

ANDRZEJ BOHDANOWICZ

**Transplantacje – nowy sposób miłości bliźniego.  
Wybrane aspekty medyczne, etyczne i prawne**

W 1992 r. w Barcelonie odbył się Europejski Kongres na temat transplantacji organów pod dość znamienne hasłem: *Don't take your organs to heavens, heavens know we need them here* (nie zabieraj narządów ze sobą do nieba, niebo wie, że potrzebujemy ich tutaj)<sup>1</sup>, sugerującym wyraźnie pozytywną ocenę etyczną transplantacji. Wraz z pojawieniem się przeszczepiania narządów, zapoczątkowanego przez transfuzję krwi, człowiek może dawać cząstkę siebie, swoją krew i ciało, aby inni mogli żyć. Stajemy zatem wobec nowych możliwości realizowania przykazania miłości bliźniego, miłości „do końca”, jednak wewnątrz pewnych granic, których nie można przekroczyć<sup>2</sup>.

Transplantacje są nierozdzielnie związane z aktem daru. Zakładają wcześniejszą wolną i świadomą decyzję ze strony dawcy lub kogoś, kto ma prawo go reprezentować, najczęściej najbliższych krewnych. Dobrowolność dawstwa organów jest istotna, gdyż nikt nie ma prawnego tytułu do organu drugiego człowieka. Sam fakt, że pacjent koniecznie go potrzebuje, nie wystarcza. Nie można rościć sobie prawa do organów bliźniego, ani tym bardziej zaskarżyć ich nieotrzymanie. Przekazanie organu musi być traktowane jako dar we właściwym tego słowa znaczeniu. Jakikolwiek nacisk, czy to ze strony rodziny, czy lekarzy, jest etycznie niedopuszczalny. Jednoznacznie wypowiada się w tej kwestii Katechizm Kościoła Katolickiego: *Przeszczep narządów jest moralnie nie do przyję-*

<sup>1</sup> Por. F. K o k o t: *Praktyka transplantacji organów w Polsce*. W: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*. Red. A. M a r c o l. Sympozja 14. Opole 1996 s. 158–159.

<sup>2</sup> Por. J a n P a w e ł I I: *Najwyższy akt miłości. Przemówienie do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów, 20.06.1991*. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. Red. K. S z c z y g i e ł. Tarnów 1998 s. 220.

cia, jeśli dawca lub osoby uprawnione nie udzieliły na niego wyraźnej zgody<sup>3</sup>. Ten ważny, etyczny warunek transplantacji gwarantuje poszanowanie podmiotowości pacjenta, który zawsze jest osobą, niezależnie od stanu zdrowia i sytuacji, w której się znajduje. Niestety kwestia ta nie doczekała się jeszcze zadawalającego rozwiązania w polskim ustawodawstwie. *Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* uchwalona przez Sejm 26 października 1995 r., a obowiązująca od dnia 6 marca 1996 r. w artykule 4 zawiera rozwiązanie zwane „zgoda domniemana” – pobranie narządów jest dozwolone, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Można to zrobić osobiście albo zastępczo, w trojkiej formie: 1) wpisując się do centralnego rejestru zgłoszonych sprzeciwów, 2) składając własnoręcznie podpisaną deklarację, 3) oświadczając ustnie w obecności co najmniej dwóch świadków, w chwili przyjęcia do szpitala lub w czasie pobytu w szpitalu<sup>4</sup>.

Milczenie w żadnym wypadku nie może być interpretowane jako zgoda domniemana – także wtedy, gdy prawnie i organizacyjnie istnieje możliwość wyrażenia swojej woli. Wobec wysokiej wartości, jaką przypisuje się dziś własnej decyzji człowieka, nie należy prawnie zakładać „sfingowanej zgody”. Pozytywną rolę mogła by odegrać dobrze przeprowadzona kampania medialna, informująca społeczeństwo o problemie dawstwa narządów. Wydaje się, iż poziom wiedzy naszego społeczeństwa w tym zakresie jest wciąż niewystarczający. Należy przeprowadzić otwartą, publiczną dyskusję, by budzić większą gotowość do dawstwa organów i przezwyciężać istniejące obawy, czy nieuzasadnione opory w stosunku do medycyny transplantacyjnej.

Niezbędnym warunkiem wyrażenia zgody na eksplantację jakiegoś narządu jest śmierć dawcy, co stanowi kolejny problem etyczny związany z transplantacją. Nieodzowny dla życia organ wolno pobrać dopiero wtedy, gdy jednoznacznie stwierdzono śmierć dawcy. Należy pamiętać, iż śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym (łac. *dissociatio* – rozdzielenie). Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Dezintegracja ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejno trwale zanikanie poszczególnych funkcji następują w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych, wcześniej już obumarłych. W celu stwierdzenia zgonu konieczne jest więc stosowanie zasady tucjoryzmu (łac. *tutus* – pewny) – wolno ingerować dopiero wtedy, gdy zgon jest pewny.

Krajowy Zespół Specjalistyczny w dziedzinach: anestezjologii, intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów

<sup>3</sup> KKK 2296.

