

Marcin Ferdynus
Lublin

Przedłużanie ludzkiego życia w świetle transplantacji. Wokół kilku moralnych kontrowersji

Wstęp

Pośród różnych sposobów przedłużania ludzkiego życia¹ ważne miejsce zajmują transplantacje, które polegają na przeniesieniu „[...] mniejszej lub większej części ciała do innej lub z jednego organizmu do drugiego”². Postępy jakie dokonały się w transplantologii na przestrzeni kilku ostatnich dekad stały się możliwe dzięki badaniom prowadzonym przez wielu specjalistów na całym świecie. Dzięki ich zaangażowaniu udało się udoskonalić techniki przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, poznać antygenową zgodność tkankową, dobierać dawców i biorców, zrozumieć mechanizmy odpowiedzi immunologicznej, rozpoznawać i leczyć proces odrzucania, poznać mechanizmy niedokrwiennego uszkodzenia narządu, przechowywać organy przed zabiegiem, wynaleźć leki o działaniu immunosupresyjnym, określić możliwe powikłania we wczesnej lub późnej fazie stosowania immunosupresji³. Osiągnięcia te przyczyniły się do zmiany postrzegania przeszczepów uważanych początkowo za wysoko eksperymentalne i kontrowersyjne na powszechnie uznane terapie, które mają przywracać choremu zdrowie oraz chronić go przed przedwczesną śmiercią. Kiedy możliwości tradycyjnej terapii stają się niewystarczające, zwłaszcza w przypadku osób cierpiących na niewydolność narządów, wtedy transplantacje okazują się zazwyczaj jedyną szansą na uratowanie chorego życia.

¹ M. Ferdynus, *Przedłużanie ludzkiego życia. O możliwości biologicznej nieśmiertelności*, „Studia Paradyskie” 23 (2013), s. 62-69.

² M. Á. Monge, *Etyka w medycynie. Ujęcie interdyscyplinarne*, Warszawa 2012, s. 152. O różnych rodzajach przeszczepów zob. P. Morciniec, *Przeszczepy narządów*, [w:] A. Muszala [red.], *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Radom 2007, s. 467.

³ W. Rowiński, *Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czy i w jakim stopniu wolno nam dostosować zasady etyczne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu?*, [w:] B. Chytowicz [red.], *Transplantacje: Spór o dar*, Lublin 2011, s. 29.

Wobec powyższego wydawać by się mogło, że skoro w tak wielu przypadkach przeszczep okazuje się jedynym sposobem, żeby uratować komuś życie, to należałoby to uczynić. Okazuje się jednak, że zabiegi transplantacyjne nie są pozbawione moralnych kontrowersji. W kontekście przedłużania ludzkiego życia najbardziej interesującymi dla naszych analiz pozostaną problemy etyczne związane z pozyskiwaniem organów od dawców martwych jak i od dawców żywych. Ponieważ z transplantacjami *ex mortuo* ściśle wiąże się zagadnienie dystrybucji pozyskanych organów, a z transplantacjami *ex vivo* groźba komercjalizacji ludzkiego ciała, stąd także i te zagadnienia uczynimy przedmiotem filozoficznych refleksji.

1. Transplantacje *ex mortuo*

Pozyskiwanie niektórych organów do przeszczepów możliwe jest wyłącznie od osób zmarłych, ponieważ pobranie ich od osób żywych byłoby równoznaczne z intencjonalnym spowodowaniem ich śmierci. Widzimy więc, że pojawia się potrzeba ustalenia kryterium, na podstawie którego można by uznać kogoś za zmarłego. W interesującym nas kontekście ustalenie kryterium śmierci uchodzi za warunek konieczny, ale niewystarczający. Dodatkowo należy więc ustalić to, według czyjej woli owe organy mogą być pobrane. Tak więc z moralnego punktu widzenia istotnymi czynnikami pozyskiwania organów od dawców zmarłych są: medyczne określenie śmierci dawcy oraz uzyskanie świadomej zgody.

Niemal na całym świecie za zmarłego uznaje się kogoś, u kogo stwierdzono śmierć mózgu⁴. Nie znaczy to wcale, że kryterium śmierci mózgu nie jest pozbawione krytyki. Zastrzeżenia wysuwane pod adresem tego kryterium dotyczą głównie motywów utylitarnych, arbitralności i niespójności w definiowaniu śmierci, antropologicznej nieadekwatności, braku uniwersalnego katalogu testów stwierdzających śmierć mózgu oraz ryzyka postawienia błędnej diagnozy (zwłaszcza w sytuacji zespołów imitujących śmierć mózgową)⁵. Wiele wskazuje na to, że nieporozumienia narastające wokół kryterium śmierci mózgu

⁴ D. F. Kelly, *Medical Care at the End of Life. A Catholic Perspective*, Washington 2006, s. 113.

