

JACEK MARIA NORKOWSKI



## CZY TO NAPRAWDĘ NIEWAŻNE, JAK DEFINIUJEMY ŚMIERĆ?

**ABSTRACT.** Jacek Maria Norkowski, *Czy to naprawdę nieważne, jak definiujemy śmierć?* [Is this really unimportant how do we define death?] edited by Agnieszka Doda-Wyszyńska, Sławomir Leciejewski, „Człowiek i Społeczeństwo” vol. LIV: *Wyzwania cywilizacyjne chrześcijaństwa* [Civilization challenges of Christianity], Poznań 2022, pp. 65–81, Adam Mickiewicz University. ISSN 0239-3271, <https://doi.org/10.14746/cis.2022.54.5>.

The Montreal conference (2012) adopted the definition of death as „permanent loss of consciousness and permanent loss of all brainstem functions”. This definition aspires to cover with its scope all types of death that could be reduced to this definition as a phenomenon. This definition is based on the assumptions contained in the Harvard Report of 1968, which defined death as an irreversible coma. This approach to death has been criticized by some doctors, philosophers, theologians, lawyers, journalists and religious circles. In most countries, these protests were ignored by state legislation and the influential media, resulting in no apparent social opposition to the neurological criteria for death and the later introduced cardiac death criteria. In some countries, however, the legislation provides for the possibility of objecting to these death criteria, which allows them to be avoided for declaring death by anyone who disagrees with them. Japan and the state of New Jersey in the United States have developed statutory solutions for this purpose that could be an example for other countries. Meanwhile, this is not the case and the societies of most countries in the world have in effect imposed definitions and criteria of death with which 20–40% or even more citizens do not agree. This undermines their civil rights and therefore needs to be changed, especially since there is a desire for further legal changes that would legalize consent to death by organ donation (death by organ donation). This in turn would mean an open questioning of the principle that we do not kill some patients in order to save others, and the mission of doctors is only to heal patients, not to kill them.

**Keywords:** neurological criteria of death, cardiac death, death by organ donation, religious clause

Jacek Maria Norkowski OP, dr n. med., były wykładowca Papieskiego Uniwersytetu Świętego Tomasza z Akwinu w Rzymie, e-mail: [janork1@wp.pl](mailto:janork1@wp.pl).

## Wprowadzenie

Neurologiczne kryteria śmierci zostały wprowadzone w większości krajów świata już wiele lat temu. Spowodowały one drastyczne zmiany w procedurze stwierdzania faktu śmierci i jej oficjalnym interpretowaniu, nie wywołało to jednak prawie nigdzie szerszej, społecznej debaty. Trudno znaleźć na ten temat wypowiedzi, które kwestionowałyby słuszność tych definicji i kryteriów, w mediach głównego nurtu, w ustach polityków, czy też osób ze sfery kultury, nauki, w tym medycyny, a także organizacji zawodowych, społecznych czy religijnych.

Zjawisko to dotyczy również krajów Zachodu z obszaru kultury chrześcijańskiej. W części pozostałych krajów sytuacja wygląda inaczej. Należą do nich Japonia, niektóre kraje arabskie i niektóre kraje z dużym odsetkiem ortodoksyjnej ludności żydowskiej oraz środowisk, w których dominują przedstawiciele tradycyjnych kultur Ameryki, Afryki i Azji. W pewnych krajach na temat śmierci mózgowej, która należy do nowych sposobów definiowania śmierci, toczyły się zaciekle i długotrwałe dyskusje. Doprowadziły one do uchwalenia norm prawnych znacznie różniących się od tych, które obowiązują w innych państwach. Można zapytać, skąd biorą się te różnice. Na to pytanie będę chciał znaleźć odpowiedź w niniejszym artykule.

### **Kontrowersyjne definicje i kryteria diagnostyczne śmierci obowiązujące w Polsce, które nigdy nie zostały omówione w szerokiej publicznej debacie**

Obowiązująca w Polsce definicja śmierci i jej kryteria nie są zawarte wprost w tekście żadnej ustawy. Możemy je znaleźć jedynie w aktualnym Załączniku do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, w którym stwierdzono:

Śmierć jest to trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie „trwałe” oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji (Załącznik, 2019: poz. 73).

Autorzy tej definicji powołują się na ustalenia konferencji ekspertów w Montrealu z 2012 r., podczas której taką definicję śmierci przyjęto jako obowiązującą. Pierwszą sprawą, którą w tym momencie należy przypomnieć, jest to, że dokument z Montrealu powstał na zasadzie powtarzania założeń przyjętych przed laty w tzw. Raporcie harwardzkim, w którym nieodwracalną śpiączkę uznano za nowe kryterium śmierci, nie podając jednak żadnego naukowego uzasadnienia tej arbitralnie przyjętej definicji (Beecher i in., 1968). Drugą kwestią jest pytanie: dlaczego w Polsce tak doniosła sprawa, dotycząca wszystkich obywateli, jaką jest definicja i kryteria śmierci, znalazła się wyłącznie w kolejnych załącznikach do obwieszenia ministra zdrowia, czyli w akcie, który ma niski status prawny? Czy nie jest tak dlatego, że można w ten sposób uniknąć publicznej debaty, choćby na sali sejmowej i w mediach?

Autorzy tej nowej definicji śmierci dążą do uznania jej za powszechnie obowiązującą, w miejsce dawnego rozumienia. Śmierć jako taka, a nie tylko diagnozowana w celach transplantacyjnych, ma być według nich rozumiana jako „trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu”. Utrata takich funkcji, jak świadomość oraz czynności pnia mózgu, mają wystarczyć za kryterium śmierci i być jej istotą, pomimo możliwości (a może raczej ze względu na nią) zaistnienia takiej sytuacji, że zachowane będą pozostałe czynności układów działających w ciele pacjenta, co powoduje, że jego ciało niczym nie różni się od ciała każdego innego (żywego) człowieka. Jako kryterium diagnostyczne wystarczające do stwierdzenia zgonu przyjmuje się brak występowania odruchów z pnia mózgu, w tym odruchu oddechowego, czyli wystąpienie braku reakcji na bodźce w zakresie nerwów czaszkowych i bezdechu, jeśli nie zaszły okoliczności wykluczające (Coimbra, 2009: 134). Podczas badania bezdechu, które jest niebezpieczne dla pacjenta i może spowodować jego zgon, uznaje się, że ośrodek oddechowy jest trwale nieczynny. Ignoruje się przy tym takie objawy, jak złożone ruchy rąk i nóg, a nawet pojawienie się płytkiego oddechu. Wszystkie te objawy nie są przeszkodą dla uznania pacjenta za zmarłego (Załącznik, 2019: poz. 73). Po postawieniu diagnozy śmierci pnia mózgu nie przeprowadza się już obserwacji pacjenta pod kątem zdolności do samodzielnego oddychania, która dość często powraca. Przejawia się ona u takiego pacjenta włączaniem się autonomicznego rytmu oddechowego, który nadaje respiratorowi wyższe tempo pracy. Świadczy to o podjęciu działania przez ośrodek oddechowy w pniu mózgu i o przekazywaniu impulsów nerwowych poprzez nerwy obwodowe do mięśni, czyli o tym, że organizm na poziomie neurologicznym prawidłowo reaguje na brak tlenu (Dodd-Sullivan, 2011: 152). Aby uniknąć