<sup>4</sup> Por. H. J u r o s: *Polska ustawa transplantacyjna. Geneza – treść – znaki zapytania*. W: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*. Red. A . M a r c o l. Sympozja 14. Opole 1996 s. 24.

śmierci mózgu wyraźnie podkreśla, iż w śmierci mózgu „jako całości”<sup>5</sup> czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego. Jej stwierdzenie jest warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym, aby uznać śmierć mózgu jako całości, a tym samym śmierć człowieka. Za takim kryterium opowiada się także Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Ochrony Zdrowia, która w dokumencie *Karta pracowników służby zdrowia*, wydanym w Rzymie w 1995 r., informuje: *Aby osoba była uważana za zmarłą wystarczające jest stwierdzenie śmierci mózgowej dawcy, która polega na nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu. Gdy całkowita śmierć mózgu jest stwierdzona z pewnością, to znaczy po odpowiedniej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów, jak również do sztucznego zastąpienia funkcji organizmu, by zachować przy życiu funkcje narządów ze względu na przeszczep*<sup>6</sup>.

Odpowiednia weryfikacja, o której mówi powyższy dokument jest dość skomplikowaną, ściśle określoną procedurą medyczną. Rozpoznanie śmierci pnia mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe – pierwszy polega na wysunięciu podejrzenia śmierci pnia mózgu, natomiast etap drugi jest związany z wykonaniem odpowiednich badań potwierdzających śmierć pnia mózgowego. Spełnienie wszystkich wymogów etapu I warunkuje przejście do etapu II.

Etap I polega na dokonaniu konkretnych stwierdzeń, np.: chory jest w śpiączce, jest sztucznie wentylowany, rozpoznano przyczynę śpiączki, wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu, które jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu oraz na wykluczeniu chorych: zatrutych i znajdujących się pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, uspokajające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane), znajdujących się w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi, chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi, z drgawkami i prężeniami oraz dzieci do lat 5. Obecność warunków zawartych w „Stwierdzeniach” i „Wykluczeniach” pozwala wysunąć hipotezę podejrzenia śmierci pnia mózgu i przejście do etapu II.

<sup>5</sup> Określenie „jako całości” oznacza więc łączącą wszystkie składniki obiektu analizowanego w aspekcie życia.

<sup>6</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Karta pracowników służby zdrowia*. Watykan 1995 nr 87. Warto przypomnieć, iż także sama definicja śmierci człowieka przeszła pewną ewolucję. Począwszy od tzw. definicji klasycznej, która mówiła, iż: „*Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała*”, poprzez tzw. definicję nową, która stwierdzała, iż: *Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów*, do tzw. definicji nowej zmodyfikowanej, która określa, iż: *Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu*.

Etap II obejmuje 2-krotne wykonanie w odstępach 3-godzinnych szeregu badań potwierdzających nieobecność odruchów pniowych oraz bezdech. W trakcie badania odruchów pniowych muszą występować następujące reakcje: brak reakcji źrenic na światło<sup>7</sup>, brak odruchu rogówkowego<sup>8</sup>, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej<sup>9</sup>, brak ruchów gałek ocznych spontanicznych, brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy<sup>10</sup>, brak odruchów kaszlowych i wymiotnych<sup>11</sup>, brak odruchu oczno-mózgowego<sup>12</sup>. Badanie bezdechu<sup>13</sup> wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego<sup>14</sup>. Jeśli przeprowadzone dwukrotnie badania potwierdziły trwale zniesienie czynności pnia mózgowego w wyniku jego śmierci, przedkłada się odpowiedni protokół wraz z kompletną dokumentacją przebiegu leczenia komisji ds. orzekania o śmierci, która po zapo-

<sup>7</sup> Badanie reakcji na światło: Przed próbą należy przez 30 sekund utrzymywać zamknięte powieki, następnie odsłonić równocześnie obie źrenice oświetlając je światłem z silnego źródła (lataрка lekarska). Badanie przeprowadzić 3-krotnie w odstępach około 30-sekundowych. W czasie badania obserwować średnice źrenic przez około 5 sekund. Wytyczne techniczne co do sposobu wymienionych badań – zob. W. R o w i ń s k i, J. W a ł a s z e w s k i: *Zarys chirurgii transplantacyjnej*. Warszawa 1993.

<sup>8</sup> Badanie odruchu rogówkowego: Unieść powiekę i odsłonić gałkę oczną, dotknąć rogówki 3-krotnie w około 5-sekundowych odstępach sterylnym wacikiem. Badania wykonać obustronnie, obserwować zachowanie się powiek podczas próby.

<sup>9</sup> Próba kaloryczna: Przed wykonaniem próby należy sprawdzić wziernikiem pełną drożność przewodów słuchowych zewnętrznych (brak woskowiny), skierować strumień z 20 ml lodowatej wody (temp. 3–10 st. C) na błonę bębenkową, obserwować zachowanie się gałek ocznych.