⁵ B. Wójcik, *Definicje i kryteria śmierci*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 299-305. Zob też: D. F. Kelly, *Medical Care at the End of Life*, s. 114-115; J. Wróbel, *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka – dawcy organów. Między biologią, biomedycyną i filozofią*, „Roczniki Teologii Moralnej” 58 (2011) 3, s. 157-159. Bardzo wiele zastrzeżeń w kwestii orzekania o śmierci na podstawie kryterium śmierci mózgu można znaleźć w wielu miejscach następującej publikacji: J. M. Norkowski, *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Radom 2011.

spowodowane są brakiem rozróżnienia w debacie trzech ważnych zagadnień⁶: (1) definicji śmierci, (2) medycznego kryterium rozstrzygnięcia, (3) badań sprawdzających. Zdaniem Bernarda Gerta, Charlesa M. Culvera i K. Dannerera Clousera, śmierć należałoby definiować tak, aby uwydatnić potoczne znaczenie tego terminu. Ponadto kryterium śmierci powinno być określone przez odwołanie się do obecnego stanu wiedzy naukowej, dzięki której można by sprawdzić, czy w konkretnej sytuacji definicja śmierci została spełniona przez to kryterium. Z kolei rozstrzygnięcie dotyczące trafności kryterium śmierci powinno być uzależnione od badań sprawdzających. Mając na uwadze przywołane uwagi autorzy *Bioetyki* proponują następującą definicję śmierci: „Śmierć jest trwałym zanikiem wszystkich obserwowalnych naturalnych funkcji organizmu jako całości oraz trwałą utratą świadomości w organizmie jako całości i we wszystkich jego częściach”⁷. Spośród kilku przywołanych przez nich kryteriów: trwałe zanik funkcji układu krążenia i układu oddechowego, całkowity i trwałe zanik funkcji kory mózgowej, całkowity i trwałe zanik funkcji pnia mózgu, całkowity i trwałe zanik funkcji całego mózgu, jedynie ostatnie, ich zdaniem, spełnia przywołaną definicję śmierci i z tej racji jako jedyne może zostać przyjęte jako medyczne kryterium orzekania o czyjejś śmierci⁸.

Zwróćmy jednak uwagę, że przywołana opinia może sugerować próbę utożsamienia czwartego spośród przywołanych kryteriów orzekania o śmierci mózgu, tj. „całkowitego i trwałego zaniku funkcji całego mózgu” z fragmentem pochodzącym z definicji, a więc z „trwałą utratą świadomości”. Jeśli w taki sposób odczytać intencję autorów, wtedy konsekwentnie należałoby przyjąć, że nie tyle śmierć całego mózgu, co raczej trwała utrata świadomości stanowiłaby docelowe kryterium orzekania o czyjejś śmierci. Dalsze kroki takiego myślenia pozwalałyby więc na uśmiercanie pacjentów znajdujących się w trwałym stanie wegetatywnym oraz poważnie upośledzonych noworodków (np. anacefalicznych), u których nie stwierdzono oznak świadomości wskutek uszkodzenia mózgu. Wydaje się, że takie założenia prowadziłyby w konsekwencji do redukcjonizmu antropologicznego, przejawem którego byłoby przyznawanie człowiekowi statusu normatywnego jedynie w oparciu o sprawnie działający mózg. Jednakże nawet wówczas, kiedy śmierć stwierdzano na podstawie kryterium krążeniowo-oddechowego, jak twierdzi Elio Sgreccia, nikt przecież nie identyfikował człowieka z sercem, czy płucami⁹. Można więc odnieść wrażenie, że definicja śmierci przywołana

⁶ B. Gert, Ch. M. Culver, K. D. Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Gdańsk 2009, s. 391.

⁷ Tamże, s. 393.

⁸ Tamże, s. 402.

⁹ E. Sgreccia, *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*, Philadelphia 2012, s. 649.

przez Gerta, Culvera i Clousera w sposób wątpliwy metodologicznie utożsamia kategorię niematerialną (świadomość) z kategorią materialną (mózg).

Wobec licznie pojawiających się kontrowersji w stosunku do kryterium śmierci mózgu członkowie Papieskiej Akademii Nauk podkreślają, że „[...] śmierć mózgową oznacza nieodwracalne zaprzestanie wszystkich życiowych aktywności mózgu (półkul mózgowych i pnia mózgu). Obejmuje ona nieodwracalną utratę funkcji komórek mózgowych i ich całkowitą lub prawie zupełną destrukcję”¹⁰. Zauważmy, że autorzy tej definicji nie odwołują się w jej treści do świadomości, lecz jedynie do śmierci mózgu jako całości. Członkowie Papieskiej Akademii Nauk trafniej więc, niż Gert, Culver i Clouser, określają to, o co chodzi w medycznym orzekaniu o śmierci. Przyczyną uznania osoby za zmarłą jest zatem to, że śmierć całego mózgu powoduje nieodwracalną utratę koordynacji czynności życiowych organizmu jako całości, a nie to, że następuje nieodwołalna utrata zdolności do abstrakcyjnego myślenia i moralnej autonomii¹¹.

