

Jacek Meller
UKSW

ETYCZNA PROBLEMATYKA PRZESZCZEPIANIA NARZĄDÓW

Od czasów, gdy medycyna zaczęła rozumieć rolę poszczególnych narządów w funkcjonowaniu ludzkiego organizmu, ludzie zastanawiali się, czy nie można by wymienić części wadliwej na nową, spełniającą swoje czynności prawidłowo. Marzenia te zaczęły się spełniać dopiero w XX w., gdy odkryto sposoby przenoszenia komórek, tkanek i całych narządów pomiędzy różnymi organizmami. Medycyna transplantacyjna rozwija się obecnie intensywnie, poszerzając możliwości leczenia różnych chorób. Wieloletnie badania doprowadziły do wprowadzenia technik umożliwiających przenoszenie różnych części między ludźmi; obecnie, prócz dalszego wzbogacania wiedzy w tym zakresie, prowadzi się prace dotyczące transplantacji narządów zwierzęcych.

W związku z praktyką przeszczepiania narządów powstaje szereg pytań natury moralnej. Dotyczą one warunków godziwości tak transplantacji jako całości, jak i poszczególnych jej etapów: warunków pobierania części od dawców żyjących i ze zwłok, wyboru biorcy i jego zgody na zabieg, ograniczeń w obrocie częściami ludzkiego ciała, w ostatnim czasie także moralnej oceny przeszczepów odzwierzęcych. W niniejszym artykule przedstawione zostaną problemy moralne związane z leczeniem przeszczepami.

1. Przeszczepianie ze zwłok

Do przeszczepienia pobierać można różne tkanki czy całe organy: te, które są regenerowane przez organizm (np. krew), te,

które się nie regenerują, ale bez których człowiek może żyć (np. jedna nerka lub płuco, część jelit), oraz te, które są niezbędne do życia (np. serce, wątroba). Pobranie tych ostatnich od żyjącego człowieka spowodowałoby jego śmierć. Z tego względu medycyna korzysta z części ciała pobranych ze zwłok. W związku z tą praktyką etycy dostrzegają trzy problemy: pewności stwierdzenia śmierci dawcy, uzyskania zgody na ekstrakcję, wreszcie szacunku dla zwłok ludzkich.

1. 1. Stwierdzenie śmierci

Z chwilą śmierci rozpoczyna się proces rozkładu ludzkiego ciała; ustają funkcje poszczególnych układów i narządów, obumierają i rozpadają się pojedyncze komórki. Przeszczepianie martwych części ciała nie ma szans na powodzenie - nie podejmą one swych normalnych funkcji w nowym organizmie, jest więc ono bezcelowe. Stąd transplantacji należy dokonać jak najszybciej, by zwiększyć szanse na sukces zabiegu. Zbytne przyspieszenie pobrania narządu istotnego dla życia grozi jednak pozbawieniem życia dawcy. Pojawia się więc pytanie: Co jest ważniejsze: ochrona gasnącego życia czy też staranie o poprawę stanu zdrowia i podniesienie jakości życia przyszłego biorcy?

Myśliciele chrześcijańscy odpowiadający na to pytanie jednoznacznie potwierdzają konieczność zachowania życia ludzkiego aż do jego naturalnego końca¹. Życie bowiem jest najwyższą wartością w porządku ziemskim; równie cenne jest życie każdego człowieka, niezależnie od jego statusu społecznego, rasy, wyznania czy stanu zdrowia. Ochrona życia jest istotą postępowania lekarskiego. Pobranie organu istotnego dla życia przed śmiercią dawcy byłoby równoznaczne z zabójstwem; wyrażenie przez zainteresowanego zgody na taki zabieg byłoby współdziałaniem w zbrodni dokonanej przez lekarza.

¹ Por. T. Ślipko, *Granice życia*, Kraków 1994, s. 214; W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach*, Warszawa 1997, s. 145; B. Häring, *Medical ethics*, Middlegreen 1991, s. 126; S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 88; J. Bernard, *Od biologii do etyki*, Warszawa 1994, s. 37.

Jednocześnie działanie takie stawiałoby życie dawcy niżej niż życie biorcy (lub tylko jego jakość). Zaznaczyć tu należy, że przedwczesne pobranie istotnego dla życia narządu z pewnością spowoduje śmierć dawcy, lecz nie zagwarantuje powodzenia przeszczepu. Z drugiej strony eksplantacja pośmiertna nie wiąże się z przerwaniem życia ludzkiego i nie prowadzi z konieczności do nieudanej transplantacji, w szczególności zaś do śmierci biorcy.

Tak więc interes potencjalnego dawcy narządu ma bezwzględne pierwszeństwo przed interesem ewentualnego biorcy. Życie, nawet słabe i takie, którego bliski koniec można przewidzieć, winno podlegać bezwzględnej ochronie. Stąd moralnie słusznym może być pobranie narządów istotnych dla życia dopiero po śmierci ich nosiciela.

Problemem staje się tu jednak wyznaczenie momentu śmierci, kryterium, według którego można orzekać o zgonie człowieka. Praktyka medyczna dowiodła, że tradycyjne kryterium (nazywane „klasycznym”), opierające się na zaniku krążenia i oddychania, jest w wielu przypadkach niewystarczające. Chodzi o osoby z poważnymi uszkodzeniami mózgu, których serce bije na zasadzie pewnego automatyzmu fizjologicznego, a także o pacjentów, u których czynności serca i płuc mogą być sztucznie podtrzymywane lub zastępowane. Kryterium śmierci stosowane w tych przypadkach (nazywane „nowym”) zostało sformułowane przez specjalną komisję powołaną na Uniwersytecie Harvarda w 1968 roku. W raporcie tej komisji kryterium śmierci określono jako nieodwracalne ustanie funkcji mózgu². Orzeczenie to opiera się na uznaniu roli, jaką pełni mózg. W chwili gdy zatrzymuje się praca tego organu, ciało ludzkie przestaje być organizmem: zespołem współdziałających ze sobą układów i narządów, a staje się nieskoordynowanym zbiorem części. Od tego momentu rozpoczyna się nieodwracalny proces zaniku funkcji kolejnych układów i rozkładu biologicznego. Początkiem tego procesu jest zatrzymanie pracy mózgu; ze względu na

² *A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, The Journal of the American Medical Association, 205 (1968) 6, s. 337-340.

niemożność przywrócenia ani zastąpienia tej pracy, jej zatrzymanie przyjęto jako kryterium śmierci człowieka.

Wydaje się, że zastosowanie „nowej” definicji śmierci w wystarczający sposób chroni życie potencjalnego dawcy przeszczepu. Lekarze mają bowiem obowiązek opiekować się nim jako pacjentem do chwili stwierdzenia, że jego organizm nieodwracalnie przestał istnieć jako całość. W chwili rozpadu tej całości życie człowieka się kończy, można więc pobrać potrzebne do przeszczepu narządy. Należy jednak zwrócić uwagę na nieomyślność orzeczenia o śmierci: wybór lekarzy stwierdzających zgon i procedura, jaką podejmują, winny gwarantować jak najwyższy stopień pewności orzeczenia. Należy tu uznać za słuszny zakaz eksplantacji w przypadku jakiegokolwiek wątpliwości co do śmierci potencjalnego dawcy narządów.

Jednocześnie zastosowanie kryterium śmierci mózgowej pozwala na możliwie najlepszą ochronę praw potencjalnego biorcy narządu. Potrzebna część ciała może być bez zbędnej zwłoki usunięta, odpowiednio zakonserwowana i przekazana do wszczepienia. Skrócenie czasu pozostawania narządu poza żywym organizmem sprzyja powodzeniu zabiegu, przyczynia się więc do skuteczniejszej ochrony zdrowia i życia biorcy. Orzekanie śmierci wykorzystujące kryterium krążenia i oddychania w wielu przypadkach zmusiłoby lekarzy do odłożenia w czasie eksplantacji, co zmniejszyłoby szanse lub uniemożliwiło dokonanie przeszczepu.