<sup>10</sup> Sprawdzenie reakcji bólowych: W zakresie nerwów czaszkowych (nacisk opuszka palca na okolicę wyjścia n. nadoczodołowego); nadoczodołowego w zakresie nerwów obwodowych (ucisk płytki paznokciowej w okolicy wzrostowej krawędzi paznokcia). Obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy i innych grup mięśniowych.

<sup>11</sup> Sprawdzanie odruchów wymiotnych i kaszlowych: Wprowadzenie zgłębnika do gardła i początkowego odcinka przelyku oraz ruchy osiowe zgłębnikiem nie wywołują odruchu wymiotnego, wprowadzenie zgłębnika do tchawicy i oskrzeli oraz osiowe poruszanie nim nie wywołuje odruchu kaszlowego, obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy, mięśni klatki piersiowej i brzucha.

<sup>12</sup> Badanie odruchu oczno-mózgowego: Stanąć za głową badanego i ująć ją obiema rękami z boków, odsłonić gałki oczne odsuwając kciukami powieki ku górze, obrócić głowę badanego najpierw w jedną stronę i zatrzymać 3–5 sek. w tej pozycji, obrócić głowę w przeciwną stronę i zatrzymać ją przez 3–5 sek. w tej pozycji, obserwować zachowanie się gałek ocznych.

<sup>13</sup> Badanie bezdechu: Przez 10 minut wentylować badanego 100% tlenem w układzie bezzwrotnym, następnie przed wykonaniem próby bezdechu tak wentylować płuca 100% tlenem, aby zawartość wydechu dwutlenku węgla rejestrowana kapnograficznie ustabilizowała się na poziomie 5 + / - 0,5 %, po uzyskaniu ww. stabilizacji pobrać krew z tętnicy i oznaczyć PaCO<sub>2</sub>, natychmiast po pobraniu krwi odłączyć badanego od wentylatora płucnego (respiratora) rozpoczynając równocześnie insuflację tlenu z przepływem 6 litrów na minutę przez założony do tchawicy zgłębnik z wylotem w pobliżu rozwidlenia tchawicy, od chwili odłączenia wentylatora płucnego obserwować pilnie zachowanie się klatki piersiowej i nadbrzusza przez kolejne 10 minut.

<sup>14</sup> Por. *Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii, intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu*. Warszawa 1990 s. 576–577.

znaniu się z dokumentami stwierdza zgon – uznaje daną osobę za zmarłą w wyniku śmierci pnia mózgowego.

Określenie śmierci człowieka na podstawie śmierci mózgu jako całości, w której czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego wynika z poszerzenia wiedzy medycznej w zakresie tanatologii, doświadczenia lekarskiego i badań statystycznych, co stanowi dalszy postęp w intensywnej terapii, której wyznaczono nowe granice rozsądnej stosowalności. Czyni zatem działania medyczne nie tylko bardziej rozsądnymi, ale i bardziej moralnymi, gdyż kładzie kres praktyce sztucznego wentylowania zwłok, stosowanej aż do wystąpienia spontanicznego zatrzymania krążenia krwi. Zaprzestanie terapii w odpowiednim momencie pozwala nie tylko uniknąć marnotrawstwa leków, sprzętu i sił ludzkich, ale także wcześniej i lepiej wykorzystać możliwości ratowania żyjących.

Kryterium śmierci pnia mózgu jako warunku koniecznego do stwierdzenia zgonu, a następnie pobrania narządu/ów wywołuje jednak stale emocje i różnego rodzaju dyskusje. Przeciwnicy wysuwają zastrzeżenia przede wszystkim natury filozoficznej<sup>15</sup>. I tak np. Hans Jonas, jako jeden z pierwszych złożył protest przeciwko utożsamianiu śmierci mózgowej ze śmiercią człowieka. Sedno jego krytyki dotyczyło „nieoznaczoności granicy między życiem i śmiercią”, której nie należy utożsamiać z granicą między czuciem a bezczuciem. W jednym ze swoich dzieł pisze on m. in.: *Ponieważ nie znamy dokładnej linii granicznej między życiem i śmiercią, nie wystarcza nic poniżej maksymalnej definicji znamion śmierci – śmierć mózgową plus śmierć serca plus każda inna indykacja, która może mieć znaczenie – zanim zostanie zadany ostateczny gwałt*<sup>16</sup>. Przyjmowanie śmierci mózgowej za dokładną granicę, poza którą pobieranie organów byłoby etycznie dopuszczalne Hans Jonas nazywa uzurpacją. Jest to minimalistyczna definicja śmierci, gdy tymczasem człowiek winien być absolutnie pewny, że jego lekarz nie stanie się dla niego katem<sup>17</sup>. Zdaniem Jonasa, *śmierć mózgową nie stanowi ani kryterium śmierci, ani kryterium pobierania, lecz jest znakiem nieodwracalności procesów. O śmierci i dopuszczalności pobierania organów można mówić dopiero po niewątpliwym obumarciu organizmu jako całości*<sup>18</sup>. Wobec niepewnej granicy między życiem i śmiercią prawo pacjenta do pewności w tym względzie obowiązuje bezwzględnie i kategorycznie. Jonas żąda, byśmy *mieli*

<sup>15</sup> Definicja śmierci człowieka na podstawie stwierdzenia śmierci pnia mózgu jest definicją medyczną.

