

ETYCZNE GRANICE TRANSPLANTACJI

Na przestrzeni zaledwie kilkudziesięciu lat dokonano się w medycynie przeszczepowej przejście od kontrowersyjnych prób eksperymentalnych do uznanej i znaczącej terapii medycznej. Transplantologia stała się niekwestionowaną i cenioną dziedziną medycyny. Ten szybki postęp w terapii przeszczepowej otworzył całkiem nowe możliwości i obudził nadzieje wielu pacjentów, którzy wcześniej nie mieli żadnych szans na wyleczenie, a nawet na przeżycie. Tak więc analizowane poniżej problemy mają znaczenie nie tylko teoretyczne, ale przede wszystkim swoje praktyczne oblicze: „być albo nie być” dla wielu ludzi chorych.

Rosnące możliwości terapeutyczne związane są jednak nierozzerwalnie z nowymi wyzwaniem etycznymi. Nic więc dziwnego, że etyka personalistyczna nie może pomijać tego zjawiska. Aby jednak od początku uniknąć nieporozumień, *zadaniem refleksji bioetycznej nie jest ograniczanie transplantologii*, co mógłby sugerować tytuł referatu, *lecz określenie wymogów (w tym sensie granic), które powinny spełnić działania medycyny przeszczepowej*, aby można było kwalifikować je jako moralnie dobre.

W każdej dziedzinie ludzkiej działalności, a w medycynie niewątpliwie w sposób zwielokrotniony, rodzi się pokusa, aby wszystko, co jest wykonalne, uznać za dopuszczalne, a co za tym idzie, wypróbować i zastosować w imię szczytnych celów, np. ratowania ludzkiego życia i zdrowia. Zadaniem etyki zaś jest nazwanie po imieniu, jakie ludzkie działania można uznać za moralnie dobre i godziwe, a jakie są moralnie złe i przez to niedopuszczalne, nawet kiedy są technicznie możliwe do wykonania.

Reprezentując bioetykę promującą osobę ludzką jako fundamentalną wartość, a w konsekwencji chroniącą życie i zdrowie każdej ludzkiej jednostki jako dobro podstawowe, chciałbym zaprosić Państwa do refleksji nad dobrem, które staje się udziałem człowieka za sprawą transplantologii, ale także nad zagrożeniami, które powstają, jeżeli nie przestrzega się odpowiedzialnie sformułowanych norm etycznych.

Ponieważ najistotniejsze problemy etyczne w transplantologii dotyczą obu bezpośrednio dotkniętych ingerencją chirurgiczną podmiotów, mianowicie *biorky* i *dawcy*, im poświęcone zostaną dwa kolejne etapy refleksji normująco-wartościującej. Właściwą refleksję rozpoczniemy od biorky, którego sytuacja moralnie wydaje się być mniej złożona.

1. Wymogi etyczne w odniesieniu do *biorky*

Wymogi chroniące prawa *biorcy* można w skondensowanej formie zebrać następująco: podjęte działania implantacyjne „posiadają charakter terapeutyczny i jawią się jako jedyna szansa uratowania życia czy zdrowia pacjenta, po wyczerpaniu innych, bardziej prostych i pewniejszych metod, a jednocześnie ryzyko związane z takimi zabiegami jest skompensowane przez spodziewane wyniki dobroczynne”¹. Z pozycji personalistycznych spośród implantowanych organów wyklucza się mózgowie i gruczoły płciowe², „które zapewniają tożsamość osobową i prokreacyjną osoby” (KPSZ 88).

Podejmując ocenę moralną takich działań, należy przypomnieć jedno z pryncypiów etyki medycznej, że zabiegi tego typu są niemoralne, jeśli bezpośrednio nie wyraził na nie zgody pacjent lub osoba go reprezentująca. Jest to tym ważniejsze, że nie wszystkie transplantacje kończą się sukcesem, a tym samym pacjent sam musi rozstrzygnąć, czy decyduje się na całe związane z tą formą terapii ryzyko. Pacjentowi przysługuje niezaprzeczone prawo do rezygnacji z terapii oraz do wycofania wcześniejszej zgody, które lekarz obowiązany jest respektować. W stosunku do fundamentalnego pryncypium dobra pacjenta określanego przez lekarza priorytet zyskuje, jak widać, prawo chorego do wyrażenia świadomości i w sposób wolny swojej woli.

Zadaniem lekarza jest kompetentna pomoc doradcza i wyjaśniająca, a także - po wyrażeniu zgody na leczenie transplantacyjne - psychiczne wsparcie w okresie napięć spowodowanych niepewnością i czasem oczekiwania. Jako normę należy przy tym przyjąć, że im prawdopodobieństwo udanego leczenia transplantacyjnego jest mniejsze, tym sumienniej prowadzący lekarz jest zobowiązany do rozważenia, czy i w jakim stopniu ta forma terapii może być wskazana. Jako obowiązek moralny należy wtedy wskazać konieczność poszukiwania rozwiązań alternatywnych, tak gdy idzie o materiał przeszczepowy, jak też o zastosowanie terapii farmakologicznej. Zwłaszcza przy terapiach nie do końca wypróbowanych istnieje szczególna etyczna odpowiedzialność, w przypadku ich podejmowania. Istotne jest także, aby podejmowana terapia miała na względzie nie tylko dodanie do życia pacjenta nowych lat, lecz przede wszystkim poprawę jakości jego życia.