Należy jednak podkreślić, że definicja „nowa” nie została wprowadzona jedynie ze względu na możliwość szybszego niż przy wykorzystaniu definicji „klasycznej” pobrania organów³. Jej stosowanie pozwala zrezygnować z intensywnej terapii pacjentów, których serce, pomimo śmierci mózgu, pracuje. Zaprzestanie reanimacji jest tu wyrazem szacunku dla zwłok, które nie powinny być „męczone” niepotrzebnymi zabiegami, umożliwia także wykorzystanie środków medycznych do ratowania innego człowieka.

³ Tamże, s. 337.

1. 2. Autoryzacja pobrania

Drugim problemem, obok stwierdzenia śmierci, związanym z przeszczepami ze zwłok jest zgoda potencjalnego dawcy. Jest oczywiste, że w chwili, w której zapada decyzja o eksplantacji, dawca nie może się już w żaden sposób wypowiedzieć, przestał być on zresztą podmiotem wszelkich praw. Jednak niemal powszechnym jest pogląd, że nie należy pobierać ze zwłok jakiegokolwiek tkanki, jeżeli potencjalny dawca sprzeciwił się temu za życia. Wskazanie to przyjęte zostało zarówno przez prawo międzynarodowe⁴, jak i przepisy obowiązujące w wielu państwach⁵.

Zakaz eksplantacji wbrew zakazowi dawcy jest wymaganiem minimalnym. Można bowiem żądać, by tkanka pobierana była jedynie w przypadku udzielenia przez jej dawcę pozytywnej zgody za życia. Dyskutuje się także nad rolą rodziny zmarłego w autoryzacji pobrania.

Zwolennicy domniemania zgody (a więc pobrania przy braku sprzeciwu) twierdzą, że zastosowanie tego rozwiązania pozwala pozyskać większą liczbę narządów do przeszczepu. Jest to argument najczęściej wymieniany i, wydaje się, decydujący o wprowadzeniu zgody domniemanej do prawa⁶. Przewidywanie możliwości szerszego stosowania transplantacji jest oparte na fakcie, że każdy człowiek, który nie wyraził swojego sprzeciwu wobec pobrania, jest traktowany jako potencjalny dawca. Takie podejście do

⁴ Por. Rada Europy, Komitet Ministrów, Rezolucja (78) 29, dotycząca harmonizacji ustawodawstwa państw członkowskich związanego z pobieraniem i przeszczepianiem ludzkich tkanek i narządów, art. 10, pkt. 1, w: *Prawa pacjentów i problemy etyczne współczesnej medycyny w dokumentach Rady Europy*, Warszawa 1994, s. 32.

⁵ W Polsce: Ustawa z dn. 26 października 1995 o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, art. 4, (Dz. U. nr 138/1995 poz. 682).

⁶ Por. T. Justyński, *Medycyna transplantacyjna w świetle niemieckiej ustawy o przeszczepach organów*, Państwo i Prawo, 54 (1999) 6, s. 69. W czasie parlamentarnej dyskusji nad projektem polskiej ustawy transplantacyjnej przewidywane zwiększenie ilości transplantacji było zasadniczym (i najczęściej wymienianym) argumentem za wprowadzeniem „regulacji sprzeciwu”. Por. Sprawozdanie z 57 posiedzenia Sejmu w dniu 24 sierpnia 1995, s. 8-107; Sprawozdanie z 53 posiedzenia Senatu w dniu 14 września 1995, s. 2-30.

możliwości pozyskiwania materiału do przeszczepu opierać się może na optymistycznym założeniu, że każdy jest gotowy ofiarować części swoich zwłok na potrzeby oczekujących. Gotowość ta wynikać miałaby ze zrozumienia potrzeb chorych i znajomości możliwości medycyny. Jej wyrazem byłoby powstrzymanie się od wniesienia sprzeciwu wobec pośmiertnej eksplantacji. Osoby nie godzące się na wykorzystanie ich zwłok zgłosić winny swój sprzeciw; sprzeciw ten należy uszanować.

Przeciwnicy domniemania zgody na przeszczep twierdzą, że założenia te nie są prawdziwe, przynajmniej w odniesieniu do części społeczeństwa. Wskazują oni, że przewidywanie zwiększenia podaży narządów opiera się na zupełnie innych niż opisane powyżej podstawach. Brak sprzeciwu nie jest, według nich, wyrazem gotowości pomocy, ale raczej nieświadomości co do możliwości medycyny i obowiązującego prawa – prawdopodobieństwa pośmiertnego pobrania narządów. Pogląd ten oparty jest na badaniach statystycznych określających stan wiedzy dotyczącej transplantacji i regulujących ją przepisów oraz poziom gotowości do złożenia świadomej zgody na eksplantację. W różnych krajach współczynniki te przyjmują różne wartości, lecz przeciwnicy domniemanej zgody twierdzą, że nigdzie nie uzasadniają one przyjęcia tego rozwiązania. Aby jego założenia były prawdziwe, należy więc prowadzić intensywną akcję edukacyjną, uświadamiając społeczeństwu problemy związane z brakiem narządów do przeszczepu i możliwości ich rozwiązywania⁷.

⁷ Por. P. Góralczyk, *Etyczne uzasadnienie regulacji świadomej zgody*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Opole 1996, s. 118n; E. Kujawa, *Opinia o ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, Zeszyty Biura Studiów i Analiz Kancelarii Senatu, (1995) 267, s. 5; P. Smoleń, B. Zagórski, *Transplantacja w ujęciu prawnym i teologicznomoralnym*, Roczniki Nauk Prawnych, 7 (1997), s. 53n; J. Zieliński, *Wypowiedź w czasie dyskusji nad projektem ustawy*, Sprawozdanie z 57 posiedzenia Sejmu w dn. 24 sierpnia 1995, s. 23. Warto dodać, że w Niemczech prawo nakazuje właściwym instytucjom prowadzenie akcji edukacyjnej, zaś przepisy obowiązujące w Chile nakładają obowiązek odbycia (przy okazji odnawiania prawa jazdy) konsultacji medycznej związanej z możliwością zgłoszenia pośmiertnego dawstwa. W obu tych państwach wymagana jest pozytywna zgoda na pośmiertne pobranie narządów.

Przeciwko domniemaniu zgody na eksplantację wysunąć można jeszcze dwa inne argumenty. U podstaw pierwszego z nich znajdujemy mocno ugruntowane w kulturze Zachodu przekonanie o istnieniu ścisłego związku między osobą ludzką i jej ciałem. Człowiek nie tyle „ma”, ile raczej „jest” ciałem, utożsamia się z nim w pewien sposób. Ciało nosi więc w sobie tę godność, która przynależy człowiekowi, i zachowuje ją także po śmierci. Uznanie głębokiego związku człowieka z jego ciałem każe przyznać każdemu prawo decydowania o swoim ciele – również o jego pośmiertnym losie. Z prawa tego korzysta osoba wskazująca miejsce lub sposób pochowania swoich zwłok. Podobną decyzją jest umożliwienie lub zakaz pobrania części zwłok do celów leczniczych, badawczych czy dydaktycznych. Jeżeli więc przyznaje się jednostce daleko idącą autonomię w decydowaniu o własnym ciele, należy respektować jej wolę w odniesieniu do możliwej eksplantacji. Problemem jest, czy brak decyzji oznacza zgodę na pobranie. Odpowiedź twierdząca nie wydaje się oczywista: zmarły mógł być nieświadomy co do stosowanych zasad. W takim przypadku brak sprzeciwu byłby czynnością pozbawioną przynajmniej niektórych cech działania prawdziwie ludzkiego (świadomości i wolności)⁸. Wykorzystanie tego faktu przez zespół transplantacyjny naruszałoby wolność jednostki w decydowaniu o losie jej ciała.

Należy tu zauważyć, że brak sprzeciwu nie świadczy w sposób pewny o woli zmarłego co do jego zwłok. Potencjalny dawca mógł bowiem nie znać obowiązującego prawa, mógł także z jakiegoś powodu odłożyć lub zaniedbać złożenie swojego sprzeciwu. Wobec tego pobranie tkanki byłoby działaniem w wątpliwości, a więc działaniem niegodziwym, stwarzającym realne niebezpieczeństwo popełnienia zła moralnego⁹.

Drugi z argumentów przeciwko domniemaniu zgody na eksplantację związany jest ściśle z pierwszym. Naruszając autonomię osoby w decydowaniu o losie jej ciała, dokonuje się pewnego od-

⁸ Por. C. A. Erin, J. Harris, *Presumed consent or contracting out*, *Journal of Medical Ethics*, 25 (1999) 5, s. 365.