takiej konkluzji, zwykle jest to interpretowane jako zła regulacja czułości respiratora, a nie jako dowód na to, że pacjent uznany już za zmarłego ma działający ośrodek oddechowy w pniu mózgu. W przypadku pacjenta, który ma być dawcą narządów, tak rozumiana śmierć pozwala na pobranie od niego ukrwionych narządów, ponieważ jego serce bije, a ciało działa normalnie (Dodd-Sullivan, 2011: 153).

Wielkim paradoksem w przypadku stosowania definicji śmierci, zgodnie z którą śmierć to trwała utrata przytomności i trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu, jest to, że poziomu świadomości pacjentów, którzy mają zostać dawcami, z reguły nie bada się za pomocą istniejących wyrafinowanych technik takich jak badanie potencjałów czynnościowych EEG zależnych od zdarzenia (ERP, Event Related Potentials) czy urządzeń takich jak rezonans magnetyczny do pomiaru czynności pnia mózgu (fMRI) (Kotchoubey i in., 2002: 38, 40–41). Ignoruje się również możliwość zbadania aktywności hormonalnej podwzgórza i przysadki oraz działania ośrodka temperaturowego i naczynioruchowego w pniu mózgu, najważniejszych dla regulowania czynności całego organizmu (Halevy i Brody, 1993). W związku z tym trwała utrata przytomności oraz trwała utrata czynności pnia mózgu są deklarowane, a nie obiektywnie, naukowo stwierdzone. Nie podano też uzasadnienia, dlaczego, gdyby nawet wystąpiła, miałyby oznaczać śmierć i dlaczego miałyby być nieodwracalna (Byrne i Weaver, 2004).

Niemniej jednak w naszym kraju ta definicja śmierci, która odwołuje się do „krytycznego uszkodzenia mózgu”, stosowana jest szeroko w celach transplantacyjnych oraz w celu stwierdzenia zgonu pacjenta. Jak informują Jarosław Czerwiński i Roman Danielewicz:

W Polsce każdego roku przeszczepia się ok. 1500 narządów pobranych od ok. 600 dawców zmarłych ze stwierdzoną śmiercią mózgu oraz ok. 50 nerek i 20 fragmentów wątroby pobranych od dawców żywych. [...] Podstawowym aktem prawnym regulującym i organizującym polską przestrzeń transplantacyjną jest ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r. (często nazywana „ustawą transplantacyjną”) (Czerwiński i Danielewicz, b.d.: 8).

Na bazie tego aktu zostały wydane uregulowania wynikające z ustawy oraz 24 zarządzenia i rozporządzenia wykonawcze. W Polsce trwają również przygotowania do pobierania narządów w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia (w definicji z Montrealu mówi się o „trwałym ustaniu krążenia”, ale chodzi tu oczywiście o to samo zjawisko). Jak zaznaczają Czerwiński i Danielewicz:

narządy mogą być pobrane po 20 minutach nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej (w przypadku dzieci poniżej 2. roku życia czas nieskutecznej resuscytacji wynosi 45 min) oraz 5-minutowym okresie obserwacji (bez prowadzenia resuscytacji), w czasie którego potwierdza się brak tętna na dużych naczyniach, brak spontanicznego oddechu i brak odruchów z pnia mózgu w badaniu neurologicznym (Czerwiński i Danielewicz, b.d.: 8).

Na razie w Polsce nie pobiera się narządów po stwierdzeniu zgonu w trybie tzw. kontrolowanej śmierci sercowej, czyli od osób z urazem mózgu, które wprawdzie nie oddychają samodzielnie, ale mają zachowany pewien poziom świadomości przejawiającej się możliwością kontaktu z otoczeniem i dlatego nie spełniają kryteriów śmierci pnia mózgu. Zgodnie z nowymi kryteriami śmierci, zawartymi w definicji z Montrealu, osoby takie mogą zostać dawcami narządów, jeśli nie zgłoszono prawnego sprzeciwu w tej sprawie i dany pacjent spełnił wymagane tu kryteria. W tym przypadku oznacza to, że pacjent jest poddany próbie polegającej na wyłączeniu respiratora i oczekiwaniu na ustanie akcji serca. Jeśli dojdzie od ustania akcji serca, zespół lekarzy czeka jakiś czas (w niektórych krajach jest to tylko kilkadziesiąt sekund), po którym, jeśli nie dochodzi do podjęcia działania serca, stwierdza się zgon pacjenta. Nie przeprowadza się resuscytacji, chociaż mogłaby ona być skuteczna. Po stwierdzeniu zgonu pacjenta można pobrać od niego narządy do przeszczepień, do czego należy zastosować aparaturę do sztucznego krążenia i oddychania ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation), która zastępuje działanie płuc i serca. Przywraca się wówczas przepływ krwi z normalnym poziomem tlenu przez ciało pacjenta. W tym przypadku należy blokować dopływ krwi do mózgu pacjenta, który pomimo posiadania statusu prawnego zwłok, może odzyskać świadomość (Veatch, 2015: 301–302).

