

Wojciech Słomski

Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania
w Warszawie

University of Finance and Management
in Warszawa

O NIEKTÓRYCH ETYCZNYCH ASPEKTACH TRANSPLANTACJI

On some Ethical Aspects of Transplantation

Słowa kluczowe: filozofia, etyka, ekofilozofia, bioetyka, przeszczep, prawo.

Key words: philosophy, ethics/moral philosophy, eco-philosophy, bioethics, transplant, law.

Streszczenie

Przeszczep narządu angażuje zawsze trzy strony: dawcę, biorcę oraz lekarza.

Podstawą wszelkich działań lekarza powinno być poszanowanie pacjenta jako autonomicznego podmiotu, któremu przysługuje prawo do decydowania o samym sobie. W przypadku transplantacji leczeniu podlega jedynie biorca narządu, a z powodu braku wystarczającej ilości narządów transplantacje wykonywane są tylko w przypadku pacjentów, dla których nie istnieją alternatywne sposoby leczenia. Pacjent oczekujący na przeszczep jest zawsze w sytuacji bez wyjścia, tzn. ma do wyboru zgodzić się na przeszczep lub umrzeć.

Inaczej problem ten przedstawia się w odniesieniu do dawców narządów. Dawcą może być albo osoba żyjąca, albo zmarła. Żyjący dawca ma oczywiście możliwość świadomego podjęcia decyzji, jeszcze inaczej jest z pobieranie narządów od osób zmarłych.

Istnienie konfliktu interesów pomiędzy interesami dawcy i biorcy, a także pomiędzy działaniami transplantologa, którego celem jest jak najszybsze pobranie organu a celami zespołu reanimacyjnego.

Abstract

Organ transplantation always involves three parties: the donor, the recipient, and the doctor.

The basis of all doctor activities should be great respect for the patient as an autonomic subject that has the right to decide about him- or herself. In case of a transplantation only the organ recipient is medically cured, and due to the lack of sufficient organ quantity transplantations are conducted only for patients who cannot be treated in an alternative way. The patients waiting for transplantations are always in a no-way-out situation, i.e. they can either accept the transplantation or die.

The problem looks different with regards to the organ donors. The donor can be either a living or a dead person. Of course, the living donor can take the decision intentionally, taking organs from the dead is another question.

There is a conflict between the interests of the donor and the interests of the recipient, and moreover there is an interest conflict between the actions of the doctor whose aim is the possible quickest organ taking and the goals of a resuscitation team.

Przeszczep narządu angażuje zawsze trzy strony: dawcę, biorcę oraz lekarza. Każdy z tych trzech podmiotów jest uwikłany w moralne problemy transplantacji w różnym stopniu i w różny sposób, przy czym zakres moralnej odpowiedzialności nie pokrywa się ze stopniem osobistego zaangażowania. Dla dawcy (żyjącego) oraz biorcy zabieg transplantacji stanowi niewątpliwie jeden z najważniejszych momentów w życiu (wyjątkiem jest pobranie szpiku kostnego, które nie wywołuje negatywnych następstw dla dawcy), podczas gdy dla lekarza jest po prostu jednym z wielu kolejnych zabiegów. Jednakże to właśnie na lekarzu spoczywa największa odpowiedzialność za skutki transplantacji tak dla biorcy, jak i dawcy.

Podstawą wszelkich działań lekarza powinno być poszanowanie pacjenta jako autonomicznego podmiotu, któremu przysługuje prawo do decydowania o samym sobie¹. Odnosi się to także do transplantacji, gdzie ryzyko zgonu pacjenta jest często bardzo znaczne, a w przypadku przeszczepów eksperymentalnych (transplantacje organów pobranych od zwierząt) wynosi ono jak na razie sto procent. W związku z ciągłym rozwojem transplantologii podejmuje się też próby przeszczepiania organów dotychczas nie przeszczepianych, takich jak fragmenty układu pokarmowego, narażając pacjenta na ryzyko, którego z powodu braku dostatecznych danych nie sposób oszacować. Z powodu choroby przewidywana długość życia pacjenta jest wprawdzie krótka, może jednak zostać dodatkowo skrócona, jeżeli tego typu transplantacja się nie powiedzie.