2. Wymogi etyczne w odniesieniu do *dawcy*

Aby zobaczyć problematykę dawstwa narządów i tkanek we właściwym świetle, warto odwołać się do Katechizmu Kościoła katolickiego, ogłoszonego

¹ J. Wróbel, Dawstwo organów w perspektywie teologicznomoralnej i pastoralnej (wybrane aspekty), „Roczniki Teologiczne” 44(1997), z. 3, 55.

² Jako uzasadnienie takiego zakazu stwierdza się w *Karcie Pracowników Służby Zdrowia*: „Chodzi o narządy, dzięki którym ciało w sposób specyficzny nabiera niepowtarzalnej jedyności osoby, do której ochrony jest zobowiązana medycyna” (88). Częściowo takie wykluczenie znajduje się też w polskiej ustawie transplantacyjnej, ale tylko w formie wyłączenia z zakresu regulacji, nie zaś imperatywnie: „ustawa nie dotyczy pobierania i przeszczepiania komórek rozrodczych i gonad, tkanek embrionalnych i płodowych oraz narządów rozrodczych i ich części” (art. 1.2).

w 1992 roku autorytetem Papieża Jana Pawła II. W tym dokumencie stwierdza się, że dawstwo organów „jest czynem szlachetnym i godnym pochwały” (nr 2296) jako gest bezinteresowności i heroizm dnia codziennego. W następnym zdaniu dodano ponadto, że „należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności”. Taki jest zasadniczy kierunek postrzegania medycyny przeszczepowej przez etykę katolicką.

Problem pozyskiwania organów i tkanek do przeszczepów odnosi się do drugiego podmiotu, czyli do *dawcy*, przy czym zaznaczamy od razu, że skoncentrujemy się na przeszczepach allogenicznych (homologicznych) - w ramach tego samego gatunku³. Od czasu podjęcia pierwszych prób transplantacyjnych nie budziło większych zastrzeżeń pobieranie organów i tkanek z ludzkich zwłok. Rozpatrując zagadnienie z perspektywy etycznej godziwości, zwracano jednak uwagę na konieczność wypełnienia jasno sprecyzowanych warunków medyczno-etycznych, które omówimy poniżej. Teraz skoncentrujemy się krótko na pobieraniu materiału transplantacyjnego od osób żywych. Pobranie materiału do przeszczepu od osoby żywej jest o wiele bardziej kontrowersyjne (zagrożenie zdrowia i życia dawcy, naruszenie integralności jego organizmu⁴), nawet w przypadku istnienia dodatkowego wymogu bliskiego pokrewieństwa, jak to ma miejsce w ustawodawstwie polskim. Może szczególnie przez ten wymóg dawca nie może być w pełni wolny w swojej decyzji, ponieważ czuje się związany obowiązkiem pomocy krewnemu, a tym samym dochodzą do głosu różne konflikty etyczne i psychologiczne. Z drugiej strony, biorca także nie znajduje się w sytuacji komfortowej, jeśli przemyśleć jego powiązania z dawcą, a także możliwość wystąpienia poczucia winy za zdrowotne osłabienie dawcy lub za jego niezawinioną śmierć.

Nie zmniejszają tych trudności także fundamentalne wymogi, że transplantacja nie może być przeprowadzona za cenę trwałego kalectwa lub śmierci dawcy i może nastąpić tylko za wyraźną jego zgodą (KKK 2296). Jeżeli jeszcze dodać wymaganie proporcjonalności między zagrożeniami i ryzykiem (fizycznym i psychicznym!) oraz spodziewanym dobrem, to niełatwo o moralne przyzwolenie na pobieranie organów parzystych od żywych dawców. Stąd biorąc pod uwagę wielość i powagę pojawiających się problemów etycznych, należy najpierw do końca wykorzystać możliwości istniejące w eksplantacji ze zwłok⁵, choć arbitralnie nie można takiej możliwości wykluczyć. Nie trzeba dodawać, że wiwisekcja jest z moralnego punktu widzenia absolutnie

³ Pomijamy przeszczepy autogeniczne (w ramach jednego organizmu), ksenotransplantacje i alloplastykę czyli wykorzystanie materiałów niebiologicznych.

⁴ Ten ostatni problem kompetentnie omawia np.: J. Wróbel, Dawstwo organów a obowiązek poszanowania integralności ciała ludzkiego, „Roczniki Teologiczne” 45(1998), z. 3, 109-124.

⁵ W opracowaniach problemu pisze się o jednoznacznym pierwszeństwie eksplantacji ze zwłok przed uzyskiwaniem materiału od osób żywych, np. E. Nagel, Ethik in der Medizin: Fragestellungen aus dem Bereich der Transplantationsmedizin, w: Herausforderung Ethik in der Medizin. Beiträge aus der Medizinischen Hochschule Hannover, Hrsg. Benzenhöfer U., Frankfurt a.M. - Berlin (i in.) 1994, 104.

zakazana. Na tym możemy zakończyć analizę sytuacji etycznej żywego dawcy, skupiając się na pobieraniu materiału ze zwłok ludzkich.

Pozyskiwanie odpowiednich organów i tkanek do przeszczepów jest jednym z najistotniejszych problemów transplantologii. Wspominałem już, że najbezpieczniejszym medycznie i etycznie źródłem transplantatów są martwi dawcy. Problem w tym, że eksplantowany materiał przeszczepowy powinien być „tak żywy, jak to możliwe, i równocześnie tak martwy, jak to konieczne”.