⁹ Por. T. Ślipko, *Zarys etyki szpitalnej*, Kraków 1974, s. 352.

dzielenia osoby od tego, co jest jej istotną, materialną „częścią”. Ciało, w tym przypadku zwłoki, traci w ten sposób swą godność jako ciało człowieka, a staje się rzeczą, podobnie jak inne przedmioty materialne, np. ciało zwierzęcia. Urzeczowienie ciała sprzeciwia się utrwalonemu w kulturze Zachodu, a także w jego myśli filozoficznej i religijnej pogładowi na godność ciała związaną z godnością człowieka¹⁰.

Ze względu na powyższe zastrzeżenia, przeciwnicy domniemania zgody potencjalnego dawcy proponują dopuszczenie pobrania części zwłok jedynie w przypadku wyrażenia przez niego wyraźnej zgody. Rozwiązanie to gwarantuje pełną autonomię dawcy, gdyż część ciała może być pobrana jedynie w przypadku, gdy znana jest wola zmarłego – gdy świadomie podjął on decyzję dotyczącą losu swoich zwłok. Szacunek dla prawa decydowania o sposobie postępowania z własnymi zwłokami wypływa z uznania głębokiego związku, jaki łączy człowieka z jego ciałem, związku, który trwa jakoś mimo śmierci jednostki. Więż ta jest źródłem szczególnej godności, jaką obdarzone jest ciało człowieka.

Uznanie godności ciała opartej na godności osoby oraz prawa człowieka do decydowania o swoich zwłokach pozwala widzieć w zezwoleniu na pośmiertne pobranie tkanek prawdziwie ludzki dar. Gotowość do jego ofiarowania wypływa z poznania potrzeb ludzi chorych, przeżycia ludzkiej solidarności i woli przyjścia z pomocą cierpiącym. Ma więc znamiona czynu w pełni ludzkiego, podejmowanego świadomie i dobrowolnie. Pobierający część ze zwłok nie działa wobec tego w wątpliwości, lecz wypełniając wolę zmarłego, współdziała w jego dobrym czynie.

Podjęcie świadomej decyzji o pośmiertnym ofiarowaniu narządów wymaga uprzedniego poznania potrzeb i możliwości medycyny transplantacyjnej. Uzyskanie zgody na pobranie wymaga zatem od pracowników służby zdrowia prowadzenia akcji edukacyj-

¹⁰ Por. M. Sośniak, *Z problematyki przeszczepów ex mortuo*, w: *Prawo i medycyna u progu XXI wieku*, M. Filar (red.), Toruń 1987, s. 10; T. Smyczyński, *Opinia o ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, Zeszyty Biura Studiów i Analiz Kancelarii Senatu, (1995) 267, s. 10.

nej mającej na celu uświadomienie społeczeństwu możliwości pomocy nieuleczalnie chorym¹¹. Niski poziom wiedzy dotyczącej tych spraw jest tu wrogiem przeszczepów.

Zwolennicy zgody domniemanej twierdzą, że pobieranie przeszczepów jedynie w przypadku wyraźnego zezwolenia zmniejszy znacznie ilość narządów możliwych do przeniesienia. Argument ten wydaje się być słuszny zwłaszcza w odniesieniu do środowisk, w których poziom świadomości problemów medycyny transplantacyjnej nie jest wysoki¹² i w których szacunek dla zwłok ludzkich zakazuje jakiegokolwiek naruszenia ich integralności. Jednak w społeczeństwach o wyższym poziomie wiedzy, akceptujących też zabiegi, jakie należy wykonać na zwłokach w celu poznania przyczyn śmierci lub skuteczniejszego nauczania studentów medycyny, obawa o istotne zmniejszenie podaży organów wydaje się nieuzasadniona¹³.

Rozważając problem autoryzacji pobrania przeszczepu ze zwłok, dyskutuje się także rolę rodziny zmarłego. Uznanie głębokich związków łączących małżonków i krewnych nakazuje przyznanie im prawa do współdecydowania o losie zwłok. Mają oni przywilej pochowania ciała, mogą także na różne sposoby kultywować pamięć o swoich bliskich, konsekwentnie winni mieć też udział w autoryzacji przeszczepu. Należy jednak pamiętać, zgodnie z zasadą autonomii jednostki, że pierwszorzędne znaczenie ma tu wola zmarłego. Członkowie rodziny winni występować przede wszystkim jako jej interpretatorzy (zwłaszcza gdy nie była publicznie ujawniona) i stróżę jej wypełnienia. Obydwie te funkcje miesz-

¹¹ Por. P. Góralczyk, art. cyt., s. 118.

¹² Por. W. Rowiński, J. Wałaszewski, *Etyczno-prawne problemy przeszczepiania narządów*, *Medycyna po Dyplomie*, 4 (1995) 4, s. 20; J. A. DePalma, R. Townsend, *Ethical Issues in Organ Donation and Transplantation: Are We Helping a Few at the Expense of Many*, *Critical Care Nursing Quarterly*, 19 (1996) 1, s. 3.

¹³ W publicznej dyskusji prowadzonej w Wielkiej Brytanii, w związku z planowaną nowelizacją obowiązującej ustawy transplantacyjnej można odnaleźć głosy wskazujące na niewielki wpływ wyboru jednego z rozwiązań dotyczących zgody dawcy na ilość pozyskiwanych narządów; ważne jest jednak, by członkowie rodziny zmarłego mieli możliwość współdecydowania o losie zwłok. Por. R. A. Sells, *Let's not opt out: kidney donation and transplantation*, *Journal of Medical Ethics*, 5 (1979) 4, s. 168.

czą się w kulcie pamięci zmarłego. Jedynie w przypadku, gdy zmarły w żaden sposób nie wyraził swoich życzeń, jego najbliżsi mogliby podejmować samodzielną decyzję. Powinna ona jednak pozostawać w ścisłym związku z poglądami zmarłego. Trzeba tu wyrazić pewną wątpliwość, co do autentyczności przekazania woli potencjalnego dawcy przez członków jego rodziny. Stając wobec nagłej zazwyczaj śmierci bliskiej osoby i konieczności udzielenia szybkiej odpowiedzi, przekazać mogą nie tyle wolę zmarłego, ile raczej własną, pozostającą pod wpływem trudnych przeżyć i uczucia bólu. Wyrażony w tym przypadku zakaz może być bardziej wyrazem pietyzmu, niechęci wobec okaleczenia zwłok czy resztek nadziei, że śmierć bliskiego jest tylko pozorna, niż antytransplantacyjnych poglądów niedoszęłego dawcy.

Omówienie zagadnienia zgody na pośmiertną eksplantację nie może ominąć problemów, związanych z sytuacjami określanymi jako „wyjątkowe”. Należą do nich: pobranie od osób pozbawionych pełnej zdolności do czynności prawnych, od osób zmarłych na skutek dokonania czynu zabronionego, wreszcie pobranie w sytuacjach nagłych, gdy nie ma możliwości uzyskania zgody uprawnionych osób. W przypadku osób nieletnich lub upośledzonych konieczne jest uzyskanie zgody ich opiekunów. Należy jednak zauważyć, że w państwach, gdzie prawo domniemywa zgodę potencjalnego dawcy, a członkowie rodziny nie mają prawa do głosu w tej sprawie, ewentualny sprzeciw należy zgłaszać za życia dawcy, gdyż po śmierci nie jest on skuteczny¹⁴. Wydaje się, że przepis taki narusza w sposób szczególny więzy łączące członków rodziny, zwłaszcza rodziców i dzieci.

W przypadku zwłok osoby, która mogła być ofiarą przestępstwa, na pobranie części ciała musi udzielić zgody także przedstawiciel wymiaru sprawiedliwości (np. prokurator, sędzia śledczy lub właściwy oficer policji – po zasięgnięciu opinii lekarza sądowego). Wymaganie to wypływa ze słusznej troski o skuteczne działa-

¹⁴ Takie rozwiązanie obowiązuje między innymi w Polsce. Por. Ustawa z dn. 26 października 1995 o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, art. 4, (Dz.U. nr 138/1995 poz. 682).

nie organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości: eksplantacja mogłaby zatrzeć ślady przestępstwa, uniemożliwiając prawidłowe odтворzenie wydarzeń prowadzących do śmierci, a w konsekwencji utrudnić wykrycie sprawcy.