Zasada poszanowania autonomii pacjenta nie budzi sprzeciwu dopóty, dopóki nie zachodzi obawa, iż pacjent utracił zdolność w pełni świadomego podejmowania decyzji. Niemożność podjęcia świadomej decyzji może wynikać z braku dostatecznej wiedzy (której, jak wspomniałem, w niektórych przypadkach nie posiada także lekarz). „Świadomej zgody – pisze M. Nowacka – nie można redukować do jednomyślności między lekarzem a pacjentem, czyli do wzajemnej akceptacji swych decyzji przez lekarza i pacjenta”². Pełną odpowiedzialność za wynik przeszczepu ponosi zawsze lekarz, a uzgadnianie sposobu leczenia oznaczałoby próbę przeniesienia części odpowiedzialności na pacjenta. Ponadto w przypadku transplantacji leczeniu podlega jedynie biorca narządu, a – jak wiadomo – z powodu braku wystarczającej ilości narządów transplantacje wykonywane są tylko w przypadku pacjentów, dla których nie istnieją alternatywne sposoby leczenia. Pacjent oczekujący na przeszczep jest zawsze w sytuacji bez wyjścia, tzn. ma do wyboru zgodzić się na przeszczep lub umrzeć. Trudno jest zatem mówić o podejmowaniu decyzji „wspólnie” czy „w uzgodnieniu” z lekarzem.

Inaczej problem ten przedstawia się w odniesieniu do dawców narządów. Dawcą może być albo osoba żyjąca, albo zmarła. Żyjący dawca ma oczywiście

¹ R. Gillon, *Etyka lekarska: problemy filozoficzne*, Warszawa 1997, s. 125.

² M. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003, s. 46.

możliwość świadomego podjęcia decyzji, istnieją jednak względy etyczne, które w niektórych przypadkach każą lekarzowi odmówić pobrania narządów, pomimo zgody dawcy. Dzieje się tak wówczas, gdy zabieg wiąże się ze zbyt wielkim ryzykiem dla zdrowia lub życia dawcy. Ryzyko takie pojawia się przede wszystkim w związku z pobraniem narządów niezbędnych do życia, np. serca. Może się także zdarzyć, że ogólny stan zdrowia dawcy nie pozwala na pobranie narządu, który można byłoby pobrać od człowieka całkowicie zdrowego (np. nerki). Lekarz nie powinien zgodzić się na pobranie narządów także wówczas, gdy zachodzi podejrzenie, że zgoda dawcy nie jest w pełni świadoma, gdyż może on cierpieć na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, może znajdować się pod wpływem czyjejś sugestii, może być wyznawcą jakiejś ideologii lub religii itp.

Wbrew pozorom więcej problemów etycznych nastęrcza pobranie organów od dawcy zmarłego. W polskiej ustawie regulującej pobieranie organów do przeszczepu przyjęto zasadę tzw. zgodny domniemanej. Zasada ta głosi, iż o ile zmarły nie wyraził za życia jasnego sprzeciwu wobec pobrania organów, to pobranie organów jest dopuszczalne. Także większość etyków wydaje się przyjmować, że wolno pobrać narządy bez wyraźnej zgody zmarłego, o ile nie zgłosił on wcześniej sprzeciwu. „Nawet w sytuacji – pisze S. Olejnik – kiedy zmarły nie wyraził zgody na przekazanie komuś jego serca, nie należy uznać przeszczepienia za czyn niedopuszczalny. Można łatwo tu założyć domyślną zgodę”³.

Wiele osób wyraża wprawdzie w sposób świadomy zgodę na przeszczep narządów po ich śmierci, dla lekarzy jednak decydujące znaczenie ma zawsze zgoda rodziny zmarłego. Niektóre ofiary wypadków drogowych posiadają przy sobie oświadczenie, że wyrażają zgodę na oddanie organów po swojej śmierci, a mimo to niekiedy ich rodziny odmawiają zgody na przeszczep. Postawę taką można oczywiście uznać na moralnie naganną, warto jednak zauważyć, że powtarzające się co jakiś czas doniesienia o przypadkach korupcji wśród lekarzy, a także przypadki odzyskiwania pełni zdrowia przez osoby, którzy lekarze nie dawali żadnych szans na przeżycie, zwracając się do rodziny o wyrażenie zgody na przeszczep, prowadzą do powstawania podejrzeń (mniejsza o to, czy uzasadnionych, czy nie), że lekarze nie podejmują wszelkich możliwych wysiłków w celu ratowania życia, jeżeli dzięki śmierci pacjenta spodziewają się uzyskać narządy do przeszczepu. Podejrzenia takie brzmią być może makabrycznie, wydaje się jednak, że należy wziąć je pod uwagę w dyskursie etycznym.

