

Artykuł poglądowy

Piotr Aszyk SJ

Collegium Bobolanum Papieskiego Wydziału Teologicznego w Warszawie

Zaprzestanie mechanicznej wentylacji podtrzymującej życie w moralnym nauczaniu Kościoła katolickiego

Withdrawing and withholding life-sustaining treatment according to the moral teaching of the Catholic Church

Streszczenie

Działanie polegające na zaprzestaniu mechanicznej wentylacji, kiedy będzie ono pociągało za sobą prawdopodobną lub nieuniknioną śmierć pacjenta, budzi wiele emocji i w kategoriach moralnych bywa różnie oceniane. Kościół katolicki na przestrzeni wieków wypracował konkretne narzędzia służące etycznej ewaluacji działań dotyczących zdrowia i życia człowieka. Znaleźć można wiele wypowiedzi teologów oraz kościelnych autorytetów, które podejmują praktyczne kwestie związane z rezygnacją z leczenia, w tym pośrednio lub bezpośrednio zagadnienie ewentualnego przyzwolenia na odłączenie respiratora.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2: 66–70

Słowa kluczowe: Kościół katolicki, Pius XII, środki zwyczajne i nadzwyczajne, teologia moralna, terapia uporczywa, etyka

Abstract

Withdrawing and withholding life-sustaining treatment, especially mechanical ventilation, when it will result inevitable death of the patient, raises disputes and emotions in contemporary moral discourse. The Catholic Church over the centuries has developed specific guidance for ethically problematic situations related to the health and life issues. There are significant number of statements done by Catholic theologians and Church authorities, which are focused on practical solutions associated to the termination of treatment, including removal of respirator.

Key words: Catholic Church, Pius XII, ordinary and extraordinary means, moral theology, medical futility, ethics, bioethics

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2: 66–70

Wprowadzenie

Współczesna medycyna dysponuje szerokim wachlarzem nowoczesnych środków służących do ratowania i podtrzymywania życia. Dają one możliwość wielorakiej pomocy osobom ciężko chorym, ofiarom wypadków, pacjentom zmagającym się z poważnymi

dolegliwościami. Imponujące możliwości sztuki leczenia, które są źródłem niekwestionowanych dobrodziejstw, prowokują do stawiania pytań o moralną ocenę rozmaitych, nieznanych wcześniej, zjawisk dotyczących życia i śmierci człowieka. Przykładowo, podnoszona bywa kwestia zasadności stosowania technik reanimacyjnych oraz innych metod przywracania lub

Adres do korespondencji: Piotr Aszyk SJ

Collegium Bobolanum Papieskiego Wydziału Teologicznego w Warszawie
ul. Rakowiecka 61, 02-532 Warszawa

e-mail: piotr.aszyk@jezuici.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2, 66–70

Copyright © Via Medica, ISSN 1898-0678

podtrzymywania życiowych funkcji organizmu wobec osób umierających lub obłożnie chorych. Jednym z problemów, który budzi moralne kontrowersje, jest czynność polegająca na zaprzestaniu mechanicznej wentylacji pacjenta, kiedy owo działanie będzie pociągało za sobą jego prawdopodobną lub nieuniknioną śmierć. Problem ten nurtuje wielu pracowników służby zdrowia, którzy są katolikami lub którzy katolikami nie są, ale są zainteresowani stanowiskiem Kościoła katolickiego wobec tego zagadnienia. Niniejszy artykuł wychodzi naprzeciw oczekiwaniom i jest próbą prezentacji poglądów tej religijnej instytucji we wspomnianej kwestii.