Rozważyć należy wreszcie okoliczności „wyjątkowe”. Zazwyczaj określa się w ten sposób sytuację, w której istnieje nagła potrzeba pobrania narządu do przeszczepu, zaś nie znana jest wola potencjalnego dawcy (nie ujawnił jej publicznie, nie ma możliwości skontaktowania się z jego rodziną; dotyczy to także przypadku zwłok niezidentyfikowanych czy porzuconych). Niektórzy jednak za sytuację wyjątkową uznają także nagłą konieczność pobrania części ze zwłok osoby, która wyraziła swój sprzeciw. Część autorów ekstrakcję dokonaną w tych okolicznościach uznaje za godziwą, pod warunkiem, że jest ona jedynym środkiem ratowania życia¹⁵. W takim sposobie postępowania wyżej postawione jest dobro przyszłego biorcy narządu niż autonomia dawcy czy uprawnienia wynikające ze związków rodzinnych. Tak więc przeciw pobraniu narządu w „sytuacjach wyjątkowych” można wysunąć silniejsze zastrzeżenia niż wobec domniemania zgody, gdyż dopuszcza się tu wyraźnie ekstrakcję wbrew woli dawcy.

1. 3. Szacunek dla zwłok

Respekt dla godności człowieka jako osoby i uznanie ścisłej jedności osoby i jej ciała każą szanować ludzkie ciało i chronić je przed naruszeniem integralności. W wielu kulturach szacunek ten okazywany jest także zwłokom: oddaje się im cześć taką, jaką miał

¹⁵ Por. S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986, s. 212n; S. Olejnik, *Przeszczepianie narządów ludzkich w refleksji teologicznomoralnej*, w: tegoż, *W kręgu moralności chrześcijańskiej*, Warszawa 1985, s. 321. Późniejsza o dziesięć lat wypowiedź S. Olejnika na temat autoryzacji przeszczepu nie zawiera omawianej opinii (Por. *Etyka lekarska*, dz.cyt., s. 89). B. Wolniewicz przytacza pogląd wyrażony w dyskusji lekarzy i moralistów, że narząd można pobrać wbrew sprzeciwowi rodziny potencjalnego dawcy. (Por. B. Wolniewicz, *Neokanibalizm*, w: tegoż, *Filozofia i wartości*, Warszawa 1993, s. 260n.).

żyjący człowiek. Należy podkreślić, że choć obrzędy pogrzebowe prowadzą do ostatecznego rozpadu ciała, to jednak okaleczenie zwłok traktowane jest jako ich znieważenie, wystąpienie przeciw czci zmarłego. Stąd prawo chroni ich nietykalność.

Szacunek dla zwłok każe powstrzymywać się przed ich utylizacją. Praktyki stosowane przez faszystowskie Niemcy (przerabianie zwłok więźniów obozów koncentracyjnych na przedmioty użytkowe) spotykają się ze zdecydowanym potępieniem. Z drugiej strony większa część społeczeństwa akceptuje wykorzystanie ciała ludzkiego do badań medycznych (mających na celu stwierdzenie przyczyn śmierci bądź poznanie budowy lub funkcji organizmu) i do celów dydaktycznych (w akademiach medycznych).

Przeszczepianie narządów ze zwłok jest kolejnym sposobem ich utylizacji. Należy jednak podkreślić, że wykorzystanie to służy bezpośrednio ratowaniu ludzkiego życia i zdrowia, stąd bardziej zasługuje na dopuszczenie go niż pośrednia służba życiu (badania, dydaktyka). Zgoda na pośmiertną eksplantację obejmuje także czynności, które z konieczności jej towarzyszą: podtrzymywanie funkcji życiowych poszczególnych narządów i operację chirurgiczną. Ze względu na szacunek dla ciała człowieka, gdy nie przewiduje się pobrania narządów, czynności medyczne przerywa się natychmiast po stwierdzeniu zgonu. Potrzeba ratowania życia i zdrowia jest jednak ważniejsza, w jej imię zezwala się na naruszenie nietykalności ciała zmarłego. Naruszenie to nie może być jednak niczym nie ograniczone: szacunek dla zwłok pozostaje normą obowiązującą. Tak więc zezwolenie na pobranie nie oznacza zgody na niekonieczne okaleczanie zwłok; należy także postawić wymóg nadania ciała wyglądu, który nie urazi uczuć osób bliskich zmarłemu.

2. Przeszczepianie od dawców żyjących

Rozważając zagadnienie transplantacji od dawców żywych, należy najpierw odróżnić pobranie tkanki odnawialnej (np. krew, szpik kostny) od pobrania tkanki nieodnawialnej (np. nerka, część wątroby). Z przeszczepem tkanki odnawialnej nie jest związany zasadniczy problem dawstwa przez żywych – problem nieodwra-

calnego okaleczenia. Tkanki odnawialne regenerują się i mogą być pobierane wielokrotnie od tego samego dawcy. Zachowanie określonych reguł pozwala na uniknięcie szkodliwych skutków tych zabiegów. Pobranie części nieodnawialnej powoduje trwałe okaleczenie, które może mieć znaczący wpływ na przyszłe zdrowie i długość życia dawcy. Stąd usprawiedliwienie przeszczepienia takich części napotykać może na szczególne trudności. Należy jednak podkreślić, że warunki, jakie muszą być spełnione do godziwości transplantacji z dawcy żyjącego, w obu przypadkach są takie same.

Trudność usprawiedliwienia pobrania nieodnawialnej części ciała wynika z faktu, że powoduje ono trwałe i poważne naruszenie całości cielesnej człowieka. Czyn taki jest ze swej natury niegodziwy, a uzasadniony być może jedynie dobrem całości organizmu (np. amputacja zakażonej kończyny dla ratowania życia). Jeżeli przez „całość” rozumie się jedynie całość cielesną, to pobrania przeszczepu, które służy ratowaniu zdrowia innego człowieka, nie da się usprawiedliwić. Jednak człowiek jest nie tylko całością cielesną: osoba ludzka to jedność pierwiastków cielesnego i duchowego. Stąd, jeżeli eksplantacja służyłaby dobru osoby jako cielesno-duchowej całości, byłaby usprawiedliwiona. Wydaje się, że powyższy warunek jest spełniony, gdy przeszczep jest wynikiem całkowicie wolnej decyzji dawcy, który aktem miłości przychodzi z pomocą bliźniemu. Akt miłości bowiem przyczynia się do rozwoju osoby jako całości, do jej pełniejszej dojrzałości duchowej. Tak więc ofiarowanie choremu części ciała jest czynem godziwym, pod warunkiem, że nie stwarza niebezpieczeństwa dla życia dawcy i ma charakter daru wynikającego z ludzkiej solidarności¹⁶.

Drugim warunkiem godziwości pobrania tkanki jest udzielenie zgody przez przyszłego dawcę. Warunek ten wspólny jest dla wszystkich ingerencji medycznych: lekarzowi (poza przypadkami nagłymi) nie wolno podejmować terapii, jeżeli nie uzyska na nie zgody pacjenta¹⁷. Czynności lecznicze, zwłaszcza chirurgiczne, wy-

¹⁶ Por. W. Bołoz, dz. cyt., s. 145; 149n

¹⁷ Por. Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony na II Krajowym Zjeździe Lekarzy w 1991, art. 15, w: K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska*, Kraków 1994, s. 170n; Ustawa z dn. 5 grudnia 1996 o zawodzie lekarza, art. 32 (Dz.U. nr 28/1997 poz. 152).

konane bez zgody zainteresowanego byłyby naruszeniem jego integralności cielesnej, a także wolności decydowania o własnym ciele. Aby decyzja o oddaniu części ciała do przeszczepienia była prawdziwie ludzką, winna być podjęta całkowicie świadomie i dobrowolnie.