Nie mniej kontrowersyjnym zagadnieniem związanym z pozyskiwaniem narządów ze zwłok jest uzyskanie świadomej zgody. Najczęściej stosuje się dwa rozwiązania¹²: (1) model zgody wyraźnej (system *opting in*) lub (2) model zgody domniemanej (system *opting out*). Pierwszy model polega na wykazaniu, że dana osoba już za życia wyraziła świadomą zgodę na bycie dawcą po swojej śmierci. Z kolei drugi model zakłada przyzwolenie na dokonanie eksplantacji narządów po śmierci, o ile nie ma wyraźnych dowodów na to, że zmarły w trakcie życia nie wyraził w tej materii swojego sprzeciwu. Inaczej mówiąc, jeśli ktoś nie zgadza się, by być dawcą po swojej śmierci, powinien wyrazić w tej sprawie sprzeciw w takiej formie, jaka została określona przez prawo w danym państwie¹³. W Polsce zgodę domniemaną reguluje art. 5 § 1 *Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*¹⁴, w którym czytamy: „Pobieranie komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia, można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”. Natomiast w art. 6 § 1 tego dokumentu stwierdza się, że „sprzeciw wyraża się w formie: (1) wpisu w centralnym rejestrze sprzeci-

¹⁰ A. Battro i inni, *Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death. Statement by Neurologist and Others*, [w:] *The Signs of Death. The Proceedings of the Working Group 11-12 September 2006*, The Pontifical Academy of Sciences, Vatican City 2007, s. XXII.

¹¹ M. Machinek, *Spór o status ludzkiego embrionu*, Olsztyn 2007, s. 174-175.

¹² A. Breczko, *Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnologicznego*, Białyłystok 2011, s. 369.

¹³ M. Nowacka, *Etyka transplantacji*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 223.

¹⁴ *Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).

wów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, (2) oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis, (3) oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego”.

O ile zgoda formalna nie budzi w tej materii większych obiekcji, o tyle zgoda domniemana skłania do zastanowienia. Przeciwnicy systemu *opting out* zauważają, że nie istnieje wyraźna różnica między pozyskiwaniem organów w ramach tego systemu a rutynowym sposobem pozyskiwania narządów do przeszczepu, który polegałby na „ratowaniu” organów przed ich „utyлизacją” na skutek problemów związanych z koniecznością uzyskania zgody od potencjalnych dawców¹⁵. Istnieje w tym względzie tendencja, żeby zwłoki traktować jak „rzecz społeczną” (*res communitatis*), którą można by użyć dla dobra wspólnego ilekroć tylko rodzi się taka potrzeba¹⁶. Próbuje się to uzasadniać w oparciu o opinię, według której zwłoki stanowią własność państwa, czy też wspólnoty, do której zmarły przynależał. Zgodnie z takim założeniem, pobieranie organów miałoby zatem stanowić pewną formę rekompensaty dóbr jaką zmarły uzyskał za życia od społeczności, której był członkiem¹⁷. Jednakże zwłoki, jak zauważa Sgreccia, posiadają pewien charakter *sacrum* poprzez fenomenologiczne i psychologiczne odniesienie do tych, którzy przeżyli. Jeśli nawet zasadne jest to, że dobro wspólne może usprawiedliwić pewne działania medyczne podejmowane dla zdrowia, to jednak związek łączący rodzinę ze zwłokami zmarłego nie powinien być zupełnie pominięty. Tak więc szacunek dla preferencji krewnych wciąż utrzymuje pewien etyczny ciężar¹⁸.

Wątpliwości co do zgody domniemanej zgłaszane są również z innego powodu. Otóż wielu ludzi, zwłaszcza młodych, nie postrzega siebie w kategoriach potencjalnych dawców *post mortem*. Trudno więc zgodzić się z tezą, jakoby brak sprzeciwu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie narządów ze zwłok, o którym już wspominaliśmy, był traktowany na równi z wyrażeniem zgody na bycie dawcą¹⁹. W takich przypadkach należałoby raczej domniemywać, że podjęcie przez zmarłego decyzji w sprawie dawstwa nie miało miejsca.

¹⁵ K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, t. 2, Warszawa 2009, s. 150, 154.

¹⁶ E. Sgreccia, *Personalist Bioethics*, s. 643.

¹⁷ W. Glannon, *Do the Sick Have a Right to Cadaveric Organs?*, „Journal of Medical Ethics” 29 (2003) 3, s. 155-156.

¹⁸ E. Sgreccia, *Personalist Bioethics*, s. 643.

¹⁹ G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014, s. 259.