<sup>16</sup> H. J o n a s: *Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes*. W: *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. Red. H. J o n a s. Frankfurt am Main 1985 s. 222.

<sup>17</sup> Por. H. J. T u e r k: *Śmierć mózgową w aspekcie filozoficznym*. W: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*. Red. A. M a r c o l. Sympozja 14. Opole 1996 s. 63–64.

<sup>18</sup> Tamże, s. 72.

świadomość, że nauki przyrodnicze nie znają całej prawdy o przyrodzie<sup>19</sup>. Zdaniem protestanckiego teologa Hansa Grewela, gdyby rozpad organizmu jako całości towarzyszył śmierci mózgu, byłaby ona wiarygodnym znamieniem śmierci. Tak jednak nie jest, dlatego też człowiek, którego medycyna transplantacyjna nazywa *mózgowo umarłym*, nie jest jeszcze trupem, lecz jest ciężko uszkodzonym, umierającym człowiekiem, którego śmierć jest wstrzymywana przez interwencje medycyny<sup>20</sup>. Inny znany współczesny filozof Robert Spaemann na marginesie dyskusji na temat granicy śmierci człowieka zauważa, iż *dziś z człowiekiem wciąż coś musi się dziać. Albo zmusza się go do życia, albo nalega na umieranie. W obliczu nowych możliwości technicznych istnieje potrzeba wypracowania nowej praktyki umierania godnego człowieka. Lekarzowi należy przywrócić rolę sługi życia; niech nie próbuje występować w roli pana życia i śmierci*<sup>21</sup>.

Oprócz określenia momentu, w którym można przystąpić do pobrania narządów do transplantacji, także rodzaj pobieranego materiału transplantacyjnego podlega etycznej ocenie. Obok transfuzji krwi dokonuje się przeszczepiania takich tkanek, jak rogówka oka, kostki słuchowe i szpik kostny, a ponadto – o ile udało się zachować ich przekrwienie – nerki, serce, płuca, wątrobę i trzustkę. Praktykuje się także przeszczepy komórek embrionalnych i fetalnych. Zdaniem niektórych lekarzy pozyskiwanie tkanki do przeszczepów ze spędzonych płodów jest etycznie dopuszczalne pod warunkiem, że pochodzi ona z tzw. legalnej aborcji oraz jeśli lekarz dokonujący transplantacji nie miał wpływu na decyzję przerwania ciąży<sup>22</sup>. Tego rodzaju proceder, stosuje się np. w przypadku prób leczenia choroby Parkinsona przeszczepiając żywą tkankę mózgową (komórki centralnego systemu nerwowego) pobraną z płodu – choremu pacjentowi, w przypadku leczenia cukrzycy – podając chorym płodową tkankę trzustki, a pacjentom ze zwyrodniałą wątrobą – płodową tkankę wątrobową. Przeszczepy komórek względnie tkanek embrionalnych i fetalnych rodzą jednak nieuchronnie pytanie o początek życia ludzkiego powstałego z połączenia gamet. Nie da się więc uniknąć odpowiedzi także na pytanie w którym momencie rozpoczyna się prawna ochrona ludzkiego życia.

<sup>19</sup> H. J o n a s: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für technische Zivilisation*. Frankfurt am Main 1984 s. 30.

<sup>20</sup> Por. H. G r e w e l: *Lohnen sich Organtransplantationen? Zur Frage der Lebensqualität*, in: *Gehirntod und Organtransplantation*. Frankfurt am Main 1985 s. 73.

<sup>21</sup> R. S p a e m a n n: *Die grausame Logik des Hedonismus*. FAZ z dnia 31.08.1990 s. 35.

<sup>22</sup> Por. J.G. Z i e g l e r: *Etyczna ocena dawstwa organów*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*. Red. A. M a r c o l. Sympozja 14. Opole 1996 s. 171–172.

Współczesna genetyka dostarcza nam już dostatecznie wiele przekonujących dowodów, iż z ludzkim życiem mamy do czynienia od chwili zapłodnienia<sup>23</sup>. Naukowa prawda o poczęciu jako początku życia człowieka jest dzisiaj obecna także w tysiącach podręczników szkolnych i akademickich<sup>24</sup>. Mówi się wprost, że naukowiec (biolog, genetyk), który bada, obserwuje ludzkie życie i jednocześnie twierdzi, iż nie zaczyna się ono od poczęcia, popełnia naukową herezję<sup>25</sup>. Takie stanowisko potwierdzają liczne wypowiedzi wybitnych naukowców i lekarzy, np.: *Dzięki nadzwyczajnemu postępowi techniki wtargnęliśmy do prywatnego życia płodu [...]. Przyjęcie za pewnik faktu, że po zapłodnieniu powstała nowa istota ludzka, nie jest już sprawą upodobań czy opinii. Ludzka natura tej istoty od chwili poczęcia do starości nie jest metafizycznym twierdzeniem, z którym można się spierać, ale zwykłym faktem doświadczalnym*<sup>26</sup>; *Życie człowieka zaczyna się w chwili zapłodnienia. Nazwijmy ją chwilą zero. Owa zapłodniona komórka – zygota – jest rozmiarów małego lebka szpilki [...]. W kropelce znajduje się ukryta moc kształtująca postać ludzką w wytyczonym kierunku jej indywidualnego rozwoju [...]. Już w pierwszej sekundzie po nastaniu chwili zero zostało ustalone, że: osiągniesz 176 cm wzrostu, włosy twoje będą ciemne i kręcone, wargi wąskie, podbródek z doleczkiem, nos nieco zadarty; że jesteś dziewczynką lub chłopcem*<sup>27</sup>; *Nowe życie – życie Waszego dziecka – zaczyna się w momencie zespolenia ze sobą żeńskiej komórki jajowej i męskiej – plemnika. Powstaje jedna komórka, która zawiera wszystkie cechy przekazane przez komórki rodzicielskie, jest wypadkową dwóch różnych linii dziedzictwa i stanowi pod tym względem jedyny i*

