

ks. Jan Dziejcz

 jan.dziejcz@upjp2.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0002-7229-8657>

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

 <https://ror.org/0583g9182>

Kościół we współczesnej debacie na temat eutanazji i samobójstwa wspomaganego

 <https://doi.org/10.15633/ps.30306>

ks. Jan Dziejcz — prof. dr hab., kierownik Katedry Psychologii Pastoralnej na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie.

Article history • Received: 30 Mar 2026 • Accepted: 30 Jun 2026 • Published: 30 Sep 2026

ISSN 1428-5673 (print) • **ISSN** 2391-6575 (online) • Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Abstrakt

Kościół we współczesnej debacie na temat eutanazji i samobójstwa wspomaganego

Debata wokół eutanazji i samobójstwa wspomaganego ujawnia głębokie napięcie między dążeniem do maksymalnej autonomii jednostki a przekonaniem o nienaruszalnej wartości ludzkiego życia. Procesy legalizacyjne zachodzące w części państw europejskich i pozaeuropejskich, działalność środowisk proeutanatycznych oraz intensywna obecność tematu w mediach sprawiają, że dyskusja ta nie ma już wyłącznie charakteru teoretycznego, lecz bezpośrednio wpływa na systemy prawne, praktykę medyczną i świadomość społeczną. W tym kontekście stanowisko Kościoła katolickiego pozostaje wyraźne i konsekwentne. Sprzeciw wobec eutanazji i samobójstwa wspomaganego wynika z przekonania o godności osoby ludzkiej, której życie od poczęcia do naturalnej śmierci ma wartość niezależną od stanu zdrowia czy poziomu cierpienia. To Bóg jest Panem życia i śmierci. Jednocześnie Kościół odróżnia eutanazję od rezygnacji z uporczywej terapii, dopuszczając odstępienie od środków nadzwyczajnych, gdy nie przynoszą one proporcjonalnych korzyści. W tym świetle rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej jawi się jako istotna odpowiedź na dramat cierpienia proponująca towarzyszenie choremu zamiast przyspieszania jego śmierci.

Słowa kluczowe: eutanazja, samobójstwo wspomagane, legalizacja, etyka katolicka, opieka paliatywna, uporczywa terapia, śmierć

Abstract

The Church in the contemporary debate on euthanasia and assisted suicide

The debate surrounding euthanasia and assisted suicide reveals a profound tension between the desire to maximize individual autonomy and the belief in the inviolable value of human life. Legalization processes taking place in some European and non-European countries, the activities of pro-euthanasia groups, and the intense media coverage of the topic mean that this discussion is no longer merely theoretical in nature but directly impacts legal systems, medical practice, and public awareness. In this context, the Catholic Church's position remains clear and consistent: opposition to euthanasia and assisted suicide stems from a belief in the dignity of the human person, whose life—from conception to natural death—has value independent of health status or the level of suffering. God is the Lord of life and death. At the same time, the Church distinguishes euthanasia from the abandonment of aggressive treatment, allowing for the renunciation of extraordinary measures when they do not provide proportionate benefits. In this light, the development of palliative and hospice care

appears as an important response to the drama of suffering, offering support to the patient instead of hastening his death.

Keywords: euthanasia, assisted suicide, legalization, Catholic ethics, palliative care, persistent therapy, death

Debata na temat eutanazji i samobójstwa wspomaganego należy dzisiaj do najbardziej kontrowersyjnych sporów etycznych i społecznych. W wielu krajach obserwujemy proces stopniowej legalizacji tych praktyk, czego przykładem są rozwiązania przyjęte m.in. w Holandii oraz w Belgii. Równocześnie dynamicznie rozwijają się towarzystwa pro-eutanatyczne, które postulują uznanie prawa człowieka do decydowania o momencie i sposobie zakończenia życia w sytuacji nieuleczalnej choroby i cierpienia. Dyskusja ta jest szeroko obecna w mediach zarówno tradycyjnych, jak i społecznościowych, gdzie ścierają się argumenty zwolenników podkreślających autonomię jednostki, prawo do godnej śmierci i ograniczenie cierpienia, z głosami przeciwników wskazujących na nienaruszalność życia, ryzyko nadużyć oraz presję społeczną wobec osób chorych i starszych.

Istotnym elementem sporu pozostaje problem tzw. uporczywej terapii, czyli stosowania środków medycznych przedłużających życie bez realnej nadziei na poprawę stanu zdrowia pacjenta. W tym kontekście coraz większą rolę odgrywa rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej, której celem jest łagodzenie bólu oraz zapewnienie choremu wsparcia psychicznego i duchowego bez przyspieszania śmierci.

Szczególne miejsce w tej debacie zajmuje stanowisko Kościoła katolickiego, który konsekwentnie sprzeciwia się eutanazji i samobójstwu wspomaganemu, uznając je za moralnie niedopuszczalne, jednocześnie dopuszczając rezygnację z terapii nadzwyczajnych, gdy nie przynoszą one współmiernych korzyści. Spór ten nie dotyczy jedynie kwestii prawnych, lecz porusza fundamentalne zagadnienia dotyczące godności człowieka, sensu cierpienia i granic ludzkiej autonomii.

Aby ukazać rolę Kościoła katolickiego we współczesnej debacie dotyczącej eutanazji i samobójstwa wspomaganego, artykuł podejmuje następujące zagadnienia: (1) rozumienie eutanazji i wspomaganego

samobójstwa, (2) konsekwencje legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego, (3) etyka katolicka wobec eutanazji i samobójstwa wspomaganego, (4) opieka paliatywna i zasada podwójnego skutku, (5) rezygnacja z uporczywej terapii i prawo do śmierci.