Kolejnym problemem jest ustalenie momentu śmierci. Problem ten okazuje się tutaj szczególnie skomplikowany, ponieważ moment śmierci pacjenta oznacza dla lekarzy zarówno zaprzestanie pewnych działań (ratujących lub podtrzymujących życie), jak i rozpoczęcie działań (przeszczep narządu). O tym, jak ważnym problemem dla transplantologii jest sposób ustalenia momentu śmierci, świadczy

³ S. Olejnik, *W kręgu moralności chrześcijańskiej*, Warszawa 1985.

fakt, że nową i dotychczas stosowaną definicję śmierci opracowała komisja powołana w niespełna miesiąc po pierwszej udanej operacji przeszczepienia serca (przez Christiana Bernarda w 1967 r.)⁴. Pojawiają się nawet opinie, że środowisko transplantologów wywiera presję w celu jednoznacznego ustalenia momentu śmierci, co miałyby rzekomo przyczynić się zwiększenia ilości dostępnych organów. Zarzut ten nie wydaje się jednak sprawiedliwy, ponieważ odnosi się do środowiska lekarzy jako takich, nie zaś jedynie do transplantologów. Dla przykładu M. Sych, zaprzeczając istnieniu takich nacisków, stwierdza, iż „nowa definicja śmierci ma w sobie szczególnie ważny moment etyczny. Wytycza bowiem intensywny terapii rozsądne granice stosowalności i kładzie kres częstej jeszcze praktyce sztucznej wentylacji płuc, zapobiega rozrzutności w stosowaniu środków, technik medycznych i angażowaniu personelu medycznego, pozwalając je wcześniej przesunąć do ratowania żywych”⁵. Widać więc, że „nowa definicja śmierci” pozwala nie tylko pobrać organy z częściowo żyjącego jeszcze organizmu ludzkiego, lecz pozwala także zaoszczędzić środki finansowe przyznane służbie zdrowia. Ocena, czy tego typu oszczędność jest moralnie dopuszczalna, zależy od oceny samej definicji śmierci, która została zaaprobowana przez ustawodawstwo większości państw, a także przez Papieską Akademię Nauk⁶.

T. Ślipko wskazuje na istnienie konfliktu interesów pomiędzy interesami dawcy i biorecy, a także pomiędzy działaniami transplantologa, którego celem jest jak najszybsze pobranie organu, a celami zespołu reanimacyjnego. W interesie transplantologa leży jak najszybsze stwierdzenie śmierci, dzięki czemu narządy pozostaną przy życiu. Wiąże się to jednak z ryzykiem przedwczesnego stwierdzenia momentu śmierci, czyli – ujmując rzecz wprost – z uśmierceniem pacjenta, któremu można byłoby uratować życie. Pewność co do ostatecznego momentu śmierci można byłoby uzyskać dzięki przedłużeniu obserwacji stanu pacjenta, to jednak oznaczałoby, że narządy przestaną nadawać się do transplantacji⁷. Odmiennego zdania jest np. J. Wróbel. Autor ten uważa, że ryzyko przedwczesnego stwierdzenia śmierci pacjenta praktycznie nie istnieje, o ile przestrzega się stosowanych procedur medycznych, prawnych i etycznych⁸.

⁴ Por. *A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, „Journal of the American Medical Association” 1968, nr 295 (6), s. 85 i n.

⁵ M. Sych, *Etyczne aspekty pobierania narządów do przeszczepów*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 1992, nr 64, s. 194.

⁶ Por. P. Troszkiewicz, *W poszukiwaniu definicji śmierci*, „Studia Philosophiae Christianae” 1995, XXXI, 2, s. 133.

⁷ Por. T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Kraków 1994, s. 251 i nast.

⁸ Autor zauważa jednak, że procedury przewidziane w polskim prawie mogą budzić wątpliwości. Por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 96.