Moralne dziedzictwo Kościoła katolickiego

Kościół katolicki jest wspólnotą wierzących, która w wielowiekowej historii, przez swych reprezentantów, niejednokrotnie w sposób bardzo precyzyjny wypowiadała się na tematy etyczne związane z ludzkim życiem i zdrowiem. Tradycja, sięgająca nauczania Jezusa Chrystusa, stanowi istotny składnik moralnego nauczania Kościoła. Jest ona przekazywana z pokolenia na pokolenie i aktualizowana do nowych wyzwań, przed którymi staje ludzkość. Stosunkowo niedawno w wielu krajach korzystanie z respiratorów w obrębie sztuki leczenia stało się powszechną praktyką. Stąd, aby zbadać, jakie jest stanowisko Kościoła katolickiego w kwestii odłączenia pacjenta od respiratora, wystarczyłoby prześledzić dokumenty kościelne i wypowiedzi kościelnych autorytetów z okresu ostatnich kilkudziesięciu lat. Jednak, jak się zdaje, warto sięgnąć do znacznie starszej i dobrze ugruntowanej katolickiej tradycji moralnej, traktującej o tak zwanych, środkach zwyczajnych i nadzwyczajnych, bowiem współczesne nauczanie Kościoła wpisuje się w utrwalony przez stulecia kontekst [1]. Wspomniane rozróżnienie zawdzięczamy szesnastowiecznemu uczonemu Dominikowi Banezowi (1528–1604), który w jednym ze swych teologicznych komentarzy wyraził pogląd: [...] *choćby człowiek winien zachować swe własne życie nie jest on zobowiązany posługiwać się środkami nadzwyczajnymi, ale pospolitym pożywieniem i odzieniem, zwyczajnymi lekarstwami, znosić jakiś przeciętny i zwyczajny ból: nie zaś znosząc nadzwyczajny i straszny ból, ani ponosząc nadzwyczajne koszty w stosunku do swej pozycji (statusu społecznego — PA). Zatem jeśli, na przykład, byłoby pewne, że przeciętny obywatel może odzyskać zdrowie, jeżeli wyda trzy tysiące dukatów na pewien lek, nie będzie on zobowiązany, by je wydać. Argument jest oczywisty, chociaż ten środek jest odpowiedni zgodnie z nakazem słusznego rozumu, a zatem w konsekwencji dopuszczalny, to jest on*

jednak nadzwyczajny [2]. Istnieją zatem kuracje, które choć możliwe do zastosowania, a nadto skuteczne, nie muszą być wdrażane dla określonych racji. Tak ujęte rozstrzygnięcie było w kolejnych wiekach, aż do naszych czasów, dość powszechnie akceptowane i powtarzane przez teologów moralnych, filozofów i lekarzy związanych z Kościołem katolickim [3]. Ich rozważania na temat niepodejmowania leczenia zawierały na ogół trzy zasadnicze elementy: niekwestionowany w chrześcijaństwie, bezwzględny zakaz samobójstwa oraz zabójstwa, skutkujący w tym kontekście zakazem rozmaitych form eutanazji; nakaz roztropnej ochrony życia i zdrowia oraz możliwość rezygnacji ze zbyt uciążliwych środków medycznych. Stronnicy tej koncepcji dopuszczali rezygnację z terapii, a nawet ze specjalnego odżywiania w czasie choroby, między innymi, ze względu na finansowe obciążenia związane z leczeniem lub bariery psychiczne. Teologowie trwali przy tradycyjnych poglądach nawet wtedy, gdy zabiegi i operacje chirurgiczne przestały budzić grozę pacjentów, od kiedy zaczęto stosować nowoczesną anestetykę. Fakt, który czynił agresywne interwencje medyczne bardziej bezpiecznymi i mniej bolesnymi, potraktowano z dużą rezerwą, zaś moralisci chrześcijańscy mieli jasność, iż są sytuacje, kiedy można lub należy odstąpić od leczenia [4]. Warto nadmienić, iż pojęcie środków nadzwyczajnych znalazło się w zapisach uchwalonego w grudniu 1991 roku Kodeksu Etyki Lekarskiej [5].

Współczesne nauczanie Kościoła katolickiego

Po kilku stuleciach utrwalonej tradycji, dysponujemy dziś nieco szerszą niż nasi przodkowie, siatką pojęć i rozróżnień odnoszących się do ewentualnej rezygnacji z interwencji medycznych. Popularna niegdyś dystynkcja na środki zwyczajne i nadzwyczajne, mająca służyć pomocą choremu w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego leczenia, została zastąpiona rozróżnieniem środków proporcjonalnych i nieproporcjonalnych, które wskazuje na „medyczne możliwości” potencjalnych scenariuszy dalszego leczenia i ich terapeutyczne rezultaty. Nastąpiło zatem pewne przesunięcie perspektywy ze zogniskowanej wokół pacjenta w stronę personelu medycznego. W międzyczasie podejmowano także próby wprowadzania do słownika etycznego terminów, takich jak: środki heroiczne, minimalne lub drastyczne, ale bez większego powodzenia.