1. Rozumienie eutanazji i wspomaganego samobójstwa

Etymologicznie eutanazja oznacza łagodną, dobrą śmierć (gr. *eu* – dobry, łagodny, godny; *thanatos* – śmierć). Jest to sposób postępowania lub działanie sprowadzające śmierć jako uwolnienie od bólu. Eutanazja w tym znaczeniu jest często nazywana „zabijaniem z litości” lub nawet „śmiercią z godnością”. Może ona być dokonana za zgodą lub bez zgody osoby poddanej śmierci. Gdy chory samodzielnie wyraża świadome żądanie pozbawienia go życia, mówimy o eutanazji dobrowolnej. Eutanazja niedobrowolna to spowodowanie śmierci człowieka chorego, gdy ten nie jest w stanie wyrazić swojej woli, ponieważ np. jest nieprzytomny. Katechizm Kościoła katolickiego mówi o eutanazji bezpośredniej, która – niezależnie od motywów i środków – polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych lub umierających¹.

Według encykliki *Evangelium vitae* „przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia”². W tym kontekście rozróżnia się eutanazję czynną i bierną. Terminu „eutanazja czynna” używa się w odniesieniu do tych metod leczniczych, których bezpośrednim celem jest skrócenie ludzkiego życia. „Eutanazja bierna” oznacza nieuzasadnione medycznie zaprzestanie leczenia w celu przyspieszenia śmierci.

Eutanazja może mieć charakter zabójstwa lub samobójstwa. Samobójstwo z kolei może być samodzielne lub wspomagane przez osoby z zewnątrz. Samobójstwo wspomagane definiowane jest jako sytuacja, w której lekarz lub inna uprawniona osoba dostarcza pacjentowi środków umożliwiających zakończenie życia, przy czym akt finalny wykonuje sam pacjent. W odróżnieniu od eutanazji kluczowa jest tu aktywna

1 Por. Katechizm Kościoła katolickiego, Poznań 1994, 2277.

2 Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae* o wartości i nienaruszalności ludzkiego życia, 25.03.1995, 66.

rola samego chorego. Zwolennicy podkreślają znaczenie autonomii i prawa do uniknięcia nieakceptowalnego cierpienia. Krytycy wskazują na ryzyko nadużyć oraz trudności w zapewnieniu podjęcia realnie wolnej i świadomej decyzji³.

Samobójstwo wspomagane polega zatem, jak czytamy w *Evangelium vitae*, na udziale osoby trzeciej w akcie samobójczym poprzez dostarczenie środków (np. przepisanie śmiertelnej dawki leku) lub stworzenie warunków umożliwiających jego dokonanie. Choć bezpośrednim sprawcą śmierci pozostaje sam pacjent, dokument z punktu widzenia moralnego zrównuje tę praktykę z eutanazją, wskazując na wspólną intencję: spowodowanie śmierci jako rozwiązania cierpienia⁴.

Od eutanazji i samobójstwa wspomaganego należy odróżnić moralnie dopuszczalną rezygnację z tzw. „uporczywej terapii” oraz działań, których pierwszorzędnym celem jest złagodzenie cierpienia przez tzw. „terapię paliatywną”. Zaniechanie środków nadzwyczajnych lub nieproporcjonalnych nie stanowi eutanazji, jeśli nie ma na celu spowodowania śmierci, lecz akceptację jej nieuchronności⁵. Intencją nie jest wówczas skrócenie życia, a uniknięcie nieproporcjonalnego obciążenia terapeutycznego. Rozróżnienie to ma fundamentalne znaczenie dla prawidłowego rozumienia pojęć używanych w debacie bioetycznej oraz dla uniknięcia błędnej kwalifikacji działań medycznych jako eutanazji czy samobójstwa wspomaganego.

2. Konsekwencje legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego

Do państw, które zalegalizowały eutanazję, należą m.in. Holandia (2002)⁶, Belgia (2002), Luksemburg (2009), Hiszpania (2021), Francja (2023). W niektórych krajach, np. w Belgii, zakres dopuszczalności

3 Por. M. A. Hodel, P. Hoff, S. A. Irwin, N. Biller-Andorno, F. Riese, M. Trachsel, Attitudes toward assisted suicide requests in the context of severe and persistent mental illness: A survey of psychiatrists in Switzerland, „Palliative and Supportive Care” 17 (2018), s. 621–627.

4 Por. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 66.

5 Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus* o opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia, 22.09.2020, V.

6 Por. R. Cohen-Almagor, *Euthanasia in the Netherlands*, Dordrecht 2004, s. 21–38.

eutanazji został rozszerzony także na osoby nieletnie, co spotkało się z wyraźną i mocną krytyką. Samobójstwo wspomagane jest legalne m.in. w: Szwajcarii, USA (1997, w stanach takich jak: Oregon, Kalifornia), niektórych częściach Kanady (2016), Australii (2017) oraz w Niemczech (2020)⁷.

W większości państw eutanazja oraz samobójstwo wspomagane pozostają czynami karalnymi. Przykładem jest Polska, gdzie zabójstwo na żądanie stanowi przestępstwo, choć ustawodawstwo dopuszcza odstąpienie od tzw. terapii uporczywej. Podobne rozwiązania funkcjonują w wielu krajach Europy Środkowo-Wschodniej.

