet, może być nawet konieczne, złożyć ofiarą z tego życia ».

Znieczulenie i anestezja

68. Z jednej strony samo cierpienie posiada funkcję, terapeutyczną, ponieważ « dopomaga w połączeniu się reakcji fizycznej i psychicznej z atakiem bólu », a z drugiej odwołuje się do medycyny w celu terapii łągodzącej i powstrzymującej.

69. Dla chrześcijanina cierpienie ma wzniosłe znaczenie pokutne i zbawcze. « Cierpienie, zwłaszcza w ostatnich chwilach życia, nabiera własnego znaczenia w zbawczym planie Boga;

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 w sposób umiarkowany używać znieczulających środków medycznych, by przyjmując dobrowolnie przynajmniej część swoich cierpień, mogli przez nie złączyć się z Chrystusem przybitym do krzyża ». Motywowane i umacniane po chrześcijańsku znoszenie cierpienia, nie prowadzi do uznania, że każde cierpienie i każdy ból należy znosić w każdym przypadku i nie można interweniować w celu złagodzenia go. Co więcej, już taka interwencja staje się, drogą humanizacji bólu. Sama miłość chrześcijańska wymaga od pracowników służby zdrowia łagodzenia cierpienia fizycznego.

70. « Przedłużanie się bólu przeszkadza w osiągnięciu dóbr i zamierzeń wyższych ». Może powodować szkodliwe skutki dla psychofizycznej integralności osoby. Cierpienie zbyt intensywne może zmniejszyć panowanie ducha lub go uniemożliwić. Z tego powodu można, i po przekroczeniu pewnego progu wytrzymałości jest obowiązkiem pracownika służby zdrowia zapobiegać, łagodzić i usuwać ból. Moralnie dozwolone i odpowiednie jest ponadto zadanie uczonego « w celu poddania bólu władzy człowieka ».

Anestezja podobnie jak znieczulenie, « interweniując bezpośrednio na to, co ból ma najbardziej dotkliwego i wstrząsającego, przywraca człowiekowi jemu samemu, czyniąc bardziej ludzkim jego doświadczenie cierpienia ».

71. Niekiedy zastosowanie leków oraz technik znieczulających i anestetycznych prowadzi do zawieszenia lub pomniejszenia świadomości oraz użycia władz człowieka. O ile takie interwencje nie zmierzają wprost do utraty świadomości i wolności, ale wrażliwości na ból, oraz utrzymują się tylko w granicach potrzeby klinicznej, należy uznać je za etycznie uprawnione.

Zgoda poinformowanego pacjenta

72. W interwencji medycznej na chorym pracownik służby zdrowia powinien mieć jego zgodą bądź wyrażoną bądź milczącą.

Rzeczywiście « nie ma on wobec pacjenta osobnego lub niezależnego prawa. W ogólności, może działać tylko wtedy, gdy pacjent upoważnia go wyraźnie lub niewyraźnie (bezpośrednio lub pośrednio) ». Bez takiego upoważnienia przypisuje sobie władzę samowolną.

Relacja sanitarna jest ponadto relacją ludzką: dialogiczną a nie przedmiotową. Pacjent « nie jest anonimową jednostką », na której stosuje się wiedzę medyczną, ale « odpowiedzialną osobą, która powinna być wezwana, by stała się współuczestnikiem poprawy swojego zdrowia i osiągnięcia uzdrowienia. Powinna mieć zapewnioną możliwość osobistego wyboru i nie powinna być zdana na decyzje i wybory innych ».

W celu wyboru dokonanego w pełnej świadomości i wolności, choremu należy podać prawdziwy stan jego choroby i możliwości terapeutyczne, wraz z niebezpieczeństwami, trudnościami i konsekwencjami, jakie zakładają. Oznacza to, że od pacjenta powinna być wymagana zgoda oparta na informacji.

73. Odnośnie zgody domniemanej należy dokonać rozróżnienia między pacjentem będącym w stanie rozumieć i chcieć oraz pacjentem, który nie znajduje się w takim stanie.

W pierwszym przypadku nie domniemywa się zgody: powinna być ona określona i wyraźna.

W drugim przypadku pracownik służby zdrowia może, a w skrajnych sytuacjach musi domniemywać zgodą na interwencje terapeutyczne, jakie on na podstawie wiedzy i w sumieniu uważa za konieczne. W przypadku chwilowego braku świadomości lub woli, działa on na podstawie zasady powierzenia się, terapii, czyli podstawowej ufności, z jaką pacjent powierzył się jego trosce. W przypadku trwałego braku świadomości i woli, działa na zasadzie odpowiedzialności w trosce o zdrowie, jaka zobowiązuje pracownika służby zdrowia do zajęcia się zdrowiem pacjenta.

74. Jeśli chodzi o członków rodziny, to powinni być informowani o zabiegach zwyczajnych, oraz zaangażowani w podjęcie decyzji odnośnie zabiegów nadzwyczajnych i do ich wyboru.

Badania i eksperymenty

75. Działanie terapeutyczne, będące w stanie interweniować coraz skuteczniej na rzecz zdrowia, jest samo przez się otwarte na poszukiwanie nowych możliwości. Są one wynikiem nieustannych i stopniowo rozwijających się badań i eksperymentów, jakie przynoszą nowe osiągnięcia sanitarne.

Postępowanie drogą badań i eksperymentów jest zasadą każdej wiedzy stosowanej: należy to do istoty rozwoju naukowego. Nauki biomedyczne i ich rozwój nie są wyłączone z tej zasady. Działają one jednak na szczególnym polu stosowania i obserwacji, jakim jest życie osoby ludzkiej.

Osoba ludzka, ze względu na swoją szczególną godność, poddaje się badaniu i eksperymentom klinicznym z ostrożnością należną istocie, która posiada wartość podmiotu a nie przedmiotu. Z tego powodu naukom biomedycznym nie przysługuje taka wolność poszukiwań, z jakiej korzystają nauki stosowane w odniesieniu do rzeczy. « Norma etyczna, oparta na szacunku dla godności osoby, powinna oświecać i wyznaczać tak fazę badań jak i fazę stosowania wyników, jakie w nim osiągnięto ».

76. W fazie badań norma etyczna wymaga, by były one ukierunkowane « na popieranie dobra ludzkiego ». Jest niemoralne każde badanie przeciwne prawdziwemu dobru osoby. Zaangażowanie energii i środków jest sprzeczne z ludzką celowością nauki i jej rozwoju.

W fazie eksperymentowania, czyli weryfikowania na człowieku wyników poszukiwań, dobro osoby, chronione przez normę, etyczną, wymaga szacunku dla uprzednich warunków związanych w sposób istotny ze zgodą i ryzykiem.

77. Przede wszystkim jest wymagana zgoda pacjenta. Pacjent « powinien być poinformowany o eksperymentowaniu, o jego celu i ewentualnych niebezpieczeństwach w taki sposób, by mógł wyrazić zgodą lub jej odmówić w pełnej świadomości i wolności. Lekarz rzeczywiście ma nad pacjentem tylko tę władzę i te prawa, jakie sam pacjent mu przyznaje ». Taka zgoda może być domniemana, jeśli miałyby na celu dobro samego pacjenta, to znaczy chodziłoby o eksperymentowanie terapeutyczne.

78. Na drugim miejscu znajduje czynnik ryzyka. Każdy eksperyment sam z siebie zakłada ryzyko. Dlatego « nie można wymagać wykluczenia wszelkich niebezpieczeństw i wszelkiego ryzyka. To, co przekracza możliwości ludzkie, paraliżowałoby wszelkie poważne

poszukiwania naukowe i dość często odbijałoby się z uszczerbkiem dla pacjenta... Istnieje jednak stopień niebezpieczeństwa, którego moralność nie może dopuścić».

Osoba ludzka nie może zatem być wystawiona na ryzyko w taki sam sposób, jak istota podludzka. Jest próg, poza którym ryzyko staje się po ludzku nie do przyjęcia. Ten próg jest wyznaczany przez nienaruszalne dobro osoby, które zabrania « narażania na niebezpieczeństwo swojego życia, swojej równowagi, swojego zdrowia lub powoduje pogarszanie swojego stanu ».

79. Eksperymentowanie nie może być zapoczątkowane i wprowadzane na szeroką skalę, bez uprzedniego podjęcia wszystkich środków ostrożności w celu zapewnienia nieszkodliwości interwencji i zmniejszenia ryzyka. Podstawowa faza przedkliniczna, starannie przeprowadzona, powinna dostarczyć szerokiej dokumentacji oraz jak najpewniejszych gwarancji farmakologiczno-toksykologicznych oraz pewności operacyjnej.

W celu osiągnięcia takiej pewności, jeśli jest to użyteczne i konieczne, eksperymentowanie nowych leków i nowych technik powinno być praktykowane na zwierzętach zanim przystąpi się do badań na człowieku. « Jest pewne, że zwierzę jest w służbie człowieka i może zatem być przedmiotem eksperymentów, jednak

powinno być traktowane jako stworzenie Boże, owszem przeznaczone do współpracy z człowiekiem, ale nie z jego nadużyciami ». Wynika stąd, że każdy eksperyment « powinien przebiegać w szacunku dla zwierzęcia, bez zadawania mu nieużytecznych cierpień ».

Po otrzymaniu tych gwarancji, eksperymentowanie na człowieku w fazie klinicznej powinno odpowiadać zasadzie proporcjonalnego ryzyka, czyli odpowiedniej proporcji między przewidywanymi korzyściami i przewidywanym ryzykiem. Należy w tym miejscu rozróżnić między eksperymentowaniem dokonywanym na osobie chorej, w celach terapeutycznych, i na osobie zdrowej, w celach naukowych i humanitarnych.

80. W eksperymentach na osobie chorej odpowiednia proporcja powinna być osiągnięta na podstawie zestawienia warunków chorego oraz przewidywanych skutków leków i eksperymentowanych środków. Dlatego poziom ryzyka, który dla jednego chorego jest proporcjonalny i dlatego uprawniony, może nim nie być dla innego.