Do pełnej świadomości udzielenia zgody wymagane jest, by dawca otrzymał wszelkie informacje dotyczące planowanego zabiegu: jego natury, przebiegu, przewidywanego powodzenia, a zwłaszcza możliwych skutków szkodliwych, bezpośrednich i późniejszych. Wypełnienie tego warunku niejednokrotnie napotyka na pewne trudności. Ze względu na wymaganą szczegółowość objaśnień zgoda musi być udzielona na krótko przed planowanym zabiegiem¹⁸. W tych okolicznościach pacjenci nie zawsze podejmują właściwą współpracę z lekarzem. Kierując się głęboko zakorzenionymi uprzedzeniami czy lękiem, mogą odmówić zgody na zabieg; z drugiej strony, nie rozumiejąc terminologii medycznej, będąc w napięciu emocjonalnym i mając zaufanie do lekarza, poddają się bez zastrzeżeń każdemu jego działaniu¹⁹. Od personelu medycznego zależy więc, czy niezbędne informacje zostaną podane w formie zrozumiałej dla pacjenta, czy atmosfera w szpitalu pomoże podjąć decyzję w spokoju.

Szczególnym przypadkiem, jeżeli chodzi o udzielenie zgody, są dzieci, chorzy psychicznie i upośledzeni umysłowo. Osoby te nie są zdolne do samodzielnego wyrażenia swej woli, wszelkie decyzje podejmują za nie ich opiekunowie. Nie wydaje się jednak, że mają oni prawo decydowania o pobraniu do przeszczepu części nieodnawialnej. Oddanie narządu bowiem ma mieć charakter daru, wzbogacającego osobę dawcy, co zakłada podjęcie przez niego samodzielnej decyzji. Osoby należące do wymienionych kategorii decyzji takiej podjąć nie mogą, zaś postanowienie ich opiekunów nie przyczynia się do ich rozwoju osobowego. Stąd uznać na-

¹⁸ Lekarze, aby zapewnić powodzenie zabiegu, muszą często czekać na właściwy moment; dopiero wtedy, znając stan zdrowia biorcy i dawcy narządu, mogą ustalić najbardziej prawdopodobną prognozę. Por. T. Justyński, art. cyt., s. 71.

¹⁹ Por. I. Heszen-Niejodek, *Świadoma zgoda - bariery psychospołeczne*, w: *Informed consent*, E. Fiałek (red.), Kraków 1995, s. 20-25.

leży, że pobranie nie regenerujących się części ciała od osób pozbawionych pełnej zdolności do czynności prawnych jest niegodziwe. Wydaje się jednak, że można zezwolić na pobieranie od osób należących do omawianej kategorii tkanek odnawialnych. Zabieg ten nie powoduje trwałego okaleczenia ani szkodliwych skutków ubocznych, nie zostają więc naruszone istotne dobra dawcy.

Świadoma zgoda na pobranie narządu winna być podjęta w warunkach pełnej dobrowolności. Dotyczy to zwłaszcza przeszczepu nieodnawialnych części ciała, gdyż zabieg ten pozostawia trwałe ślady w organizmie dawcy. Wymaganie dobrowolności zgody ma swoją podstawę w poszanowaniu jego autonomii w dysponowaniu własnym ciałem. Skoro człowiek ma prawo decydowania o sobie, wywieranie presji na podjęcie decyzji co do pobrania narządu (zgody lub odmowy) jest naruszeniem jego swobody, przymusem stosowanym wobec wolnej osoby. Wolność decyzji jest również niezbędnym warunkiem tego, by zgoda na pobranie przeszczepu miała charakter daru. Dar bowiem ze swej natury jest działaniem wolnym; gdyby kogokolwiek pozbawiano czegoś bez jego zgody, byłyby to kradzież, oszustwo czy wymuszenie. Wymaganie pełnej dobrowolności podkreśla więc charakter oddania części ciała do przeszczepu jako daru.

Zagwarantowanie wolności zgody na transplantację napotyka jednak na pewne trudności. Dotyczy to zwłaszcza przekazywania części nieodnawialnych. Tkanki nieodnawialne przeszczepiane są obecnie wyłącznie między krewnymi. Dawca i biorca są więc ze sobą ściśle związani: nie tylko biologicznymi więzami krwi, ale także poczuciem bliskości i wynikającej z niej wzajemnej odpowiedzialności. Więzy te mogą ogrywać istotną rolę przy podejmowaniu decyzji o transplantacji: potencjalny dawca może przeżywać silne (aż do ograniczenia wolności) poczucie obowiązku pomocy, jego chory krewny może, w imię tej samej odpowiedzialności, wzbraniać się przed przyjęciem daru. Na dokonanie przeszczepu mogą mieć wpływ także członkowie najbliższej rodziny obu zainteresowanych; jego siła zależy od konkretnej sytuacji psychospołecznej, nie można jednak wykluczyć presji ograniczającej wolność wyboru.

Jakkolwiek prawo ogranicza przeszczep od dawcy żyjącego do osób spokrewnionych, medycznie jest możliwa transplantacja między osobami obcymi (i w jednym, i w drugim przypadku decyduje kryterium zgodności biologicznej). W przypadku dokonywania takiego zabiegu ujawnić się może inny czynnik wpływający istotnie na podjęcie decyzji o oddaniu narządu. Jest nim odpłatność, jaką może obiecywać przyszły biorca lub jakiej może żądać potencjalny dawca. Jeżeli dawca znajduje się w trudnej sytuacji materialnej kwota oferowana przez biorcę może istotnie wpłynąć na decyzję o przeszczepieniu. Doniesienia prasowe o przeszczepianiu narządów pobranych od mieszkańców ubogich części świata zamożnym chorym w Europie lub USA świadczą o rzeczywistym wpływie czynnika materialnego na zgodę na pobranie. Niedopuszczenie do płacenia za przeszczepy sprzyja zachowaniu pełnej wolności decyzji dawcy.

3. Przeszczepianie narządów zwierzęcych

Wobec niedoboru narządów potrzebnych do przeszczepiania medycyna szuka innych sposobów zastępowania нефункционujących części ciała. Jednym z nich jest przeszczepianie tkanek pobranych od zwierząt. Zaletą tej terapii jest całkowite usunięcie niebezpieczeństwa, na jakie narażona jest osoba dawcy przeszczepu: dzięki pobieraniu tkanek od zwierząt, nie okalecza się więc ani nie naraża na przedwczesną śmierć żadnego człowieka. Pobieranie części zwierzęcych gwarantuje także niemal nieograniczony dostęp do materiału transplantacyjnego dobrej (ściśle kontrolowanej) jakości. Z drugiej jednak strony z transplantacją ze zwierząt wiązać się mogą pewne niebezpieczeństwa: uczeni obawiają się między innymi przeniesienia do organizmu człowieka wirusów, które nie są groźne dla zwierząt, zaś u ludzi mogą powodować poważne choroby.

Próby dokonywania przeniesienia tkanek zwierzęcych prowadzi się od początku XX wieku, pierwsze sukcesy zaczęto osiągać w latach sześćdziesiątych. Pełnym powodzeniem kończyły się jednak jedynie przeszczepy oczyszczonych chemicznie zastawek serca po-

branych od świń i cieląt. Najpoważniejszym problemem stojącym przed badaczami jest pokonanie biologicznej bariery odpornościowej, czyli spowodowanie, by wszczepiony narząd nie był przez organizm człowieka odrzucany jako ciało obce. Metody stosowane do zapobiegania odrzuceniu narządów ludzkich są tu niewystarczające. Obecne prace mają na celu wyhodowanie zwierząt (przede wszystkim świń) o tak zmienionych cechach, by jak najmniej różniły się biologicznie od człowieka. Z drugiej strony poszukuje się także leków, które osłabiłyby działanie mechanizmów odpornościowych organizmu biorcy, a także poszukuje możliwości dokonywania zmian genetycznych u biorcy upodabniających pewne części jego organizmu do organizmu zwierzęcia – dawcy²⁰.