W środowisku medycznym, poza kontekstem eklezyjalnym, pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia, ukuto dwa nowe pojęcia, jedno na starym kontynencie, drugie w Ameryce, po które sięgają

zarówno katolicycy moralisci, filozofowie, prawnicy, jak i lekarze. Są nimi terapia uporczywa oraz terapia daremna. Pierwszy z nich znalazł się we wspomnianym wcześniej Kodeksie Etyki Lekarskiej, drugi, będący odpowiednikiem anglojęzycznego terminu *medical futility*, w ostatnich latach zdobywa coraz większą popularność w naszym kraju [6]. Oba pojęcia, chociaż są różnie interpretowane i w dyskursie etycznym mają inaczej rozpisane akcenty, wskazują na interwencje medyczne, które mogą, ale nie muszą być podjęte, tym samym znajdują się poza zakresem obowiązku leczenia.

Pojawienie się nowej terminologii niekoniecznie musi oznaczać odrzucenie starych utartych pojęć, rozsądniej korzystać z tego swoistego bogactwa słownika i istniejących rozróżnień w zależności od potrzeb i kontekstu. Niektóre rozróżnienia mogą być bardziej pomocne personelowi medycznemu w moralnej ocenie ich działań, inne mogą się okazać bardziej czytelne dla pacjenta, jego życiowej i zdrowotnej sytuacji.

O terapii uporczywej, z której należy zrezygnować, oraz o środkach nadzwyczajnych i proporcjonalnych, pisał Jan Paweł II (1920–2005) w encyklice *Evangelium vitae* z 1995 roku. *Od eutanazji — czytamy w papieskim przesłaniu — należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej „uporczywej terapii”, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem „zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrawne i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach”* [Kongregacja Nauki i Wiary, *lura et bona*, AAS 72 (1980) 551]. *Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci* [7]. Także Katechizm Kościoła Katolickiego wyjaśnia, iż *zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa „uporczywej terapii”. Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest*

do tego zdolny; w przeciwnym razie — przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznym interesów pacjenta [8]. Oba teksty egzemplifikują zastosowanie starych i nowych pojęć oraz sposób w argumentacji, w jaki współcześnie Kościół katolicki uzasadnia swe stanowisko etyczne.

Praktyczne wskazania

W obu powyższych watykańskich tekstach nie ma oczywiście literalnych wskazań dotyczących odłączenia respiratora i trudno takowe znaleźć w dokumentach o charakterze ogólnokościelnym wydanych przez organy Stolicy Apostolskiej w okresie ostatniego półwiecza. Bezpośrednie odniesienie do wyłączenia respiratora znajdziemy w pochodzącej z 2006 roku wypowiedzi udzielonej dziennikarzowi przez kard. Javiera Lozano Barragana, przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (określanego popularnie watykańskim ministrem zdrowia). Dotyczy ona głośno dyskutowanego w Italii przypadku Piergiorgio Welby, będącego ikoną walki o prawo do eutanazji. *Jeżeli korzystanie z respiratora przez Piergiorgio Welby zostanie uznane przez lekarzy za tzw. uporczywą terapię, wtedy można go od niego odłączyć* — skomentował sprawę watykański purpurat. Jego zdaniem na lekarzach spoczywa obowiązek określenia, czy urządzenie pomagające oddychać jest niepotrzebne lub wręcz nieproporcjonalne i tylko przedłuża agonię [9]. Podobnie przewodniczący Papieskiej Akademii Życia, kard. Elio Sgreccia przyznał, że prośba Piergiorgio Welby, by odłączyć go od respiratora, może być moralnie dopuszczalna, jeżeli chory nie mógł znieść dłużej bolesnej terapii. Wyraził jednocześnie obawy, iż Piergiorgio Welby mógł być instrumentalnie wykorzystany w politycznej walce o prawną dopuszczalność eutanazji [10]. Obie wypowiedzi nie mają rangi oficjalnych dokumentów Kościoła katolickiego, są krótkimi wypowiedziami udzielonymi mediom. Niemniej oba głosy pokazują wyraźnie stanowisko wysokich rangą hierarchów Kościoła i odzwierciedlają ich przyzwolenie na odłączenie respiratora pod pewnymi warunkami, nawet jeśli czynność ta może spowodować śmierć.