Obowiązuje podana już zasada, że « gdy nie ma do dyspozycji innych środków, wolno — za zgodą chorego — zastosować środki dostarczane przez najnowsze odkrycia medyczne, chociaż nie zostałyby jeszcze sprawdzone w prowadzonych doświadczeniach i wiązałyby się z pewnym niebezpieczeństwem. Chory przyjmujący takie nowe lekarstwa, może dać przykład wielkoduszności z korzyścią dla ludzkości ». Zawsze jednak należy się. « wielki szacunek pacjentowi w stosowaniu nowych terapii jeszcze doświadczalnych... gdy zakładają one duży procent ryzyka ».

« W przypadkach beznadziejnych, gdy chory umrze, jeśli nie nastąpi interwencja, jeżeli istnieje lek, środek, operacja, która nie wykluczając wszelkiego niebezpieczeństwa, ma jeszcze jakąś możliwość powodzenia, prawy i refleksyjny duch niewątpliwie dopuszcza, by lekarz mógł — za wyraźną lub milczącą zgodą pacjenta — przystąpić do podjęcia takiego postępowania ».

81. Eksperymentowanie kliniczne może być dokonywane także na osobie zdrowej, która dobrowolnie poświęca się. « by przyczynić się. ze swojej inicjatywy do postępu medycyny i w taki sposób do dobra wspólnoty ». W tym przypadku « zachowując własną integralność substancjalną, pacjent może w sposób uprawniony podjąć część ryzyka ».

Uprawnia do tego solidarność ludzka i chrześcijańska, która decyduje o intencji gestu: « Dać coś

z siebie samego, w granicach wyznaczonych przez normą moralną, może stanowić świadectwo miłości bardzo zasługujące oraz okazja do wzrostu duchowego tak znaczącego, że może skompensować ryzyko ewentualnego nieistotnego pomniejszenia fizycznego ».

W każdym razie należy przerwać eksperymentowanie, gdy wyniki miałyby zawieść pokładane w nich nadzieje.

82. Uznając w jednostce ludzkiej, w fazie przedporodowej, godność osoby ludzkiej, badania i eksperymenty na embrionach i płodach ludzkich należy poddać normom etycznym obowiązującym odnośnie do dziecka już narodzonego i każdej istoty ludzkiej.

W szczególności badania, czyli obserwacja danego zjawiska w czasie ciąży, mogą być prowadzone tylko wtedy, gdy « mamy pewność moralną nie wyrządzenia szkody ani życiu, ani integralności płodu i jego matce, pod warunkiem, że dobrze poinformowani rodzice wyrazili zgodą na taką interwencję ».

Eksperymentowanie natomiast jest możliwe tylko w celach wyraźnie terapeutycznych w przypadku braku innych możliwych zabiegów. « Żaden cel, nawet sam w sobie szlachetny, jak przewidywana użyteczność dla nauki, dla innych istot ludzkich i dla społeczeństwa, nigdy nie może usprawiedliwić doświadczenia na embrionie lub żywym płodzie ludzkim, zdolnym do przeżycia lub nie, w łonie matki lub poza nim. Dobrowolna zgoda, normalnie wymagana dla klinicznego doświadczenia na dorosłym, nie może być udzielona przez rodziców. Rodzice 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, wręcz bardzo często przewiduje się uszkodzenie integralności fizycznej, a nawet ich śmierć. Użycie embrionu lub płodu ludzkiego jako przedmiotu czy narzędzia eksperymentu stanowi przestępstwo wobec godności istot ludzkich... Praktyka podtrzymywania przy życiu embrionów ludzkich w łonie lub w probówce, w celach doświadczalnych czy handlowych, całkowicie sprzeciwia się godności ludzkiej ».

Dawanie i przeszczep narządów

83. Postęp i rozprzestrzenianie się medycyny i chirurga przeszczepów pozwala dziś na leczenie wielu chorób, które do niedawna mogły prowadzić do śmierci lub, w najlepszym przypadku, do bolesnej i ograniczonej egzystencji. Taka « służba życiu », która wyraża się w dawaniu i przeszczepie narządów, określa jej wartość i uprawnia praktykę medyczną. Powinna ona jednak przebiegać w szacunku dla niektórych warunków, dotyczących w sposób istotny dawcy oraz organów¹ dawanych i przeszczepianych. Każdy przeszczep narządu lub tkanki ludzkiej zakłada pobranie, które w jakiś sposób ogranicza integralność cielesną dawcy.

84. Przeszczepy autoplastyczne, to znaczy takie w których pobranie i przeszczepienie dokonywane są na tej samej osobie, są uprawnione przez zasadę całościowości, na mocy której jest możliwe zadysponowanie jakąś częścią dla integralnego dobra organizmu.

85. Przeszczepy homoplastyczne, to znaczy takie w których pobranie jest dokonywane na jednostce tego samego rodzaju co biorca, są uprawnione przez zasadę solidarności, która jednoczy istoty ludzkie i przez miłość, która dysponuje do daru wobec cierpiących braci.

« Z pojawieniem się przeszczepów narządów, zapoczątkowanych przez transfuzje krwi, człowiek znalazł sposób ofiarowania części siebie, swojej krwi i swojego ciała, by inni mogli nadal żyć. Dzięki nauce i formacji zawodowej oraz poświęceniu lekarzy i pracowników służby zdrowia... pojawiają się nowe i wspaniałe wyzwania. Jesteśmy wyzwani, by miłować naszego bliźniego na nowe sposoby; mówiąc językiem ewangelicznym, miłować "aż do końca" (J13, 1), nawet jeśli w pewnych granicach, które nie mogą być przekroczone, granicach postawionych przez samą naturą ludzką ». Pobranie narządów w przeszczepach homoplastycznych może następować od dawcy żywego lub zmarłego.

86. W pierwszym przypadku pobranie jest uprawnione pod warunkiem, że chodzi o narządy, których pobranie nie zakłada poważnego i nieodwracalnego uszkodzenia dla dawcy. « Osoba może dać tylko to, czego może pozbawić się bez poważnego niebezpieczeństwa dla własnego życia lub tożsamości osobowej, oraz ze słusznej i proporcjonalnej racji ».

87. W drugim przypadku nie znajdujemy się już wobec istoty żywej ale ciała zmarłego. Powinno być ono zawsze szanowane jako ciało ludzkie, ale nie posiada już godności podmiotu i wartości celowej osoby żyjącej. « Zmarły nie jest już, w ścisłym znaczeniu tego słowa, podmiotem prawa, ponieważ jest pozbawiony osobowości, a tylko ona może być podmiotem prawa ». Dlatego « przeznaczenie go dla celów użytecznych, nie budzących zastrzeżeń moralnych, a także wzniosłych » jest decyzją « nie do potępienia, ale pozytywnego usprawiedliwienia ».

Należy jednak mieć pewność, że ma się do czynienia ze zmarłym, by uniknąć pobrania organów w wyniku spowodowania śmierci lub nawet tylko jej uprzedzenia. Pobranie narządów od zmarłego jest uprawnione w następstwie pewnego stwierdzenia śmierci dawcy. Wynika stąd obowiązek « podjęcia środków, by zmarły nie był uważany i traktowany jako taki przed odpowiednim stwierdzeniem śmierci ».

Aby osoba była uważana za zmarłą jest wystarczające stwierdzenie śmierci mózgowej dawcy, która polega na « nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu ». Gdy całkowita śmierć mózgu jest stwierdzona z pewnością, to znaczy po odpowiedniej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów, jak również do sztucznego zastąpienia funkcji organizmu, by zachować przy życiu funkcje narządów ze względu na przeszczep.

88. Z moralnego punktu widzenia nie wszystkie narządy można dawać. Z przeszczepów należy wykluczyć mózgowie i gruczoły płciowe, które zapewniają tożsamość osobową i prokreacyjną osoby. Chodzi o narządy, dzięki którym ciało w sposób specyficzny nabiera niepowtarzalnej jedyności osoby, do której ochrony jest zobowiązana medycyna.

89. Istnieją także przeszczepy heterologiczne, to znaczy narządów z jednostki z gatunku różnego od biorcy. « Nie można powiedzieć, że należałoby potępić każdy przeszczep tkanek (biologicznie możliwy) między dwoma jednostkami różnych gatunków, ale jest jeszcze mniej

prawdą, że każdy przeszczep heterologiczny biologicznie możliwy nie jest zabroniony lub nie mógłby budzić zastrzeżeń. Należy wprowadzić rozróżnienie uzależnione od poszczególnych przypadków i zobaczyć, jaka tkanka i jaki organ ma zostać przeszczepiony. Przeszczepienie człowiekowi zwierzęcych gruczołów płciowych należy odrzucić jako niemoralne; przeszczep natomiast rogówki z organizmu nie ludzkiego na organizm ludzki nie powodowałoby żadnej trudności, jeśli byłby biologicznie możliwy i wskazany ».

Wśród przeszczepów heterologicznych należy wymienić także KPSZ narządów sztucznych, którego dozwoloność jest uwarunkowana rzeczywistym dobrem osoby i szacunkiem dla jej godności.

90. Interwencja medyczna w przeszczepach « jest nieodłączna od ludzkiego aktu dawania ». Osoba, żywa lub zmarła, z której dokonuje się pobrania narządów powinna być uznana za dawcę to znaczy za kogoś, kto zgadza się, dobrowolnie na pobranie.

Przeszczep zakłada uprzednią, wolną i świadomą, decyzję ze strony dawcy lub kogoś, kto reprezentuje go w sposób uprawniony, zazwyczaj członków najbliższej rodziny. « Jest to decyzja ofiarowania, bez żadnego wynagrodzenia, części ciała komuś ze względu na zdrowie i dobro innej osoby. W tym sensie akt medyczny przeszczepu umożliwia akt ofiarowania ze strony dawcy, ów szczery dar z siebie, który wyraża nasze istotne powołanie do miłości i komunii ».

Możliwość, otwarta przez postęp biomedyczny, by « przedłużyć poza śmierć powołanie do miłości », powinna poprowadzić osobą do « ofiarowania za życia części własnego ciała, ofiarowania, które stanie się, rzeczywiste po śmierci ». Jest to « akt wielkiej miłości, tej miłości, która daje życie za innych ».

91. Wpisując się w tą ofiarną « ekonomią » miłości, sam akt medyczny przeszczepu, a nawet prosta transfuzja krwi, « nie jest interwencją, taką jak inne ». « Nie może ona być oddzielona od aktu ofiarniczego dawcy, od miłości, która daje życie ».