Fundamentalne wyznaczniki godziwości etycznej eksplantacji materiału transplantacyjnego ze zwłok ludzkich dają się - w myśl wspólnego oświadczenia przedstawicieli Kościołów niemieckich⁶ - sprowadzić do kilku istotnych. Jeżeli eksplantacja spełnia poniższe wymogi, to ani nie obraża „godności zmarłych”, ani nie narusza ich spokoju. Takimi wymogami są:

- Możliwość pobrania narządów nie może ograniczać wysiłków wokół ratowania życia dawcy i jego leczenia ani w nich przeszkodzić.
- Zgon dawcy musi zostać przed eksplantacją ponad wszelką wątpliwość stwierdzony.
- Muszą zostać wypełnione prawne wymogi eksplantacji.
- Eksplantacja musi uszanować „godność zmarłego” i nie może lekkomyślnie obrażać uczuć jego bliskich.
- Organy muszą być rozdzielone według merytorycznie i etycznie uzasadnionych kryteriów.

Ostatni z wymienionych wymogów dotyczy etycznie i merytorycznie poprawnej *reglamentacji* (alokacji) organów i tkanek, których jest wielokrotnie mniej niż oczekujących biorców. W podtekście doczytać się można starania o zabezpieczenie przed nadużyciami, z których najistotniejsze w tym względzie określane jest mianem komercjalizacji lub handlu narządami. Wymóg ten świadomie pominiemy, jako że jest to osobny kompleks problemowy⁷, a jego przedstawienie rozsądziłoby ramy niniejszego wystąpienia.

Jako bezdyskusyjną normę fundamentalną przyjmuje się, że niedopuszczalne jest czekanie na czyjąś śmierć ani wymiana „życie za życie”, w wymiarze uśmiercenia jednej osoby dla ratowania życia drugiej. Stąd *dwa pierwsze warunki* określają, że podstawą możliwości pobrania materiału

⁶ Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bonn - Hannover 1990, 21.

⁷ Kryterium sprawiedliwości, które stanowi istotny miernik życia społecznego, wyznacza niełatwą drogę transplantologii, mianowicie rozdział bardzo ograniczonych zasobów materiału przeszczepowego i nakładów finansowych. W miarę satysfakcjonujące rozwiązanie pierwszego problemu próbuje się osiągnąć, korzystając z dwu pryncypiów: możliwie najlepszego wykorzystania organu lub tkanki oraz medycznej konieczności, które mogą zarówno współdziałać, jak i występować przeciw sobie. Wykorzystanie w tym celu danych obiektywnych (kompatybilność tkankowa, stopień natychmiastowej konieczności oraz czas oczekiwania) nie rozwiązuje samo z siebie problemu rozdziału (podobnie jak kryteria wieku biorcy oraz stabilności jego otoczenia psychosocjalnego (opieka pooperacyjna), gdyż ostatecznie i tak pozostaje on dylematem do każdorazowego rozstrzygnięcia. Stąd konieczność tworzenia odpowiednich gremiów kwalifikujących i kontrolnych. Z perspektywy budowania zaufania społecznego do terapii transplantacyjnej konieczne jest, aby reguły rozdziału organów i tkanek były transparentne i możliwe do skontrolowania. Ponadto podnosi się jeszcze problem następstw społeczno-kulturowych działań transplantacyjnych.

transplantacyjnego od osoby zmarłej jest optymalne leczenie każdego pacjenta aż do jego śmierci, a następnie znalezienie możliwie pewnego kryterium śmierci⁸. O ile pierwszy wymóg nie powinien rodzić większych problemów, jest bowiem praktyczną transpozycją pryncypium służenia dobru pacjenta, o tyle rozstrzygające znaczenie posiada wymaganie dotyczące kryterium śmierci, które niesie ze sobą określone trudności.

a. Kryterium śmierci dawcy

Podjmując ten problem, należy mieć świadomość, że mamy do czynienia z zagadnieniem podpadającym pod kompetencje medycyny⁹, która powinna w sposób nie dopuszczający wątpliwości określić kryteria wyznaczające czas śmierci człowieka. Nie wystarcza więc domniemanie śmierci dawcy, lecz musi ona zostać w sposób maksymalnie pewny (*ponad wszelką wątpliwość*) stwierdzona. Do zadań etyki należy akceptacja przedstawionych wyznaczników śmierci, ewentualnie sformułowanie swoich zastrzeżeń. Jeżeli pobranie organu lub tkanki do implantacji nastąpiło po pewnym (wedle aktualnego stanu wiedzy) stwierdzeniu śmierci, to nie zgłasza się etycznych zastrzeżeń.

Przełom w kwestii diagnozowania śmierci jest z ogłoszeniem w 1968 roku przez doraźną komisję *Harvard Medical School* nowego kryterium śmierci¹⁰. Kryterium umożliwiło pewniejsze stwierdzenie zejścia, ale przyniosło także nowe problemy. Za obiektywne kryterium śmierci uznano bazujące na sprawdzalnych stanach organizmu *całkowite i nieodwracalne ustanie czynności całego mózgu (kresomózgowia i pnia), które ustala się przy pomocy kompleksowych badań*¹¹. W przypadku „normalnego” procesu umierania wskutek zatrzymania oddechu i krążenia następuje śmierć całego organizmu, natomiast przy poważnych uszkodzeniach mózgu i podjętej równocześnie sztucznej wentylacji i technicznie podtrzymywanym krążeniu może dojść do śmierci mózgu jako organu (zdysocjonowana śmierć mózgu)¹². Postawienie znaku równości między zdysocjonowaną śmiercią mózgu i śmiercią człowieka jako indywiduum stanowi najistotniejszą kwestię dyskutowaną współcześnie w związku z kryterium śmierci.