Wypowiedzi te korespondują z najważniejszym orzeczeniem jakie powstało w Stolicy Apostolskiej w interesującej nas kwestii, a jest nim przemówienie papieża Piusa XII (1878–1958) z 24.11.1957 roku skierowane do uczestników Międzynarodowego Kongresu Anestezjologów. Następca świętego Piotra, odpowiadając na pytania, jakie przedstawił mu w imieniu grupy lekarzy dr Bruno Haid, kierownik oddziału anestezjologii uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej w Innsbrucku, podjął kwestię moralnej dopuszczalności odłączenia

respiratora, kiedy czynność ta wiąże się z ewentualną śmiercią pacjenta. Odwołując się do wielowiekowej katolickiej tradycji Pius XII wskazuje, iż obowiązek leczenia wymaga zastosowania *tylko środków zwyczajnych (zależnych od okoliczności, osób, miejsca, czasu, kultury,) tzn. środków nieobarczających żadnym nadmiernym ciężarem ani siebie samego, ani kogokolwiek innego. Surowsze zobowiązanie byłoby dla większości ludzi zbyt ciężkie i uczyniłoby zbyt trudnym zdobywanie wyższych i ważniejszych dóbr. Życie, zdrowie, cała doczesna aktywność są w rzeczy samej podporządkowane celom duchowym. Skądinąd nic nie zabrania czynić więcej, aniżeli to, co jest ściśle konieczne dla utrzymania życia i zdrowia, pod warunkiem nie sprzeniewierzenia się ważniejszym obowiązkom.* Przechodząc do zagadnień praktycznych Ojciec Święty stawia pytanie: *Czy lekarz może usunąć aparat sztucznego oddychania, nim nastąpi ostateczne zatrzymanie się krążenia?* Łączy je jednak z pytaniem odnoszącym się do duchowej posługi wobec osób cierpiących, dotyczącej udzielanego na łożu śmierci Ostatniego Namaszczenia, nazywanego po reformach Soboru Watykańskiego II sakramentem namaszczenia chorych [11]. Pius XII stwierdza, że *na pierwszą część tego pytania trzeba odpowiedzieć twierdząco (sic!), zatem można odłączyć respirator u żyjącej osoby, nawet jeśli jej następstwem będzie zgon pacjenta. Gdyby jednak nie udzielono jeszcze choremu sakramentu, trzeba się starać o podtrzymanie oddychania do chwili spełnienia (świętego obrzędu) — konkluduje papież [12].* Mamy zatem literalną wypowiedź najwyższego hierarchy Kościoła katolickiego, w której wyrażone jest przyzwolenie na analizowany czyn, o ile zadośćuczyniono określonym zobowiązaniom duchowym i moralnym. Całość papieskiego przemówienia można podsumować łacińskim powiedzeniem *Roma locuta, causa finita* (Rzym powiedział, sprawa skończona).

Przy okazji należy nadmienić, że podtrzymywanie życia pacjenta dzięki sztucznej wentylacji jest zasadniczo odmiennym typem działania niż sztuczne odżywianie lub nawadnianie pacjenta. Mimo iż konsekwencje ostrej niewydolności oddechowej mogą doprowadzić bardzo szybko do śmierci pacjenta, co stwarza poważną trudność natury emocjonalnej wynikającą z natychmiastowych fizycznych następstw odstąpienia od wentylacji. Z punktu widzenia etycznych analiz sprawa zdaje się być nieco prostsza niż w przypadku odżywiania i pojenia, ponieważ odstąpienie od sztucznej wentylacji wystawia pacjenta bezpośrednio na skutki choroby, pacjent ma bezpośredni dostęp do powietrza. Pożywienie i płyny są dostępne człowiekowi w inny sposób niż powietrze, którego absorpcja w normalnych warunkach nie wymaga żadnych zapośredniczeń, pomocy i przygotowania.

W około 11% przypadków odłączenia respiratora pacjenci zaczynają samodzielnie oddychać [13]. Można przytoczyć w tym miejscu głośny przypadek Karen Quinlan. Dwudziestojednoletniej kobiety znajdującej się w stanie nieodwracalnej śpiączki, którą z polecenia sądu i za aprobatą rodziców odłączono od respiratora z zamiarem przyspieszenia jej śmierci. Karen jednak zaczęła samodzielnie oddychać i nie odzyskawszy przytomności przeżyła jeszcze ponad dziesięć lat [14].

Kolejny temat, który w tym kontekście należy poruszyć, dotyczy personelu medycznego, którego opinie i wrażliwość należy uszanować. Odłączenie respiratora jest czynnością, której zastosowanie może rodzić rozmaite wątpliwości natury moralnej w przypadku konkretnych pacjentów. Dlatego nie można nikogo spośród personelu medycznego zmuszać do wykonania takiego działania, gdy nie godzi się to z czymś osądem sumienia.