### **Stan debaty międzynarodowej na temat neurologicznych kryteriów śmierci oraz kryterium śmierci sercowej**

Obie powyższe definicje i kryteria śmierci, odwołujące się do trwałego uszkodzenia mózgu lub ustania krążenia, stoją w sprzeczności z rozumieniem śmierci jako definitywnego zaprzestania życia biologicznego organizmu jako zintegrowanej całości. W trakcie trwającej już od lat dyskusji nad neurologicznymi kryteriami śmierci, opisanymi powyżej, udało się wypracować konsensus dotyczący stanu organizmu u osób z diagnozą śmierci mózgowej. Rada Prezydencka w Stanach Zjednoczonych stwierdziła w 2008 r.,

że kryteria śmierci mózgowej nie muszą oznaczać śmierci organizmu jako zintegrowanej całości, czyli śmierci biologicznej (The President's Council on Bioethics, 2008: 57). Ta sama Rada nie podała jednak przekonującej alternatywy dla neurologicznych kryteriów śmierci (Shewmon, 2009). To musiało zmobilizować niektórych przynajmniej autorów do poszukania innego wytłumaczenia, a mianowicie, że nie chodzi tu o śmierć człowieka jako takiego, lecz o śmierć osoby ludzkiej, której ciało pozostaje żywe (Shewmon, 2001). W myśl tej koncepcji pacjent z diagnozą śmierci mózgowej lub śmierci pnia mózgu pozostaje człowiekiem, ale nie jest już osobą ludzką, ponieważ nie ma zachowanych zdolności poznawczych i możliwości podejmowania świadomych decyzji, co definiuje każdy byt osobowy. Jeśli ktoś takie zdolności utracił, przestał być osobą ludzką, choć może być nadal człowiekiem, jeśli jego ciało jest żywe (Veatch, 2005: 367). To rozróżnienie pomiędzy byciem człowiekiem a byciem osobą umożliwia zwolennikom utrzymania dotychczasowego sposobu pobierania narządów w celach transplantacyjnych poradzenie sobie z argumentami rozwijanymi przez Alana Shewmona i wszystkich tych autorów, którzy dobitnie wykazali, że ciała dawców narządów są żywe (Shewmon, 2012). Tego faktu nie można już było po prostu ignorować na poziomie światowej dyskusji na temat neurologicznych kryteriów śmierci. Dyskusja poszła więc w kierunku wypracowania nowego konsensusu, który sprowadzał się do negowania statusu bycia osobą u dawców wtedy, gdy ich ciała uznano za żywe. Robert M. Veatch i cała plejada innych autorów uznali swoje argumenty za wystarczające, chociaż Veatch nie krył tego, że chodzi tu w gruncie rzeczy o zalegalizowanie pewnej fikcji.

Vaetch zauważa, że Franklin G. Miller i Robert D. Truog poszli inną drogą, w gruncie rzeczy fikcję tę obnażając. Stosując dwuetapową argumentację, chcą oni przekonać swoich czytelników, że wprowadzenie eutanazji poprzez pobranie narządów nie wnosi niczego istotnie nowego do istniejącej już praktyki medycznej; stwierdzają więc, że „lekarze już powodują śmierć pacjentów poprzez wycofanie aparatury wspomagającej życie i że nie ma wyraźnej różnicy między wycofaniem a celową, aktywną eutanazją”. Jeśli więc lekarze i tak już dokonują rutynowo celowej, aktywnej eutanazji na swoich pacjentach, to w takim razie zgoda na zabijanie dawców poprzez pobieranie narządów nie robi tu żadnej różnicy od strony moralnej.

Uznanie pobierania narządów za formę eutanazji oznacza oczywiście odejście przez Millera i Truoga od ustalonego kanonu, którym jest Zasada Martwego Dawcy (*Dead Donor Rule*) (Veatch, 2015: 296; Miller i Truog, 2000: 235). Truog już od wielu lat domaga się tego, by lekarze publicznie przyznali się do zabijania dawców podczas pobierania narządów. Chce więc

rezygnacji z Zasady Martwego Dawcy i wprowadzenia w zamian zasady nieczynienia szkody i poszanowania godności pacjenta (Miller i Truog, 2012: 131–132). Chodzi tu oczywiście o sytuację, w której pacjent będący w śpiączce i spełniający kryteria śmierci mózgowej lub śmierci pnia mózgu uprzednio zdecydował się na bycie dawcą w przypadku, gdyby znalazł się w takim stanie. Nie oznacza to więc wprowadzenia zasady tzw. zgody domniemanej, która jest stosowana w prawie polskim i w wielu innych krajach.

Jak to zauważa sam Vaetch, społeczeństwa poszczególnych krajów nie są jeszcze gotowe do zgody na zabicie poprzez pobranie narządów (Vaetch, 2015: 309). Akceptacji dla zabijania pewnej kategorii pacjentów poprzez pobieranie narządów nadal nie ma, o czym świadczą reakcje na artykuły i wypowiedzi. Propozycje Truoga są nadal oficjalnie odrzucane, choć wszystko wskazuje na to, że wiele autorytetów traktuje to jako okres przejściowy, czyli czas wyczekiwania na moment, kiedy będzie można je publicznie zaproponować jako nowe prawo obowiązujące w poszczególnych państwach. Ich zdaniem społeczeństwa te w końcu zgodzą się na legalizację „śmierci przez pobranie narządów” (*death by organ donation*) jako nowej kategorii prawnej. Tak wydają się rozumować politycy i transplantolodzy oraz elity polityczne i finansowe zaangażowane w medycynę (Ely, 2019).

### **W którą stronę zmierzamy, czyli czy utilitaryzm będzie dalej wyciężał?**

To oczekiwanie wydaje się zasadne w krajach Zachodu. Opór społeczny przeciwko stosowaniu kryteriów śmierci przyjętych w Montrealu bez żadnego ich naukowego uzasadnienia jest niewielki. Dzieje się tak dlatego, że nawet ci, którzy się z tymi kryteriami nie zgadzają, nie zorganizowali się jako znacząca siła społeczna i polityczna, pomimo że przeciwników koncepcji śmierci mózgowej i neurologicznych kryteriów śmierci jest w poszczególnych krajach zachodnich od 20% do 40% (Norkowski, 2019: 126). W debacie publicznej temat ten okrywa milczenie. Doszło do tego, że zagadnienie medycznego i prawnego definiowania śmierci nie jest obecnie dyskutowane ani w środowiskach medycznych, ani prawniczych, ani przez ludzi kultury, polityków czy organizacje religijne. Milczenie to dotyczy więc wszystkich ważnych środowisk społecznych. Jest to tym dziwniejsze, że jak już wspominałem, wszystkie dotychczasowe próby uzasadnienia neurologicznych kryteriów śmierci z medycznego oraz tzw.