Pracownik służby zdrowia w tym przypadku « staje się pośrednikiem czegoś szczególnie znaczącego, daru z siebie spełnianego przez osobą — nawet po śmierci — aby drugi mógł żyć ».

Uzależnienia

92. Uzależnienie, z punktu widzenia medyczno-sanitarnego, jest sytuacją przyzwyczajania się do substancji lub produktu — jak lekarstwa, alkohol, środki odurzające, nikotyna — którego jednostka odczuwa niepohamowaną potrzebą i którego pozbawienie może wywołać u niej zaburzenia psychofizyczne.

Zjawisko uzależnień nabiera w naszych społeczeństwach wzrastającego, budzącego zaniepokojenie i pod pewnymi względami dramatycznego nasilanie się. Z jednej strony trzeba powiązać je z kryzysem wartości sensu, jakie przeżywa dzisiejsze społeczeństwo i dzisiejsza kultura, a z drugiej strony ze stresami i frustracjami powodowanymi przez niewydajność, aktywizm oraz podniesioną konkurencyjność i anonimowość współzależności społecznej.

Niewątpliwie szkody powodowane przez uzależnienia i ich leczenie nie podlegają wyłącznej kompetencji medycy. Ma ona jednak w tym względzie swój własny wkład zapobiegawczy i terapeutyczny.

Narkomania

93. Narkomania jest prawie zawsze konsekwencją nieuniknionej ucieczki, aprioryczną kontestacją struktury społecznej, która zostaje odrzucona bez pozytywnych propozycji racjonalnych reform; jest wyrażeniem masochizmu motywowanego niedostatkami wartości.

Narkotyzujący się nie rozumie życia lub zagubił jego sens i wartość, wystawiając je na ryzyko, aż do utraty go: wiele śmiertelnych przypadków z powodu przedawkowania jest zamierzonym samobójstwem. Narkotyzujący się przyjmuje nihilistyczną strukturę myślową, wybierając powierzchownie nicość śmierci w miejsce pełni życia.

94. Z punktu widzenia moralnego « przyjmowanie narkotyków jest zawsze niegodziwe, ponieważ oznacza nieuzasadnioną i irracjonalną odmowę, myślenia, pragnienia i działania jako człowiek wolny ».

Sąd o niegodziwości nie jest sądem potępiającym narkomana. Przeżywa on swoją sytuację jako « ciężką niewolę », potrzebując wyzwolenia z niej. Drogą wyzwolenia nie może być ani droga obwinienia etycznego ani nacisku prawnego, ale sytuuje się na poziomie rehabilitacji, która — nie ukrywając ewentualnych win narkomana — sprzyja jego wyzwoleniu i reintegracji.

95. Wyzwolenie narkomana od narkotyków jest czymś więcej niż postępowaniem medycznym. Dlatego lekarstwa nie mogą uczynić w tym przypadku nic lub prawie nic. Wyzwolenie od narkotyków jest interwencją integralnie ludzką, rozumianą jako « nadanie pełnego i ostatecznego znaczenia życiu » oraz przywrócenie w ten sposób narkomanowi owego « samozaufania i zbawiennej czci dla siebie », które pozwalają mu odnaleźć radość życia.

W działaniach mających na celu wyzwolenie narkomana ważną rolę odgrywa « wysiłek poznania jednostki i zrozumienia jej świata wewnętrznego; doprowadzenie go do odkrycia lub ponownego odkrycia własnej ludzkiej godności, pomaganie mu w osiągnięciu wyniku i wzroście, jako czynnemu podmiotowi, tych bogactw osobowych, jakie zostały pogrzebane przez narkotyki, przez ufnie ponowne uaktywnienie mechanizmów woli, ukierunkowanej na pewne i wzniosłe ideały ».

96. 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 », a tym bardziej nie ma prawa powodować, by inni płacili za jej wybór.

Alkoholizm

97. Alkohol, w odróżnieniu od narkotyków, nie jest nieuprawniony w sobie: jego « umiarkowana konsumpcja... jako napoju nie sprzeciwia się zakazom moralnym ». W rozumnych granicach wino jest pokarmem.

« Jego nadużywanie zasługuje na potępienie »: alkoholizm, który powoduje uzależnienie, przyćmiewa sumienie i w fazie chronicznej powoduje poważne szkody w organizmie i umyśle.

98. Alkoholik jest chorym potrzebującym opieki medycznej oraz równocześnie pomocy na poziomie solidarności i psychoterapii. Powinny być podjęte wobec niego działania integralnie ludzkie mające na celu jego wyzwolenie.

Nikotynizm

99. Także w przypadku nikotyny niedozwolone jest nadużywanie, a nie używanie samo w sobie. Jest dzisiaj stwierdzone, że nadużywanie nikotyny jest szkodliwe dla zdrowia i powoduje uzależnienia. Powoduje to coraz większe obniżanie progę nadużycia.

Palenie stawia problem przekonywania i zapobiegania, który powinien być podejmowany przede wszystkim przez wychowanie sanitarne i informację, także typu reklamowego.

Środki psycho farmakologiczne

100. Środki psychofarmakologiczne stanowią szczególną kategorię lekarstw zmierzających do zwalczania wzburzenia, majaczenia i halucynacji oraz wyzwolenia z niepokoju i depresji.

101. Aby chronić, powstrzymać i uniknąć ryzyka uzależnienia i przyzwyczajania się, środki psychofarmakologiczne powinny być przyjmowane według wskazań lekarza. « Osoby stosujące substancje psychotropowe ze względów medycznych, gdy w ściśle określonych przypadkach mają one przynosić ulgę w cierpieniach fizycznych lub psychicznych muszą czynić to bardzo ostrożnie, aby unikać niebezpiecznych form przyzwyczajania i uzależnienia ».

« Władze sanitarne, lekarze i kierownicy ośrodków badawczych winni starać się zredukować do minimum tego rodzaju zagrożenia poprzez właściwe działania zapobiegawcze i rozpowszechnianie informacji ».

102. Środki psychofarmakologiczne, podawane w celach terapeutycznych i z należnym szacunkiem dla osoby, są uprawnione z etycznego punktu widzenia. Odnoszą się do nich ogólne warunki dozwoloności interwencji leczniczej.

Wymaga się szczególnie zgody opartej na informacji i szacunku dla prawa do odrzucenia terapii, uwzględniając zdolności decydowania chorego umysłowo. Należy również szanować zasadę proporcjonalności terapeutycznej w wyborze i podawaniu tych leków, na podstawie starannej etiologii symptomów lub motywów, jakie prowadzą osobę do żądania leku.

103. Jest moralnie niedozwolone użycie nie terapeutyczne i nadużycie środków psychofarmakologicznych nastawione na spotęgowanie wydajności naturalnej lub w celu spowodowania sztucznego i euforycznego spokoju. W ten sposób środki psychofarmakologiczne są używane na równi z jakąkolwiek substancją odurzającą, tak że odnoszą się do niej oceny etyczne już sformułowane odnośnie narkotyków.

Psychologia i psychoterapia

104. W prawie każdej patologii ciała została już wykazana obecność elementu psychologicznego zarówno jako jej współ-przyczyny jak również jako jej oddźwięku. Podejmuje to zagadnienie medycyna psychosomatyczna, która zajmuje się wartością terapeutyczną relacji lekarz-pacjent.

Pracownik służby zdrowia powinien troszczyć się o relacje z pacjentem w taki sposób, by jego zmysł humanitarny umacniał jego profesjonalność, a kompetencja stawała się skuteczniejsza przez zdolność rozumienia chorego.

Pełny człowieczeństwa i miłości kontakt wobec chorego, pobudzany przez integralnie ludzką wizję choroby i dowartościowany przez wiarę, wpisuje się w tę skuteczność terapeutyczną relacji lekarz-pacjent.

105. Zaburzenia i choroby natury psychicznej mogą być podjęte i leczone przez psychoterapie. Obejmuje ona różnorodność metod, które pozwalają jednej jednostce pomagać drugiej w odzyskaniu zdrowia lub przynajmniej w polepszeniu jego stanu.

Psychoterapia jest w swojej istocie procesem wzrostu, to znaczy drogą wyzwolenia od małoszkowych problemów, czy też w każdym razie minionych, oraz promocji osoby w zdolnościach podjęcia tożsamości, zadania i odpowiedzialności.

106. Jako interwencja lecznicza psychoterapia jest do przyjęcia z moralnego punktu widzenia. W szacunku jednak dla osoby pacjenta, w którego wnętrzu zamierza wejść.

Taki szacunek zobowiązuje psychoterapeutę do nie naruszania intymności drugiego człowieka bez jego zgody i działania w jej ramach. « Jak jest niedozwolone przywłaszczenie sobie dóbr drugiego lub godzenie na jego integralność cielesną bez jego zgody, tak jest niedozwolone wejście wbrew jego woli w jego świat wewnętrzny, jakiegokolwiek byłyby techniki i metody do tego zastosowane ».

Taki sam szacunek zobowiązuje do nie wpływania i nie wywierania nacisku na wolę pacjenta. « Psycholog, który rzeczywiście szuka tylko dobra pacjenta, okaże się tym bardziej uważny na szacunek dla granic wyznaczonych jego działaniu przez moralność, o ile on, by tak powiedzieć, trzyma w ręku władze psychiczne człowieka, jego zdolność działania w sposób wolny, realizowania najwznioślejszych wartości, jakie zakładają jego przeznaczenie osobowe i jego powołanie społeczne ».

107. Z punktu widzenia moralnego uprzywilejowanymi psychoterapiami są logoterapia i counselling. Wszystkie są jednak dopuszczalne, oby były prowadzone przez psychoterapeutów, którzy kierują się pogłębionym zmysłem etycznym.

Troska duszpasterska i sakrament Namaszczenia chorych

108. 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; 10, 9). Jeśli się jej nie zapewnia, nie sprzyja jej lub ją uniemożliwia, narusza się to prawo i jest się niewiernym takiemu obowiązkowi.

Troska duszpasterska jest istotnym i specyficznym zadaniem, chociaż nie wyłącznym, pracownika duszpasterstwa służby zdrowia. Z powodu koniecznej współzależności między

wymiarem fizycznym, psychicznym i duchowym osoby oraz na podstawie obowiązku świadczenia o własnej wierze, każdy pracownik służby zdrowia jest zobowiązany do szukania warunków, aby temu, kto go prosi, tak bezpośrednio jak pośrednio, była zapewniona opieka religijna. « W Jezusie, "Słowie życia", zostaje nam 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 ».