Ponieważ problematyka diagnozowania śmierci została już omówiona, ograniczę się jedynie do aspektu etycznego. Najpierw istotne jest, że *kryterium śmierci mózgowej wypracowano niezależnie od jego wykorzystania do celów*

⁸ E. Nagel, art. cyt., 103.

⁹ Zob. KPSZ 128.

¹⁰ Zob. A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, „Journal of the American Medical Association” 205 (1968) nr 6, s. 85-88.

¹¹ Kryteria i diagnostykę śmierci mózgowej w świetle niemieckich wytycznych medycznych, zob. np. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Kriterien des Hirntodes: Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes, „Deutsches Ärzteblatt” 88 (1991) H. 49, s. A-4396-A-4407; F. Oduncu, Hirntod und Organtransplantation: Medizinische, juristische und ethische Fragen, Göttingen 1998, s. 46-77.

¹² Por. D. Henne-Bruns / Th. Küchler, Organtransplantation, w: Lexikon der Bioethik, dz. cyt., Bd. 2., s. 809-810.

transplantologii, a i obecnie stosuje się je przede wszystkim dla określenia momentu, w którym należy przerwać intensywną terapię zwłok ludzkich. Zaprzestanie sztucznej wentylacji nieboszczyka pozwala uniknąć marnotrawstwa leków, sprzętu i sił ludzkich, ale przede wszystkim lepiej wykorzystać istniejące możliwości dla ratowania żywych. Kryterium śmierci mózgowej napotyka na istotne trudności i ostatecznie nie znajduje zastosowania w przypadku dawców embrionalnych i anencefalów (bezmózgowców). Stwierdzenie śmierci w przypadku obu tych grup wymaga bowiem zmiany kryterium ze względu na niedostateczny rozwój mózgu.

Biologiczna śmierć mózgu nie oznacza koniecznie śmierci biologicznej całego organizmu (odróżnić śmierć jako fakt od trwającego procesu obumierania komórek i tkanek), bowiem dzięki sztucznej wentylacji i wymuszonej akcji serca i nerek może być podtrzymywane życie wegetatywne. W transplantologii umożliwia to – etycznie poprawne – sztuczne podtrzymywanie (w stanie nadającym się do przeszczepienia) narządów zmarłego dawcy, bez ryzyka eksplantacji od osoby żyjącej.

Do początku lat dziewięćdziesiątych obserwowano relatywny konsensus w kwestii stwierdzania śmierci. Dodajmy, że obecnie kryterium śmierci mózgowej jest niemal we wszystkich krajach uznawane za miarodajne kryterium śmierci człowieka (jako ostatnia zaakceptowała je Japonia w styczniu 1992 roku). Jednakże na początku ostatniego dziesięciolecia XX wieku – zwł. w obszarze języka niemieckiego – pojawiły się gwałtowne kontrowersje, które zapoczątkowały długą dyskusję¹³.

Wyzwalaczem nowych dyskusji był przypadek Martiny Ploch, ofiary wypadku drogowego, który miał miejsce jesienią 1992 roku w Erlangen (Niemcy). U poszkodowanej zdiagnozowano śmierć mózgu oraz stwierdzono istnienie 13. tygodniowej ciąży. Zmarłą pacjentkę kilka tygodni utrzymywano pod aparaturą, aby doprowadzić do urodzenia dziecka zdolnego do życia. Eksperyment po miesiącu zakończył się samoistnym poronieniem, ale pojawiły się nowe, istotne wątpliwości¹⁴. Główne pytanie brzmiało: Jak kobieta uznana przez medycynę za zmarłą, mogła być naprawdę umarłą, skoro przez odpowiednie działania intensywnej terapii jej organizm „utrzymywano przy życiu” do tego stopnia, że ciąża się nadal rozwijała? Autorytety medyczne z przekonaniem potwierdzały, że pacjentka była na pewno osobą zmarłą.

U podstaw przyjęcia kryterium śmierci mózgowej leży kilka istotnych rozróżnień. Najpierw rozgranicza się stwierdzenie momentu biologicznej i

¹³ Przebieg dyskusji, argumentację uznających to kryterium i jego przeciwników oraz bogatą literaturę tematu zob. odpowiednio: C. Golser, Dyskusja wokół śmierci mózgowej z perspektywy katolickiego teologa-moralisty, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, red. Marcol A., Opole 1996, 39-55, s. 39-49 oraz *Der Status des Hirntoten: eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens*, Hrsg. Schwarz M., Bonelli J., Wien - New York 1995, s. 125-162; H.J. Türk, Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, s. 57-72.