Uznanie momentu śmierci mózgu za równoznaczny z momentem śmierci człowieka stwarza jednak możliwość dowolnej ingerencji w moment śmierci żyjących jeszcze elementów ludzkiego organizmu. „Pojęcie śmierci – pisze M. Machinek – jest w zasadzie pojęciem filozoficznym, medycyna jest w stanie jedynie ustalić jej oznaki. Dlatego też bezpośrednio utożsamianie śmierci mózgu ze śmiercią człowieka stanowi niedopuszczalne mieszanie płaszczyzn. Przyjęcie zaś kryterium śmierci mózgowej prowadzi nieuchronnie do technicznego manipulowania momentem śmierci, do sztucznego jej opóźniania, aby w międzyczasie stworzyć warunki do pobrania organów”⁹. Jednakże przyjęcie definicji śmierci, według której człowiek umiera dopiero wówczas, gdy następuje śmierć serca i ustanie krążenia, oznaczałoby całkowitą rezygnację z transplantacji organów.

Czym innym jest natomiast pobranie organu od dawcy żyjącego. Obowiązkiem lekarza jest niesienie pomocy człowiekowi choremu, zakładając, że zdrowie dawcy nie jest w żaden sposób zagrożone. Tymczasem zabieg pobrania organu wiąże się zawsze z pewnym ryzykiem dla zdrowia¹⁰ czy nawet życia dawcy. Powstaje zatem pytanie, czy lekarz ma moralne prawo zaszkodzić jednemu człowiekowi po to, aby uratować życie drugiego. Sprawa nie jest bynajmniej tak prosta, jak podają niektóre podręczniki bioetyki¹¹. W przypadku przeszczepu nerki druga nerka może z czasem przestać funkcjonować, przy czym prawdopodobieństwo choroby wzrasta z wiekiem.

Z powodu tego rodzaju obiekcji lekarze często odmawiają przyjęcia narządu od osoby nie spokrewnionej z biorcą. Przekazanie organu potrzebującej osobie jest bez wątpienia czynem zasługującym na najwyższe uznanie, wręcz heroicznym, jednakże wytyczenie pewnej granicy owemu heroizmowi wydaje się rzeczą słuszną. Można mieć po pierwsze wątpliwości, czy zgłaszający się do lekarza potencjalny dawca jest osobą zdrową psychicznie i w pełni niezależną w swym działaniu. Jednakże nawet w sytuacji, kiedy nie istnieją żadne powody, dla których należałoby poddać w wątpliwość poczytalność dawcy, a więc gdy deklaracja chęci oddania ważnego dla życia organu (np. nerki) wydaje się być w pełni świadoma, biorca zaś nie jest w żaden sposób spokrewniony i związany z dawcą, lekarz jest zobowiązany do odmowy dokonania przeszczepu.

⁹ M. Machinek, *Śmierć w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u kresu życia*, Olsztyn 2001, s. 27.

¹⁰ Żaden zabieg chirurgiczny nie jest obojętny dla zdrowia, toteż można przyjąć, że pobranie organu niemal zawsze prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia. Por. J. Bogusz, *Chirurgia a etyka*, Kraków 1972, s. 18.

¹¹ Według ks. A. J. Katalo, „czynem moralnie poprawnym jest oddanie jednego z narządów parzystych (np. nerka) lub kawałka skóry drugiej osobie; poprawność moralna tego rodzaju czynu opiera się na zasadzie altruizmu i pryncypium solidarności”. A. J. Katalo, *ABC bioetyki*, Lublin 1997, s. 55.

Obawa przed skrzywdzeniem człowieka, który może być nie w pełni świadomy konsekwencji własnej decyzji, nie jest jednak jedyną przyczyną odmowy pobrania narządu (a więc negatywnej oceny moralnej samego „daru”). Niektórzy etycy chrześcijańscy reprezentują pogląd (który jednak obecnie stracił na znaczeniu), zgodnie z którym człowiek nie ma prawa dowolnie dysponować własnym ciałem, ponieważ nie jest ono jego własnością. Ciało zostało człowiekowi dane przez Boga nie na własność, lecz do użytkowania. Autorzy reprezentujący ten pogląd całkowicie odrzucają zatem dawstwo organów – tak przez osoby spokrewnione, jak i nie spokrewnione z biorcą¹².

Dla niektórych etyków pewien stopień osłabienia zdrowia dawcy nie ma jednak większego znaczenia. T. Ślipko wskazuje na przykład, że człowiek nie jest jedynie sumą organów, lecz osobą, a więc „całością wyższego rzędu” niż poszczególne organy. Życie ludzkie – argumentuje T. Ślipko – posiada odmienny status moralny niż poszczególne organy, dlatego oddanie parzystego organu (nerki, płuca) zasługuje na moralną aprobatę, o ile służy dobru osoby¹³. Z tego punktu widzenia moralnie uzasadnione jest także oddanie organu całkowicie obcej osobie.