109. Opieka religijna zakłada, w ramach struktur sanitarnych, istnienie przestrzeni i odpowiednich środków do jej wypełniania.

Pracownik służby zdrowia powinien okazać pełną gotowość do sprzyjania i przyjęcia prośby o opiekę, religijną ze strony chorego. Gdzie taka opieka, z różnych powodów, nie może być wypełniana przez pracownika duszpasterstwa, powinna w możliwych i uzgodnionych granicach być zlecona wprost pracownikowi służby zdrowia, w szacunku dla wolności i wiary religijnej pacjenta i w świadomości, że podejmując takie zadanie nie narusza obowiązków opieki sanitarnej w sensie ścisłym.

110. Opieka religijna nad chorymi wpisuje się w szerokie ramy duszpasterstwa służby zdrowia, czyli obecności i działania Kościoła zmierzającego do zanieśienia słowa i łaski Chrystusa tym, którzy cierpią i opiekują się nimi.

W posłudze kapłanów, zakonników i świeckich, którzy indywidualnie lub wspólnotowo są zaangażowani w troska duszpasterską o chorych, żyje na nowo miłosierdzie Boga, który w Chrystusie pochylił się nad ludzkim cierpieniem oraz w sposób szczególny i uprzywilejowany wypełnia się zadanie ewangelizowania, uświęcania i miłości powierzone przez Chrystusa Kościołowi.

Oznacza to, że troska duszpasterska o chorych ma w katechezie, liturgii i miłości swoje szczególne formy wyrazu. Chodzi więc o ewangelizowanie choroby, pomagając w odkryciu odkupieńczego znaczenia cierpienia przeżywanego w komunii z Chrystusem; celebracje, sakramentów jako skutecznych znaków odradzającej i ożywiającej łaski Bożej; świadczenie przez służba (« diakonia ») i komunię. (« koinonia ») o sile terapeutycznej miłości.

111. W trosce duszpasterskiej o chorych, miłość pełna prawdy i łaski zbliża się, do nich za pośrednictwem osobnego i szczególnego sakramentu, jakim jest Namaszczenie chorych

Udzielany każdemu chrześcijaninowi, który znajduje się w warunkach zagrażających jego życiu, sakrament Namaszczenia chorych jest lekarstwem dla ciała i dla ducha; jest pocieszeniem i umocnieniem dla chorego w integralności jego bytu cielesno-duchowego; jest światłem, które oświeca tajemnica cierpienia i śmierci oraz nadziei, która otwiera terażniejszość człowieka na Bożą przyszłość. « Sakrament ten udziela choremu łaski Ducha Świętego, która pomaga całemu człowiekowi do zbawienia, a mianowicie umacnia ufność w Bogu, uzbraja przeciw pokusom szatana i trwodze śmierci ».

Namaszczenie chorych, przynosząc choremu łaskę, « nie jest sakramentem przeznaczonym tylko dla tych, którzy znajdują się w ostatecznym niebezpieczeństwie utraty życia. Odpowiednia zatem pora na przyjęcie tego sakramentu jest już wówczas, gdy wiernym zaczyna grozić niebezpieczeństwo śmierci z powodu choroby lub starości ».

Jak każdy sakrament, także Namaszczenie chorych należy poprzedzić odpowiednią katechezą, by uczynić chorego, świadomym i odpowiedzialnym podmiotem łaski sakramentu, a nie nieświadomym przedmiotem jakiegoś obrzędu zbliżającej się śmierci.

112. Szafarzem namaszczenia chorych jest tylko kapłan, który troszczy się o udzielanie go « wiernym, których życie jest zagrożone z powodu choroby lub podeszłego wieku ». Dla oceny powagi choroby wystarczy « roztropny prawdopodobny osąd ».

Celebracja namaszczeń wspólnotowych może służyć dla przezwyciężenia negatywnych przesądów odnośnie do Namaszczenia chorych i pomagać w dowartościowaniu tak znaczenia tego sakramentu jak sensu solidarności eklezjalnej.

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.

Namaszczenie może być udzielone przed interwencją chirurgiczną, gdy jest ona motywowana « niebezpieczną chorobą ».

« Osobom w podeszłym wieku, których siły opuszczają, można udzielić Namaszczenia chorych również wtedy, gdy nie zagraża im niebezpieczna choroba ».

Namaszczenie chorych może być udzielane także dzieciom, « jeżeli osiągnęły taki poziom umysłowy, że ten sakrament może im przynieść pocieszenie ».

W przypadku chorych w stanie nieświadomości lub nie mających używania rozumu można udzielić Namaszczenia chorych, « jeżeli istnieje prawdopodobieństwo, że jako wierzący prosiliby o to, gdyby byli przytomni ».

Pacjentowi zmarłemu nie można udzielać sakramentu.

« W wątpliwości, czy chory osiągnął używanie rozumu, czy poważnie choruje albo czy rzeczywiście umarł, należy udzielić tego sakramentu ».

113. Także Eucharystia, jako Wiatyk, nabiera szczególnego znaczenia i skuteczności dla chorego. « W przejściu z tego życia do wieczności człowiek wierzący zostaje umocniony Wiatykiem Ciała i Krwi Chrystusa i otrzymuje zadatek zmartwychwstania, zgodnie ze słowami Pana: "Kto spożywa moje Ciało i pije moją Krew, ma życie wieczne, a Ja go wskreszę w dniu ostatecznym" (J 6, 54) ».

Eucharystia jest dla chorego tym wiatykiem życia i nadziei. « Komunia św. przyjmowana jako Wiatyk jest szczególnym znakiem uczestnictwa w tajemnicy śmierci Pana i Jego przejścia do Ojca, sprawowanej w Ofierze Mszy św. »

Jest więc obowiązkiem chrześcijanina prosić o Wiatyk i przyjąć go, a obowiązkiem duszpasterskim Kościoła jest udzielanie go.

Szafarzem Wiatyku jest kapłan; w jego zastępstwie diakon lub nadzwyczajny szafarz Eucharystii.

III ŚMIERĆ

114. Służba życiu oznacza dla pracownika służby zdrowia opiekę nad nim aż do naturalnego końca.

Życie jest w rękach Boga; On jest jego panem i tylko On ustala jej końcową chwilę. Każdy wierny sługa życia czuwa nad tym wypełnieniem się woli Bożej w życiu każdego człowieka powierzonego jego trosce. Nie uważa się za tego, kto decyduje o śmierci, czy też o czymś w życiu.

Śmiertelnie chorzy

115. Gdy warunki zdrowotne pogarszają się w sposób nieodwracalny i śmiertelny, człowiek wchodzi w końcowe stadium swojego ziemskiego istnienia. Życie staje się dla niego szczególnie i stopniowo niepewne i ciężkie. Do bólu i cierpienia dochodzi dramat psychologiczny oraz duchowy rozstania, jaki oznacza i zakłada umieranie.

Śmiertelnie chory jest więc osobą potrzebującą ludzkiej i chrześcijańskiej opieki; lekarze i pielęgniarki są powołani, by dać w tym względzie swój własny i nieodzowny wkład.

Chodzi o realizację szczególnej opieki sanitarnej nad umierającym, ponieważ także umierając człowiek powinien być uznany i traktowany jak żyjący. « Nigdzie jak w bliskości śmierci i w samej śmierci należy celebrować i wywyższać życie. Powinno ono być w pełni szanowane, chronione i wspomagane także w tym, kto przeżywa jej naturalne zakończenie... Postawa wobec śmiertelnie chorego jest często bankiem prób zmysłu osądu i miłości, godności ducha, odpowiedzialności i zdolności zawodowej pracowników służby zdrowia, począwszy od lekarzy ».

116. Śmierć należy do życia jako jego ostatnia faza. Powinna być więc szanowana jako jego ostatnia chwila. Domaga się więc odpowiedzialności terapeutycznej pracownika służby zdrowia, tak jak każda inna chwila życia ludzkiego.

Umierający nie tylko nie powinien być traktowany jako nieuleczalny i porzucony w swoją samotność i zdany na rodzinę, ale powinien być powierzony opiece lekarzy i pielęgniarek. Ta opieka, łącząc się z opieką kapłanów, opiekunów społecznych, wolontariuszy, członków rodziny i przyjaciół, pozwala umierającemu zaakceptować śmierć i przeżywać ją. Pomagać osobie w umieraniu oznacza pomagać jej w przeżyciu śmierci jako ostatniego doświadczenia życia. Gdy jest to możliwe i zainteresowany to akceptuje, powinno dać się mu możliwość zakończenia swojego życia w rodzinie z odpowiednią opieką sanitarną.

117. Śmiertelnie choremu powinny być zastosowane zabiegi lecznicze, które pozwolą zmniejszyć ciężar śmierci. W tym wypadku wchodzi w grę tak zwane zabiegi paliatywne i symptomatyczne.

Pierwszy zabieg polega na « pełnej miłości obecności » pełnionej przy umierającym. Jest to obecność ściśle medyczno-sanitarna, która nie budząc u niego złudzeń, pozwala mu czuć się żywym, osobą pośród osób, ponieważ jest adresatem, jak każda potrzebująca istota, uwagi i troski. Ta uważna i troskliwa obecność, pobudza ufność i nadzieję, w chorym oraz pojednuje go ze śmiercią. Jest jedynym w swoim rodzaju wkładem, jaki pielęgniarki i lekarze, z ich ludzką i chrześcijańską postawą, jaką, wcześniej niż to, co wykonują, mogą i powinni

ofiarować umierającemu, by w miejsce odrzucenia weszła akceptacja, a nad strachem przeważała nadzieja.

Chroni się w ten sposób śmierć ludzką przed ujmowaniem jej « w kategoriach wyłącznie medycznych », która następuje dzisiaj « często w zaludnionych i ruchliwych salach pod kontrolą lekarzy i personelu, interesujących się głównie biofizycznym aspektem choroby ». Wszystko to « odczuwa się coraz bardziej za brak poszanowania dla złożonej sytuacji cierpiącej osoby ».