1.1. Alokacja narządów

Ograniczone zasoby narządów sprawiają, że wielu oczekujących na przeszczep nie będzie mogło cieszyć się dłuższym życiem. Nie ma opcji, która mogłaby zadowolić wszystkich, ponieważ skąpy podział zasobów sprawia, że wśród chorych zawsze znajdzie się ktoś uszkodzony. Dlatego też istotną rolę w tym względzie odgrywa jawność kryteriów, według których rozstrzyga się o dystrybucji organów. Według Kazimierza Szewczyka, do najważniejszych kryteriów alokacji narządów należą²⁰: (1) medyczna użyteczność transplantu ustalana w oparciu o prognozowane przeżycie pacjenta i przeżycie przeszczepu (chodzi tu o czynniki immunologiczne oraz anatomiczne), (2) pilność zabiegu, (3) czas oczekiwania na przeszczep, (4) czynniki geograficzne (uwzględnianie w decyzjach alokacyjnych odległości między jednostkami pobierającymi narząd a zespołem dokonującym transplantacji), (5) kryteria wiekowe. Zastanówmy się więc, jakie kryteria miałyby ostatecznie decydować o przyznaniu lub nie przyznaniu organu do przeszczepu?

Według najbardziej rozpowszechnionego ujęcia miarą korzyści zdrowotnej, jaką pacjent może uzyskać dzięki zastosowaniu konkretnej procedury medycznej, w interesującym nas przypadku dzięki transplantacji narządów, jest liczba darowanych mu lat życia wraz z uwzględnieniem jego jakości (QALY²¹ – *Quality Adjusted Life Years*)²². Według tego kryterium miary wychodzi się z założenia, że o pożyteczności, jaką chory odnosi z pewnego rodzaju terapii, stanowi nie tylko to, ile dłużej dzięki niej żyje, ale także to, jakie jest jego dodatkowe życie²³. W praktyce oznacza to, że w sytuacji, gdy trzeba będzie podjąć decyzję czy przeszczepić nerkę osobie młodszej czy starszej, bilans QALY będzie działał na niekorzyść tej drugiej, gdyż przewidywana długość życia osoby starszej przeważnie jest mniejsza od przewidywanej długości życia osoby młodszej²⁴. Wydaje się więc, że teoria QALY ujawnia pewną niesprawiedliwość, polegającą na dyskryminowaniu tych wszystkich, którzy w ostatecznym rozrachunku wykazują się słabszą jakością życia i krótszą zdolnością do przeżycia w przyszłości. Dlatego też, jak podkreśla Frances M. Kamm, alokacja

²⁰ K. Szewczyk, *Bioetyka*, s. 172-174.

²¹ Lata życia wraz ze skorygowaną jakością.

²² F. M. Kamm, *Aggregation, Allocating Scarce Resources, and Discrimination against the Disabled*, [w:] Tenże [red.], *Bioethical Prescriptions. To Create, End, Choose, and Improve Lives*, Oxford 2013, s. 428.

²³ W. Galewicz, *Medyczne i ekonomiczne kryteria gwarantowanej opieki zdrowotnej*, [w:] K. Basińska, J. Halasza [red.], *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2014, s. 312.

²⁴ T. Hope, J. Savulescu, *Jak powinno się rozdzielać nie wystarczające środki medyczne?*, [w:] A. Alichniewicz, A. Szczesna [red.], *Dylematy bioetyki*, Łódź 2001, s. 208.

zasobów medycznych oparta na pewnego rodzaju intrapersonalnej agregacji (kalkulacji jakości i długości życia) nie może decydować kto ma dalej żyć, a kto ma umrzeć²⁵.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa dystrybucji narządów, gdy w grę wchodzi inne priorytety niż kryteria oparte na kalkulacjach jakościowych. Zwróćmy uwagę na „regułę ratowania” (*rule of rescu*), do której odwołuje się w swoim artykule Włodzimierz Galewicz. Pisze on, że reguła ratowania życia zwraca uwagę na „[...] trojaki priorytet: (1) normatywne pierwszeństwo podtrzymywania życia w stosunku do jego polepszania, a w obrębie samego podtrzymywania życia, (2a) pierwszeństwo ocalenia od śmierci grożącej już teraz przed zapobieganiem śmierci grożącej w przyszłości, a także (2b) pierwszeństwo ocalenia od śmierci konkretnej osoby przed chronieniem od śmierci kogoś jeszcze nieokreślonego”²⁶. Odnosząc regułę ratowania życia do kryteriów dystrybucji organów przywołanych na początku tego paragrafu możemy odnieść wrażenie, że jedynym kryterium spełniającym regułę ratowania życia jest pilność zabiegu. Jedynym kryterium pilności zabiegu spełnia warunek pierwszeństwa podtrzymywania życia przed jego polepszaniem jak i warunek pierwszeństwa ocalenia od śmierci grożącej konkretnej osobie już teraz przed ocaleniem przed śmiercią kogoś, komu śmierć grozi w przyszłości. Widzimy więc, że reguła ratowania życia wyraźnie przeciwstawia się kalkulacjom opartym na bilansie zysków i strat.