Spotkać się wreszcie można z poglądem, wedle którego także ofiara z własnego życia, złożona w celu ratowania innej osoby, nie powinna być odrzucona. Bezwzględna akceptacja dla życia jako najwyższej wartości jest zatem przyczyną, dla której nawet osoba blisko spokrewniona z biorcą nie ma obecnie możliwości, także prawnej, podarowania organu niezbędnego do życia¹⁴. Warto jednak zauważyć, że w kulturze współczesnej można zaobserwować zjawisko stopniowego zastępowania tradycyjnej etyki, wraz z wynikającymi z niej ograniczeniami dotyczącymi swobodnego dysponowania własnym ciałem, etyką „liberalną”, która znosi ograniczenia w tym zakresie. Wzrastający poziom akceptacji dla eutanazji czy aborcji pozwala spodziewać się, że w niedalekiej przyszłości także osoby pragnące złożyć innej osobie „dar życia” uzyskają ku temu stosowne prawne możliwości.

Z pełną swobodą dysponowania własnym ciałem wiąże się jednak nie tylko możliwość dobrowolnego podarowania niezbędnego do życia organu, lecz także możliwość sprzedaży własnych narządów. Zwolennicy legalizacji handlu organami powołują się właśnie na prawo jednostki do nieograniczonego dysponowania swoim ciałem. Przeciwnicy z kolei odwołują się do filozoficznych koncepcji człowieka, głoszących, że nikt nie ma prawa traktować siebie samego jako przedmiotu¹⁵.

¹² Por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 282.

¹³ Por. T. Ślipko, op. cit., s. 244.

¹⁴ Por. E. Klimowicz, *Dawstwo organów w świetle etyki lekarskiej*, „Edukacja Filozoficzna” 1994, nr 18, s. 72.

¹⁵ A. Dylus, *Problem komercjalizacji organów ludzkich*, (w:) *Etyczna aspekty transplantacji narządów. Materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim*, pod red. A. Marcola, Opole 1996, s. 202.

Zważywszy, że sprzedaż organu angażuje dwie strony, sprzedającego i kupującego, można także powołać się na kantowski imperatyw nakazujący traktowanie drugiego człowieka zawsze jako celu działania, nigdy zaś jako środka. Z tego punktu widzenia sprzedający miałyby wprowadzić prawo potraktować własny organ jako przedmiot i zwykły towar, nikt jednak nie miałby moralnego prawa kupić owego „przedmiotu”.

Odmienną kategorię potencjalnych dawców stanowią osoby pozbawione wyrokiem sądu prawa do wolności lub prawa do życia. Pojawia się mianowicie problem, czy od przestępców skazanych na karę śmierci wolno pobrać narządy do przeszczepu. Lekarz nie ma wprowadzić prawa samodzielnie podejmować decyzji o zabiciu lub skrzywdzeniu jednego człowieka w celu ratowania życia innego, żyjemy jednak w społeczeństwie, które w prawo do podejmowania takich decyzji wyposażyło władzę państwową. Sądy skazują przecież przestępców na kary długoletniego więzienia, a w niektórych krajach na karę śmierci. Jeżeli zatem zgadzamy się na surowe karanie osób winnych szczególnie ciężkich przestępstw, to czy moglibyśmy także zgodzić się na pobieranie organów od skazanych bądź za ich życia, bądź po śmierci? Skoro społeczeństwo ponosi koszty utrzymania przestępcy w więzieniu przez wiele lat, nie otrzymując niczego w zamian, to teoretycznie nic nie powinno stać na przeszkodzie, aby od tego przestępcy pobrać np. nerkę. W ten sposób przestępca z jednej strony odwdzięczyłby się społeczeństwu za utrzymanie, a jednocześnie w pewnym stopniu naprawiłby szkody wyrządzone swym wcześniejszym postępowaniem¹⁶.

Rozwiązania dostarcza tu nie tyle etyka medycyny, co etyka prawa karnego, która nie traktuje kary jako odpłaty za popełniony czyn, lecz jako działanie wychowawcze, zmierzające do „poprawienia” zdeprawowanej jednostki. Wszelkie pozostałe funkcje kary (oczywiście w przypadku przestępców skazanych na karę więzienia, a nie karę śmierci) mają znaczenie drugorzędne.