¹⁴ Zob. J. Jörg, Koma, irreversibles/irreversibel Komatöse, 1. Zum Problemstand, w: *Lexikon der Bioethik*, dz. cyt., Bd. 2, s. 407-409, zwł. 408.

osobniczej śmierci żywej istoty (zadanie medycyny) od dyskusji nad problemem zakończenia procesu bycia osobą¹⁵ (problem filozoficzny). Zwłaszcza w tym wymiarze wyraźnie dochodzi do głosu interdyscyplinarność podejmowanej tu problematyki. Przy takim rozróżnieniu zwraca się uwagę¹⁶, że w praktyce mowa jest o śmierci osobnika, a nie istoty żywej, bo także po obumarciu mózgu 97% organizmu jest jeszcze przy życiu. Prawdą jest, że życie człowieka jako zorganizowanej całości jest wraz ze śmiercią mózgu zakończone. Natomiast proces umierania zostaje rzeczywiście doprowadzony do końca wraz z obumarciem ostatniej komórki. Stąd adwersarze uznają to kryterium za pragmatyczną umowę bazującą na danych medycznych, ale na płaszczyźnie filozoficznej rozstrzygającą arbitralnie, że dana przesłanka wystarczy, aby orzec o śmierci człowieka. Szczególnie wyraźnie wybrzmiało to w tekście: „Nikt nie musi się obawiać, że w przypadku diagnozy śmierci mózgowej nie będzie na pewno mózgowo umarły. Czy jednak po śmierci mózgowej jest on umarły, to inne pytanie, które zależy od tego, jakie pojęcie śmierci się zastosuje”¹⁷.

Podobne zastrzeżenia wysuwa z pozycji filozofii twierdząc, że nieoznaczoność granicy między życiem i śmiercią uniemożliwia wskazanie pewnego kryterium śmierci. Tym samym uznanie śmierci mózgu za śmierć człowieka jest uzurpacją, skoro mamy do czynienia jedynie z człowiekiem nieodwołalnie umierającym, a nie ze śmiercią całego człowieka. Konsekwentnie wnioskuje się, że śmierć mózgowa jest jedynie kryterium minimalistycznym, a potrzeba maksymalnej pewności, którą daje dopiero obumarcie wszystkich organów, komórek i tkanek¹⁸. Odpowiadając, należy zauważyć, że takie postawienie sprawy stwarza trudność praktycznie niepokonalną, bowiem medycyna reanimacyjna zostaje skonfrontowana z koniecznością niekończącego się wentylowania ludzkich zwłok, skoro dla uzyskania maksymalnej pewności należy czekać aż obumrą wszystkie organy i tkanki.

Śmierć mózgu wybrano jako kryterium nie dlatego, że jest siedzibą ducha lub osobowości, lecz ze względu na funkcje koordynujące, jakie mózg pełni w całym organizmie. Protestantki etyk, profesor Ulrich Körtner, tak to wyjaśnia. Śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka, „ponieważ mózg jest tą organiczną instancją, która gwarantuje integrację całego organizmu w cielesno-duchową całość¹⁹ [...]. Nie zrównuje się zaprzestania działania życiowo ważnego organu ze śmiercią osoby, lecz następującą wraz z tym zaprzestaniem utratę integracji wszystkich części organizmu w jedną całość. Właśnie dlatego,

¹⁵ Zob. np: W. Wolbert, Zur neueren Diskussion über den Gehirntod, „Ethik in der Medizin” 1996, s. 6-18.

¹⁶ Por. D.B. Linke, Hirnverpflanzung. Die erste Unsterblichkeit auf Erden, Reinbek b. Hamburg 1993, s. 117.

¹⁷ Tamże, s. 124 (zob. s. 114-127).

¹⁸ Por. H. Jonas, Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, w: tenże, Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt a.M. 1985, s. 222-233.

¹⁹ Dochodzi tu do głosu tradycyjne określenie śmierci jako rozłączenie ciała i duszy.

że człowiek jako jedność cielesno-duchowa jest czymś więcej niż sumą jego części, definicja śmierci mózgowej ma sens i [...] jest w pełni do pogodzenia z teologiczną wizją bycia człowiekiem”²⁰.

Podstawowe twierdzenie antropologii personalistycznej, iż osoba jest jednością cielesno-bytową, oznacza, że mimo swej złożoności (także biologicznej) człowiek funkcjonuje jako bytowa jedność. Załamanie się tej wewnętrznej spójności, wyrażające się w dezintegracji i rozkładzie, stanowi niechybny znak, że dana istota ludzka nie jest już jednością. Przyjmuje się, że nastąpiła tzw. śmierć osobnicza, gdyż taki człowiek – nawet gdyby utrzymywano w nim życie narządów (życie wegetatywne) – nie odzyska już przytomności i nie będzie zdolny do żadnych aktów ludzkich²¹.

Śmierć mózgowa oznacza więc dezintegrację i niezdolność organizmu do dalszego życia. Przy pomocy tego wskaźnika można w sposób wystarczający orzekać, że ten dotąd żywy organizm, istniejący do tej pory jako ludzkie indywiduum, rozpada się na swoje elementy składowe, tzn. następuje jego dezintegracja i destrukcja²².

Stanowisko Kościoła w kwestii wyznaczników śmierci człowieka opiera się na uszanowaniu kompetencji medycyny, stąd w ocenie kryterium śmierci mózgowej korzystano z pomocy ekspertów z Papieskiej Akademii Nauk, której komisja w 1985 i 1989 roku potwierdziła wystarczalność tego kryterium²³. Z dokumentów Urzędu Nauczycielskiego Kościoła zagadnienie to omawia tylko *Karta Pracowników Służby Zdrowia* w nr 87, która stanowi: „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” oraz do podtrzymywania funkcji wegetatywnych²⁴.

b. Zgoda dawcy czyli prawny wymóg eksplantacji

Pod pojęciem *prawnego wymogu eksplantacji* rozumie się ustalenia legislacyjne dotyczące uprzedniego wyrażenia zgody przez zmarłego dawcę lub

²⁰ U.H. Körtner, Der sogenannte Ganztod. Anthropologische und medizinethische Aspekte der Hirntodkontroverse, „Lutherische Monatshefte” 34 (1995) H. 3, s. 14. Zob. tenże, Bedenken, daß wir sterben müssen: Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik, München 1996, zwł. s. 32-42.