śmierci sercowej, z filozoficznego czy teologicznego punktu widzenia zostały podważone. Wszystkie z wyjątkiem jednego – jawnego utylitaryzmu, który nie waha się poświęcić interesów mniejszej grupy ludzi dla dobra jakiejś większej grupy. Przykładem takiego utylitaryzmu jest sam Raport harwardzki, od którego wzięła początek idea definicji śmierci opartej na kryteriach neurologicznych. W raporcie tym napisano wprost, że jego celem jest umożliwienie legalnego pozbawiania życia pacjentów w śpiączce, którym rzekomo nie można już pomóc, lub pobierania od nich narządów (Beecher i in., 1968). Głosy krytyki dotyczącej takiej postawy z trudnością przebijają się jednak do świadomości społecznej. W mediach głównego nurtu w krajach Zachodu głosów krytyki prawie nigdy nie da się usłyszeć. Jest raczej odwrotnie: jeśli sprawa śmierci mózgowej lub śmierci pnia mózgu jest w ogóle poruszana, to mówi się o tym wyłącznie pozytywnie. Do wyjątków należą sytuacje, gdy wypowiada się ktoś taki jak w Polsce prof. Jan Talar i prezentuje odwrotny punkt widzenia.

Prof. Talar od dawna zajmuje się leczeniem i rehabilitacją chorych z urazem mózgu. Pomógł wielu takim, którzy byli kwalifikowani jako dawcy narządów, gdyż spełniali wstępne kryteria śmierci pnia mózgu (Talar, 2014: 91–119). Opisuje liczne przypadki chorych, którym nie dawano żadnych szans na wyleczenie, a nawet na przeżycie, często domagając się przy tym zgody na pobranie od nich narządów (Talar, 2017: 585–601). Niektórzy z nich powrócili na studia lub do szkoły, inni założyli rodziny, jeszcze inni nadal poszukują swojej drogi w nowej sytuacji życiowej, która może być inna, niż była przedtem. Wszyscy jednak są wdzięczni za leczenie i rehabilitację, za okazaną im pomoc, ostatecznie za to, że żyją.

Prof. Talar cieszy się wdzięcznością pacjentów, jednak ze strony Izb Lekarskich, w tym rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich, spotykają go znaczne nieprzyjemności w postaci oskarżeń, procesów i nagan, a nawet groźby zakazu wykonywania zawodu lekarza (Talar, 2021/2022: 475–482). Nawoływania tego autora do zajęcia się chorymi w śpiączce i z ciężkimi urazami mózgu zgodnie z procedurami współczesnej medycyny, które w dużej mierze sam opracował, nie znajdują zrozumienia w tych gremiach. Chodzi tu przede wszystkim o wszczynanie właściwego postępowania u tych chorych, u których zaczyna się rozwijać obrzęk mózgu pomimo wprowadzonego leczenia farmakologicznego, co wymaga zainstalowania czujnika ciśnienia śródczaszkowego, zastosowania hipotermii terapeutycznej, kraniektomii i unikania głębokiej sedacji kilkoma lekami znieczulającymi naraz oraz wprowadzenia szybkiej, specjalistycznej rehabilitacji (Ley i in., 2011). Praktyka jest jednak inna i większość chorych



takiej pomocy nie otrzymuje, w związku z czym dochodzi u nich do znacznego obrzęku mózgu i powstania sytuacji, w której choremu można postawić diagnozę śmierci pnia mózgu i pobrać od niego narządy.

Według wielu autorytetów jest to przykład konfliktu interesów pomiędzy pacjentami, którzy doznali urazu mózgu, a tymi, którzy czekają na przeszczepienie im narządów (Coimbra, 2002: 1099). Konflikt taki można analizować, opierając się na różnych systemach etycznych. Jednym z nich jest personalizm, właściwy kulturze europejskiej, który rozwinął się na bazie chrześcijaństwa, a ściślej – jako efekt nauczania Kościoła katolickiego. Personalizm stawia osobę ludzką na piedestale jako kogoś stworzonego przez Boga i mającego do Niego powrócić. Osoba ludzka wyróżnia się tym, że odpowiada za swoje czyny i za kształt swojego życia moralnego, co spośród ziemskich bytów przysługuje wyłącznie jej. Osoba ma z tego powodu najwyższą wśród nich godność i dlatego jej dobro ma być celem wszelkich działań społecznych. Dane społeczeństwo, które dobro poszczególnej osoby uważa za najwyższą wartość i nie podporządkowuje go interesom grupy, jest społeczeństwem personalistycznym (Klag, 2014: 71–73, 75–76, 84, 89–91). Podejście personalistyczne jest nie do pogodzenia z uzasadnieniem takiego działania, które poświęca życie jednej osoby w celu ratowania życia lub zdrowia innej osoby bądź grupy osób. Taka jest jednak zdaniem wielu autorów w istocie obecna praktyka w dziedzinie transplantologii i dość często sami lekarze uzasadniają śmierć dawcy korzyścią wielu pacjentów. Jest to więc myślenie utylitarne.

Utylitaryzm, zgodnie z założeniami tego kierunku w etyce, ma dbać o maksimum szczęścia dla jak największej części społeczeństwa. Francis Hutcheson tak definiuje moralne dobro i zło w ludzkim działaniu: „Cnota jest złożonym stosunkiem ilości dobra i liczby osób, które się nim cieszą [...] tak, że to działanie jest najlepsze, które zapewnia największe szczęście największej liczbie; i to najgorsze, które w podobny sposób powoduje nieszczęście” (Hutcheson, 1726, 2004, 2008: 125). Jest to ilościowa ocena dobra, nie zaś jakościowa, co prowadzi do pewnych konsekwencji. W myśl takich bowiem zasad, jeśli poświęcimy pewne dobro mniejszej grupy ludzi na rzecz dobra grupy większej, to w ogólnym rachunku dobra przybywa i nasz uczynek jest moralnie dobry. Rodzice, którzy wahają się, czy zgodzić się na pobranie narządów od swojego dziecka, słyszą często, że jeśli się nie zgodzą, będą odpowiedzialni za śmierć kilku innych osób, które na te narządy czekają (Talar, 2021/2022: 165–246). Presja na nich wywierana jest rodzajem moralnego szantażu, natomiast argumentacja przy tym stosowana jest właśnie utylitarne.