Legalizacja eutanazji i wspomagane samobójstwa jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień współczesnej bioetyki, prawa i medycyny. Chociaż jednym z głównych argumentów zwolenników jest złagodzenie cierpienia osób terminalnie chorych, w praktyce funkcjonowanie systemów legalizujących tego typu procedur może wiązać się z nadużyciami⁸. Mówi się tu o tzw. argumentcie „równi pochyłej” (slippery slope) polegającym na tym, że ograniczone w zamyśle wyjątki od zasady nienaruszalności życia mogą prowadzić z czasem do rozszerzenia praktyki na kolejne grupy osób, co zwiększa ryzyko nadużyć i utraty ochrony życia ludzkiego jako wartości podstawowej⁹.

Przykładem może tu być choćby Holandia i Belgia. Początkowo praktyka eutanazji i wspomagane samobójstwa była tam ograniczona do osób terminalnie chorych. Z czasem zakres ten rozszerzono m.in. na osoby cierpiące z powodu zaburzeń psychicznych, demencji we wczesnym stadium czy cierpienia określanego jako „nie do zniesienia” bez jednoznacznej choroby terminalnej¹⁰. Analizy danych z Belgii wyka-

7 Por. L. F. Vañó, A. Sanchís-López, C. Arce-Recatalá, *Comparative legal and bioethical perspectives on euthanasia and assisted suicide: a systematic review of european frameworks*, “BMC Medical Ethics” 27 (2026), artykuł nr 97, <https://doi.org/10.1186/s12910-026-01410-w>; *Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe – was heißt das?*, NDR, 19.11.2025, <https://www.ndr.de/kultur/Sterbehilfe-Was-ist-in-Deutschland-straftbar-und-was-ist-erlaubt,sterbehilfe386.html> (12.01.2026).

8 Por. J. Pereira, *Legalizing euthanasia or assisted suicide: The illusion of safeguards and controls*, „Current Oncology” 18 (2011) nr 2, s. 38–45.

9 Por. B. Wach, *Argumenty w sporze o legalizację eutanazji i wspomagane samobójstwa*, cz. 1, „Analiza i Egzystencja” (2018) nr 42, s. 98–102.

10 Por. Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2022*, <https://english.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/annual-re->

zały wzrost liczby przypadków obejmujących pacjentów z chorobami psychicznymi jako główną przesłanką. Krytycy wskazują, że rozszerzanie interpretacji kryterium „nieznośnego cierpienia” może osłabiać pierwotne zabezpieczenia prawne. Zwolennicy odpowiadają, że jest to raczej doprecyzowanie niż liberalizacja przepisów¹¹.

Nadużycia przy dokonywaniu pomocy w umieraniu (*Medical Assistance in Dying*) są widoczne także w Kanadzie. W raportach urzędów w Ontario stwierdzono, że niektórzy pacjenci byli poddawani eutanazji głównie z powodów społecznych lub egzystencjalnych (np. lęk przed bezdomnością, izolacja), a nie z powodu nieuleczalnej choroby, mimo że prawo wymaga medycznego uzasadnienia takiego kroku. Około 2% przypadków nie spełniało formalnie wymogów i mimo to nie doszło do postępowań karnych. Wycieki z prywatnych forów wśród kanadyjskich lekarzy ujawniły, że praktyka legalnej eutanazji budzi poważne wątpliwości etyczne, szczególnie gdy pacjenci są biedni, społecznie izolowani lub niepełnosprawni, a ich prośby o eutanazję mają charakter bardziej społeczny niż medyczny¹².

W literaturze społeczno-prawnej wskazuje się, że w niektórych krajach zakres stosowania procedur wspomaganego zakończenia życia rozszerzano poza pierwotnie przyjęte ramy terminalnej choroby osób dorosłych, obejmując nim również dzieci czy osoby z chorobami psychicznymi. Przykładowo w Belgii prawo zostało rozszerzone na eutanazję dzieci, a w Quebecu w Kanadzie jest możliwe wcześniejsze złożenie wniosku o wspomagane zakończenie życia przy poważnych nieuleczalnych schorzeniach, takich jak choroba Alzheimera¹³.

Systemy oparte na samoraportowaniu lekarzy mogą być podatne na niedoszacowanie liczby przypadków lub nieprawidłowości. Analizy

ports/archive/annual-report/annual-reports/RTE_JV2022_ENGELS.pdf(09.01.2025).

¹¹ Por. K. Dierickx, L. Deliens, J. Cohen, K. Chambaere, *Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases*, „BMC Psychiatry” 17 (2017) artykuł nr 203, <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1369-0>.

¹² Por. M. Cheng, A. Wang, *Private forums show Canadian doctors struggle with euthanizing vulnerable patients*, AP News 16.10.2024, <https://apnews.com/article/euthanasia-ethics-canada-doctors-nonterminal-nonfatal-cases-dfe59b1786592e31d9eb3b-826c5175d1> (10.01.2026).

¹³ Por. K. Raus, *The extension of Belgium's euthanasia law to include competent minors*, „The Journal of Bioethical Inquiry” 13 (2016) nr 2, s. 305–315.

porównawcze wskazują, że skuteczność kontroli zależy od transparentności procedur oraz niezależności komisji nadzorczych. W praktyce trudne jest wykrycie subtelnych form nacisku rodzinnego lub błędnej oceny klinicznej. Procedury oparte na dokumentacji medycznej mogą nie oddawać pełnego kontekstu decyzji¹⁴.

W badaniach nad amerykańską polityką legalizacji samobójstwa wspomagane go zwraca się uwagę, że instytucjonalne wsparcie takiego rozwiązania może pogłębiać nierówności społeczne i wpływać szczególnie na osoby z niepełnosprawnościami. Autorzy tej krytyki podkreślają brak przejrzystości, słabe mechanizmy kontroli i ryzyko, że prawo może być wykorzystywane w sposób sprzeczny z intencjami pacjenta lub społeczeństwa¹⁵.