<sup>23</sup> Por. E. Blechschmidt: *Wie beginnt menschliches Leben: Vom Ei zum Embryo*. Wien 1976; M. Benedikt, R. Potz: *Zygote, Foetus, Mensch. Zur Anthropologie des werdenden Lebens*. Innsbruck 1986; K. Hinrichsen: *Embryonale Aspekte des Schwangerschaftsabbruches*, „Theologisch-praktische Quartalschrift“. Jhrg 120: 1972 s. 224–230.

<sup>24</sup> Por. np.: M. Muszyńska-Walczak, A. Pałusińska (red.): *Przyroda dla klasy czwartej*. Warszawa 2004; B. Klimusko: *Biologia. Człowiek – anatomia, fizjologia i higiena*. Warszawa 1999; E. Holak, W. Lewiński, M. Łaszczycza, G. Skirmunt, J. Wal-  
kiewicz: *Biologia. Podręcznik. Zakres rozszerzony*. Gdynia 2003; M. Szczawińska: *Poród rodzinny. Razem czy osobno?* Kraków 2000; E. Wilczyńska: *Wokół narodzin. Podręcznik dla rodziców*. Kraków 2004; K. Janicki (red.): *Domowy podręcznik medyczny*. Warszawa 2003; B. Zasięzna (red.): *Ciąża. Poradnik dla rodziców*. Warszawa 2006; H. Bartel: *Embriologia. Podręcznik dla studentów*. Warszawa 2004; M. Troszyński: *Położnictwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa 2003; B. Górnicki, B. Dębiec, J. Baszczyński (red.): *Pediatrics*. T. 1. Warszawa 2004.

<sup>25</sup> Tego rodzaju stanowisko można było usłyszeć m. in. na Konferencji pt.: „Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej”, która odbyła się 25.XI. 2004 r. w siedzibie Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie. Niezmienną naukę Kościoła w tej kwestii zwięźle przypomina Katechizm Kościoła Katolickiego: *Życie ludzkie od chwili poczęcia powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny. Już od pierwszej chwili swego istnienia istota ludzka powinna mieć przyznane prawa osoby, wśród nich nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty do życia* (KKK 2270).

<sup>26</sup> J. Lejeune (prof. dr med., Kierownik Katedry Genetyki na Uniwersytecie im. R. Descartesa w Paryżu), cytował za: „Wiedza i Życie”. R. 11: 1986 s. 8.

<sup>27</sup> W. Fijałkowski: *Dar rodzenia*. Warszawa 1985 s. 58.

niepowtarzalny związek nowego życia [...]. Ten wielki cud natury, jakim jest zapłodnienie [...] jest początkiem życia dziecka<sup>28</sup>. Można by jeszcze przytoczyć wiele innych podobnych wypowiedzi<sup>29</sup>.

W świetle powyższych stwierdzeń nie dziwi fakt, iż obowiązujące w Polsce prawo chroni życie człowieka, nie uzależniając tej ochrony od przypisania człowiekowi takich lub innych cech<sup>30</sup>. Ochrona ta dotyczy także okresu prenatalnego. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r. nie pozostawia w tym zakresie żadnych wątpliwości<sup>31</sup>. Potwierdza ją również obowiązująca Konstytucja, w której gwarantowana jest ochrona życia każdego człowieka (art. 38). Można więc stwierdzić, że w momencie powstania genomu ludzkiego mamy do czynienia z człowiekiem, którego życie jest przedmiotem ochrony prawnej. Potwierdza to także ustawa z 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka, w której w art. 2, pkt 1 stanowi się, że w rozumieniu tej ustawy dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do uzyskania pełnoletniości. To samo stanowisko zajmuje Konwencja o Prawach Dziecka z 20 listopada 1989 r. przyjęta przez Zgromadzenie Narodowe ONZ. Trudno jest więc kwestionować na gruncie obowiązujących w Polsce przepisów, że embriion ludzki jest uznawany za człowieka, a

<sup>28</sup> R. Kurniewicz-Witczakowa. W: *Nasze dziecko*. Red. J. Kopczyńska-Sikorska. Warszawa 1984 s. 31.