Dobro ludzkiego czynu, z katolickiego punktu widzenia, należy jednak oceniać inaczej. Aby czyn był moralnie dobry, muszą być spełnione trzy warunki:

1. dobry musi być przedmiot czynu, czyli bezpośrednie działanie, które podejmujemy,
2. dobry musi być nasz motyw działania, czyli nasza intencja, oraz
3. właściwe muszą być po temu okoliczności, w których to działanie podejmujemy.

Dopiero jeśli wszystkie te trzy elementy mogą być ocenione pozytywnie, całe nasze działanie będzie moralnie dobre. Ocena jest tu przede wszystkim jakościowa: o moralnym dobru lub złu ludzkiego działania decyduje natura przedmiotu czynu, który może być dobry lub zły sam z siebie, doskonałość intencji działającego oraz dopasowanie działania do okoliczności.

Tak wyglądają zasady moralnie dobrego działania według nauczania Kościoła katolickiego. W przypadku odbierania życia jednemu pacjentowi, aby pomagać innemu, ten pierwszy warunek nie jest spełniony, ponieważ zgodnie z zasadami etycznymi wynikającymi z Ewangelii nigdy nie wolno nam zabijać niewinnego człowieka, niezależnie od naszych intencji i okoliczności. Trzeba w tym miejscu wziąć pod uwagę to, że w większości przypadków nie ratujemy tu życia biorcy, nie jest to więc koniecznie rachunek „życie za życie”. Jest tak dlatego, że większość przeszczepień dużych narządów dotyczy nerek; po przeszczepieniu nerki pacjent przestaje być dializowany, ale musi pobierać leki immunosupresyjne. Na ogół nerka taka jest po kilku latach odrzucona i konieczna jest ponowna operacja, a po niej następna. Norm Barber podaje, że średnia długość życia u osób po przeszczepieniu nerki jest krótsza niż u osób dializowanych (Barber, 2007). Jeśli od zasady poszanowania życia każdego niewinnego człowieka świadomie odchodzimy, dokonujemy fundamentalnej zmiany dotyczącej całości naszego życia. Powoduje ona przejście od personalizmu do utylitarnego kolektywizmu, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Jest to więc zmiana cywilizacyjna (Szczęsny, 2002: 386–389).

### **Kraje i społeczeństwa o kulturze niechrześcijańskiej wobec transplantologicznego utylitarizmu**

Niewiele osób zdaje sobie sprawę z tego, że to właśnie ludzie reprezentujący tradycje niechrześcijańskie potrafią w niektórych przypadkach stanowczo bronić interesów tych właśnie pacjentów, których dramatyczna sytuacja zdaje się niedostrzegana przez większość społeczeństw o kulturowych korzeniach chrześcijańskich. Dobrym przykładem jest tu Japonia. Liczni wierni

reprezentujący tradycyjną dla tego kraju religię shinto nigdy nie zgodzili się z uznaniem tych, którzy są w śpiączce i których ciała są żywe, za zmarłych (Abe, 2001; Morioka, 2001). Potrafili zainicjować na rzecz tych pacjentów społeczną kampanię, w trakcie której opublikowano setki książek w ogromnym niekiedy nakładzie. Ich aktywność zmusiła parlament japoński do gruntownego przedyskutowania problemu neurologicznych kryteriów śmierci i zajęcia w tej sprawie stanowiska diametralnie różnego od tego, które przyjęły zgromadzenia ustawodawcze krajów Zachodu, w tymi Polski. W myśl prawa japońskiego pacjent, który nie zgodził się na stosowanie wobec niego tych nowych kryteriów śmierci, nie może być uznany za zmarłego, dopóki jego serce bije (Bagheri, 2007: 147). Podobny sprzeciw może wyrazić jego rodzina. Sprzeciwy te muszą być przez lekarzy uwzględnione. Masahiro Morioka podkreśla, że w Japonii diagnoza kliniczna śmierci mózgowej jest tylko diagnozą wstępną i „nie wymaga próby badania bezdechu”, ponieważ „ta próba mogłaby być szkodliwa dla ciała pacjenta” (Morioka, 2001). Szczególnie widoczne stają się te dylematy w przypadku dzieci (Morioka, 2011: 108). Morioka dodaje, że badania ankietowe wykazały, iż „20%–40% Japończyków nie uważa, że śmierć mózgu jest śmiercią człowieka” (Morioka, 2011: 109). Autor ten zwraca uwagę na to, że człowiek przychodzi na świat jako istota w pełni integralna, czyli wyposażona we wszystko, co jest jej potrzebne do istnienia, i taką jest w procesie umierania. Jako istota ludzka ma prawo wzrastać i umierać w formie w pełni integralnej, nienaruszonej (Morioka, 2011: 103).

Pojęcie integralności w odniesieniu do człowieka, który się rozwija lub umiera, Morioka wprowadza celowo po to, aby nie używać pojęcia osoby. Robi to dlatego, że na Zachodzie wykorzystano pojęcie osoby rozumianej jako świadomy podmiot zdolny do podejmowania decyzji po to, aby umożliwić pobieranie narządów od ludzi, których ciała są żywe. Skoro bowiem ludzie z diagnozą śmierci mózgowej nie są osobami, co ma wynikać z domniemanego braku świadomości i w związku z tym ze zdolności do używania rozumu i podejmowania decyzji, co ma ich z kolei czynić nieosobowymi bytami ludzkimi lub nie w pełni ludzkimi, to nie należy im się ochrona prawna przysługująca osobom. Właśnie takiej konkluzji chce uniknąć Morioka i dlatego odwołuje się do pojęcia integralności właściwej człowiekowi, a nie do faktu bycia osobą. Swoją drogą to, że są to założenia niepewne, potwierdzają historie takich osób, jak Zack Dunlap i Val Thomas<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Zob. <https://www.youtube.com/@franciscanfriars> (dostęp: 20.11.2022); <https://www.youtube.com/watch?v=ZXFM9INV-bQ> (dostęp: 20.11.2022); <https://www1.cbn.com/content/val-thomas-second-breath-life> (dostęp: 20.11.2022).

u których postawiono diagnozę śmierci mózgowej, a które wybudziły się i powróciły do normalnego kontaktu słownego z otoczeniem. Dunlap pamięta ponadto to, co lekarze mówili o nim, gdy orzekali jego rzekomą śmierć. Takich przypadków było znacznie więcej.