Przypadek L.J. McAfee

Nauczanie moralne Kościoła katolickiego dobrze jest oprzeć o konkretne fakty, które dotyczą jego członków. Za przykład niech posłużą wydarzenia z 1989 roku, kiedy mieszkaniec Stanów Zjednoczonych Ameryki, Larry James McAfee złożył w stanie Georgia pozew o odłączenie go od respiratora. Mężczyzna ów był sparaliżowany w wyniku wypadku motocyklowego, zdany na opiekę innych osób, oddychał za pomocą respiratora. Sąd stanowy zwrócił się do Archidiecezji w Atlancie o przedstawienie opinii Kościoła katolickiego w tej sprawie. Odpowiedzi udzielił abp. Eugene A. Marino. Jego argumentacja, wychodząc od koncepcji świętości życia, bazowała na rozróżnieniu środków na zwyczajne i nadzwyczajne (jeszcze nie posługiwano się w Stanach Zjednoczonych, tak powszechnie stosowanym dziś terminem terapia daremna). Arcybiskup, oceniając działania L.J. McAfeeego stwierdził, że nie dają one podstaw, by twierdzić, iż usiłuje on popełnić samobójstwo, zatem bazując *na zgromadzonych faktach oraz na podstawowych zasadach katolickiej tradycji odnoszącej się do sztucznego podtrzymywania życia, z punktu widzenia Archidiecezji Atlanty pacjent McAfee ma możliwość wedle kościelnego prawa do kontynuowania zastosowanego dotychczas leczenia lub do przerwania tegoż leczenia, nawet jeśli przerwanie go zakończy się śmiercią [15].* W wyniku procesu sądy wszystkich instancji stanu Georgia zezwoliły na odłączenie respiratora i nie było żadnych przeszkód prawnych, żeby postąpić zgodnie z wolą wnioskodawcy. Jednak po przeniesieniu go do domu opieki w Birmingham w Alabamie poznał i zaprzyjaźnił się z dr Russ Fine, która go przekonała, by *dać życiu kolejną szansę — jak sam to powtarzał w wy-*

powiedziach dla prasy. Larry James McAfee nigdy nie skorzystał z przysługującego mu prawa. Zmarł w 1995 roku na zapalenie płuc, przeżył swoich rodziców i trzy siostry [16]. Na polskim gruncie również odnaleźć można podobne przypadki do wyżej wymienionego. Dlatego w sytuacji tak radykalnego i nieodwracanego w swych skutkach postępowania, jakim jest odłączenie respiratora, należy uważnie wsłuchiwać się w głos proszących o zadośćuczynienie ich życzeniu. Często bowiem jest to wołanie o sens, o pomoc, o podmiotowe traktowanie człowieka, który jest niemalże we wszystkim uzależniony od innych. Zdarza się, że chorzy zmieniają zdanie pod wpływem „czynników lub racji pozamedycznych”, podobnie jak L.J. McAfee. Mimo iż ich kondycja fizyczna nie poprawia się, chcą dalej żyć, potrafią się cieszyć życiem, pomimo trudności. Osobowa więź, ludzkie zatroskanie znaczą czasem więcej niż zdobycze nowoczesności. Cierpienie dla wielu jest tematem wstydlivym i niepojętym, podczas gdy gros osób chorych, niepełnosprawnych lub kalekich jest w stanie przekroczyć własne ograniczenia. Za technologią musi stać człowiek zdolny zmierzyć się z bólem, wystarczająco odważny, by uczestniczyć w cierpieniu kogoś obok. Wrażliwy na różne odcienie duchowych zjawisk zachodzących w cierpiącym człowieku. Przygotowanie do dobrej śmierci może przybrać formę zachęty do życia i wypełnienia pozostałego czasu w sposób szlachetny i twórczy.

Podsumowanie

Moralna aprobata dla ewentualnego odłączenia respiratora, która pod pewnymi warunkami jest akceptowalna przez Kościół katolicki, nie jest tożsama z twierdzeniem: „Twoje życie już nie jest nic warte!”. Nie jest także przyzwoleniem na eutanazję. Zawsze trzeba kierować się dobrem pacjenta. Coraz wyraźniej w obszarze ludzkiego życia zaczyna być odczuwany dyktat wyznaczników konsumpcyjnych nad wartościami moralnymi. Stan taki grozi niebezpiecznym pomyleciem porządków. Człowiek wyzbyty określonych jakości postrzegany jest w kulturowym permissywizmie jako trawiający dobra lub będący ciężarem dla bliskich bądź społeczeństwa. Tymczasem uzależnienie od innych jest upokarzające tylko wtedy, gdy będziemy przypisywać człowiekowi model autonomii będący pochodną egoizmu i pychy, w której nie ma miejsca na wspólnotę, słabość i współczucie. Etykiety w stylu „nieuleczalnie chory” mogą gwałtownie zmienić relację do osoby. Nie można dzielić pacjentów na umierających i wyleczalnych, na tych, po których przyjedzie rodzina lub ktoś bliski albo karawan. Życie ludzkie odarte z tajemnicy traktowane jest przedmiotowo i utylitarystycznie. Brak