Można więc powiedzieć, że transplantacje organów zwierzęcych należą raczej do sfery eksperymentów medycznych niż do normalnej praktyki leczniczej. Stąd należy do nich stosować normy moralne takie, jak do innych doświadczeń na ludziach prowadzonych w dziedzinie ochrony zdrowia. Zbiór wytycznych określających warunki prowadzenia eksperymentów w medycynie przyjęło Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Health Association) na kongresie w Helsinkach, w roku 1975. Deklaracja zezwala na dokonywanie doświadczeń jedynie przez osoby o wysokich kwalifikacjach i po przeprowadzeniu wszystkich możliwych testów laboratoryjnych i na zwierzętach. Doświadczenia na ludziach podjęte mogą być wyłącznie wtedy, gdy wynikająca z nich korzyść dla osób poddanych badaniom jest istotnie większa niż towarzyszące im ryzyko, zaś interes badanego zawsze stawiany być musi ponad interesem społeczeństwa czy nauki. Osoby poddane doświadczeniom muszą być dokładnie powiadomione o przebiegu badania, korzyściach z niego płynących i możliwym ryzyku (ryzyko to musi więc być przewidywalne); na podstawie tej informacji wyrażają wolną zgodę na udział w eksperymencie. Zgoda ta jest koniecznym warunkiem prowadzenia badań i może być wycofana. Wolność zgody wyklucza poddanie doświadczeniom osób znajdujących

²⁰ Por. R. P. Lanza, D. K. C. Cooper, W. L. Chick, *Ksenotransplantacje*, Świat Nauki, (1997) 9, s. 42-47.

cych się w sytuacjach przymusowych (np. żołnierze, więźniowie, dzieci, osoby upośledzone, podwładni eksperymentatorów). Nowe metody leczenia mogą być wypróbowywane dopiero po zastosowaniu najlepszych dostępnych uprzednio sposobów²¹.

Powyższe reguły odniesione do przeszczepiania narządów zwierzęcych każą prowadzić przede wszystkim eksperymenty terapeutyczne, nie zaś czysto badawcze. Znaczy to, że osobami poddanymi próbom winni być chorzy oczekujący na przeszczep, którym udany eksperyment może przynieść wielkie korzyści. Niedopuszczalny jest zabieg mający na celu jedynie lub przede wszystkim postęp wiedzy biomedycznej, nie zaś dobro chorego. Zespół medyczny przygotowujący przeszczep winien być przekonany o możliwości jego powodzenia, należy więc najpierw przeprowadzić odpowiednie badania w laboratorium lub na zwierzętach, nie czyniąc ich przedmiotem ludzi. Przyszły uczestnik eksperymentu winien, dla wyrażenia świadomej zgody, poznać wyniki tych badań. Winien on mieć możliwość podjęcia swojej decyzji w sposób wolny, bez nacisków z czyjejkolwiek strony.

Uzupełniając wskazania dotyczące ksenotransplantacji jako praktyki doświadczalnej, należy zauważyć, że powodować ona może dwa szczególne zagrożenia dla biorcy narządu i innych osób. Pierwszym z nich jest możliwość przeniesienia do organizmu biorcy nieznanymi jeszcze wirusów niegroźnych dla zwierzęcia, lecz powodujących poważne choroby u ludzi. Stąd nacisk należy położyć na wykonanie odpowiednich testów wykluczających obecność takich wirusów. Drugie z niebezpieczeństw wiąże się z terapią genetyczną, której poddany może być biorca przeszczepu. Terapia ta ma na celu upodobnienie biologiczne części jego organizmu do przeszczepianego narządu, nie może ona jednak naruszać tożsamości genetycznej pacjenta.

²¹ Por. Deklaracja Helsińska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, uchwalona w kongresie w Helsinkach w 1964 r. i zmodyfikowana w Tokio w 1975 r., w: K. Szewczyk, dz. cyt., s. 186-189; por też: Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony na II Krajowym Zjeździe Lekarzy w 1991, w: K. Szewczyk, dz. cyt., s. 168-179; T. Ślipko, *Granice życia*, dz. cyt., s. 201; W. Bołoz, dz. cyt., s. 140; B. Häring, dz. cyt., s. 197; S. Olejnik, *Etyka lekarska*, dz. cyt., s. 115nn; J. Bernard, dz. cyt., s. 26-35.

Podsumowując powiedzieć można, że przeszczepianie narządów zwierzęcych samo w sobie nie budzi wątpliwości moralnych. Pamiętać jednak należy, że terapia ta wciąż znajduje się w fazie doświadczeń i jej stosowanie jest bardzo ograniczone.

4. Biorcy przeszczepów

Pozyskaną do transplantacji część ciała należy we właściwy sposób wykorzystać, wszczepiając odpowiedniemu pacjentowi. Z punktu widzenia medycyny zasadniczym problemem jest tu wybór biorcy, którego leczenie ma największe szanse powodzenia; istotną rolę odgrywają tu nie tylko czynniki biologiczne (np. zgodność tkankowa), ale także psychologiczne (np. odporność na stres czy wytrwałość w przestrzeganiu zaleceń pooperacyjnych). Z zabiegiem wszczepienia związane są także pewne problemy z zakresu etyki. Najważniejsze z nich to kryteria sprawiedliwego wyboru biorcy transplantu, jego zgoda na zabieg, a także możliwość przekazywania opłat za przeszczepy.

4. 1. Wybór biorcy

Jedną z zasadniczych barier rozwoju medycyny transplantacyjnej jest niedobór narządów możliwych do przeszczepienia. Liczba osób oczekujących na zabieg wciąż rośnie, stąd w przypadku każdego pozyskanego organu należy dokonać wyboru biorcy spośród wielu potrzebujących. Pojawia się więc potrzeba zastosowania takiego kryterium wyboru, które pozwoli na najsprawiedliwszy rozdział przeszczepów. Fundamentalną wydaje się tu być zasada równości wszystkich oczekujących i wynikający z niej jednakowy dostęp do środków medycznych²². Zasada ta zakazuje uwzględniania przy wyborze biorcy czynników rasowych, religijnych, społecz-

²² Por. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, art. 1, 2, 25, w: *Prawa człowieka. Dokumenty międzynarodowe*, B. Gronowska, T. Jasudowicz, C. Mik (red.), Toruń 1996, s. 16; 19; H. Skorowski, *Problematyka praw człowieka*, Warszawa 1996, s. 75.

nych czy majątkowych. Życie każdego człowieka jest bowiem jednakowo cenne i godne ochrony. Istotną równość wszystkich ludzi respektują kryteria związane z biologicznym aspektem życia ludzkiego. Cechy biologiczne poszczególnych ludzi są bowiem niezależne od ich pozycji społecznej, statusu majątkowego itp., a jednocześnie stosunkowo łatwo mierzalne i porównywalne. Zastosowanie tego typu kryteriów pozwala więc na zobiektywizowanie wyboru biorcy i wyrównanie szans wszystkich oczekujących.

Podstawowym kryterium wyboru biorcy przeszczepu jest jego biologiczna zgodność z dawcą. Przeznaczenie narządu nieodpowiedniemu pod tym względem choremu zawsze kończy się niepowodzeniem zabiegu. Potencjalni biorcy nie mogą przekraczać pewnego wieku (różnego dla każdego z narządów), nie mogą cierpieć na choroby układowe (inne niż leczona przeszczepem), nie mogą także pozostawać pod wpływem infekcji. Przeprowadza się także badania psychologiczne mające na celu wykluczenie zaburzeń umysłowych i potwierdzenie zdolności pacjenta do znoszenia uciążliwości leczenia pooperacyjnego (zwłaszcza immunosupresji) oraz możliwości powrotu do życia rodzinnego i zawodowego²³. Wymienione badania mają na celu wybór pacjenta, u którego transplantacja ma największe szanse powodzenia. W wielu ośrodkach spośród kilku oczekujących przeszczep otrzymują ci, dla których jest on najbardziej „pilny”.