Jednym z najczęściej podnoszonych problemów jest możliwość wywierania subtelnej presji na osoby starsze, przewlekłe chore lub niepełnosprawne. Presja ta może mieć charakter ekonomiczny, który jest związany z kosztami leczenia i opieki długoterminowej, a także relacyjny, wynikający z poczucia bycia „ciężarem” dla rodziny oraz systemowy, związany z niedostatecznym wsparciem socjalnym. Badania prowadzone w Oregonie wskazują, że częstymi motywacjami pacjentów ubiegających się o receptę na środki śmiertelne były utrata autonomii oraz obawa przed utratą godności, a nie wyłącznie ból fizyczny. Krytycy interpretują to jako sygnał, że decyzja może wynikać z czynników psychospołecznych, a nie tylko medycznych. Niektórzy bioetycy argumentują, że w społeczeństwach starzejących się i obciążonych kosztami opieki zdrowotnej istnieje ryzyko normalizacji przekazu, iż „racjonalnym” wyborem jest rezygnacja z dalszego życia w obliczu choroby¹⁶.

14 Por. S. Mroz, L. Deliens, J. Cohen, K. Chambaere, *Developments under assisted dying legislation: The experience in Belgium and other countries*, „Deutsches Ärzteblatt International” 119 (2022), s. 829–835.

15 Por. L. Ganzini, H. D. Nelson, T. A. Schmidt, D. F. Kraemer, M. A. Delorit, M. A. Lee, *Physicians’ Experiences with the Oregon Death with Dignity Act*, „New England Journal of Medicine” 342 (2000) nr 8, s. 557–563.

16 Por. M. Battin, A. van der Heide, L. Ganzini, G. van der Wal, B. D. Onwuteaka-Philipsen, *Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: Evidence concerning the impact on patients in „vulnerable” groups*, „Journal of Medical Ethics” 33 (2007) nr 10, s. 591–597.

Kolejnym potencjalnym nadużyciem systemowym jest sytuacja, w której pacjent wybiera samobójstwo wspomagane z powodu braku dostępu do profesjonalnej opieki paliatywnej. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że dostęp do leczenia bólu i wsparcia paliatywnego jest nierównomierny globalnie. Jeśli alternatywy terapeutyczne są ograniczone, decyzja o zakończeniu życia może nie być w pełni autonomiczna, lecz wynikać z braku realnych opcji. Z tego względu część autorów postuluje, by rozwój opieki paliatywnej był warunkiem wstępnym ewentualnej legalizacji samobójstwa wspomaganego¹⁷.

3. Etyka katolicka wobec eutanazji i samobójstwa wspomaganego

List *Samaritanus bonus* określa eutanazję jako czyn wewnętrznie zły: działanie, którego zło tkwi w przedmiocie czynu i które nie może być uzasadnione żadnymi intencjami czy okolicznościami¹⁸. Eutanazja jako bezpośrednie pozbawienie życia osoby niewinnej zawsze jest sprzeczna z dobrem osoby i jest moralnie nie do przyjęcia. Osoba jest podmiotem, którego nigdy nie można redukować do kategorii przedmiotu¹⁹. Osoba ma wartość ontologiczną, której nic nie może podważyć – ani choroba, ani cierpienie, ani utrata funkcji psychofizycznych²⁰. Tak pojmowana godność nie jest zależna od subiektywnej oceny stanu zdrowia czy stopnia sprawności. W ujęciu personalistycznym człowiek nie jest nigdy środkiem do celu, lecz zawsze celem sam w sobie, co implikuje, że życia ludzkiego nie można traktować jako dobra podlegającego kalkulacjom efektywności czy użyteczności²¹. Życie ludzkie nie jest ideą lub abstrakcją, ale konkretną rzeczywistością istoty, która żyje, działa i rozwija się. Każdy człowiek jest stworzony z miłości na Boży obraz i podobieństwo (por. Rdz 1, 20).

17 Por. World Health Organization, Palliative care, 5.08.2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (09.01.2026).

18 Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus*, V.

19 Por. Franciszek, Encyklika *Laudato si'*, 24.05.2015, 81.

20 Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus*, I–II.

21 Por. Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna* I, 29.

Eutanazja jest zatem nie do zaakceptowania z punktu widzenia moralnego. Kościół postrzega eutanazję jako przestępstwo przeciwko życiu ludzkiemu, ponieważ tym aktem człowiek decyduje się bezpośrednio spowodować śmierć innej niewinnej istoty ludzkiej. *Evangelium vitae* ocenia eutanazję jako gwałt zadany prawu Bożemu, obrazę godności osoby ludzkiej, zbrodnię przeciw życiu, działanie przeciw ludzkości, niepokojące wynaturzenie²². Tylko Bóg może decydować o życiu człowieka w sposób absolutny. Człowiek nie może rozporządzać dobrowolnie swoim życiem, ponieważ jest on tylko użytkownikiem, a nie właścicielem życia.

W świetle takiej koncepcji człowieka eutanazja – zarówno czynna jak i bierna – jawi się jako działanie niedopuszczalne i jest sprzeczna z obiektywną normą moralną. Do żadnej formy eutanazji zarówno dobrowolnej, jak i niedobrowolnej nie upoważnia też litość wobec terminalnie chorych, dzieci upośledzonych, chorych umysłowo, osób starszych czy dotkniętych przez nieuleczalne choroby. Według Karty Pracowników Służby Zdrowia „nie chodzi w tym wypadku o udzielenie choremu pomocy, ale o zamierzone zabójstwo człowieka”²³. Lekarze i pielęgniarki nie mogą pomagać w żadnej praktyce eutanazji. Nie może być ona nigdy usprawiedliwiona, nawet wówczas gdy jest dokonywana na żądanie pacjenta²⁴.