I wreszcie w sytuacji niedoboru organów do przeszczepu lekarz musi często decydować, któremu z kilku oczekujących na zabieg pacjentów wszczepić narząd, skazując pozostałych na ryzyko śmierci¹⁷. Sprawą kluczową jest zatem określenie kryteriów sprawiedliwego wyboru biorcy. Wydaje się, że kryterium takim nie powinny być jego możliwości finansowe, oznaczałoby to bowiem ograniczenie przeszczepów wyłącznie do najbogatszych pacjentów. Jeżeli za obowiązującą uznamy zasadę równości wszystkich chorych w dostępie do leczenia, wówczas ograniczenie transplantacji wyłącznie do chorych, którzy mogą ponieść koszty zabiegu, wydaje się być rodzajem dyskryminacji. Z podobną dyskryminacją

¹⁶ Ograniczenia zasady nieszkodzenia w medycynie omawiają T. L. Beauchamp, J. F. Childress w podręczniku *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 201 i n.

¹⁷ A. Raniszewska, *Etyczne aspekty transplantacji*, (w:) *Ekofilozofia, bioetyka, etyka biznesu. Aktualne problemy współczesności*, pod red. J. Jaronia, Siedlce 2004, s. 93.

mielibyśmy do czynienia, gdybyśmy zaczęli uwzględniać np. rasę pacjentów, płeć, religię, język itd.¹⁸

Z drugiej jednak strony nie sposób zaprzeczyć, iż pacjenci różnią się od siebie m.in. wiekiem, ogólnym stanem zdrowia, osobowością i ogólnym podejściem do życia, który nie pozostaje bez wpływu na szansę przeżycia po zabiegu itd. Czynniki te wydają się być równie obiektywne, jak rasa czy poziom zamożności, jednak to właśnie one pełnią rolę kryterium wyboru. Niemniej jednak nie bez znaczenia są kryteria biologiczne, takie jak biologiczna zgodność dawcy i biorcy, określenie górnej granicy wieku innej dla każdego przeszczepionego organu, brak schorzeń innych niż choroba przeszczepianego narządu, wreszcie badania psychologiczne mające określić zdolność pacjenta do poddania się uciążliwemu leczeniu lekami immunosupresyjnymi¹⁹.

Kryterium biologiczne wygląda z pozoru na całkowicie obiektywne, jednak i ono wywołuje głosy krytyki. Jak zauważa M. Tarnawski, element wartościujący zawiera pojęcie powodzenia przeszczepu: zabieg uważa się za tym bardziej udany, im dłuższy jest okres życia pacjenta po zabiegu. Oznacza to także, że im dłuższy jest ów okres życia, tym niższy koszt przeszczepu w przeliczeniu np. na liczbę przepracowanych przez pacjent dni. Z tego powodu największe szanse na zabieg mają pacjenci najmłodszy. Ponadto czas przechowywania pobranych narządów nie może być długi, dlatego częściej odrzucani są pacjenci mieszkający daleko od ośrodków wykonujących transplantacje. Z krytyką spotykają się także badania psychologiczne²⁰. Znalezienie w pełni obiektywnych kryteriów selekcji pacjentów do transplantacji nie jest więc możliwe, co z jednej strony nakłada na lekarza szczególną odpowiedzialność, a z drugiej stwarza pole do wielu nadużyć.

Oryginalny zarzut pod adresem powszechnej akceptacji transplantacji wysunął Bogusław Wolniewicz. Autor ten porównał transplantacje do aktów kanibalizmu, a mentalność współczesnych społeczeństw do mentalności kanibali. Zdaniem Wolniewicza, „transplantacja to jest żerowanie na trupach, nowoczesne ludożerstwo, neokanibalizm”²¹. Tożsamy jest cel transplantacji i ludożerstwa. Zjadanie zwłok – argumentuje Wolniewicz – we wszystkich kulturach spełniało cele magiczne lub rytualne (z czym trudno się zgodzić, bowiem np. u niektórych plemion Nowej Gwinei zjedzenie zwłok zabitego wroga miało na celu dodatkowe poníženie go), pomimo różnej formy istota kanibalizmu i transplantologii jest zatem tożsama.

¹⁸ H. Skorowski, *Problematyka praw człowieka*, Warszawa 1996, s. 75.