118. « Wobec tajemnicy śmierci człowiek jest bezsilny; zostają zachwiane jego ludzkie pewniki. I właśnie w takiej sytuacji bezsilności wiara chrześcijańska... staje się dlań źródłem duchowej pogody i spokoju... To, co wydawało się. pozbawione znaczenia, nabiera sensu i wartości ».

Gdy w życiu osoby dokonuje się takie « przejście », w tej decydującej godzinie jej życia, świadectwo wiary i nadziei Chrystusa pracownika służby zdrowia ma decydujące znaczenie. Rzeczywiście otwiera ono nowe horyzonty sensu, czyli zmartwychwstania i życia, temu, kto widzi, że zamykają się przed nim perspektywy życia ziemskiego.

« Doświadczenie uczy, że ponad ludzką pociechą największą pomocą dla umierającego jest wiara w Boga i nadzieja na życie wieczne ». Ofiarowanie obecności wiary i nadziei jest dla lekarzy i pielęgniarek najwyższą formą humanizacji śmierci. Jest czymś więcej niż ulgą w cierpieniu; oznacza zaangażowanie się « w ułatwianie choremu przejścia do Boga ».

Umieranie z godnością

119. Prawo do życia ukonkretnia się u śmiertelnie chorego jako « prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej ».

Nie może ono oznaczać prawa do zadania sobie śmierci lub zadawania śmierci, ale do przeżywania śmierci po ludzku i po chrześcijańsku oraz nie uciekania przed nią za wszelką ceną. Człowiek współczesny uświadomił sobie stopniowo to prawo, by bronić go w chwili śmierci przed « "technicyzacją", która niesie z sobą niebezpieczeństwo nadużyć ».

Medycyna dzisiejsza dysponuje rzeczywiście środkami będącymi w stanie sztucznie opóźnić śmierć, przy czym pacjent nie otrzymuje żadnej realnej korzyści. Jest po prostu utrzymywany przy życiu lub jest się w stanie dać mu jakiś czas życia za ceną kolejnych i ciężkich cierpień. Określa się taki przypadek tak zwaną « uporczywością terapeutyczną », polegającą na « stosowaniu środków szczególnie wyniszczających i uciążliwych dla chorego, skazując go na sztucznie przedłużaną agonią ».

Jest to sprzeczne z godnością umierającego i zadaniem moralnym przyjęcia śmierci oraz pozwolenia na jej naturalny przebieg. « Śmierć jest nieuniknionym faktem życia ludzkiego »; nie można opóźnić jej bezużytecznie, chroniąc się przed nią za wszelką ceną.

120. Pracownik służby zdrowia, świadomy, że nie jest « ani panem życia, ani zdobywcą śmierci », w ocenie środków, « powinien dokonać odpowiednich wyborów, to znaczy odnieść się do pacjenta i odpowiedzieć odpowiednio do jego rzeczywistej sytuacji ».

Stosuje tutaj wspomnianą już zasadą « proporcjonalności zabiegów », którą należy tak sprecyzować:

« Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar nie korzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużanie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych przypadkach należy się choremu. Nie stanowi to powodu, dla którego lekarz mógłby odczuwać niepokój, jakoby odmówił pomocy komuś znajdującemu się w niebezpieczeństwie ».

Pokarm i napój, podawane także sztucznie, należą do normalnych zabiegów zawsze należnych choremu, jeśli nie są ciężarem dla chorego; ich odmówienie może oznaczać prawdziwą i właściwą eutanazję..

121. W przypadku lekarza i jego współpracowników nie chodzi o decydowanie o życiu lub śmierci jednostki. Chodzi po prostu o bycie lekarzem, czyli o poszukiwanie oraz decydowanie zgodnie z wiedzą i sumieniem, o zabiegu szanującym życie i śmierć powierzonego mu chorego. Ta odpowiedzialność nie wymaga zawsze i w każdym przypadku odwołania się do każdego środka. Może także wymagać rezygnacji ze środków, ze względu na pogodnie i spokojnie zaakceptowanie śmierci ściśle związanej z życiem. Może także oznaczać szacunek dla woli chorego, który odrzuciłby zastosowanie takich środków.

Użycie środków znieczulających w chorobach śmiertelnych

122. Do środków, jakie można zastosować odnośnie do śmiertelnie chorego, należy zaliczyć środki znieczulające. Sprzyjając mniej dramatycznemu przebiegowi choroby, przyczyniają się do humanizacji i akceptacji śmierci.

Nie stanowi to jednak ogólnej normy postępowania. Nie można więc narzucać wszystkim « po stawy heroicznej ». Następnie « ból pomniejsza siłę moralną » osoby; cierpienia « pogarszają stan osłabienia i wyczerpania fizycznego, przeszkadzają zapalowi duszy i wyniszczają siły moralne zamiast je podtrzymywać. Powstrzymywanie bólu powoduje natomiast odprężenie organiczne i psychiczne, ułatwia modlitwę i umożliwia bardziej wielkoduszny dar z siebie ».

« Ludzka i chrześcijańska roztropność zaleca większości osób chorych stosowanie lekarstw, które mogą złagodzić lub wyeliminować cierpienie, chociaż ubocznie (jako skutki drugorzędne) mogą spowodować oszołomienie i zmniejszenie świadomości. Jeśli chodzi o tych, którzy nie są w stanie wyrazić swoich życzeń, słusznie wolno przypuszczać, że pragną otrzymać środki znieczulające i chcą, by były im dawane zgodnie ze wskazaniem lekarzy ».

Użycie środków znieczulających w przypadku umierających nie jest jednak pozbawione trudności.

123. Zastosowanie środków znieczulających może mieć przede wszystkim jako skutek, oprócz zmniejszenia bólu, także antycypację, śmierci.

Gdy wymagają tego « proporcjonalne motywy », « jest dozwolone umiarkowane użycie środków narkotycznych, które przynoszą ulgę w cierpieniu, ale powodują także szybszą śmierć ». « Jest jasne, że w tym przypadku śmierć nie jest w żaden sposób zamierzona ani nie

dąży się do niej, chociaż na skutek rozumnej przyczyny naraża się na jej niebezpieczeństwo; zamierza się tylko skuteczne uśmierzenie bólu, stosując środki znieczulające, którymi dysponuje medycyna ».

124. Należy uwzględnić, że środki znieczulające mogą spowodować u umierającego ewentualne pozbawienie świadomości. Takie użycie zasługuje na szczególne rozważenie.

« Bez poważnej przyczyny nie godzi się pozbawiać umierającego świadomości ». Niekiedy systematyczne odwołanie się do środków narkotycznych, które powodują nieświadomość chorego, często ukrywa nieświadome pragnienie pracowników służby zdrowia nie utrzymywania relacji z umierającym. Nie szuka się w ten sposób ulżenia cierpieniom chorego, ale raczej uniknięcia niewygód znajdujących się w pobliżu. Pozbawia się umierającego możliwości « przeżycia swojej śmierci », powodując jego nieświadomość niegodną istoty ludzkiej. Z tego powodu podanie środków narkotycznych tylko w celu pozbawienia umierającego świadomego końca jest « praktyką rzeczywiście naganną ».

Inna sytuacja zachodzi w przypadku poważnego wskazania klinicznego na użycie środków znieczulających pozbawiających świadomości, ze względu na gwałtowne i nieznosne bóle. Anestezja może być uznana za dozwoloną, ale przy zaistnieniu warunków uprzednich, to znaczy jeśli umierający zadośćuczynił lub będzie jeszcze mógł zadośćuczynić swoim obowiązkom moralnym, rodzinnym i religijnym.

Prawda wobec umierającego

125. Jeśli chodzi o powiedzenie umierającemu, i w ogóle tym wszystkim, którzy są dotknięci nieuleczalną chorobą, prawdy odnośnie diagnozy i związanej z nią prognozy pojawia się problem przekazania prawdy.

Perspektywa śmierci utrudnia i dramatyzuje przekazanie wiadomości, ale nie zwalnia od prawdomówności. Komunikacja między umierającymi i tymi którzy mu asystują nie może opierać się na udawaniu. Nigdy nie jest godne umierającego i nie przyczynia się do humanizacji śmierci.

Istnieje prawo osoby, by była informowana o swoim stanie życia. To prawo nie zostaje pomniejszone wobec diagnozy i przewidywania choroby, która prowadzi do śmierci, ale znajduje późniejsze motywy.

Z taką informacją jest związana ważna i nieprzekazywalna odpowiedzialność. Jest to odpowiedzialność związana z terapiami, jakie należy wykonać za zgodą poinformowanego pacjenta.

Zbliżanie się śmierci przynosi ze sobą odpowiedzialność wypełnienia odpowiednich obowiązków dotyczących własnych relacji z rodziną, uporządkowanie ewentualnych kwestii zawodowych, wypełnienia zobowiązań wobec innych. Zbliżanie się śmierci wymaga od wierzącego dyspozycji odnośnie określonych aktów podjętych z pełną świadomością, przede wszystkim pojedynującego spotkania z Bogiem w sakramencie Pokuty.

Nie można pozostawiać w nieświadomości osoby w decydującej « godzinie » jej życia, odsuwając ją od jej samej oraz jej ostatnich i najważniejszych decyzji.

« Śmierć stanowi zbyt istotną chwilę, by jej perspektywa była odrzucona »

126. Obowiązek przekazania prawdy śmiertelnie choremu wymaga od personelu sanitarnego rozróżnienia i taktu ludzkiego.

Nie może ono polegać na przekazaniu oderwanego i obojętnego w stosunku do diagnozy i związanego z nią przewidywania. Prawda nie powinna być przemilczana, ale nie powinna być również po prostu komunikowana w swojej brutalnej rzeczywistości. Powinna być powiedziana z pełną miłością, wzywając do włączenia się do tej komunii wszystkich tych, którzy z różnych racji asystują choremu.

Chodzi o ustalenie z nim takiej relacji ufności, przyjęcia i dialogu, która umie dobrać czas i słowa. Istnieje taki sposób powiedzenia, który umie rozróżnić i szanować samopoczucie chorego, dostosowując się do niego. Istnieje taki sposób mówienia, który umie przyjąć jego prośby, a także pobudzić je, by stopniowo ukierunkować go na poznanie jego stanu zdrowia. Kto stara się, by być obecnym obok chorego i być wrażliwym na jego los, umie znaleźć słowa i odpowiedzi, jakie pozwalają komunikować w prawdzie i miłości: « czyniąc prawdą w miłości » (E f 4, 15).