Również wspomagane samobójstwo jest oceniane negatywnie, choć jego formalny charakter różni się od eutanazji. Mimo tego, że to chory sam podejmuje śmiertelny akt, odpowiedzialność moralna lekarza lub innej osoby polega na dostarczeniu mu środków do popełnienia samobójstwa. Taki udział jest współsprawstwem w akcie, który niszczy życie, i jako taki jest moralnie niedopuszczalny²⁵.

Z klinicznego punktu widzenia czynnikami, które w największym stopniu powodują żądanie eutanazji lub samobójstwa wspomagane, jest ból, brak nadziei oraz niewystarczająca pomoc psychologiczna i duchowa ze strony osób opiekujących się chorym. Nauczanie Kościoła

²² Por. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 66.

²³ Papieska Rada do spraw Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995, nr 117.

²⁴ Por. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 66.

²⁵ Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus*, V.

podkreśla, że „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”²⁶. Chory, który doświadcza obecności drugiego człowieka oraz chrześcijańskiego wsparcia, może przezwyciężyć wszelkie formy depresji i nie popada w lęk charakterystyczny dla tych, którzy czują się osamotnieni i pozostawieni swemu przeznaczeniu w cierpieniu i śmierci²⁷.

List *Samaritanus bonus* odnosi się również do duszpasterskich sytuacji, w których osoba dąży do eutanazji lub samobójstwa wspomaganego i chce przyjąć sakramenty, szczególnie sakrament pojednania oraz sakrament namaszczenia chorych czy wiatyk. Kościół przypomina, że aby otrzymać rozgrzeszenie w sakramencie pokuty, wierny musi okazać szczerą skruchę, czyli żal za grzechy i wolę ich porzucenia oraz postanowienie poprawy wiążące się z intencją, że penitent nie będzie popełniał grzechu w przyszłości. Jeżeli ktoś wyraźnie poprosił o eutanazję lub samobójstwo wspomaganie, to brakuje takiej osobie dyspozycji do przyjęcia sakramentu pokuty z rozgrzeszeniem, namaszczenia chorych, a także wiatyku do momentu, gdy penitent nie zmieni intencji i nie wycofa prośby o eutanazję lub samobójstwo wspomaganie²⁸.

W przypadkach gdy osoba utraciła świadomość, duchowny może udzielić sakramentów warunkowo, jeżeli istnieją dostateczne przesłanki, by sądzić, że osoba żałuje i pragnie sakramentu i jeśli można domniemywać żal na podstawie jakiegoś znaku danego wcześniej przez chorą osobę. List jasno stwierdza, że obecność kapłana w momencie wykonania eutanazji lub wspomaganego samobójstwa jest niedopuszczalna, gdyż mogłaby być zrozumiana jako aprobowanie czynu albo współudział w grzechu, co samo w sobie jest sprzeczne z powołaniem duszpasterza²⁹.

26 Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, 5.05.1980, 2.

27 Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus*, V.1.

28 Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus*, V.11.

29 Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus*, V.11.

4. Opieka paliatywna i zasada podwójnego skutku

Wskazywaną alternatywą wobec eutanazji i samobójstwa wspomaganego jest opieka paliatywna, czyli całościowe podejście do pacjenta, które uwzględnia fizyczne, emocjonalne, społeczne i duchowe aspekty cierpienia³⁰. *Samaritanus bonus* zdecydowanie promuje rozwój opieki paliatywnej, która łagodzi ból bez intencji skracania życia³¹.

Zgodnie z Deklaracją o eutanazji chory może złagodzić swoje cierpienie, stosując środki przeciwbólowe, również narkotyki. „Nie byłoby roztropnym kłaść jako normę zasadniczą heroiczne znoszenie cierpień. Przeciwnie, roztropność ludzka i chrześcijańska sugeruje dla większej części chorych używanie leków, które mogą zmniejszyć cierpienie”³². Środki te, choćby nawet ograniczały świadomość i pośrednio skracają życie, można stosować pod warunkiem zachowania wymogów prawa moralnego. *Evangelium vitae* podkreśla, że nie należy traktować terapii paliatywnych jako eutanazji.

Trzeba zaznaczyć, że stosowanie środków uśmierzających ból nie może bezpośrednio godzić w życie człowieka. Jeśli stosuje się środki analgetyczne, aby skrócić życie chorego, to mamy do czynienia z eutanazją czynną, czyli zabiciem człowieka. Kiedy jednak stosowanie środków uśmierzających powoduje samo przez się dwa różne skutki, z jednej strony ulżenie w bólu, a z drugiej skrócenie życia, to jest ono dozwolone³³. Chodzi tu o zamierzenie pośrednie i opartą na nim zasadę podwójnego skutku. Mówi ona, że wolno podjąć działanie, z którego wynika nawet śmierć człowieka, jeżeli podmiot owego działania nie zamierza tej śmierci, lecz jedynie ją dopuszcza lub toleruje jako skutek niemożliwy do uniknięcia³⁴. W tym przypadku jest bowiem jasne, że śmierć nie była chciana ani też poszukiwana. Ryzykuje się z powodów rozumowych: należy po prostu łagodzić ból skutecznie, używając w tym

30 Por. Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus*, IV.

31 Por. Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus*, II.

32 Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, 3.

33 Pie XII, *Réponses à trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie*, 24.02.1957, „*Acta Apostolicae Sedis*” 49 (1957), s. 146.

34 Por. T. Ślipko, *Życie i płeć człowieka. Przedmałżeńska etyka seksualna. Etyczny problem samobójstwa*, Kraków 1978, s. 505.

celu środków uśmierających, jakimi dysponuje medycyna³⁵. Ponadto ważne jest postawienie pytania, czy aktualny stan wiedzy nie pozwoli na to, by osiągnąć taki sam rezultat przy pomocy innych środków.