Z praktycznego punktu widzenia medyczne kryteria alokacji nie są wcale jednoznaczne, twierdzi Dieter Birnbacher. O ile między takimi kryteriami, jak prognoza, zagrożenie życia i okres oczekiwania na transplantację przeważnie dochodzi do kompromisu, o tyle sprawa się komplikuje, gdy dodatkowo pojawia się kryterium równości. Mamy wtedy do czynienia z dwoma wariantami. Pierwszy z nich, uzależniając alokację narządów od prognozy zagrożenia życia, odwołuje się do racji użytecznych i ekonomicznych, które dowartościwiają wydajność dystrybucyjną nad egalitaryzm. Drugi wariant, oparty na równym dostępie do zasobów (ograniczony jedynie medycznymi kryteriami), sprzyja równości nawet za cenę pokaźnej niewydajności dystrybucyjnej²⁷.

Z punktu widzenia etyki świętości życia każde ludzkie istnienie posiada szczególną wartość. Co więcej, każde ludzkie życie obdarzone jest tą wartością w stopniu jednakowym²⁸. Wobec tego żadne ludzkie życie nie jest mniej

²⁵ F. M. Kamm, *Aggregation, Allocating Scare Resources, and Discrimination against the Disabled*, s. 428, 476.

²⁶ W. Galewicz, *Medyczne i ekonomiczne kryteria gwarantowanej opieki zdrowotnej*, s. 314-315.

²⁷ D. Birnbacher, *Etyczne zagadnienia transplantacji*, „Etyka” 30 (1997), s. 143-144.

²⁸ W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009, s. 15.

lub bardziej wartościowe, „[...] nawet najdoskonalsze, najbardziej obiecujące, najlepiej rozwinięte nie jest lepsze niż najbardziej ograniczone, beznadziejne i niedojrzałe”²⁹. Wydaje się więc, że sprawiedliwy podział zasobów, realizujący przy tym zasadę równości szans, powinien opierać się na kryteriach ściśle medycznych, do których Sgreccia zalicza³⁰: pilność zabiegu, prawdopodobieństwo udanego przeszczepu, perspektywę, że przeszczepiony organ będzie się rozwijał oraz uwzględnienie pierwszeństwa według kolejności zgłoszeń.

2. Transplantacje *ex vivo*

Transplantacje organów pozyskiwanych od dawców żywych ograniczają się do narządów parzystych, głównie nerek, a także fragmentów narządów, np. wątroby, płuc. Z medycznego punktu widzenia przeszczepu *ex vivo* okazują się korzystniejsze niż transplantacje wykorzystujące narządy ze zwłok, ponieważ żywotność takich organów jest ogólnie lepsza. Co więcej, w przypadku pokrewieństwa między dawcą i biorcą zachodzi większa zgodność tkankowa, która pozwala na zredukowanie dawek stosowanych leków immunosupresyjnych, ryzyka nowotworzenia oraz kosztów opieki medycznej³¹. Ponieważ dawcą jest człowiek żywy, więc, poza biorcą organu, ryzyko związane z zabiegiem medycznym rozszerza się również na niego samego. Zauważmy jednak, że z tego typu ryzykiem nie mamy do czynienia w przypadku transplantacji *ex mortuo*. Dlatego też w sytuacjach wątpliwych przeszczepu *ex vivo* powinny być traktowane jako procedura terapeutyczna ostatniej szansy uzupełniająca jedynie przeszczepu *ex mortuo*³². Taką myśl wyraża art. 19 § 1 *Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie*: „Pobieranie organów albo tkanek od żyjącego dawcy w celu dokonania transplantacji może być przeprowadzone jedynie dla uzyskania terapeutycznej korzyści biorcy i tylko wtedy, gdy nieosiągalny jest odpowiedni organ lub tkanka od osoby zmarłej, a nie istnieje alternatywna metoda terapeutyczna o porównywalnej skuteczności”³³.

²⁹ H. Ciach, *Istota ludzka, czy osoba ludzka? Krytyka bioetyki początków życia Petera Singera*, Kraków 2013, s. 127.

³⁰ E. Sgreccia, *Personalist Bioethics*, s. 640.

³¹ K. Szewczyk, *Bioetyka*, s. 161.

³² Tamże, s. 166.

³³ *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie*, http://www.coe.int/t/dg3/health-bioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf, s. 7, (30.09.2014).

Mimo że transplantacje *ex vivo* posiadają lepsze rekomendacje medyczne w porównaniu z przeszczepami *ex mortuo*, to jednak nie pozostają one wolne od moralnych wątpliwości. Pierwsza trudność dotyczyłaby uzyskania świadomej zgody od dawcy. Problem ten uwydatnia się szczególnie wtedy, gdy między potencjalnym dawcą a biorcą zachodzi pokrewieństwo. W takich sytuacjach snuje się przypuszczenia, że potencjalny dawca może znaleźć się pod silną presją zarówno chorego jak i całej rodziny, którzy upatrują w nim „ostatnią deskę ratunku”. Wobec tego kontekst sytuacyjny wymaga zbadania nie tylko tego, czy dawca wyraził wolę darowania swojego organu choremu, ale również tego, czy w ogóle był w stanie podjąć w tej sprawie suwerenną decyzję³⁴. Im silniejsza okazuje się presja moralna wywierana przez potencjalnego biorcę, rodzinę, czy lekarza, tym bardziej wątpliwa staje się dobrowolność podjęcia decyzji o byciu dawcą.