127. « Każdy pojedynczy przypadek ma swoje wymagania, odpowiednio do wrażliwości i zdolności każdego, relacji z chorym i jego stanem; przewidując jego ewentualne reakcje (bunt, depresję, rezygnację, itd.), powinno się być przygotowanym do spotkania z nimi ze spokojem i taktem ». To, co jest najważniejsze nie polega na ścisłości tego, co się mówi, ale na solidarnej relacji z chorym. Nie chodzi tylko o przekazanie danych klinicznych, ale komunikowanie ich znaczenia.

Perspektywa śmierci w tej relacji nie przedstawia się tak nieunikniona i traci swoją moc budzącą strach;

pacjent nie czuje się porzucony i skazany na śmierć. Prawda, która jest mu komunikowana w taki sposób nie zamyka go na nadzieję, ponieważ pozwala mu czuć się żywym w relacji współuczestniczenia i komunii. Nie jest sam ze swoim cierpieniem; czuje się rozumiany w prawdzie, pojednany ze sobą i z innymi. Jest sam sobą jako osoba. Jego życie, mimo wszystko, ma sens, i nabiera znaczenia, które przekracza śmierć.

Chwila śmierci

128. KPSZ technologii reanimacyjnych i potrzeba żywych narządów dla chirurgii przeszczepów stawiają dzisiaj w nowy sposób problem diagnozy stanu śmierci.

Śmierć jest widziana i doświadczana jako rozkład, unicestwienie, zerwanie. « Następuje, gdy zasada duchowa, która utrzymuje jedność jednostki nie może już wypełniać swoich funkcji na organizmie, którego elementy, zostawione same sobie, ulegają rozkładowi. Oczywiście, ta destrukcja nie dotyka całej istoty ludzkiej. Wiara chrześcijańska — i nie tylko ona — stwierdza przetrwanie, poza śmiercią, duchowej zasady człowieka. Wiara umacnia w chrześcijaństwie nadzieję « odnalezienia swojej integralności osobowej przekształconej i ostatecznie danej Chrystusowi (por. 1 Kor 15, 22) ».

Ta wiara pełna nadziei nie wyklucza, że « śmierć jest bolesnym zerwaniem ». Chwila tego zerwania nie jest wprost dostrzegalna, i jest problemem rozpoznania jej znaków ».

Stwierdzenie i interpretacja tych znaków nie należy do kompetencji wiary i moralności, ale do wiedzy medycznej: « należy do lekarza... danie jasnej oraz precyzyjnej definicji śmierci i chwili śmierci ». « Uczeni, badacze i specjaliści powinni kontynuować swoje poszukiwania i studia, aby określić w możliwie najwłaściwszy sposób precyzyjną chwilę i bezdyskusyjny znak śmierci ».

Po dojściu do takiego określenia, w jego świetle znajdują rozwiązanie kwestie i konflikty moralne wzbudzone przez nowe technologie i nowe możliwości terapeutyczne. Moralność nie może bowiem nie uznać określenia biomedycznego jako decydującego kryterium.

129. Papieska Akademia Nauk, podejmując istotę zagadnienia, dała autorytatywny wkład w to zagadnienie. Podała przede wszystkim biomedyczna, definicję, śmierci: « osoba umarła, gdy utraciła nieodwracalnie wszelkie zdolności integracji i koordynacji funkcji fizycznych i myślowych ciała ».

Na drugim miejscu, jeśli chodzi o precyzację chwili śmierci, stwierdziła: « śmierć następuje gdy: a) spontaniczne funkcje serca i oddechu zanikają w sposób ostateczny; lub b) stwierdzono nieodwracalne ustanie wszelkich funkcji mózgu ». W rzeczywistości « śmierć mózgu jest prawdziwym kryterium śmierci, ponieważ zahamowanie ostateczne funkcji kardio-oddechowych prowadzi bardzo szybko do śmierci mózgu ».

Wiara i moralność uznają, te stwierdzenia nauki. Wymagają jednak od pracowników służby zdrowia staranniejszego zastosowania różnych metod klinicznych i narzędziowych w pewnej diagnozie śmierci, aby nie deklorować za zmarłą i nie traktować jako takiej osoby, która by nią nie była.

Opieka religijna nad umierającymi

130. Kryzys, jaki powoduje zbliżanie się śmierci, prowadzi chrześcijanina i Kościół do przekazywania światła prawdy, jakie tylko wiara może rzucić na misterium śmierci.

Śmierć jest wydarzeniem, które wprowadza w życie Boga, odnośnie którego tylko objawienie może wypowiedzieć słowo prawdy. Ta prawda powinna być głoszona w wierze umierającemu. « Pełne wiary i prawdy » (J 1, 14) głoszenie Ewangelii towarzyszy chrześcijaninowi od początku do końca życia. Ostatnim słowem Ewangelii jest słowo życia, które zwycięża śmierć i otwiera ludzkie umieranie na największą nadzieję.

131. Należy więc ewangelizować śmierć, to znaczy głosić Ewangelię umierającemu. Jest ono obowiązkiem duszpasterskim całej wspólnoty eklezjalnej. Specjalne zadanie spoczywa na kapelanie służby zdrowia, powołanym w szczególny sposób do troski duszpasterskiej o umierających w najszerszym środowisku duszpasterstwa chorych.

Takie zadanie nakłada na niego nie tylko rolę do podjęcia osobiście przy chorym powierzonym jego trosce, lecz także promocję tego duszpasterstwa na poziomie organizacji służb religijnych, formacji i uwrażliwienia pracowników służby zdrowia, zaangażowania członków rodziny i przyjaciół.

Głoszenie Ewangelii umierającemu wyraża się i aktualizuje w miłości, modlitwie i sakramentach.

132. Miłość oznacza udzielającą się i przyjmującą obecność, która ustala z umierającym komunię, na którą składa się uwaga, zrozumienie, troska, cierpliwość, życzliwość i darmowość.

Miłość widzi w nim, jak w nikim innym, oblicze cierpiącego i umierającego Chrystusa, który powołuje go do miłości. Miłość wobec umierających — ten « ubogi », który wyrzeka się wszystkich dóbr tego świata — jest uprzywilejowanym wyrazem miłości Boga w bliźnim (por. Mt 25, 31-40).

Miłować go po chrześcijańsku oznacza pomagać mu w uznaniu misteryjnej obecności Boga u jego boku oraz pozwolić mu ją odczuć; w miłości brata ukazuje się miłość Ojca.

133. Miłość otwiera relację z umierającym na modlitwę czyli na komunię z Bogiem. W niej zwraca się on do Boga jako do Ojca, który przyjmuje synów wracających do Niego.

Pomagać umierającemu w modlitwie i modlić się razem z nim, oznacza otworzyć umierającemu horyzonty życia Bożego. Oznacza równocześnie wejście w tę « komunię świętych », w której nawiązują się w nowy sposób relacje, jakie śmierć wydaje się nieodwracalnie zrywać.

134. Uprzywilejowaną chwilą modlitwy z umierającym jest celebrowanie sakramentów; pełnych łaski znaków zbawczej obecności Boga.

Sakrament Namaszczenia chorych, za pośrednictwem którego Duch Święty dopełnia w chrześcijaninie upodobnienie do Chrystusa zapoczątkowane na Chrzcie, czyni go w sposób definitywny uczestnikiem zwycięstwa paschalnego nad ziemią i śmiercią.

Wiatyk jest pokarmem eucharystycznym, chlebem komunii z Chrystusem, który daje umierającemu siłę do podjęcia ostatecznego i decydującego etapu wędrówki życia.

Pokuta jest sakramentem Pojednania; umierający w pokoju z Bogiem jest pojednany z sobą i bliźnimi.

135. W tej wierze pełnej miłości niemoc w obliczu misterium śmierci nie jest przeżywana jako strach i obawa. Chrześcijanin znajduje nadzieję a w niej, mimo wszystko, możliwość życia i zwyciężenia śmierci.

Zabójstwo

136. Nienaruszalność życia ludzkiego oznacza i zakłada niegodziwość każdego aktu bezpośrednio zabójczego. « Nienaruszalność prawa do życia niewinnej istoty ludzkiej, 'od chwili poczęcia aż do śmierci' jest znakiem i wymogiem nietykalności samej osoby, którą Stwórca obdarował życiem » Sam Bóg « staje się mścicielem każdego niewinnego życia »: « Upomnę się... u człowieka o życie człowieka i u każdego o życie brata » (Rdz 9, 5; por. Mt 19, 18; Rz 13, 9). Jego przykazanie jest kategoryczne: « Nie zabijaj » (Wj 20, 13); « Nie wydasz wyroku śmierci na niewinnego i sprawiedliwego, bo Ja nie uniewinnię nieprawego » (Wj 23, 7).

137. Z tego powodu « nikomu nie wolno nastawać na życie człowieka niewinnego, ponieważ sprzeciwia się to miłości Boga wobec niego, narusza jego, nieutralne i niezbywalne, podstawowe prawo ».

Prawo to jest dawane człowiekowi bezpośrednio przez Boga (nie przez innych: rodziców, społeczeństwo, władzę ludzką). « Nie istnieje więc żaden człowiek, żadna władza ludzka, żadna nauka, żadne 'wskazanie' medyczne, eugeniczne, społeczne, ekonomiczne, moralne, które mogłoby uznać lub dać słuszną rację prawną na bezpośrednio dobrowolne dysponowanie niewinnym życiem ludzkim, to znaczy dyspozycję, która zmierzałaby do jego zniszczenia, czy to jako cel czy jako środek do innego celu; jest przez się w każdym przypadku niedozwolona ».

W szczególności « nikt i nic nie może w żaden sposób zezwolić na zadanie śmierci niewinnej istocie ludzkiej, bez względu na to, czy chodzi o płód czy embrion, o dziecko, osobę, dorosłą, czy starca, o osobę nieuleczalnie chorą, czy znajdującą się w agonii. Ponadto nikomu nie wolno prosić o taką śmiertcioną czynność, ani dla siebie, ani dla kogoś innego, powierzonego jego odpowiedzialności; co więcej, nikt nie może zgodzić się na to, bezpośrednio lub pośrednio. Nie może również takiej czynności prawomocnie nakazać ani zezwolić na nią żadna władza. Chodzi w tym przypadku o naruszenie prawa Bożego, o znieważenie godności osoby ludzkiej, przestępstwo przeciw życiu, zbrodnię przeciw ludzkości ».