U kresu ludzkiego życia konieczne jest zapewnienie choremu wsparcia. Obejmuje ono opiekę psychosocjalną i duchową, pielęgnację oraz poprawę jakości życia. Istotną rolę pełni tu obecność przy chorym, umiejętność słuchania i rozmowy, a także wsparcie rodziny. Człowiek wierzący nie odbiera doświadczenia bólu tylko w kategoriach zła, lecz dzięki zbawczej śmierci Chrystusa widzi w nim sens. „Można powiedzieć, że wraz z męką Chrystusa całe ludzkie cierpienie znalazło się w nowej sytuacji (...). W Krzyżu nie tylko odkupienie dokonało się przez cierpienie, ale samo cierpienie ludzkie zostało też odkupione”³⁶. Szczególną rolę w przekazywaniu tych prawd pacjentom odgrywają duszpasterze posługujący w hospicjach i szpitalach³⁷.

Nauczanie Kościoła podkreśla konieczność towarzyszenia osobom w cierpieniu i umieraniu w sposób pełen pocieszenia, nadziei i współczucia. Duszpasterstwo winno pomagać choremu w odnalezieniu sensu cierpienia i godności życia aż do naturalnego końca. Ważne jest prowadzenie dialogu z różnymi środowiskami społecznymi w języku zrozumiałym poza kręgiem religijnym, akcentując fundamentalne wartości: solidarność, godność i wspólnotę³⁸.

5. Rezygnacja z uporczywej terapii i prawo do śmierci

Od zamierzonego dokonania eutanazji i samobójstwa wspomaganego należy odróżnić zezwolenie na śmierć. Z eutanazją nie jest równoznaczna rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych³⁹. Lekarz nie jest zobowiązany do stosowania środków nieproporcjonalnych, a jego postępowanie nie jest wówczas eutanazją. Gdy stan chorego nie daje

35 Por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, 3.

36 Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, 19.

37 Por. J. Dziedzic, *Eutanazja*, w: *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 158.

38 Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus*, II.

39 Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 65.

nadziei na poprawę, lekarz ma moralne prawo nie stosować intensywnej terapii ani reanimacji, lecz pozwolić pacjentowi spokojnie umrzeć.

Ochrona godności umierania oznacza wykluczenie zarówno przyspieszania śmierci, jak i jej opóźniania przy pomocy tzw. „uporczywej terapii”. Dzisiejsza medycyna dysponuje środkami, które mogą sztucznie opóźniać śmierć, bez rzeczywistych korzyści dla pacjenta w takich przypadkach. Dlatego w obliczu nieuchronnej śmierci uzasadnione jest zgodne z wiedzą i sumieniem podjęcie decyzji o rezygnacji z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia. Nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach⁴⁰.

Dozwolona jest rezygnacja z uporczywych terapii oraz nieproporcjonalnych środków, które jedynie przedłużają cierpienie bez realnej perspektywy poprawy. W odróżnieniu od eutanazji rezygnacja z uporczywej terapii nie ma na celu spowodowania śmierci, ale jest akceptacją naturalnego procesu umierania⁴¹. Istnieją również granice, do jakich pacjent jest zobowiązany poddać się leczeniu. Najbardziej oczywiste i podstawowe ograniczenie dotyczy efektywności leczenia i jego uciążliwości. Jeżeli szanse wyleczenia, przywrócenia sprawności są małe lub żadne, pacjent nie musi poddawać się leczeniu. Może on też odrzucić leczenie, gdy nie jest w stanie zapłacić ceny bólu lub okaleczenia, jakich ono wymaga.

Przedłużanie funkcji biologicznych za wszelką cenę nie zawsze służy dobru osoby. Jan Paweł II podkreśla, że wartość życia nie polega wyłącznie na jego wymiarze biologicznym, lecz na jego osobowym charakterze⁴². „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, niebezpiecznych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa uporczywej terapii. Nie zamierza się w ten sposób spowodować śmierci; przyjmuje się, że nie można jej przeszkodzić”⁴³.

W tym kontekście szczególnie dyskutowanym przypadkiem jest trwały stan wegetatywny i kontynuowanie odżywiania i nawadniania.

40 Por. Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus*, nr V.2.

41 Por. Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus*, nr V.2.

42 Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium vitae*, 65.

43 *Katechizm Kościoła katolickiego*, 2278.

Zdaniem Kongregacji Nauki Wiary sztuczne odżywianie i nawadnianie jest co do zasady środkiem zwyczajnym i moralnie obowiązkowym, o ile spełnia swoją funkcję i nie powoduje nadmiernych obciążeń⁴⁴. Etyka katolicka dopuszcza możliwość zaprzestania sztucznego odżywiania i nawadniania, gdy: 1) organizm nie jest już zdolny do przyswajania pokarmu, 2) pojawiają się poważne powikłania, 3) środek nie spełnia swojego celu, 4) stanowi nadmierne obciążenie dla chorego. Takie stanowisko wynika z ogólnych zasad zawartych w *Iura et bona* (IV) oraz w *Katechizmie*⁴⁵. List *Samaritanus bonus* doprecyzowuje, że w fazie agonii, gdy organizm nie jest w stanie przyjąć pokarmu i płynów, ich podawanie może stać się nieproporcjonalne⁴⁶.