¹⁹ Por. P. Wolf, K. Boudjema, B. Ellero, J. Cinqualbre, *Transplantacja narządów. Kompendium*, Wrocław 1993, s. 75 i n.

²⁰ M. Tarnawski, *Problematyka prawna aparatury podtrzymującej życie*, (w:) *Prawo i medycyna u progu XXI wieku*, pod red. M. Filara, Toruń 1987, s. 36.

²¹ B. Wolniewicz, *Neokanibalizm*, (w:) idem, *Filozofia a wartości*, Warszawa 1998, s. 105.

Ze stanowiskiem B. Wolniewicza można polemizować w dwojaki sposób. Można po pierwsze wskazać, iż analogia pomiędzy kanibalizmem a transplantologią jest oparta na pomieszaniu etyki z estetyką, bowiem autor nie uzasadnia, dlaczego kanibalizm miałby być moralnie zły. W żadnym powszechnie znanym kodeksie etycznym nie istnieje zasada „nie zjadaj zwłok”. Sama myśl o zjedzeniu ludzkiego ciała wywołuje wprawdzie odrazę, należy się jednak obawiać, że odraza ta wynika z norm obyczajowych, nie zaś moralnych.

Po drugie, B. Wolniewicz nie usiłuje zakwestionować moralnej dopuszczalności przeszczepów, a jedynie zwrócić uwagę na zasadnicze przewartościowanie naszego stosunku do życia i śmierci. Jego zdaniem przyczyną powszechnej akceptacji transplantacji w ustawodawstwie jest „duchowy rozpad społeczeństwa”. Ów duchowy rozpad autor opisuje w sposób następujący: „Ludzie utracili poczucie, że jest coś ważniejszego niż życie. Przedłużanie życia stało się największą świętością, której trzeba wszystko podporządkować. Nie ma łajdactwa ani okropieństwa, którego nie można by się dopuścić, by jeszcze trochę żyć”²². Traktowanie zwłok ludzkich jako rezerwuaru części zamiennych jest więc jednym z symptomów rozkładu dotychczasowej „duchowości” cywilizacji europejskiej. Innymi słowy, z rozważań Wolniewicza wynika, iż rozkład ten objawia się w kilku punktach węzłowych, zaś transplantacje są jednym z owych punktów. Autor nie postuluje jednak wprowadzenia zakazu transplantacji, lecz domaga się podjęcia poważnej dyskusji zarówno nad moralną dopuszczalnością przeszczepów, jak i nad stanem współczesnej duchowości.

Stanowisko Wolniewicza nie jest bynajmniej odosobnione. Wielu filozofów zwraca uwagę, że człowiek jest jednością psychofizyczną. Traktowanie ludzkiego ciała jako skomplikowanej maszynierii, w której uszkodzone części można wymieniać na nowe, oznacza w gruncie rzeczy akceptację kartezjańskiego modelu człowieka i całkowitej rozdzielności „duszy” od ciała. Takiego zdania jest np. P. Ramsey. Autor ten uważa, że w związku z rozwojem nauk medycznych należy „zapytać, czy chrześcijanin, który dzisiaj bez żadnego wahania ucieka w świat transcendentnych ludzkich osiągnięć duchowych, a ciało całkowicie oddaje na łup techniki lekarskiej lub innej, czy taki chrześcijanin nie wyznaje poglądu, który jest raczej wytworem kartezjańskiej umysłowości dualizmu i który pomimo swej religijnej i personalistycznej terminologii, nie ma już żadnego biblijnego zrozumienia dla radości będącej wynikiem stworzonego życia i zaakceptowania śmierci wszelkiego ciała”²³.

Odmiennych problemów etycznych nastroczają przeszczepy organów pobieranych od zwierząt. W sytuacji niedoboru narządów do przeszczepu poszukuje się alternatywnych terapii, m.in. wszczepia ludziom narządy pobrane od zwie-

²² B. Wolniewicz, *Prawo do zmarłych*, (w:) *ibidem*, t. II, s. 313 i n.

²³ P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977, s. 221.

rząt. Pamiętać jednak należy, że przeszczepy odzwierzęce (ksenogeniczne), pomimo wieloletnich badań, są rodzajem eksperymentu medycznego stosowanego tylko w przypadku pacjentów, których przewidywany czas życia liczy się w dniach²⁴. Problemy z tym związane należą jednak raczej do etyki eksperymentów medycznych, dlatego nie zostaną tu omówione.