Tradycyjni Żydzi w stanie New Jersey w Stanach Zjednoczonych również wywalczyli sytuację prawną podobną do tej, która obowiązuje w Japonii. Tam także nie wolno orzekać zgonu pacjenta, który z powodów religijnych uznał, że neurologiczne kryteria śmierci nie są prawdziwe (New Jersey Statutes, 1991: note 25, 26:6A-4; Olick, Braun i Potash, 2009). Niektórzy pacjenci są z tego powodu przewożeni do tego stanu, aby chronić ich życie przed diagnozą śmierci na podstawie kryteriów neurologicznych, co jest częstą praktyką w pozostałych stanach (Delaney, 2010).

Specyficzna jest pod tym względem sytuacja w krajach islamu. W Egipcie bardzo wcześnie zaczęto dokonywać przeszczepień nerek od żyjących dawców, lecz z powodu nadużyć z tym związanych praktyka ta została silnie zredukowana (Hamdy, 2013: 147–148). Obecnie nie ma w tym kraju podstawy prawnej do pobierania narządów od osób w śmierci mózgowej. Sherine Hamdy podkreśla, że jest tak nie z powodu oporu ze strony autorytetów religijnych, lecz małej grupy lekarzy. Jednym z nich jest Safwat Lotfy, anestezjolog z Wydziału Medycznego Uniwersytetu w Kairze.

Lotfy przeprowadził całą kampanię, aby przekonać lekarzy i przywódców religijnych o niebezpieczeństwach związanych z akceptacją śmierci mózgowej jako faktu medycznego. Lotfy stworzył grupę o nazwie Egipski Narodowy Komitet Etyki Lekarskiej (Egyptian National Medical Ethics Committee), który stale lobbuje przeciwko dokonywaniu przeszczepień narządów, którą to praktykę uważa Lotfy za nieludzką i etycznie złą. W swoich publikacjach i broszurach podkreśla, że Bóg jest Stwórcą ludzkiego ciała i że należy ono przede wszystkim do Niego. Dlatego „śmierć powinna być uświęcona, a zwłoki złożone do spoczynku bez pobierania narządów” (Hamdy, 2013: 151).

Hamdy podkreśla w swoim artykule, iż Lotfy uważa oznaki życia biologicznego, tj. bycie zintegrowanym wewnątrznie organizmem, u pacjentów z diagnozą śmierci mózgowej za dowód na to, że ich dusza jest nadal w ich ciele, i że pogląd ten podziela większość społeczeństwa egipskiego. Jest to pogląd zgodny ze stanowiskiem Arystotelesa, św. Tomasza z Akwinu oraz z nauczaniem Kościoła katolickiego na temat natury człowieka. Według Arystotelesa i św. Tomasza z Akwinu dusza jest czynnikiem, który umożliwia życie. Jeśli więc ciało jest żywe, musi być w nim obecna dusza jako czynnik przyczynowy. Sobór w Vienne w 1312 r. określił to jako prawdę dogmatyczną, która mówi, że dusza rozumna jest dla człowieka formą ciała, sama z siebie

i istotowo (Ott, 1963: 97). W swoim dziele *Summa theologiae* św. Tomasz podkreśla, że dusza rozumna jest odpowiedzialna nie tylko za funkcje intelektualne, ale także wegetatywne i zmysłowe (św. Tomasz z Akwinu, *Summa theologiae*, Ia, Q 76, Art. 5). Szerzej na ten temat wypowiedziała się Doyen Nguyen w swoim artykule (2018), podkreślając, że katolicycy teologowie moralni na ogół bronią koncepcji śmierci mózgowej z pozycji sprzecznych z tomizmem i nauczaniem Kościoła.

Głósów krytycznych nie zabrakło więc po stronie katolickiej od początku dyskusji na temat neurologicznych kryteriów śmierci (Seifert, 1993, 2001; Potts i Evans, 2005; Shewmon, 2001, 2009, 2012), ale nie znalazły one poparcia w instytucjach Kościoła katolickiego i na ogół nie są obecne na uczelniach katolickich. Tymczasem warto pamiętać o tym, że Jan Paweł II najpierw wyraził warunkowe poparcie dla koncepcji śmierci mózgowej (Jan Paweł II, 2000), potem wszakże, w roku 2005, je wycofał i zachęcał do dalszych badań w tym zakresie (Jan Paweł II, 2005).

Dyskusja na innych forach jednak trwa i zdarzają się ciekawe przykłady współpracy muzułmańskich i chrześcijańskich lekarzy w dążeniu do ustanowienia klauzuli religijnej dla wszystkich, którzy nie uznają prawdziwości neurologicznych kryteriów śmierci. Przykładem może tu być artykuł, którego twórcami są Joseph L. Verheijde, Mohamed Y. Rady i Michael Potts (Rady jest muzułmaninem), z następującą konkluzją: „podstawowe twierdzenie, że śmierć mózgowa równa się śmierci biologicznej, zostało faktycznie sfalszowane” (Verheijde, Rady i Potts, 2018: 1749). Ponadto autorzy wystosowali wspólny apel do ludzi wierzących należących do trzech religii abrahamicznych, tj. judaizmu, chrześcijaństwa i islamu, domagając się poszanowania ich przekonań religijnych, z którymi koncepcja śmierci mózgowej jest nie do pogodzenia. Oto ich słowa:

Ten wniosek ma głębokie implikacje filozoficzne, religijne i prawne, które powinny zmusić odpowiednie władze do (1) ponownej oceny filozoficznych przesłanek definicji śmierci, (2) zainicjowania dokonania ponownej krytycznej oceny domniemanej zgodności koncepcji śmierci mózgowej z teologiczną definicją śmierci obecną w tradycjach religii abrahamicznych oraz (3) uchwalenia nowego ustawodawstwa ratyfikującego klauzulę religijną zwalniającą od stwierdzania śmierci na podstawie kryteriów neurologicznych (Verheijde, Rady i Potts, 2018: 1749).

Problem jednak w tym, że powyższe wnioski prawie nie przedostają się do szerokiego społecznego dyskursu ani w Polsce, ani na Zachodzie, ani w większości krajów świata (Zeiler, 2009: 450).