²¹ Por. J. Wróbel, Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych, Kraków 1999, s. 91-93.

²² Por. C. Golser, art. cyt., s. 50-51 (dyskusja).

²³ W dokumencie z 1985 roku jednoznacznie określono, że „osobę uznaje się za zmarłą, gdy doznała nieodwracalnej utraty wszelkiej zdolności utrzymania czynności ustrojów integracyjnych i koordynujących – tak fizycznych, jak i umysłowych. Śmierć zaś stwierdza się, gdy: nastąpiło ostatecznie zahamowanie czynności serca i oddechu lub gdy stwierdzono nieodwracalne ustanie wszelkich czynności mózgu”. Papieska Akademia Nauk, Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci, Rzym 1985, w: K. Szczygieł (red.), W trosce o życie, Tarnów 1998, s. 453.

²⁴ Pośrednio do problematyki nawiązuje encyklika *Evangelium vitae*, w której za formę eutanazji uznaje się pobieranie organów „od dawców, zanim jeszcze według obiektywnych i adekwatnych kryteriów zostali uznani za zmarłych”.

jego prawnych przedstawicieli na pobranie materiału przeszczepowego. Różne modele rozwiązania problemu świadczą o kontrowersjach dotyczących tego zagadnienia, przy czym przyjęte regulacje podpadają stanowczo pod ocenę etyki. W tym przypadku kolidują ze sobą dwa ważne moralne zobowiązania. Z jednej strony, chodzi o zabezpieczenie przekraczającego granicę śmierci *prawa do wolnego dysponowania własnym ciałem*, natomiast z drugiej, stoi *fundamentalna solidarność międzyludzka* zobowiązująca do ratowania życia i zdrowia chorego człowieka przez pośmiertne oddanie jednego lub kilku organów albo tkanki.

Warunkiem koniecznym eksplantacji materiału przeszczepowego jest *uzyskanie świadomej zgody dawcy*²⁵, co w przypadku pośmiertnego pobrania materiału oznacza potrzebę wcześniejszego uzyskania takiej zgody. Wśród kilku modeli uzyskiwania zgody dawcy, obowiązujący w Polsce model „zgody domniemanej” (regulacja sprzeciwu) daleki jest od etycznego ideału. Fakt ten w niczym jednak nie umniejsza wartości i znaczenia medycyny przeszczepowej, a jedynie potwierdza, że w dobrej wierze można czasem zastosować nie-dobre rozwiązania. Mimo iż u podstaw polskiego rozwiązania leżało zamierzenie uzyskania większej liczby wciąż deficytowych organów i tkanek, należy żałować, że parlamentarzyści, choć powoływali się na papieża i nauczanie Kościoła, poszli drogą, która bazuje jedynie na utylitarystycznym rachunku zysków i strat. Aby jednak dostrzec także pozytywne strony takiego rozwiązania, należy podkreślić, że w przypadku zgody domniemanej, akcent kładzie się na troskę o człowieka będącego w potrzebie zagrażającej jego życiu.

Wśród istotnych zastrzeżeń wobec zgody domniemanej zwraca się m.in. uwagę, że w niedoinformowanym społeczeństwie brak sprzeciwu wpisanego w dokumentach czy rejestrze centralnym nie jest jeszcze dowodem zgody. Z drugiej strony, prawdą jest także, że duży problem stanowi społeczna podejrzliwość wobec transplantologii oparta na kulcie ciała zmarłych i magicznych wyobrażeniach o życiu wiecznym²⁶, a wzmacniana wyraźnie uogólnianymi doniesieniami o nadużyciach w medycynie. Nie zmienia to jednak faktu, że prawo do samostanowienia o własnym ciele musi zostać prawnie zachowane, bowiem w przeciwnym razie podstawowy argument na rzecz oddania narządów (motyw daru) staje się fikcją.

W przeciwieństwie do tego modelu, rozwiązanie określane jako „zgoda formalna” lub „wyraźna” (dawca przed śmiercią sam wyraża zgodę) akcentuje się prawo samostanowienia dawcy, a tym samym podkreśla się tak istotny wymiar daru, który jedna osoba czyni na rzecz drugiej. W przypadku daru ofiarowanego dla ratowania innych nie może być mowy o działaniu

²⁵ Szerzej zob. P. Morciniec, *Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych*, Opole 2000, s. 140-144.

²⁶ W trakcie dyskusji radiowej słuchacz zarzucił mi, że zachęcając jako duchowny katolicki do dawstwa organów narażam wierzących na niebezpieczeństwo stanięcia na sądzie ostatecznym w stanie „nie w pełni zintegrowanym”, np. bez nerki lub serca. W takim zarzucie uderza trudne do zaakceptowania rozumienie wieczności i zmartwychwstania ciał, uzależnione od zachowania ciała w całości.

niemoralnym, skoro motywem dobrowolnego oddania jest chęć niesienia pomocy, ratowanie życia, miłość.