Dokładniejsza analiza powyższych kryteriów ukazuje jednak, że nie są to wskaźniki czysto medyczne: wyróżniają one pewnych pacjentów ze względów innych niż należące do medycyny. Samo pojęcie „powodzenie zabiegu”, rozumiane jako „jak najdłuższe życie pacjenta z przeszczepionym narządem” zawiera elementy ekonomiczne, gdyż z punktu widzenia wykorzystania środków materialnych tak postrzegany sukces jest najkorzystniejszy. Z tego względu na biorców wybierani są raczej ludzie młodzi, którzy nie tylko mogą żyć dłużej po operacji, ale także pracować, wytwarza-

²³ Por. P. Wolf, K. Boudjema, B. Ellero, J. Cinqualbre, *Transplantacja narządów. Kompendium*, Wrocław 1993, s. 75nn; 116; 142; 155.

jąc kolejne dobra. Część wymienionych kryteriów ma, prócz medycznego, także znaczenie społeczne. „Pilność” transplantacji może być odnoszona nie tylko do stanu zdrowia pacjenta, ale także do jego sytuacji rodzinnej (matka małych dzieci) lub społecznej (osoba zajmująca wysokie stanowisko, prowadząca badania o szczególnym znaczeniu). Nie tylko kwestie medyczne, ale też ekonomiczne i społeczne (przewidywane niepowodzenie zabiegu ze względu na nieporzucenie nałogu, choroba powstała z winy pijącego alkohol człowieka, jego dotychczasowa i przyszła nieproduktywność) mają wpływ na decyzję dotyczącą przeszczepu wątroby alkoholika. Na czas oczekiwania na operację może wpływać także czynnik całkowicie niemedyyczny – miejsce zamieszkania. Ze względu na ograniczony czas przechowywania narządów częściej odrzucani są oczekujący mieszkający daleko od ośrodka transplantacyjnego. Jednocześnie pacjenci rejestrowani w dużych ośrodkach mają większe szanse na odnalezienie właściwego dawcy. Pewne wątpliwości budzą także badania psychologiczne, gdyż mają one przewidzieć zachowanie się chorego w zupełnie nowej dla niego i trudnej sytuacji. Przewidywania te mają tylko pewien stopień prawdopodobieństwa, niejednakowy dla poszczególnych pacjentów²⁴.

Medyczne i pozamedyczne kryteria wyboru biorcy przeszczepu są trudne do rozdzielenia. Szacunek dla równej godności wszystkich oczekujących na przeszczep domaga się jednak starania o to, by w praktyce leczniczej stosowane były przede wszystkim te, które oparte są na wskazaniach nauk biomedycznych.

4. 2. Zgoda biorcy

Przeszczepienie narządu jest terapią złożoną, wymagającą daleko idącej współpracy pacjenta z lekarzem: chory musi wykazywać nie tylko silną wolę przeżycia i powrotu do zdrowia, ale tak-

²⁴ Por. V. H. Schmidt, *Selection of Recipients for Donor Organs in Transplant Medicine*, *Journal of Medicine and Philosophy*, 23 (1998) 1, s. 53-67; M. Tarnawski, *Problematyka prawna aparatury podtrzymującej życie*, w: *Prawo i medycyna u progu XXI wieku*, M. Filar (red.), Toruń 1987, s. 36.

że wypełniać szereg zaleceń związanych z uniknięciem odrzucenia przeszczepu. Jeżeli potencjalny biorca nie wyraża gotowości do przestrzegania rygorów kuracji pooperacyjnej, może zostać skreślony z listy oczekujących, gdyż leczenie go nie ma wielkich szans na powodzenie. Problem ten łączy się ściśle z wyrażeniem zgody na zabieg transplantacji.

Aby uszanować godność i autonomię pacjenta biorcy, lekarz przed wykonaniem zabiegu musi uzyskać od pacjenta zgodę, wyrażoną w odpowiedniej formie. Udzielenie zgody winno być poprzedzone, podobnie jak w omawianym już przypadku żyjącego dawcy narządów, poznaniem przez pacjenta wszystkich warunków zabiegu: jego przebiegu, szans powodzenia, możliwych zagrożeń, efektów ubocznych itp. Informacje przekazane choremu mają umożliwić mu podjęcie świadomej i wolnej decyzji dotyczącej własnego zdrowia i życia. W przypadku przeszczepienia narządu podanie pełnej i zrozumiałej informacji jest bardzo istotne, gdyż skutkiem nieudanego zabiegu może być śmierć pacjenta. Ponadto potencjalny biorca przeszczepu winien także zrozumieć, że leczenie pooperacyjne trwać będzie do końca jego życia; zgoda na zabieg chirurgiczny winna łączyć się z przyzwoleniem na dalszą współpracę z lekarzem²⁵.

Zgoda potencjalnego biorcy na zabieg ma być nie tylko świadoma, ale i wolna; wolności tej służy właściwie podana mu informacja. Należy jednak zwrócić uwagę, że pacjent podlegać może różnorodnym wpływom, ograniczającym wolność wyboru. Należy tu wymienić naciski ze strony lekarzy (dążących do wykonania lub zaniechania przeszczepu z powodów nie związanych bezpośrednio z leczeniem) i rodziny pacjenta. Ważną rolę odgrywają tu także uprzedzenia, przesady czy też zbyt rozbudzone nadzieje samego zainteresowanego. Opiekujący się chorym winni więc, o ile to możliwe, na długo przed transplantacją przygotować go do podjęcia decyzji²⁶.

²⁵ Por. S. Olejnik, *Etyka lekarska*, dz. cyt., s. 83.

²⁶ Por. J. Bernard, dz. cyt., s. 40.

4. 3. Odpłatność za przeszczep

Z zagadnieniem transplantacji związany jest problem komercjalizacji części ciała ludzkiego. Niewystarczająca wobec wielkiego zapotrzebowania podaż narządów stwarza pokusę pozyskiwania przeszczepów w zamian za przekazanie środków materialnych. Pokusa ta dotyczyć może przede wszystkim osób zamożnych, które mogą poszukiwać dawców żywych lub członków rodzin osób zmarłych (lub dopiero umierających) i nakłaniać ich do odpłatnego przekazania odpowiednich części ciała. Godziwość takiej praktyki budzi jednak poważne wątpliwości.

Zanim jednak przedstawione będą argumenty przeciwników i zwolenników komercjalizacji transplantów należy dokładnie określić, co znaczy zwrot „odpłatność za przeszczep”. Artykuł 21 Konwencji bioetycznej przyjętej przez Radę Europy²⁷ mówi, że „ciało ludzkie i jego części nie mogą, same w sobie, stanowić źródła zysku”. „Odpłatnością” jest więc wartość materialna przekazywana w zamian za tkanki pochodzące od człowieka jako takie. Stąd nie jest czerpaniem zysku z ludzkiego ciała pobieranie opłat za czynności techniczne konieczne dla dokonania transplantacji (pobranie, konserwacja, transport, testy itp.). Są to bowiem często czynności kosztowne: osoby i instytucje wykonujące je mogą domagać się zwrotu poniesionych wydatków i czerpać ze swojej pracy zyski. Nie jest również zapłatą za tkankę odszkodowanie wypłacane osobie, od której została ona pobrana. Ma ono bowiem na celu wyrównanie strat związanych z poniesionym uszczerbkiem na zdrowiu i utraczonymi zyskami (np. przez czas hospitalizacji). Powyższe koszty może pokrywać budżet państwa, instytucje ubezpieczeń społecznych lub prywatnych, wreszcie sam biorca. Żadna z tych kwot nie jest jednak wypłacana dawcy (lub jego rodzinie) tak samo, jak wypłaca się należność za różne rzeczy będące przedmiotem handlu²⁸.

²⁷ Europejska konwencja o prawach człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (przyjęta w Oviedo, 4 kwietnia 1997), w: M. Safian, *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998, s. 262-274.

²⁸ Por. Komentarz do projektu konwencji bioetycznej, Biuletyn Centrum Europejskiego Uniwersytetu Warszawskiego, (1994) 3, s. 14; J. Bernard, dz. cyt., s. 41-43.

Dopuszczenie komercjalizacji ludzkiego ciała oznaczałoby zrównanie go z innymi rzeczami, które mogą być przedmiotem prawa własności, dziedziczenia czy transakcji handlowej. Jednak urzeczowienie części ciała (tak osoby żyjącej, jak i zwłok) i wprowadzenie ich do obrotu prawnego zaprzecza ich naturalnej godności. Ciało bowiem jest częścią człowieka – osoby (człowiek „jest” ciałem, a nie tylko „ma” ciało) i jako takie jest obdarzone osobową godnością. Przy najmniej częściowo nie zanika ona i wtedy, gdy człowiek umiera – zwłoki traktowane są z szacunkiem przynależnym człowiekowi²⁹. Coś, co nosi godność osoby, nie może być traktowane jako środek do celu, a jedynie jako cel sam w sobie, nie może więc być przedmiotem transakcji handlowej. Ochrona godności osoby ludzkiej domaga się więc negatywnej oceny handlu częściami ludzkiego ciała także wtedy, gdy służy on pozyskaniu materiału transplantacyjnego.