Kolejna trudność, która wiąże się z transplantacjami *ex vivo*, skłania do zastanowienia się nad pytaniem dotyczącym naruszenia podstawowej zasady etyki lekarskiej *primum non nocere*. Można by wnosić, że lekarz, który od żywego dawcy pobiera na przykład nerkę, narusza tym samym jego cielesną integralność, a więc wyrządza mu jakąś szkodę. Wszak nie można zapominać, że pomiędzy lekarzem a żywym dawcą występuje ktoś trzeci, a więc biorca, który okazuje się głównym zainteresowanym dokonaniem transplantacji. Na jednej szali kładzie się więc ryzyko dawcy, na drugiej zaś ryzyko biorcy. W podobnych sytuacjach nawet tak fundamentalna norma, jak zakaz narażania na niebezpieczeństwo, musi dopuszczać wyjątki³⁵. Niemniej jednak wydaje się, iż wyjątki te mogą zostać moralnie usprawiedliwione jedynie wówczas, gdy łącznie spełnione są następujące warunki³⁶: (1) przeszczep musi dotyczyć organu, który nie jest niezbędny do dalszego kontynuowania życia, (2) oddanie organu powinno mieć uczciwy cel i być zupełnie dobrowolne, (3) dawca powinien być szczegółowo poinformowany o grożącym mu ryzyku, (4) implantacja narządu musi być konieczna do życia lub dla zdrowia, (5) operacja powinna dawać racjonalne przesłanki powodzenia, (6) musi zachodzić stosowna proporcja między oczekiwaną korzyścią biorcy a potencjalną szkodą dawcy.

2.1. „Logika towaru” czy „logika daru”?

Niewielka ilość pozyskiwanych narządów oraz coraz większa liczba oczekujących na przeszczep skłania do poszukiwania nowych sposobów rozwiązania tego ważkiego problemu. Wśród propozycji mających zaradzić niedoborom

³⁴ M. Nowacka, *Etyka transplantacji*, s. 226.

³⁵ D. Birnbacher, *Etyczne zagadnienia transplantacji*, s. 145.

³⁶ M. Á. Monge, *Etyka w medycynie*, s. 153.

medycyny transplantacyjnej coraz częściej pod dyskusję poddaje się kwestię komercjalizacji ludzkiego ciała, czyli uczynienia go przedmiotem handlu. Jedną z propozycji byłoby przyzwolenie na zawieranie umów dotyczących sprzedaży narządów na skutek śmierci, gdzie dawca otrzymywałby pieniądze za życia, lecz narząd byłby pobierany dopiero po jego śmierci. Inną zaś byłoby to, aby regulacje rynkowe umożliwiały sprzedaż organów już za życia³⁷. Ostatnia propozycja znalazła zastosowanie m. in. w Iranie, gdzie w ciągu jedenastu lat od wprowadzenia regulacji rynkowych dotyczących nerek pochodzących od niespokrewnionego dawcy zapotrzebowanie na ten organ zostało zupełnie zaspokojone³⁸. Niemniej jednak przeprowadzone badania pokazały, że na oddanie swojej nerki decydowali się przede wszystkim ci, którzy należeli do najuboższej klasy społecznej³⁹. Skoro więc regulacje rynkowe, jak się wydaje, zaspokajają zapotrzebowanie na narządy, to czy tego typu działania powinny być moralnie akceptowalne?

Przeciwko komercjalizacji ludzkiego ciała przemawia przynajmniej kilka argumentów. Przeciwnicy urynkowania ciała twierdzą, że wprowadzenie handlu organami przyczyni się do zmniejszenia postaw altruistycznych w społeczeństwie, a więc także do zmniejszenia liczby ofiarowanych narządów do przeszczepów. Inny argument sugeruje, że skoro na bycie dawcą decydują się głównie najbiedniejsi, to decyzja przez nich podjęta nie może być w pełni autonomiczna, ponieważ staje się uzależniona od finansowego przymusu. Co więcej, dowolne rozporządzanie swoim ciałem sprawia, że ciało zaczyna być postrzegane jedynie w roli towaru, służąc przede wszystkim względem ekonomicznym⁴⁰. Wydaje się jednak, że najpoważniejszą racją, którą można wysunąć przeciwko komercjalizacji ludzkich organów jest „logika daru”. Poświęćmy jej nieco więcej miejsca.