Odmianą tego rozwiązania jest tzw. zgoda rozszerzona, tj. jej uzyskanie od krewnych potencjalnego dawcy²⁷, praktykowane w niektórych krajach w przypadku braku przedśmiertnej decyzji. Pomijając fakt szczególnego obciążenia, na jakie dodatkowo narażone zostają osoby bliskie zmarłemu i to w chwili bolesnego i nagłego najczęściej zejścia, zauważyć trzeba podstawową trudność, przed którą staje zarówno lekarz, jak i rzezzone osoby. Ponieważ zwłoki nie są własnością ani rodziny, ani społeczeństwa, ani żadnej instytucji (np. szpitala), nie mogą też już jednak należeć do osoby, która w tym ciele realizowała swoje życie, nikt nie ma prawa nimi rozporządzać jako swoją własnością. Dlatego krewni zmarłego postawieni zostają przed wymogiem odtworzenia przypuszczalnej woli bliskiej osoby²⁸ (stąd mówi się o nich jako o „wiarygodnych interpretatorach woli zmarłego”), nie zaś zwerbalizowania własnego przekonania czy emocjonalnego nastawienia²⁹. Fakt, że chodzi o wolę zmarłego, dochodzi do głosu w ustaleniu, że bliscy nie mają prawa sprzeciwu wobec rozporządzenia własnym ciałem wyrażonego za życia potencjalnego dawcy.

Dla pełnego obrazu sytuacji polskiej transplantologii należy dodać, że – na ile mi wiadomo – koordynatorzy eksplantacji starają się *zawsze* odtworzyć wolę osoby zmarłej³⁰, przeprowadzając rozmowy z rodziną (faktyczna realizacja modelu zgody rozszerzonej). Jest to godny podkreślenia wyraz pietyzmu środowiska medycznego wobec uczuć osób bliskich zmarłemu, które znalazły się w żałobie. Taki pietyzm jest tym ważniejszy, że kandydatami na dawców są najczęściej osoby młode, zmarłe nagle i to w tragicznych okolicznościach. Tym samym praktycznie realizowany jest kolejny wymóg etyczny, przynajmniej w tym sensie, że „nie obraża się (nie lekceważy) uczuć bliskich zmarłego”.

c. Pietyzm – szacunek dla ciała i dla ludzkich uczuć

Obowiązek moralny pietyzmu dotyczy obchodzenia się z szacunkiem i z miłością z ciałem zmarłej osoby³¹, przede wszystkim moralnego zobowiązania do ich pochowania, nie zawiera jednak kategorycznego nakazu zachowania integralności cielesnej zwłok³². Zgodna z zasadami etycznymi eksplantacja nie

²⁷ To rozwiązanie przyjęto w niemieckiej ustawie transplantacyjnej (*erweiterte Zustimmungslösung*).

²⁸ Por. G. Virt, Etyczne uzasadnienie tzw. regulacji sprzeciwu, w: Etyczne aspekty transplantacji narządów, red. Marcol A., Opole 1996, 93.

²⁹ Dlatego zwraca się uwagę na konieczność precyzyjnego formułowania pytania do krewnych: „Jak zdecydowałby zmarły?”, aby uniknąć nieporozumień zarówno co do podmiotu zgody, jak i co do odpowiedzialności za taką czy inną decyzję. Zob. K. Roosen, M. Klein, Kriterien und Diagnostik des Hirntodes, w: Ethik und Organtransplantati on. Beiträge zu einer aktuellen Diskussion, Frankfurt a.M. 1989, 36.

³⁰ Ważne jest, że chodzi o odtworzenie woli zmarłego: „Jak on by postąpił, gdyby mógł teraz zdecydować?”

³¹ Zagadnienie pietyzmu względem zwłok jest etycznie słabo opracowane.

³² M. Honecker, Organtransplantation. 2. Ethik, w: Lexikon Medizin, Ethik, Recht, Hrsg. Eser A., Lutterotti von M., Sporken P., Freiburg - Basel - Wien 1989, 763.

może być w żadnym wypadku uważana za profanację ciała lub naruszenie zasad religijnych (przynajmniej w przypadku wielkich grup wyznaniowych)³³.

Nic więc dziwnego, że z różnych stron rozlegają się uzasadnione głosy, aby – odnosząc się z szacunkiem do zmarłych – „nie oddawać organów ziemi³⁴, lecz potrzebującym chorym”. Więcej nawet, podnosi się potrzebę takiej zmiany konwencji, w jakiej postrzega się szacunek dla zmarłych, aby regułą stało się pośmiertne przekazywanie organów i tkanek dla przedłużenia życia lub poprawienia jego jakości u bliźnich. Etyczną granicą pietyzmu jest więc obowiązek miłości i służba bliźnim³⁵, które realizują krewni zmarłego w jego imieniu, jako że w jego przypadku mówienie o miłości bliźniego możliwe jest tylko w sensie analogicznym.