głębokich więzi z drugim człowiekiem wypacza często najgłębsze prawdy ludzkiej egzystencji.

Końcowe stadium choroby może być bardzo ważnym okresem życia nie tylko dla odchodzącego pacjenta, ale także dla osób mu bliskich. Śmierć, jakkolwiek będzie jej przyczyna: choroba, nieszczęśliwy wypadek, starość, nie może nigdy być skutkiem działań ze swej natury zabójczych lub samobójczych. Z drugiej strony patrząc, na dezaprobatę zasługują wysiłki na rzecz sztucznego przedłużania agonii i niepotrzebne mnożenie cierpień chorym. Umieranie winno być procesem bezbolesnym zaś dyskomfortowe skutki choroby należy zminimalizować. Umierającemu człowiekowi potrzebna jest wewnętrzna zgoda na nadchodzącą śmierć i akceptacja własnego stanu. Osoba powinna umierać w relacji z innymi, pożegnawszy się z bliskimi, ze świadomością pojednania z żyjącymi i z Bogiem.

Piśmiennictwo

1. Filipowicz A. Wiara na rozdrożach współczesnej bioetyki. *Studia Aloisiana* 2014; 4: 43–55.
2. Banez D. Decisiones de lute et iustitia II–II, q. 65, a. 1 Banez D. *Scholastica Commentaria in Partem Angelici Doctoris S. Thomae*, vol. IV, Duaci 1614–1615, 146.
3. Aszyk P. Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych, Warszawa 2006, 44–47.
4. Collins H.J. The morality of withdrawing or withholding food and fluid administered artificially to the individual in the persistent vegetative state from Roman Catholic perspective. *Ann. Arbor*. 1988; 104–106.
5. Kodeks Etyki Lekarskiej §32.1, Warszawa 1994, s. 12.
6. Kübler A., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szkulmowski Z. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anaesthesiol. Intensive. Ther.* 2014; 46: 229–234.
7. Jan Paweł II, *Evangelium vitae* 65. *Acta Apostolicae Sedis* 1995; 87: 475.
8. Katechizm Kościoła Katolickiego 2278, Poznań 1994; 518.
9. Veronesi U. Il diritto di non soffrire. Cure palliative, testamento biologico, eutanasia, Milano 2011; 15.
10. A parte la partecipazione umana per la scomparsa di una persona che molto ha sofferto, la morte, indotta, di Welby suscita riflessioni: con noi mons. Elio Sgreccia e Francesco D’Agostino. www.radiovaticana.va/proxy/radiogiornale/ore14/2006/dicembre/06_12_21.htm#welby (dostęp: 24.07.2015)
11. Paweł VI, *Constitutio Apostolica Sacram Unctionem Infirmorum* (30.11.1972), *Acta Apostolicae Sedis* 1973; 65: 5–9.
12. Pius XII, Przemówienie z dnia 24 listopada 1957 roku skierowane do uczestników Międzynarodowego Kongresu Anestezjologów, *Acta Apostolicae Sedis* 1957; 49: 1027–1033.
13. Carlson R.W., Campbell M.L., Frank R.R. Life Support: The Debate Continues, *Chest* 1996; 109: 852–853.
14. Pence G.E. Classic Cases in Medical Ethics. Accounts of the Cases That Have Shaped Medical Ethics, with Philosophical, Legal, and Historical Backgrounds, New York 1990: 3–14.
15. Archidiecezja of Atlanta, Georgia Man Asks to Turn Off Life-Supporting Ventilator. [W]: Walter J.J., Shannon T.A. (red.), *Quality of Life. The New Medical Dilemma*, New York 1990: 349–357.
16. Larry McAfee, 39; Sought Right to Die. www.nytimes.com/1995/10/05/obituaries/larry-mcafee-39-sought-right-to-die.html (dostęp: 07.07.2015).