138. Na pracownikach służby zdrowia, jako « obrońcach życia, a nigdy narzędziach śmierci », « spoczywa zadanie ochrony życia, czuwanie, by ewoluowało i rozwijało się w całym ciągu istnienia, w szacunku dla zamysłu wyznaczonego przez Stwórcę ».

Ta czujna posługa ochrony życia ludzkiego odrzuca zabójstwo jako akt bardzo ciężki z moralnego punktu widzenia, będący w sprzeczności z misją lekarza, i sprzeciwia się śmierci dobrowolnej, to znaczy samobójstwu. jako « nie do przyjęcia », odsuwając od niego każdego kuszonego.

Wśród sposobów, zabójczych lub samobójczych, przerwania życia znajdują się dwa — przerwanie ciąży i eutanazja — na które ta posługa musi być dzisiaj szczególnie czujna i do pewnego stopnia profetyczna, z powodu kontekstu kulturowego i prawodawczego dość często niewrażliwego, jeśli nie sprzyjającego wprost ich rozpowszechnianiu się..

Przerywanie ciąży

139. Nienaruszalność osoby ludzkiej od chwili poczęcia zabrania przerywania ciąży jako zabójstwa życia przed urodzeniem. Jest to « bezpośrednio naruszenie podstawowego prawa do życia istoty ludzkiej » i stanowi « okropne przestępstwo ».

Należy robić bezpośrednie odniesienie do aborcyjnego zabójstwa życia i jego ciężaru moralnego, z powodu łatwości, z jaką stosuje się dzisiaj tę zabójczą praktyką i z powodu obojętności etycznej wprowadzonej w stosunku do niej przez hedonistyczną i utylitarystyczną kulturę, córkę materializmu teoretycznego i praktycznego, która przyczyniła się do zrodzenia prawdziwej mentalności przerywania ciąży.

Eliminowanie życia mającego narodzić się nie chcianego dziecka stało się zjawiskiem dość rozpowszechnionym, finansowanym przez permissywne prawo dawstwa. Wszystko to w

szkodliwy sposób prowadzi wielu ludzi do nie brania żadnej odpowiedzialności wobec rodzącego się życia i banalizowania ciężkiej winy. «Niestety, te niepokojące zjawiska bynajmniej nie znikają, przeciwnie, ich zasięg staje się raczej coraz szerszy: nowe perspektywy otwarte przez postęp nauki i techniki dają początek nowym formom zamachów na godność ludzkiej istoty, jednocześnie zaś kształtuje się i utrwała nowa sytuacja kulturowa, w której następstwa przeciw życiu zyskują aspekt dotąd nieznanymi i — nęc 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 po mocy służby zdrowia

140. Kościół, jak każdy człowiek miłujący życie, nie może uznać tej mentalności i podnosi swój głos w obronie życia, w szczególności tego bezbronnego i nie znanego, jakim jest życie embrionalne i płodowe

Wzywa on pracowników służby zdrowia do wierności zawodowej, która nie uznaje żadnego działania zabójczego dla życia, mimo «ryzyka niezrozumienia nieporozumień, a także poważnych dyskryminacji, do jakich ta spójność może prowadzić» Wierność medyczo-sanitarna nie dopuszcza żadnego zabiegu, chirurgicznego lub farmaceutycznego, zmierzającego do przerywania ciąży w każdej jej fazie.

141. To prawda, że w pewnych przypadkach, uciekając ślą do przerywania ciąży, następuje odwołanie się do dóbr także wielkich, co do których jest normalna chęć ich ochrony Chodzi na przykład o przypadek zdrowia matki, obciążenie jeszcze jednym dzieckiem, poważne zniekształcenie płodu, ciążą będącą wynikiem gwałtu.

Nie można nie uznawać lub minimalizować tych trudności i racji, z jakich one wyrastają. Należy jednak stwierdzić, że żadna z nich nie może przyznać w sposób obiektywny prawa do decydowaniu o życiu drugiego, nawet w fazie początkowej. «Życie bowiem jest dobrem zbyt podstawowym, by można je było zestawić z największymi nawet stratami».

142. Niedopuszczalność etyczna, jako akt wewnętrznie naganny, dotyczy każdej formy bezpośredniego przerywania ciąży Jest aktem aborcyjnym także użycie leków lub środków, które uniemożliwiają osadzenie embrionu lub powodują jego przedwczesne oderwanie. Współdziała z czynem aborcyjnym ten lekarz, który świadomie przepisuje lub stosuje takie leki lub środki.

Gdy przerywanie ciąży następuje jako przewidziana konsekwencja, ale nie zamierzona ani nie chciana, po prostu tolerowana, nieuniknionego czynu terapeutycznego ze względu na zdrowie matki, jest moralnie dopuszczalne. Przerwanie ciąży jest konsekwencją, pośrednią czynu, który w sobie nie zmierzał do niego.

143. Wobec prawodawstwa sprzyjającego przerywaniu ciąży pracownik służby zdrowia «powinien wyrazić swój cywilny, ale zdecydowany sprzeciw». «Człowiek nigdy nie może być posłuszny prawu, które samo w sobie jest niemoralne; miałyby to miejsce, gdyby prawo uznało za dozwolone przerywanie ciąży».

Oznacza to, że lekarze i pielęgniarki są zobowiązani do podniesienia sprzeciwu sumienia. Wielkie i podstawowe dobro życia czyni taki obowiązek poważnym zdaniem moralnym

personelu sanitarnego, kierowanego przez prawo do praktykowania przerywania ciąży lub do współdziałania w bliski sposób w bezpośrednim przerywaniu ciąży.

Świadomość nienaruszalnego dobra życia i prawa Bożego, które go chroni, wyprzedza każde pozytywne prawo ludzkie. Gdy jest ono z nim sprzeczne, sumienie stwierdza swoje pierwotne prawo i prymat prawa Bożego: « Trzeba bardziej słuchać Boga niż ludzi » (Dz 5, 29).

« Nie zawsze jest łatwo iść za głosem sumienia w przestrzeganiu prawa Bożego, zwłaszcza, że może to pociągnąć za sobą niedogodności i ciężkie ofiary. Trzeba niekiedy heroicznego męstwa, by pozostać wiernym wymaganiom moralnym. Trzeba jednak jasno stwierdzić, że stała wierność prawdziwemu i prawemu sumieniu jest drogą do autentycznego rozwoju osoby ludzkiej ».

144. Autentycznie motywowany sprzeciw sumienia pracownika służby zdrowia, oprócz tego, że jest znakiem wierności zawodowej, jest także ważnym znakiem społecznego podania do wiadomości niesprawiedliwości prawnej skierowanej przeciw niewinnemu i bezbronnemu życiu.

145. Ciężar grzechu przerywania ciąży i łatwość, z jaką się go popełnia, sprzyjanie prawa i obiegowej mentalności, zmusza Kościół do nałożenia kary ekskomuniki na chrześcijanina, który je popełnia: « Kto powoduje przerywanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa ».

Ekskomunika ma przede wszystkim znaczenie zapobiegawcze i wychowawcze. Jest zdecydowanym przypomnieniem Kościoła, zmierzającym do pobudzenia wrażliwości sumień, do odwiedzenia od aktu absolutnie niezgodnego z wymaganiami Ewangelii i do wzbudzenia bezwarunkowej wierności życiu. Nie można należeć do komunii eklezjalnej i znieważać ewangelię życia przerywaniem ciąży.

Ochrona i przyjęcie rodzącego się życia, jego nieporównywalność z żadnym innym dobrem, jest decydującym i wiarygodnym świadectwem, jakie mimo wszystko powinien dawać chrześcijanin.

146. Pracownicy służby zdrowia mają szczególne obowiązki, jeśli chodzi o płody pochodzące z przerywania ciąży. Płód, jeśli jest jeszcze żywy, w granicach możliwości, powinien być ochrzczony.

Płodowi już umarłemu należy jest szacunek właściwy zwłokom ludzkim. Zakłada to, że nie można niszczyć go jak jakiegokolwiek odpadku. W granicach możliwości powinien być odpowiednio pogrzebany.

Płód nie może także stać się przedmiotem eksperymentów i przeszczepu narządów, jeśli nastąpiło dobrowolne przerywanie ciąży. Byłaby to niegodne narzędziowe traktowanie życia ludzkiego.

Eutanazja

147. Mentalność coraz mniej skłonna do uznania życia za wartość samą w sobie, zależną od samego Boga, niezależnie od sposobu istnienia w świecie; koncepcja jakości życia wyrażana w pojęciach skuteczności i użyteczności psychofizycznej, niezdolna do nadania znaczenia

cierpieniu i upośledzeniu, a tym samym do ucieczki przed nimi za wszelką cenę i wszystkimi środkami; wizja śmierci jako absurdalnego końca życia, z którego jeszcze można korzystać, lub jako wyzwolenia od istnienia uważanego za pozbawionego już sensu; wszystko to — w ramach kultury, która abstrahując od Boga czyni człowieka odpowiedzialnym tylko wobec siebie i praw dowolnie ustanowionych przez społeczność — jest terenem kultury eutanazji. Gdzie rozprzestrzeniają się te przekonania « może wydać się logiczne i 'ludzkie' położenie 'słodkiego' kresu życiu własnemu lub życiu innych, jeśli łączyłoby się ono tylko z cierpieniami lub poważnymi ograniczeniami ».

« W rzeczywistości jest to jednak absurdalne i nieludzkie Eutanazja jest aktem zabójczym, do którego nie może upoważnić żaden cel. Przez eutanazję rozumie się « czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia. Tak więc eutanazja wiąże się z intencją działającego oraz stosowanymi środkami ».

Litość wzbudzana przez ból i cierpienie wobec chorych umierających, dzieci upośledzonych, chorych umysłowo, starców, osób dotkniętych przez nieuleczalne choroby, nie upoważnia do żadnej eutanazji pośredniej lub bezpośredniej. Nie chodzi w tym wypadku o udzielenie choremu pomocy, ale o zamierzone zabójstwo człowieka.