Przeciwko komercjalizacji ludzkiego ciała przemawiają także inne argumenty. Pierwszym z nich jest fakt ograniczenia wolności dawcy lub jego rodziny. Środki, które można uzyskać dzięki zgodzie na ekstrakcję, mogą być, a w praktyce niemal zawsze są, czynnikiem, który wpływa na decyzję potencjalnego dawcy lub jego krewnych. Im trudniejsza jest sytuacja materialna dawcy, tym silniejszą zachętą do oddania tkanki jest możliwa zapłata. Pewne warunki mogą tę zachętę zmienić nawet w rodzaj przymusu. Wówczas decyzja oddania narządu przestaje być wyrazem samostanowienia dawcy, a staje się wynikiem działania sił ekonomicznych³⁰.

Należy tu zauważyć, że wobec niedoboru narządów potrzebnych do transplantacji realne staje się niebezpieczeństwo wzajemnego licytowania się dwóch lub więcej potencjalnych biorców. Mogą oni podnosić oferowane dawcy kwoty, starając się uzyskać „donację” na rzecz konkretnej osoby. Nacisk wywierany przez konkurujące ze sobą osoby jest, zwłaszcza dla rodziny nieżyjącego dawcy, wielkim ciężarem, przed którym chronić winien zakaz komercjalizacji ciała człowieka³¹.

²⁹ Por. R. Darowski, *Filozofia człowieka*, Kraków 1996, s. 90-95.

³⁰ Por. J. A. DePalma, art. cyt., s. 4.

³¹ Por. J. Jaroszek, *Przeszczepy w świetle prawa w Polsce*, Warszawa 1988, s. 84.

Konkurencja między potencjalnymi biorcami przeszczepu i wybór jednego na podstawie oferowanej przez niego kwoty naruszają zasadę sprawiedliwości. Nakazuje ona traktowanie w równy sposób tych, którzy są równi, i w nierówny sposób tych, którzy równi nie są. Problemem, który należy tu rozwiązać, jest ustalenie najbardziej odpowiedniego kryterium porównania osób dla wyboru biorcy przeszczepu. W warunkach niedoboru narządów osoby ubiegające się o przydział mogą stosować różne kryteria dla wykazania swoich uprawnień³². W tym miejscu można wymienić trzy przykładowe kryteria doboru biorcy: kryterium medyczne (zgodność tkankowa, szanse powodzenia, aktualny stan biorcy...), społeczne (zasługi biorcy i jego przydatność społeczna po wyleczeniu itp.), czy też kryterium wolnorynkowe (organ przekazywany jest osobie, która przeliczytuje swoich konkurentów).

Można stwierdzić, że dopuszczenie do komercjalizacji zwłok i ich części prowadzi do przydzielania narządów według kryterium wolnorynkowego. Choć kryterium medyczne pozostałoby tu nadal wskazaniem podstawowym (głównie zgodność tkankowa; bez niej przeszczep zostałby odrzucony), to jednak ostateczna decyzja zależałaby od stanu majątkowego poszczególnych oczekujących i ich rodzin. W takim przypadku o dostępie do środka leczniczego decydowałby stan społeczno-majątkowy pacjentów. Wydaje się, że taki stan rzeczy byłby sprzeczny z zasadami głoszonymi w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (art. 2), sprzeciwiałby się więc idei równości ludzi i sprawiedliwości.

W świetle powyższych argumentów handel częściami ludzkiego ciała jawi się jako niemoralny ze względu na swą naturę: przeczy naturalnej godności ciała, istotnie zmniejsza wolność dawcy, nie respektuje zasad sprawiedliwości i równości w rozdziale przeszczepów. Taka ocena nie jest jednak powszechna. Istnieją opinie, że płacenie za przeszczepiane tkanki, jakkolwiek wielce problematyczne i prawie zawsze niegodziwe, nie jest samo w sobie czymś złym. Zło kryje się raczej w możliwych nadużyciach, głównie w

³² Por. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 342-346.

wyznaczeniu niesprawiedliwej zapłaty czy wykorzystywaniu sytuacji przymusu ekonomicznego, w jakiej znajduje się dawca³³.

Zwolennicy dopuszczenia komercjalizacji ludzkiego ciała argumentują, że odpowiednia kontrola umożliwi uniknięcie ewentualnych nadużyć. W ich opinii wynagradzanie dawców ma trzy zalety: przede wszystkim pozwala na istotne zwiększenie liczby narządów do transplantacji, umożliwia osobom potrzebującym uzyskanie dodatkowego dochodu, wreszcie daje każdemu wolność w dysponowaniu swoim. W swoich rozważaniach akcentują oni jedynie pozytywne skutki tej praktyki. Wydaje się, że argumentacja ta ma swoje źródło w koncepcjach utylitarystycznych: zgodzić się należy na działanie, które przynosi wielki pożytek (zdrowie, majątek, wolność) wielu ludziom. Pominięta jest tu jednak całkowicie ocena handlu częściami ciała jako takiego, ocena oparta na pełnym rozumieniu roli ciała w strukturze osoby ludzkiej.

Właściwe wykorzystanie możliwych do transplantacji narządów ma być kierowane nie tylko regułami technicznymi, ale winno także spełniać pewne kryteria moralne. Chodzi tu przede wszystkim o sprawiedliwy wybór biorcy przeszczepu i o jego wolną i świadomą zgodę na zabieg. Sprawiedliwość wyboru domaga się uznania równości oczekujących na przeszczep, zwłaszcza nieuwzględniania ich pozycji społecznej i majątkowej. Sprzyja temu zakaz komercjalizacji części ciała ludzkiego, zakaz mający swe istotne źródło w rozumieniu natury ciała.

* * *

Choć przeszczepianie komórek, tkanek i narządów stało się uznaną terapią, wciąż pojawiają się głosy sprzeciwiające się tej praktyce. Widzą w niej swego rodzaju kanibalizm, podobny do magicznego ludożerstwa ludów pierwotnych, naruszenie praw Bożych lub nieracjonalny sposób wydawania środków materialnych, mogących służyć leczeniu wielu osób.

³³ Por. A. Dylus, *Problem komercjalizacji organów ludzkich*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Opole 1996, s. 207.

Etyka personalistyczna nie odrzuca transplantacji narządów jako takiej, wskazuje jednak, że muszą być spełnione pewne warunki, aby nie została naruszona osobowa godność dawcy lub biorcy przeszczepu. W odniesieniu do dawców zmarłych istotne jest przede wszystkim obiektywne i niezawodne stwierdzenie śmierci, upewnienie się, że zmarły zgadzał się na ewentualne pośmiertne pobranie części jego zwłok (przyjęcie w praktyce zgody domyślnej jest obwarowane kilkoma zastrzeżeniami), wreszcie takie obchodzenie się z ciałem, by nie naruszać jego godności, wynikającej z tego, że było ono ciałem człowieka. Pobranie części z ciała dawcy żyjącego nie może zagrażać jego życiu i winno służyć jego całościowemu rozwojowi – mieć charakter daru, czego wyrazem jest świadoma i dobrowolna zgoda na eksplantację. Ochronie godności biorcy przeszczepu służy przede wszystkim właściwy sposób wyboru przyjmującego konkretny narząd: kryteria tego wyboru winny szanować istotną równość wszystkich oczekujących i pomijać różnice rasowe, społeczne czy majątkowe. Właściwemu wyborowi biorcy służy zakaz komercjalizacji części ciała ludzkiego, zakaz oparty na uznaniu udziału ciała w godności człowieka. Biorca przeszczepu, podobnie jak dawca, winien wyrazić swoją świadomą zgodę na zabieg.

Transplantacje narządów zwierzęcych znajdują się w fazie eksperymentów, toteż godziwość tych zabiegów warunkowana jest spełnieniem norm stosowanych wobec wszystkich badań na ludziach. Uczni muszą troszczyć się o jak największe bezpieczeństwo zdrowia i życia uczestników doświadczeń, z których każdy winien, w sposób wolny i świadomy, zgodzić się na udział w ich pracach.

Medycyna transplantacyjna jest nadzieją wielu nieuleczalnie chorych. Od postawy lekarzy, tych, którzy stanowią prawo, i całej społeczności zależy, czy będzie też miejscem głębszego rozumienia i ochrony godności każdego człowieka.