<sup>29</sup> Por. G.L. Flanagan: *Dzieci pierwszych miesięcy życia*. Warszawa 1973 s. 19; A. Jacewski, Z. Korczak, A. Popielarska: *Rozwój i zdrowie ucznia*. Warszawa 1985 s. 31n.; K. Bożkova: *Zdrowie rodziny*. Warszawa 1983 s. 35; R. Michałowicz, J. Ślenczak: *Choroby układu nerwowego dzieci i młodzieży*. Warszawa 1984 s. 31; N. Waloński: *Rozwój biologiczny człowieka*. Warszawa 1983 s. 589; A. Blaim: *Rodzina i dziecko*. Warszawa 1986 s. 77nn; M. S. Gilbert: *Od poczęcia do narodzin*. Warszawa 1988 s. 27.

<sup>30</sup> Przykładem uzależnienia prawnej ochrony istoty ludzkiej w zależności od posiadanych przez nią cech może być obecny we współczesnym sporze o koncepcje człowieka, tzw. utylizaryzm preferencyjny, którego szczególnie groźnym przedstawicielem jest australijski bioetyk Peter Singer. Główne tezy takiej właśnie koncepcji człowieka zawarł on w swojej książce *Practical ethics*. Cambridge 1979.

<sup>31</sup> Ustawa z 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz zmianie niektórych innych ustaw wprowadziła w art. 1. pkt. 2 następujące brzmienie art. 1 nowelizowanej ustawy: *Prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej w granicach określonych w ustawie*. Trybunał w powołanym orzeczeniu m. in. stwierdził: *Art. 1 pkt 2 ustawy z 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 1996 r. nr 139, poz. 646), w zakresie w jakim uzależnia ochronę życia w fazie prenatalnej od decyzji ustawodawcy zwykłego, jest niezgodny z art. 1 oraz art. 79 ust. 1 przepisów konstytucyjnych z 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz samorządzie terytorialnym (Dz. U. 1992 r. nr 84, poz. 426; zm.: z 1995r. nr 38, poz. 148, nr 150, poz. 729; z 1996 r. nr 106, poz. 488) przez to, że narusza konstytucyjne gwarancje ochrony życia ludzkiego w każdej fazie jego rozwoju*.

jego życie podlega ochronie prawnej. W związku z tym wszelkie działania skierowane przeciwko embrionowi muszą być uznane za bezprawne<sup>32</sup>.

W polskim porządku prawnym nie ma żadnej normy, która zezwalałaby na pobieranie komórek macierzystych od embrionów powstałych z zapłodnienia *in vitro*. Mimo że taki embrion nie powstał w sposób naturalny, nie traci charakteru embrionu ludzkiego i również do niego odnosi się wspomniany nakaz ochrony życia ludzkiego<sup>33</sup>. Użycie go do tworzenia komórek macierzystych służących terapii innych ludzi należy uznać za bezprawne i niegodziwe.

Czy są jeszcze jakieś inne narządy (oprócz wyżej wspomnianych, pochodzących od żywych płodów), których z racji etycznych nie wolno przeszczepiać? Etyka zabrania ofiarowywania wszystkich narządów. Dotyczy to przeszczepów mózgowia i gruczołów płciowych, które zapewniają odpowiednio osobową i prokreacyjną tożsamość osoby. Chodzi o narządy, dzięki którym realizuje się niepowtarzalna tożsamość osoby, którą medycyna winna ochraniać.

Jakimi zatem kryteriami należy się kierować pobierając narządy od żyjącego człowieka? Pobranie narządu jest uprawnione pod warunkiem, że chodzi o narządy, których przeszczep nie oznacza poważnej i nieodwracalnej szkody dla dawcy. Osoba może podarować tylko to, czego może pozbawić się bez poważnego niebezpieczeństwa lub szkody dla własnego życia, bądź tożsamości osobowej, i to dla słusznej i proporcjonalnej racji. Jeśli chodzi o przeszczepy narządów od osoby zmarłej nie należy zapominać, iż w tym wypadku nie mamy do czynienia z żywą osobą, lecz z ciałem zmarłego, któremu jednak należy okazać szacunek.

Wśród zagadnień etyczno-prawnych związanych z transplantacjami pojawia się również problem komercjalizacji organów ludzkich. *O problem komercjalizacji ocierają się dawcy i biorcy, ich rodziny i znajomi, lekarze i inne osoby pośredniczące w rozdziale organów, a także kliniki dokonujące eksplantacji i transplantacji, izby lekarskie i różne komisje etyczne, kasy chorych i instytucje ubezpieczeniowe finansujące przeszczepy, gremia polityczne i ustawodawcze stano-*

<sup>32</sup> Chyba że ich tzw. wtórna legalność zostanie uznana przez prawo na zasadzie okoliczności wyłączającej bezprawność czynu. Sytuacja taka powstaje w szczególności w wypadku konfliktu dóbr i ustawa określa, które z dwóch kolidujących ze sobą dóbr mogą być zgodnie z porządkiem prawnym i leżącą u jego podstaw aksjologią poświęcone dla ratowania drugiego z dóbr. Obowiązujące w Polsce prawo przewiduje określone wypadki, w których ustawa zezwala na poświęcenie życia dziecka w stanie prenatalnym. Wszystkie te wypadki odnoszą się do przerwania ciąży. Nie wszystkie przewidziane w tej ustawie sytuacje wydają się pozostawać w zgodzie z Konstytucją – A. Z o 11: *Czy można mówić o statusie prawnym komórek macierzystych*. „Gazeta Lekarska”. R. 2005 nr 2 s. 35.