Zaliczając odżywianie i nawadnianie do form opieki, trzeba stwierdzić, że „gdy dostarczanie składników odżywczych i płynów fizjologicznych nie przynosi żadnej korzyści pacjentowi, ponieważ jego organizm nie jest już w stanie ich wchłonąć czy przyswoić, należy wstrzymać ich podawanie. [...] Obowiązkowy charakter [...] pielęgnacji chorego poprzez odpowiednie nawadnianie i odżywianie może wymagać w niektórych przypadkach zastosowania sztucznych metod, pod warunkiem że nie jest ono szkodliwe dla chorego oraz nie powoduje niedopuszczalnego cierpienia dla pacjenta”⁴⁷.

Papież Franciszek, powołując się na Deklarację o eutanazji, podkreśla, że jest moralnie dozwolone zrezygnowanie ze stosowania środków terapeutycznych lub zawieszenie ich stosowania, kiedy ich użycie nie jest zgodne z etycznym i humanistycznym kryterium, które w dalszym ciągu będzie określane jako „proporcjonalność terapii”⁴⁸.

W celu ustalenia, czy dana interwencja medyczna jest rzeczywiście proporcjonalna, potrzebne jest uważne rozeznanie uwzględniające

44 Kongregacja Nauki Wiary, Odpowiedzi na pytania Konferencji Episkopatu USA dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania, 01.08.2007, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_pl.html (09.01.2026).

45 Katechizm Kościoła katolickiego, 2278.

46 Por. Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus*, nr V.

47 Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus*, V. 3; por. P. Sułko, *Problemy moralne dotyczące odżywiania i nawadniania terminalnie chorych w uporczywej terapii*, Kraków 2025, s. 139–172.

48 Por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, 4.

przedmiot moralny, okoliczności oraz intencje podmiotów, których to dotyczy. Trzeba wziąć pod uwagę, że to przede wszystkim pacjent – jak zauważa katechizm – jest uprawniony do tego, by wraz z lekarzem ocenić proponowane mu leczenie i osądzić jego faktyczną proporcjonalność w konkretnej sytuacji, zobowiązując do rezygnacji z niego w wypadku rozeznania braku tej proporcjonalności (terapia daremna). Uwzględniając współczesną działalność medyczną, w której relacja terapeutyczna staje się coraz bardziej fragmentaryczna, a czynność medyczna musi uwzględniać różnorakie mediacje, jakich wymaga kontekst technologiczny i organizacyjny, ocena ta jest niełatwa⁴⁹.

Równocześnie wobec pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym powinno się stosować zwykłe metody leczenia (środki proporcjonalne) i towarzyszyć mu w umieraniu. W obliczu nieuchronnej śmierci pacjenta ważne jest przesunięcie nacisku z leczenia na zapewnienie komfortu i polepszenie jakości pozostałego mu jeszcze czasu. Człowiek ma prawo do umierania i śmierci we własnym domu, w otoczeniu najbliższej rodziny.

Zakończenie

Współczesna debata nad eutanazją i samobójstwem wspomaganym ujawnia głębokie napięcie pomiędzy afirmacją autonomii jednostki a nienaruszalnością życia ludzkiego. Analiza definicji obu zjawisk pokazuje, że precyzja pojęciowa nie ma jedynie znaczenia terminologicznego, lecz stanowi fundament dalszej argumentacji etycznej i prawnej. Kościół katolicki konsekwentnie podtrzymuje stanowisko, iż zarówno eutanazja, jak i samobójstwo wspomagane są moralnie niedopuszczalne, ponieważ zakładają spowodowanie śmierci, która staje się sposobem rozwiązywania problemu cierpienia. Tym samym wpisują się w logikę działania sprzeczną z personalistycznym rozumieniem godności osoby ludzkiej.

49 Por. Franciszek, *Lekarz nie może nigdy opuścić chorego*. Przesłanie do uczestników regionalnego europejskiego spotkania poświęconego kwestii końca życia, 07.11.2017, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/franciszek_i/przemowienia/koniec_zycia_07112017 (09.01.2026).

Procesy legalizacyjne obserwowane w niektórych państwach stanowią istotne wyzwanie dla tej wizji antropologicznej. Argumentacja na rzecz legalizacji najczęściej odwołuje się do kategorii autonomii, jakości życia oraz współczucia wobec cierpiących. Kościół wskazuje jednak na ryzyko przekształcenia prawa do ochrony życia w prawo do jego zakończenia, co prowadzi do zmiany paradygmatu medycyny z opieki i towarzyszenia choremu aż do naturalnej śmierci do działania powodującego śmierć na życzenie pacjenta, a nawet bez jego zgody. W tym kontekście debata nie dotyczy jedynie indywidualnych wyborów, lecz kształtu kultury prawnej i etycznej całych społeczeństw.

Szczególne znaczenie w argumentacji Kościoła zajmuje rozwój terapii paliatywnych. Medycyna paliatywna, właściwie rozumiana i dostępna, stanowi realną alternatywę wobec eutanazji i samobójstwa wspomaganego, gdyż odpowiada na cierpienie poprzez profesjonalną opiekę, łagodzenie bólu oraz wsparcie psychologiczne i duchowe. Ukazuje ona, że odpowiedzią na doświadczenie bólu i cierpienia nie musi być eliminacja życia, lecz solidarne towarzyszenie osobie chorej. W tym sensie troska paliatywna wpisuje się w „kulturę życia” przeciwstawioną „kulturze odrzucenia” i marginalizacji najsłabszych.

Jednocześnie Kościół wyraźnie odróżnia eutanazję od rezygnacji z uporczywej terapii. Akceptacja naturalnego kresu życia, gdy środki medyczne stają się nieproporcjonalne lub nadzwyczajne, nie oznacza intencji spowodowania śmierci, lecz uznanie jej za nieuchronną. To rozróżnienie ma kluczowe znaczenie dla zachowania równowagi między obowiązkiem ochrony życia a unikaniem uporczywego przedłużania procesu umierania. Pozwala ono zachować zarówno szacunek dla godności osoby, jak i realizm wobec granic medycyny.