## Podsumowanie

Stosunek społeczeństw i grup religijnych do neurologicznych kryteriów śmierci i do kryterium śmierci sercowej ujawnia pewien paradoks. Polega on na tym, że społeczeństwa chrześcijańskie dużo łatwiej zaakceptowały te kryteria niż niektóre przynajmniej społeczeństwa czy grupy niechrześcijańskie. Widać to na podstawie wyżej opisanej sytuacji w Japonii, Egipcie i stanie New Jersey w Stanach Zjednoczonych. Paradoks ten wynika stąd, że właśnie społeczeństwa chrześcijańskie, a szczególnie katolickie, mają wypracowaną doktrynę na temat natury ludzkiej, z którą w rażącej sprzeczności jest orzekanie śmierci kogoś, kto ma żywe ciało. Ze strony katolickiej, poza nielicznymi wyjątkami, nie słychać było głosów sprzeciwu. Dotyczy to również hierarchów Kościoła katolickiego poza odosobnionymi głosami niektórych biskupów. W Polsce takim wyjątkiem była wypowiedź abp. Józefa Michalika jako słowo wstępne do książki Reginy Breul (2018). Ogromna większość teologów katolickich akceptuje neurologiczne kryteria śmierci, milczy na temat kryteriów tzw. śmierci sercowej i nie domaga się takich rozwiązań, jakie wywalczyli Żydzi w New Jersey, muzułmanie w Egipcie i Japończycy w swoim kraju, a które sprowadzają się do stosowania klauzuli religijnej i uznania prawa obywateli do niezgody na powyższe definicje i kryteria śmierci. Oznacza to zgodę na rozmycie doktryny katolickiej dotyczącej tak istotnego zagadnienia, jakim jest rozumienie śmierci, procesu umierania i stosunku do niego z punktu widzenia wiary, co daje wiele do myślenia. W tym zamyśleniu muszę pozostawić moich czytelników i zaprosić ich do wyciągania samodzielnych wniosków.

## Literatura

- Abe, T. (2001). Philosophical and Cultural Attitudes Against Brain Death and Organ Transplantation in Japan. W: M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges (red.), *Beyond Brain Death: The Case Against Brain Based Criteria for Human Death* (ss. 191–199). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. <https://doi.org/10.1007/0-306-46882-4>.
- Bagheri, A. (2007). Individual Choice in the Definition of Death. *J. Med. Ethics*, 33, 146–149. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.016014>.
- Barber, N. (2007). *The Nasty Side of Organ Transplanting: The Cannibalistic Nature of Transplant Medicine*. <http://nereja.free.fr/files/ThirdEditionFinal.pdf> (dostęp: 20.11.2022).

- Beecher, H. i in. (1968). A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *Jama*, 205(6), 337–342.
- Breul, R. (2018). *Śmierć mózgu. Czy istnieją granice organodawstwa?* Kraków: Wydawnictwo Rafael.
- Byrne, P., Weaver, W. (2004). Brain Death Is Not Death. W: C. Machado, D.A. Shewmon (red.), *Advances in Experimental Medicine and Biology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- CBN.com. *Val Thomas: Second Breath of Life*. <https://www1.cbn.com/content/val-thomas-second-breath-life> (dostęp: 20.11.2022).
- Coimbra, C.G. (2002). Near-complete Brain Death and Ischaemic Penumbra. *BMJ*, 324. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7345.1099>.
- Coimbra, C.G. (2009). The Apnea Test – A Bedside Lethal ‘Disaster’ to Avoid a Legal ‘Disaster’ in the Operating Room. W: R. de Mattei, P.A. Byrne (red.), *Finis Vitae. „Brain Death” is not True Death* (ss. 129–161). Oregon Ohio, USA: The Life Guardian Foundation).
- Czerwiński, J., Danielewicz, R. (b.d.). *Prawo i organizacja pobierania i przeszczepiania narządów w Polsce*. [http://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/sites/klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/files/prawo\\_i\\_organizacja\\_pobierania\\_i\\_przeszczepiania\\_narzadow\\_w\\_polsce\\_j\\_czerwinski\\_r\\_danielewicz.pdf](http://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/sites/klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/files/prawo_i_organizacja_pobierania_i_przeszczepiania_narzadow_w_polsce_j_czerwinski_r_danielewicz.pdf) (dostęp: 20.11.2022).
- Delaney, R. (2010). Defining Death: Why All Fifty States Should Adopt the Uniform Definition of Death Act with a Religious Exception. *Marquette University Law School Legal Studies Paper*, 2.
- Dodd-Sullivan, R. (2011). Ventilator Autotriggering: A caution in Brain Death Diagnosis. *Progress in Transplantation*, 21(2), 152–155. <https://doi.org/10.1177/152692481102100211>.
- Ely, E.W. (2019). Death by Organ Donation: Euthanizing Patients for Their Organs Gains Frightening Traction. *Intensive Care Med.*, 45, 1309–1311. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05702-1>.
- Franciscanfriars. *Declared Brain Dead – the story of Zack Dunlap*. <https://www.youtube.com/@franciscanfriars> (dostęp: 20.11.2022).
- Halevy, A., Brody, B. (1993). Brain Death: Reconciling Definitions, Criteria, and Tests. *Ann. Int. Med.*, 119, 519–525. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-119-6-199309150-00013>.
- Hamdy, S. (2013). Not Quite Dead: Why Egyptian Doctors Refuse the Diagnosis of Death by Neurological Criteria. *Theor. Med. Bioeth.*, 34, 147–160. <https://doi.org/10.1007/s11017-013-9245-5>.
- Hutcheson, F. (1726, 2004, 2008). *An Inquiry into the Original of Our Ideas of Beauty and Virtue in Two Treatises. Edited and with an Introduction by Wolfgang Leidhold. The Collected Works and Correspondence of Francis Hutcheson*. Indianapolis: Liberty Fund. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi37cTxytL4AhW6XvEDHc7YAiYQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Foll.libertyfund.org%2Ftitle%2Fleidhold-an-inquiry-into-the-original-of-our-ideas-of-beauty-and-virtue-1726-2004&usg=AOvVaw1\\_CtMz4EwlfQxeljz7Y0tm](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi37cTxytL4AhW6XvEDHc7YAiYQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Foll.libertyfund.org%2Ftitle%2Fleidhold-an-inquiry-into-the-original-of-our-ideas-of-beauty-and-virtue-1726-2004&usg=AOvVaw1_CtMz4EwlfQxeljz7Y0tm) (dostęp: 20.11.2022).
- Jan Paweł II. (2000). *Address to 18th International Congress of the Transplantation Society*. 29 August, § 4. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=>