Na gruncie personalistycznej wizji antropologicznej ciało ludzkie nie jest jedynie dodatkiem do osoby, lecz stanowi jego konstytutywną część. Ciało partycypuje w życiu osoby. W konsekwencji oznacza to, że ciało nie jest czymś moralnie neutralnym w takim zakresie, w jakim spełnia ono istotne funkcje w życiu osoby. Tak więc ciałem nie można dysponować w taki sposób, jak dysponuje się innymi własnościami, które do nas przynależą, bowiem dowolne rozporządzanie ciałem oznaczałoby jego uprzedmiotowienie. Co więcej,

³⁷ T. Zimny, *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, s. 234-235.

³⁸ A. J. Ghods, S. Savaj, *Iranian Model of Paid and Regulated Living-Unrelated Kidney Donation*, „Clinical Journal of American Society of Nephrology” 6 (2006) 1, s. 1136-1137.

³⁹ J. Zargooshi, *Iranian Kidney Donors: Motivations and Relations with Recipients*, „The Journal of Urology” 165 (2001) 2, s. 386-392.

⁴⁰ T. Zimny, *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, s. 237-241.

nikt z nas nie nabył swojego ciała w taki sposób jak nabywa się inne rzeczy. Ciało, które posiadam i poprzez które wyrażam siebie jako osobę, jest więc darem. Natura zaś daru jest taka, że zawiera w sobie pewną „asymetrię”⁴¹, a ta wyraża się w tym, że darczyńca, który ofiarował swój dar nie wymaga od obdarowanego żadnej rekompensaty. Jak słusznie zauważa Paul Ramsey, takie słowa jak: „«dar», «darowizna», «dawca», silnie wskazują, iż jest to transakcja nie obliczona na zysk”⁴². W przeciwnym razie dar przestałby pełnić funkcję daru. Jeśli więc człowiek jako osoba najpełniej wyraża samego siebie poprzez afirmację miłości bezinteresownej, to w świetle działań transplantacyjnych jedynie organ ofiarowany jako „bezinteresowny dar z siebie” oddaje ową afirmację osoby, a więc najpełniej odpowiada osobie jako osobie.

Jeśli przywołane założenia są prawomocne, to w „logice daru” nie może być miejsca na „logikę towaru”, a więc na coś, co przybiera formą „opłacanego podarunku”, „wynagrodzonego prezentu” lub handlu organami⁴³. Zatem niepokój wyrażany wobec komercjalizacji ludzkiego ciała ciągle utrzymuje pewną wagę moralną, której w debacie na temat pozyskiwania ludzkich organów do przeszczepów nie sposób pominąć.

Zakończenie

Przywołane treści pokazują, że działania medycyny transplantacyjnej nie pozostają wolne od moralnych kontrowersji. Koncentrują się one zasadniczo wokół kwestii związanych z poszanowaniem autonomii pacjenta, oszacowaniem medycznego ryzyka ingerencji w organizm tak dawcy jak i biorcy, sprawiedliwym dostępem do zasobów medycznych oraz statusem ludzkiego ciała. W świetle tych wątpliwości przedłużanie życia i polepszanie jego jakości za wszelką cenę prowadzi jedynie do deprecjonowania ludzkiej godności. Tak więc teza, według której nie zawsze i nie za wszelką cenę życie ludzkie należy przedłużać⁴⁴, nie traci swojej aktualności. Jeśli oczekujący na transplantację pacjent umiera, to nie dlatego, że personel medyczny, system opieki zdrowotnej lub „skąpi” darczyńcy przyzwalają na jego śmierć, ale dlatego, że śmierć zosta-

⁴¹ B. Chyrowicz, *Prawo do własności – prawo do daru. O sporze wokół pozyskiwania organów do transplantacji. Wprowadzenie*, [w:] tenże [red.], *Transplantacje. Spór o dar*, Lublin 2011, s. 10.

⁴² P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977, s. 246.

⁴³ P. Morciniec, *Komercjalizacja ciała – komercjalizacja organów. Perspektywa bioetyczna*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Transplantacje. Spór o dar*, Lublin 2011, s. 46.

⁴⁴ M. Ferdynus, „*Kilka uwag*” w *dyskusji na temat rezygnacji z uporczywej terapii*, „*Studia Paradyskie*” 22 (2012), s. 67.

je dopuszczona z racji niemożliwości przyjścia choremu z pomocą. Jeśli więc „[...] umieranie nie jest rozumiane i kultywowane jako część życia, to w tym momencie zaczyna się cywilizacja śmierci”⁴⁵.

Streszczenie

Autor artykułu omawia cztery zagadnienia medycyny transplantacyjnej: transplantacje *ex mortuo*, transplantacje *ex vivo*, alokację narządów oraz kwestię komercjalizacji ludzkiego ciała. Przedstawione w artykule analizy sugerują, że działania te nie są wolne od moralnych kontrowersji. Dotyczą one głównie następujących zagadnień: zasady poszanowania autonomii pacjenta, szacowania ryzyka ingerencji medycznej, sprawiedliwego dostępu do zasobów medycznych oraz moralnego statusu ludzkiego ciała.