Wraz z takim spojrzeniem docieramy do problemu określenia *statusu zwłok ludzkich*. Niewątpliwie są one pozostałością po widzialnej postaci, w jakiej wyrażała się osoba za życia („nośnik osoby”). Oznacza to jednak, że szacunek okazywany zwłokom jest tylko w sensie analogicznym szacunkiem dla osoby, która przestała już istnieć. Potwierdza to stanowisko jurydyczne, które przez negację określa zwłoki jako nie będące ani osobą, ani rzeczą, a więc zachowanie pozbawione pietyzmu nie jest ani uszkodzeniem rzeczy, ani naruszeniem praw osobowych³⁶. Także o pośmiertnych prawach osobowych mówić możemy najwyżej w sensie przenośnym i analogicznym. Niewątpliwy jest fakt, że w sensie finalnym zwłoki należą „do ziemi”, a więc należy zagwarantować prawo pochówku doczesnych szczątków człowieka³⁷. Powyższe humanistyczne (chrześcijańskie) spojrzenie należy jeszcze uzupełnić o jurydyczne zabezpieczenie praw osobowych sięgających swoimi konsekwencjami poza granicę śmierci, zwłaszcza omówionego wyżej prawa do wyrażenia zgody na pośmiertną eksplantację.

Co się tyczy uszanowania uczuć bliskich - jeśli okazują oni zainteresowanie zwłokami³⁸ - ważne są delikatność i pietyzm względem ciała zmarłego, kontrolowanie zachowań bezdusznych i rutynowych, umożliwienie odpowiadającego ich życzeniom pożegnania ze zmarłym, a także oddanie zwłok w stanie estetycznie akceptowalnym (nieznieształconych) po eksplantacji. Powyższe wymogi nie mogą jednak oznaczać przyzwolenia na zmianę przez bliskich zmarłego jego przedśmiertnej woli w imię takich czy innych uczuć lub

³³ H. Viefhues, *Ethische Probleme der Transplantation. Die ethische Bewertung des Körpers und seiner Teile*, w: *Ethik und Organtransplantation. Beiträge zu einer aktuellen Diskussion*, Frankfurt a.M. 1989, 74.

³⁴ Albo „nie zabierać ich do nieba”, jak głosiło hasło Kongresu Transplantologów z 1992 w Barcelonie (*Don't take your organs to heavens, heavens know we need them here*).

³⁵ E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß*, Mainz 1998², 256.

³⁶ F. Becker, *Leiche*, w: *Lexikon der Bioethik*, Hrsg. Korff W., Beck L., Mikat P., Bd. 2., Gütersloh 1998, 583. Inaczej np. prawo austriackie, które traktuje zwłoki jako „rzecz”, a prawo niemieckie jako „pozostałość osoby”. U.H. Körtner, G. Virt, *Die Lebenden und die Toten. Ethische Gesichtspunkte des Umgangs mit dem Leichnam*, „Zeitschrift für medizinische Ethik“ 45(1999), H. 1., 1999, 35 (zob. 34-37).

³⁷ G. Virt, *Non-beating-heart donors aus ethischer Perspektive*, „Imago Hominis” 5(1998), nr 1, 42.

³⁸ Istnieje i druga strona problemu: brak zainteresowania zwłokami ze strony rodziny. Owocem takiego stanu rzeczy oraz wielu innych czynników jest rosnąca liczba anonimowych pogrzebów. Omówienie: U.H. Körtner, G. Virt, art. cyt., 40-41.

emocji. Nie bez znaczenia może być w wielu wypadkach pośrednicząca rola duchownego oraz wypracowanie odpowiednich argumentów dla rozmowy z rodziną, w których dojdą do głosu dobre cechy zmarłego za życia i jego gotowość do pomocy innym. Pozytywny obraz zmarłego jest równocześnie drogą do zapewnienia mu odpowiedniego szacunku także po śmierci.

* * *

Przy zachowaniu zasad etycznych dotyczących działań w ramach medycyny przeszczepowej są one etycznie poprawne i dobre. Jedynie w sytuacjach, kiedy eksplantacji dokonuje się w warunkach konspiracyjnych, komercyjnych, nielegalnych lub według reguł totalitarnych, jak np. przymusowe dawstwo organów przez skazanych na karę śmierci w Chinach, można mówić o postępowaniu niegodziwym i nieetycznym.

Moje wystąpienie nie byłoby w pełni wiarygodne, gdyby nie kończyło się żarliwym apelem skierowanym do Szanownych Państwa o gotowość do oddania własnych organów mogących uratować ludzkie życie oraz o budowanie zaufania do transplantologii jako do tej dziedziny medycyny, która w sytuacjach granicznych śpieszy z pomocą ludziom nieuleczalnie chorym.

Streszczenie

Szybki postęp w terapii przeszczepowej związany jest nierozzerwalnie z nowymi wyzwaniami etycznymi. W artykule podjęto zadanie określenia wymogów (i w tym sensie granic), które powinna spełnić transplantologia, propagowana przez Kościół katolicki jako szczytne dzieło miłości bliźniego, aby jej działania kwalifikowały się jako moralnie „zasługujące”. Najistotniejsze problemy etyczne dotyczą biorcy i dawcy, stąd na nich skupiła się refleksja. W przypadku biorcy istotne znaczenie posiada wymóg świadomej zgody, zaś z perspektywy dawcy analizowano zwłaszcza problemy dawców zmarłych. Za takie uchodzą: pewne kryterium śmierci, uprzednie wyrażenie zgody na pobranie organu lub tkanki oraz zagadnienie pietyzmu wobec zwłok i uszanowanie uczuć bliskich osobie zmarłej. Przy zachowaniu zasad etycznych dotyczących działań w ramach medycyny przeszczepowej są one etycznie poprawne i dobre, i należy do nich zachęcać.