- s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi4kt\_KrPv7AhUbgv0HHUEzCsUQFnoECAkQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.vatican.va%2Fcontent%2Fjohn-paul-ii%2Fen%2Fspeeches%2F2000%2Fjul-sep%2Fdocuments%2Fhf\_jp-ii\_spe\_20000829\_transplants.html&usg=AOvVaw2mctakhnpjD62UrlzZBgO1 (dostęp: 20.11.2022).
- Jan Paweł II. (2005). List do uczestników konferencji „The Signs of Death” w Watykanie, w dniach 3–4 lutego [Tezy wygłoszone na tej konferencji są zawarte w książce: R. de Mattei, P.A. Byrne, *Finis Vitae. „Brain Death” Is Not True Death*. Oregon Ohio, USA: The Life Guardian Foundation].
- Klag, W. (2014). Cywilizacja łaćnińska w myśli Feliksa Konecznego (wybrane zagadnienia). *Racjonalia*, 4, 66–92. <https://doi.org/10.15633/r.1623>.
- Kotchoubey, B. i in. (2002). Is there a Mind? Electrophysiology of Unconscious Patients. *News of Physiological Science*, 17, 38–42. <https://doi.org/10.1152/physiologyonline.2002.17.1.38>.
- Ley, E.J. i in. (2011). Mortality by Decade in Trauma Patients with Glasgow Coma Scale 3. *The American Surgeon*, 77, 1342–1345. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.01.007>.
- Morioka, M. (2001). Reconsidering Brain Death: A Lesson from Japan’s Fifteen Years of Experience. *Hastings Cent. Rep.*, 31(4), 41–46.
- Morioka, M. (2011). Natural Right to Grow and Die in the Form of Wholeness: A Philosophical Interpretation of the Ontological Status of Brain-dead Children. *Diogenes*, 57(3), 103–116. <https://doi.org/10.1177/0392192111415773>.
- New Jersey Declaration of Death Act, January 18, 2013. <https://dspace.njstatelib.org/xmlui/bitstream/handle/10929/26380/14152013a.pdf?sequence=1> (dostęp: 20.11.2022).
- Nguyen, D. (2018). Why the Thomistic Defense of „Brain death” Is Not Thomistic: An Analysis from the Perspectives of Classical Philosophy and Contemporary Biophilosophy. *The Thomist*, 82, 407–446. <https://doi.org/10.1353/tho.2018.0025>.
- Norkowski, J.M. (2019). *Człowiek umiera tylko raz. Mało znane fakty dotyczące śpiączki, stanu wegetatywnego i śmierci mózgowej*. Warszawa: Thaurus.
- Olick, R.S., Braun, E.A., Potash, J. (2009). Accommodating Religious and Moral Objections to Neurological Death. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(2), 183–191.
- Ott, L. (1963). *Fundamentals of Catholic Dogma*. Cork, Ireland: The Mercier Press Limited.
- Potts, M., Evans, D.W. (2005). Does It Matter that Organ Donors Are Not Dead? Ethical and Policy Implications. *J. Med. Ethics*, 31, 406–409. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2004.010298>.
- The President’s Council on Bioethics. (2008). *Controversies in the Determination of Death. A White Paper of the President’s Council on Bioethics*. Washington D.C. <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/death/> (dostęp: 20.11.2022).
- Seifert, J. (1993). Is ‘Brain Death’ Actually Death? *The Monist*, 76, 173–202.
- Seifert, J. (2001). Brain Death and Euthanasia. W: M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges (red.), *Beyond Brain Death: The Case Against Brain Based Criteria for Human Death* (ss. 201–227). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Shewmon, A. (2001). The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating the „Brain Death” with Death. *Journal of Medicine and Philosophy*, 26(5), 457–478. <https://doi.org/10.1076/jmep.26.5.457.3000>.



- Shewmon, A. (2009). Brain Death: Can It Be Resuscitated? *Hastings Center Report*, 39(2), 18–24. <https://www.jstor.org/stable/25548368> (dostęp: 20.11.2022).
- Shewmon, A. (2012). You Only Die Once: Why Brain Death Is Not the Death of a Human Being: A reply to Nicholas Tonti-Filippini. *Communio: International Catholic Review* 39, 422–494.
- Szczęśny, M. (2002). Rola chrześcijaństwa w tworzeniu cywilizacji łańskiejskiej według Feliksa Konecznego. *Studia Teologiczne, Białystok, Drohiczyń, Łomża*, 4, 377–400. Św. Tomasz z Akwinu. *Summa theologiae*.
- Talar, J. (2014). *Śpiączka mózgowa. Przypadki kliniczne*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Jan Talar.
- Talar, J. (2017). *Śpiączka mózgowa a tak zwana „śmierć mózgu”*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Jan Talar.
- Talar, J. (2021/2022). Czarna księga tak zwanej śmierci mózgu. Bydgoszcz: Wydawnictwo Jan Talar.
- Truog, R.D. (2000). Organ Transplantation Without Brain Death. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 913: 229–239. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2000.tb05175.x>.
- Truog, R.D., Miller, F.G. (2012). Brain Death: Justifications and Critiques. *Clinical Ethics*, 7: 128–132. <https://doi.org/10.1258/ce.2012.012m09>.
- Veatch, R.M. (2005). The Death of Whole-brain Death: The Plague of the Disaggregators, Somaticists, and Mentalists. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30, 353–378. <https://doi.org/10.1080/03605310591008504>.
- Veatch, R.M. (2015). Killing by Organ Procurement: Brain-based Death and Legal Fictions. *Journal of Medicine and Philosophy*, 40, 289–311. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhv007>.
- Verheijde, J.L., Rady, M., Potts, M. (2018). Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. *Journal of Religion and Health*, 57, 1745–1763. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0654-7>.
- Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. Kryteria i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia. [http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/zal\\_nieodwracalne\\_zatrzymanie\\_krazenia.pdf](http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/zal_nieodwracalne_zatrzymanie_krazenia.pdf) (dostęp: 20.11.2022).
- Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (poz. 73). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP2020000073/O/M20200073.pdf> (dostęp: 20.11.2022).
- Zeiler, K. (2009). Deadly Pluralism? Why Death-concept, Death-definition, Death-criterion and Death-test Pluralism Should Be Allowed, even Though It Creates Some Problems? *Bioethics*, 23(8): 450–459. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00669.x>.