SŁOWA KLUCZOWE: transplantacje, przedłużanie życia, alokacja narządów, „logika daru”

Summary

Human life extension in the light of transplantation. Around a few moral controversy

The author discusses four ethical issues concerning transplantation medicine: transplantation *ex mortuo*, transplantation *ex vivo*, allocation of organs and commercialization of human body. The analyzes presented in this paper suggest, that these actions are not free from moral controversy. These controversies concern the following issues: the principle of respect for patient autonomy, the estimation of the risk of medical interventions, fair access to the medical resources and the moral status of human body.

KEYWORDS: transplantation, lifespan extension, allocation of organs, “the logic of gift”

Bibliografia

- Battro A. i inni, *Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death. Statement by Neurologist and Others*, [w:] *The Signs of Death. The Proceedings of the Working Group 11-12 September 2006*, The Pontifical Academy of Sciences, Vatican City 2007, s. XXI-XIX.
- Birnbacher D., *Etyczne zagadnienia transplantacji*, „Etyka” 30 (1997), s. 137-148.
- Breczko A., *Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnologicznego*, Białystok 2011.

⁴⁵ R. Spaemann, *Granice. O etycznym wymiarze działania*, Warszawa 2006, s. 525.

- Chańska W., *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009, s. 15.
- Chyrowicz B., *Prawo do własności – prawo do daru. O sporze wokół pozyskiwania organów do transplantacji. Wprowadzenie*, [w:] tenże [red.], *Transplantacje. Spór o dar*, Lublin 2011, s. 5-28.
- Ciach H., *Istota ludzka, czy osoba ludzka? Krytyka bioetyki początków życia Petera Singera*, Kraków 2013.
- Ferdynus M., „*Kilka uwag*” w dyskusji na temat rezygnacji z uporczywej terapii, „*Studia Paradayskie*” 22 (2012), s. 51-67.
- Ferdynus M., *Przedłużanie ludzkiego życia. O możliwości biologicznej nieśmiertelności*, „*Studia Paradayskie*” 23 (2013), s. 59-72.
- Galewicz W., *Medyczne i ekonomiczne kryteria gwarantowanej opieki zdrowotnej*, [w:] K. Basińska, J. Halasza [red.], *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2014, s. 311-319.
- Gert B., Culver Ch. M., Clouser K. D., *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, M. Chojnacki [tłum.], Gdańsk 2009.
- Ghods A. J., Savaj S., *Iranian Model of Paid and Regulated Living-Unrelated Kidney Donation*, “*Clinical Journal of American Society of Nephrology*” 6 (2006) 1, s. 1136-1145.
- Glannon W., *Do the Sick Have a Right to Cadaveric Organs?*, “*Journal of Medical Ethics*” 29 (2003) 3, s. 153-156.
- Hołub G., *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014.
- Hope T., Savulescu J., *Jak powinno się rozdzielać nie wystarczające środki medyczne?*, [w:] A. Alichniewicz, A. Szczesna [red.], *Dylematy bioetyki*, Łódź 2001, s. 199-226.
- Kamm F. M., *Aggregation, Allocating Scare Resources, and Discrimination against the Disabled*, [w:] tenże [red.], *Bioethical Prescriptions. To Create, End, Choose, and Improve Lives*, Oxford 2013, s. 424-485.
- Kelly D. F., *Medical Care at the End of Life. A Catholic Perspective*, Washington 2006.
- Machinek M., *Spór o status ludzkiego embrionu*, Olsztyn 2007.
- Monge M. Á., *Etyka w medycynie. Ujęcie interdyscyplinarne*, Warszawa 2012.
- Morciniec P., *Komercjalizacja ciała – komercjalizacja organów. Perspektywa bioetyczna*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Transplantacje. Spór o dar*, Lublin 2011, s. 45-68.
- Morciniec P., *Przeszczepy narządów*, [w:] A. Muszala [red.], *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Radom 2007, s. 467-472.
- Norkowski J. M., *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Radom 2011.
- Nowacka M., *Etyka transplantacji*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 220-232.
- Ramsey P., *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977, s. 246.
- Rowiński W., *Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czy i w jakim stopniu wolno nam dostosować zasady etyczne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu?*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Transplantacje. Spór o dar*, Lublin 2011, s. 29-44.

- Sgreccia E., *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*, Philadelphia 2012.
- Spaemann R., *Granice. O etycznym wymiarze działania*, J. Merecki [tłum.], Warszawa 2006.
- Szewczyk K., *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, t. 2, Warszawa 2009.
- Wójcik B., *Definicje i kryteria śmierci*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 295-307.
- Wróbel J., *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka – dawcy organów. Między biologią, biomedycyną i filozofią*, „Roczniki Teologii Moralnej” 58 (2011) 3, s. 153-178.
- Zargooshi J., *Iranian Kidney Donors: Motivations and Relations with Recipients*, “The Journal of Urology” 165 (2001) 2, s. 386-392.
- Zimny T., *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 233-247.