<sup>33</sup> Wyraźnie stanowi to Konwencja Biotyczna w art. 18 stwierdzając, że nawet w tych wypadkach, w których prawo zezwala na przeprowadzanie badań na embrionach *in vitro*, powinno ono zapewnić odpowiednią ochronę tym embrionom.

wiąże ramy prawne całego przedsięwzięcia, instytucje państwowe dokonujące podziału szczupłych środków finansowych, a wreszcie opinia publiczna<sup>34</sup>.

Panujące w tej kwestii opinie są zasadniczo jednoznaczne - komercjalizację organów zarówno żyjących, jak i zmarłych dawców należy uznać za nieetyczną i zdecydowanie ją odrzucić. Takie stanowisko widoczne jest w różnych oficjalnych oświadczeniach gremiów medycznych, kodeksach etyki lekarskiej, dokumentach nauczania Kościoła i regulacjach prawnych. Kodeks Etyki Lekarskiej wyraźnie stanowi, iż: *Lekarz nie może otrzymywać zapłaty za przeszczepione komórki, tkanki i narządy* (art. 35). Karta pracowników służby zdrowia mocno podkreśla, że przekazywanie organów ma charakter daru: *Interwencja medyczna w przeszczepach jest nieodłączna od ludzkiego aktu dawania. Jest to decyzja ofiarowania, bez żadnego wynagrodzenia, części ciała komuś ze względu na zdrowie i dobro innej osoby. W tym sensie akt medyczny przeszczepu umożliwia akt ofiarowania ze strony dawcy, ów szczery dar z siebie, który wyraża nasze istotne powołanie do miłości i komunii* (90). Równie zdecydowane jest stanowisko Kongregacji Nauki Wiary wyrażone w *Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia i o godności jego przekazywania* (1987): *Również w przypadku płodów martwych, jak odnośnie zwłok osób dorosłych, wszelka praktyka handlowa powinna być uważana za niegodziwą i zabronioną* (I.4).

Podobne stanowisko w tej kwestii zajmuje prawodawstwo różnych państw, także Polski. I tak, np. w polskiej Ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów czytamy m.in.:

- *Za pobrane od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich komórki, tkanki i narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty lub innej korzyści majątkowej* (art. 18.1);

- *Kto rozpowszechnia ogłoszenia o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórek, tkanek i narządów w celu ich przeszczepienia, podlega karze grzywny do 5000 zł* (art. 19);

- *Kto w celu uzyskania korzyści majątkowych nabywa lub zdobywa cudze komórki, tkanki i narządy, pośredniczy w ich nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w przeszczepianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego człowieka lub ze zwłok ludzkich, podlega karze pozbawienia wolności do lat 2, ograniczenia wolności albo grzywny* (art. 20.1);

- *Jeżeli sprawca uczynił sobie z popełnienia przestępstwa określonego w ust. 1 stałe źródło dochodu, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10* (art. 20.2).

<sup>34</sup> A. D y l u s: *Problem komercjalizacji organów ludzkich*. W: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*. Red. A. M a r c o l. Sympozja 14. Opole 1996 s. 199.

Także prawodawstwo Unii Europejskiej w tej kwestii jest jednoznacznie określone: W dzienniku urzędowym Parlamentu Europejskiego z 14 września 1993 r. czytamy m. in.: *dawstwo organów w każdym wypadku powinno być aktem wolnej woli, bez wywierania jakiegokolwiek przymusu i dlatego winno nastąpić bez jakiegokolwiek odszkodowania [...] należy także wziąć pod uwagę, że zastąpienie chorego, uszkodzonego organu przez organ zdrowy pod żadnymi warunkami nie może być traktowane jako elementarne prawo człowieka*. Podkreśla się wyraźnie charakter daru i to, że nie istnieje żaden obowiązek sprawiedliwości, jak i żaden tytuł prawny do otrzymania organów.

Mimo dość jednoznacznie brzmiących przepisów prawnych regulujących etycznie ważny problem związany z przeszczepami, w dyskusjach bioetycznych sprzeciw wobec komercjalizacji organów ludzkich bywa jednak artykułowany z różną siłą i zdecydowaniem. Dysponowanie tym „rzadkim dobrem” może przypominać czasami transakcje handlowe, co odzwierciedla stosowany język. Mówi się o „podaży i popycie” o „problemach alokacji” i „własności” o „posiadaniu” organów i ich „bankach”, a nawet o „gieldzie” i „konsumentach”, a także o „handlu organami” i „rynku organów”<sup>35</sup>.