Warto natomiast zastanowić się nad problemami, które powstałyby, gdyby możliwe było trwałe utrzymywanie przy życiu pacjentów z wszczepionymi organami zwierzęcymi. Rozwój genetyki i medycyny jest obecnie tak szybki, że nie można wykluczyć powstania w bliższej lub dalszej przyszłości technicznych możliwości przeszczepiania człowiekowi organów zwierzęcych i stopniowego zastępowania zużytych ludzkich narządów częściami ciała zwierzęcia. Rozwój transplantologii ksenogenicznej pozwoliłby z jednej strony na rozwiązanie większości problemów etycznych omówionych powyżej, jednocześnie jednak nastęczyłby nowych problemów, z których najważniejszym wydaje się być kwestia tożsamości człowieka. Z punktu widzenia wielu nurtów filozoficznych, z filozofią chrześcijańską na czele, człowiek jest przecież jednością cielesno-duchową. Czy zatem człowiek z przeszczepionym sercem np. świni pozostaje nadal tym samym człowiekiem? Na pytanie to większość etyków odpowiada twierdząco. „W opinii transplantologów, a także moralistów – pisze M. Nowacka – człowiek z wbudowanymi fragmentami ciała zwierzęcego, z organami zwierzęcymi powiązany funkcjonalnie z jego własnymi organami, jest tym samym człowiekiem, którym był przed operacją”²⁵. Warto jednakże zauważyć, że problem tożsamości nie dotyczy wyłącznie przeszczepów odzwierzęcych, choć w tym przypadku pojawia się on niewątpliwie szczególnie wyraźnie. Dane empiryczne wskazują, że pacjenci z przeszczepionym sercem odczuwają pewien rodzaj zaburzenia w poczuciu własnej tożsamości, odnoszą wrażenie, że część osobowości dawcy została przeszczepiona razem z organem. Nie sposób na razie odpowiedzieć, czy podobnych doznań doświadczaliby także chorzy z narządem przeszczepionym od zwierzęcia²⁶, gdyż transplantacje ksenogeniczne pozostają na razie w fazie eksperymentów, a chorzy żyją z nimi jedynie przez krótki okres w stanie krytycznym.

Innym poważnym wyzwaniem etycznym jest ryzyko przeniesienia na człowieka chorób występujących dotychczas wyłącznie u zwierząt. W związku z tym ryzykiem w wielu krajach toczyła się dyskusja nad prawnym zakazem badań nad tego rodzaju transplantacjami, przy czym w większości krajów, w tym

²⁴ A. Raniszewska, op. cit., s. 94.

²⁵ M. Nowacka, op. cit., s. 221.

²⁶ Transplantacje ksenogeniczne nastęczą też szereg problemów związanych z prawami zwierząt. Por. A. S. Daar, *Ethics of Xenotransplantation: Animal Issues, Consent, and Likely Transformation of Transplantation Ethics*, “World Journal of Surgery” 1997, nr 21 (9).

w Polsce²⁷, górę wzięły argumenty naukowców. Jak zauważa M. Nowacka, obawa, że ośrodki badawcze w innych krajach mogą odnieść korzyści z ewentualnych zakazów prawnych, okazała się silniejsza niż lęk przed ryzykiem²⁸. Fakt, iż mimo wieloletnich badań brak jest udanych transplantacji organów pobranych od zwierząt, wydaje się wskazywać, iż mamy tu do czynienia z uznaniem prymatu dobra lekarzy (naukowców) nad dobrem pacjentów (czy też ludzkości jako takiej).

Powyżej zarysowane problemy nie wyczerpują rzecz jasna kwestii etycznych aspektów transplantologii. Istnieje szereg zagadnień szczegółowych, które w powyższym opracowaniu zostały pominięte. Wymienić tu należy m.in. kwestię transplantacji wewnętrznych i zewnętrznych organów płciowych, kwestię zabiegów zmiany płci u osób transseksualnych, kwestię transplantacji organów u zwierząt (w celach eksperymentalnych lub terapeutycznych), finansowe koszty transplantacji czy wreszcie kwestie obyczajowe.

²⁷ Polska ustawa transplantacyjna orzeka (art. 15 p. 1): „Dopuszcza się, w celach leczniczych, przeszczepianie ludziom komórek, tkanek i narządów pochodzących od zwierząt”.

²⁸ Por. M. Nowacka, op. cit., s. 213.