148. Personel medyczny i paramedyczny — wierny zadaniu « służenia zawsze życiu i opiekowania się nim aż do końca » < — nie może pomagać w żadnej praktyce eutanazji, nawet na żądanie zainteresowanego, a tym bardziej jego bliskich. Jednostka nie ma bowiem prawa do eutanazji, ponieważ nie ma prawa do samowolnego dysponowania własnym życiem. Żaden pracownik służby zdrowia nie może więc stać się wykonawcą prawa, które nie istnieje.

Inny jest przypadek wspomnianego już prawa do umierania z godnością ludzką i chrześcijańską. Jest to prawo rzeczywiste i uprawnione; personel sanitarny jest powołany do strzeżenia go, troszcząc się o umierającego i akceptując naturalne zakończenie życia. Zachodzi radykalna różnica między « zadaniem śmierci » i « zgodzeniem się na śmierć »; w pierwszym przypadku jest to akt zabójczy wobec życia, w drugim następuje przyjęcie go do końca.

149. « Prośby ciężko chorych, niekiedy domagających się śmierci, nie powinny być rozumiane jako wyrażenie prawdziwej woli eutanazji, prawie zawsze chodzi o pełne niepokoju wzywanie pomocy i miłości. Oprócz opieki medycznej, chory potrzebuje miłości, gorącego uczucia ludzkiego i nadprzyrodzonego, którymi mogą i powinni go otoczyć bliscy, rodzice i dzieci, lekarze i służba zdrowia ».

Chory, który czuje się otoczony pełną miłości ludzką i chrześcijańską obecnością, nie popada w beznadziejność i strach, jak ten, kto czuje się samotnie zdany na cierpienie i prosi, by przerwano jego życie. Dlatego właśnie eutanazja jest zniewagą tego, kto o niej mówi, kto o niej decyduje i ją praktykuje. Eutanazja nie jest w żadnym przypadku aktem litości; jest indywidualnym i społecznym aktem samolitości i ucieczki z sytuacji uznanej za nieznośną.

150. Eutanazja burzy relacje, lekarz-pacjent. Ze strony pacjenta, ponieważ zwraca się do lekarza jako do tego, kto może zapewnić mu śmierć. Ze strony lekarza, ponieważ nie jest on najbardziej absolutnym gwarantem życia: chory musi bać się zadania przez niego śmierci. Relacja lekarz-pacjent jest relacją zaufania wobec życia i taką powinna pozostać.

Eutanazja jest « przestępstwem », w którym w żaden sposób nie mogą współdziałać pracownicy służby zdrowia jako ci, którzy zapewniają zawsze i wyłącznie życie.

Eutanazja oznacza dla wiedzy medycznej « chwilę regresu i rezygnacji, oprócz obrazy dla godności umierającego i jego osoby ». Jej rozszerzanie się, jako « kolejna granica śmierci po przerywaniu ciąży », powinno być uznane za « dramatyczne wezwanie » do czynnej i bezgranicznej wierności wobec życia.

INDEKS TEMATYCZNY

Alkoholizm, 97

Anestezja

- dozwoloność i obowiązek, 70
- dozwoloność ograniczenia i zawieszenia władz człowieka, 71
- zob. świadomość

Badania i eksperymenty, 75-82

- moralne, 78, 80
- niemoralne, 76
- czynnik ryzyka, 78-79
- zasada solidarności, 81

Bioetyka

- obowiązek znajomości, 7
- katedra bioetyki, 7

Ból

- podwójny aspekt, 68
- znaczenie pokutne i zbawcze, 69

Choroba

- definicja i natura, 53
- świadomość, akceptacja, ofiara, 54
- znaczenie transcendentne, 54

Chory

- integralna wizja chorego, 3
- niepokoje, 57
- śmiertelnie, 115 zob. choroba

Chrzest

- w niebezpieczeństwie dla życia, 37

Ciało

- wyrażenie osoby, 41
- należy do Boga, 42
- uprawnione dysponowanie życiem fizycznym, 67

Counselling, 107

Członkowie rodziny chorego, 116

- zaangażowanie, 74

Dawanie narządów

- wartość moralna, 83
- wartość ofiarna, 90-91
- ze zmarłego, 87 (zob. śmierć)
- narządy, których nie można przekazywać, 88
- narządy heterologiczne, 89

Diagnoza

- przedporodowa, 59—61
- (dozwoloność, 60; sprzeczna z prawem moralnym, 61)
- charakter terapeutyczny, 58

Dziecko

- podmiot prawa od poczęcia, 25

Embrion/y

- godność, 31, 32
- eksperymenty na, 82

Eutanazja

- **miejsce kultury, 147**
- **mentalność sprzyjająca, 147**
- **jest aktem zabójczym, 147**

Ewangelizacja

- **choroby, 110**

Fivet, 24

Ginekolog

- **obowiązki, 36**

Inseminacja sztuczna

- **homologiczna, 23, 24-26**
- **heterologiczna, 24, 27 zob. prokreacja**

Istota ludzka

- **godność, 38 zob. życie**

Jednostkowość biologiczna, 35

Komitety etyczne, 8

Kompetencja etyczno-zawodowa, 6

Logoterapia, 107

Macierzyństwo zastępcze, 29

Manipulacja genetyczna, 12-14

- **terapeutyczna, 12, 66**
- **alternatywa, 12—13**
- **dozwoloność, 14**

Mądrość

- **sprzymierzona z nauką, 45**

Medycyna

- **służy tylko życiu, 150, zob. życie**
- **psychosomatyczna, 104**

Metody naturalne, 17

Metody sztuczne, 17, 19

Namaszczenie chorych

- **natura i cel sakramentu, 111, 134**
- **katecheza przygotowawcza, 111**
- **szafarz, 112**
- **powtarzalność, 112**

Narkomania

- **przyczyny, 93**
- **ocena etyczna, 94**

Narkotyki

- **używanie narkotyków jest przeciwne życiu, 96 zob. życie**

Narodziny, 37

Narządy

- zob. dawanie narządów

Nikotynizm, 99

Opieka duszpasterska, 108-113

Opieka religijna

- nad umierającym, 130-135 zob. opieka duszpasterska

Płodność

- odpowiedzialne kierowanie, 15-16

Płody ludzkie, 82

- obowiązki wobec płodów, 146

Położne

- obowiązki, 36

Powierzenie terapeutyczne, 73

Pracownik służby zdrowia

- definicja, 1
- działanie i jego zakres, 2, 9
- całkowite poświęcenie, 3
- współpraca z miłością Bożą, 4
- relacja między zawodem, powołaniem i misją, 4
- uczestnictwo w działalności duszpasterskiej, 5
- kompetencja, 6
- formacja zawodowo-etyczno-religijna, 7
- i śmiertelnie chorzy, 115
- i umierający, 117

Prawa związkowe

- podporządkowane prawu do życia i zdrowia, 49

Prawda

- o chorym i umierającym, 125-127

Prokreacja ludzka

- wartość i godność, 11
- sztuczna, 21-34
- zob. inseminacja sztuczna, Fivet, zapłodnienie sztuczne

Proporcjonalność

- zasada, 65
- p. zabiegów, 120

Przeniesienie embrionu, 24

Przerywanie ciąży

- definicja, 139
- i diagnoza przedporodowa, 61
- Kościół i, 140, 145
- ocena etyczna, 141

Przeszczep/y narządów

- autoplastyczne, 84
- homoplastyczne, 85
- heterologiczne, 89
- wartość moralna, 83 zob. dawanie narządów

Psychoterapia

- kryteria dozwoloności, 106

Rehabilitacja, 62-67

- z uzależnień toksycznych, 94-95
- z alkoholizmu, 98
- z nikotynizmu, 99

Rodzina

- opieka sanitarna, 55

Samobójstwo, por. 65 zob. eutanazja

Serce

- jako wrażliwość wobec chorych 9
- zob. przeszczepy

Służba zdrowia

- definicja, 9

Sprzeciw sumienia

- prawo-obowiązek, 143

Śmierć

- naturalna, 34
- definicja biomedyczna, 129
- stwierdzenie, 87
- znaczenie, 116, 117, 118
- z godnością, 119, 121, 148
- ewangelizacja, 130

Środki psychofarmakologiczne

- kategorie, 100
- dozwoloność etyczna, 102
- użycie niedozwolone, 1KPSZ

Świadomość

- lekarza, 2
- zmniejszenie przez leki, 71
- zawieszenie, 124 zob. anestezja

Technika

- możliwość techniczna i dozwoloność etyczna, 44

Terapia

- obowiązek, 63
- proporcjonalna i nieproporcjonalna, 64
- zob. uporczywość terapeutyczna

Ufność (chorego), 2

Uporczywość

- diagnostyczna, 57
- terapeutyczna, 57, 119

Uzależnienia, 92

- zob. alkoholizm, narkomania, nikotynizm, środki psychofarmakologiczne

Wiatyk

- znaczenie, 113, 134
- obowiązek proszenia i otrzymania, 113

Wierność etyczna, 10

Zabiegi paliatywne, 117

Zapłodnienie sztuczne, 21—34

- zob. **fivet, prokreacja sztuczna**

Zapobieganie, 50-52

- **pierwszeństwo, 50**
- **kompetencja istotna, 51**
- **kompetencja profilaktyczna, 52**

Zdrowie

- **definicja, 9, 62**
- **prawo do ochrony, 49**

Zgoda

- **poinformowanego pacjenta, 72, 77**
- **domyślna, 73**

Znieczulenie, 68, 71

- **dozwoloność i obowiązek, 70**
- **i śmiertelnie chorzy, 115; (zob.), 122**

Zygota

- **natura osobowa, 35**

Życie

- **podstawowe prawo, 46-49**
- **od poczęcia do naturalnego końca, 34**
- **życie przedporodowe, 36**
- **fizyczne, 67**
- **jedność psychosomatyczna, 38**
- **cielesne i duchowe, 39**
- **jest święte, 43, 44**
- **nienaruszalność, 42, 136**
- **obowiązek troski o ż., 138**
- **dar Boży, 11, 30**
- **należy do Boga, 43, 46, 114, 137**

Powrót do spisu treści