Ponieważ stale brakuje odpowiedniej ilości narządów do przeszczepów a lista oczekujących się wydłuża, pojawiają się głosy domagające się wprowadzenia gratyfikacji finansowych dla dawców – miałyby to ich zachęcić do ofiarowania organów. Niektórzy transplantolodzy, m. in. w USA, wprowadzili do debaty pojęcie „opłaconego podarunku” (*rewarded gifting*)<sup>36</sup> – miałyby on dotyczyć głównie dawców żyjących<sup>37</sup>, ale także zmarłych. Gratyfikację za organy pobrane po śmierci dawcy mogliby otrzymywać np. krewni czy znajomi. Taka praktyka, zdaniem niektórych, niewątpliwie zwiększyłaby gotowość ludzi do ofiarowania części swego ciała<sup>38</sup>. Rodzi to jednak szereg pytań i wątpliwości. Czy „opłacony podarunek” jest jeszcze nadal podarunkiem? W jaki sposób należałoby określić jego wartość? Jakie konsekwencje społeczne pociągnęłyby za sobą tego rodzaju „transakcje”? Większość etyków sprzeciwia się tej propozycji. Dowodzą oni, że bezpłatność przekazywania organów współokreśla wewnętrzny sens tych działań<sup>39</sup>. „Opłacony podarunek” jest pojęciem sprzecznym samym w sobie. Również

<sup>35</sup> Por. Tamże, s. 201–202.

<sup>36</sup> Por. U. Schmidt: *Organhandel als Mittel der Organbeschaffung und – Verteilung?*. W: *Transplantationsmedizin und Ethik. Auf dem Weg zur einer gesellschaftlichen Konsens*. Red. F. W. Albert, W. Land, E. Zwielerlein. Berlin–Riga–Scottsdale–Wien–Zagreb 1995 s. 96.

<sup>37</sup> Por. W. Land: *Das belohnte Geschenk? Überlegungen zur Organspende von gesunden Menschen*. Frankfurt a. M. 1991 s. 121–129.

<sup>38</sup> Por. A. Dylius: *Problem komercjalizacji ...*, dz. cyt., s. 202.

<sup>39</sup> Por. A. Bondolfi: *Ethische Probleme der Transplantationsmedizin und ihre theologische Begründung*. W: *Ethik und Transplantationsmedizin*. Red. A. Bondolfi, R. Malacrida, A. Rohner. Comano 1993 s. 127.

na płaszczyźnie instytucjonalnej podejmowane są kroki w celu uniemożliwienia takich etycznie wątpliwych „interesów”. Światowa Organizacja Zdrowia przestrzega np. przed rozprzestrzenianiem się praktyki „opłaconego podarunku” w krajach Trzeciego Świata.

Niestety etyczne argumenty przeciwko dopuszczalności „opłaconego podarunku” nie przemawiają do wszystkich zainteresowanych<sup>40</sup>. Komercyjne problemy transplantacji pojawiają się przy podziale ograniczonych, cennych dóbr, jakimi są organy. W debacie bioetycznej określa się mianem „problemów alokacji”. Dominuje jednak przekonanie, że medycyna transplantacyjna nie może się dokonywać *ani w kontekście wzajemnych praw i obowiązków, ani w kontekście pieniężnych świadczeń „rynkowych”*<sup>41</sup>. Należy zdecydowanie odrzucić faworyzowanie określonego życia ludzkiego kosztem pomocy innemu człowiekowi – ma to miejsce wówczas, kiedy bogaci pacjenci mogą sobie „kupować” nowe narządy.

Żyjemy w ekonomicznym społeczeństwie sukcesu i konsumpcji, przekonani, że wszystko pozostaje w granicach naszych możliwości i że wszystko da się kupić, nawet zdrowie i życie. Rozwój transplantologii wspiera te tendencje. Zdecydowane odrzucenie komercjalizacji organów ludzkich właśnie dlatego jest nakazem chwili, gdyż oznacza sprzeciw wobec urynkowienia życia ludzkiego i wobec utopii wszechmocy człowieka. Działalność w laboratoriach naukowych nie powinna wypływać jedynie z przesłanek utylitarnych, lecz powinna wyrażać szerszą orientację w sposobie patrzenia na świat i człowieka. Możemy uznać za jedynie rzeczywiste tylko to, co mechaniczne, zdeterminowane prawami przyrody, wszystko zaś co osobowe – miłość, dar z siebie – potraktować wyłącznie jako pozór, psychologicznie użyteczny, lecz w końcu nierealny i nieważny. Miejsce powyższej alternatywy musi zająć nowa synteza nauki i mądrości, w której pytanie o część nie przysłoni widzenia całości, zaś troska o całość nie pomniejszy zatroskania o to, co jest tylko jej częścią.

<sup>40</sup> Por. Tamże, s. 127–128.

<sup>41</sup> A. B o n d o l f i: *Allokations- und Gerechtigkeitsprobleme in der heutigen Medizin am Beispiel der Transplantationsmedizin*. W: *Ethik und Transplantationsmedizin*, dz. cyt., s. 549.