Kościół we współczesnej debacie nad eutanazją i samobójstwem wspomaganym nie ogranicza się do normatywnego sprzeciwu. Przedstawia on integralną propozycję antropologiczną i etyczną, w której centralne miejsce zajmuje godność osoby ludzkiej. Kościół naucza, że człowiek nie może dowolnie rozporządzać życiem, ponieważ nie jest jego właścicielem, ale tylko użytkownikiem. Panem życia i śmierci jest bowiem Bóg. W obliczu dynamicznych przemian prawnych i kulturowych stanowi to pozostaje wyzwaniem, ale i zaproszeniem do pogłębionej refleksji

nad granicami wolności, sensem cierpienia oraz społeczną odpowiedzialnością za najbardziej bezbronnych.

Bibliografia

- Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe – was heißt das?, NDR, 19.11.2025, <https://www.ndr.de/kultur/Sterbehilfe-Was-ist-in-Deutschland-straefbar-und-was-ist-erlaubt,sterbehilfe386.html> (12.01.2026).
- Battin M., van der Heide A., Ganzini L., van der Wal G., Onwuteaka-Philipsen B. D., *Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: Evidence concerning the impact on patients in „vulnerable” groups*, „Journal of Medical Ethics” 33 (2007) nr 10, s. 591–597, <https://doi.org/10.1136/jme.2007.022335>.
- Cheng M., Wang A., *Private forums show Canadian doctors struggle with euthanizing vulnerable patients*, AP News, 16.10.2024, <https://apnews.com/article/euthanasia-ethics-canada-doctors-nonterminal-nonfatal-cases-dfe59b1786592e31d9eb3b826c5175d1> (10.01.2026).
- Cohen-Almagor R., *Euthanasia in the Netherlands*, Springer Dordrecht 2004.
- Dierickx K., Deliëns L., Cohen J., Chambaere K., *Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases*, „BMC Psychiatry” 17 (2017) artykuł nr 203, <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1369-0>.
- Dziedzic J., *Eutanazja*, w: *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 153–159.
- Franciszek, *Encyklika Laudato si'*, 24.05.2015.
- Franciszek, *Lekarz nie może nigdy opuścić chorego. Przesłanie do uczestników regionalnego europejskiego spotkania poświęconego kwestii końca życia*, Watykan, 07.11.2017, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/franciszek_i/przemowienia/koniec_zycia_07112017 (09.01.2026).
- Ganzini L., Nelson H. D., Schmidt T. A., Kraemer D. F., Delorit M. A., Lee M. A., *Physicians' experiences with the Oregon death with dignity act*, „New England Journal of Medicine” 342 (2000) nr 8, s. 557–563, <https://doi.org/10.1056/NEJM20000224342080>.
- Hodel M. A., Hoff P., Irwin S. A., Biller-Andorno N., Riese F., Trachsel M., *Attitudes toward assisted suicide requests in the context of severe and per-*

- sistent mental illness: A survey of psychiatrists in Switzerland, „Palliative and Supportive Care” 17 (2018), s. 621–627.
- Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae* o wartości i nienaruszalności ludzkiego życia, 25.03.1995.
- Jan Paweł II, List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia *Salvifici doloris*, 11.02.1984.
- Katechizm Kościoła katolickiego, Poznań 1994.
- Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, 5.05.1980.
- Kongregacja Nauki Wiary, List *Samaritanus bonus* o opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia, 22.09.2020.
- Kongregacja Nauki Wiary, Odpowiedzi na pytania Konferencji Episkopatu USA dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania, 01.08.2007, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_pl.html (09.01.2026).
- Mroz S., Deliens L., Cohen J., Chambaere K., *Developments under assisted dying legislation: The experience in Belgium and other countries*, „Deutsches Ärzteblatt International” 119 (2022), s. 829–835, <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0378>.
- Papieska Rada do spraw Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995.
- Pereira J., *Legalizing euthanasia or assisted suicide: The illusion of safeguards and controls*, „Current Oncology” 18 (2011) nr 2, s. 38–45, <https://doi.org/10.3747/co.v18i2.883>.
- Pie XII, *Réponses à trois questions religieuses et morales concernant l’anal-gésie*, 24.02.1957, „Acta Apostolicae Sedis” 49 (1957), s. 129–147.
- Raus K., *The extension of Belgium’s euthanasia law to include competent minors*, „Journal of Bioethical Inquiry” 13 (2016) nr 2, s. 305–331, <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9705-5>.
- Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2022*, https://english.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/annual-reports/archive/annual-report/annual-reports/RTE_JV2022_ENGELS.pdf (09.01.2025).
- Ślipko T., *Życie i płęć człowieka. Przedmatrzeńska etyka seksualna. Etyczny problem samobójstwa*, Kraków 1978.
- Sułko P., *Problemy moralne dotyczące odżywiania i nawadniania terminalnie chorych w uporczywej terapii*, Kraków 2025.

Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna*, I.

Vañó L. F., Sanchís-López A., Arce-Recatalá C., *Comparative legal and bio-ethical erspectives on euthanasia and assisted suicide: a systematic review of european frameworks*, "BMC Medical Ethics" 27 (2026), artykuł nr 97, <https://doi.org/10.1186/s12910-026-01410-w>.

Wach B., *Argumenty w sporze o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa*, cz. 1, „Analiza i Egzystencja” (2018) nr 42, s. 95–113, <https://doi.org/10.18276/aie.2018.42-05>.

World Health Organization, *Palliative care*, 5.08.2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (09.01.2026).