

JÓZEF WRÓBEL SCJ  
Lublin–Stadniki

## DAWSTWO ORGANÓW W PERSPEKTYWIE TEOLOGICZNOMORALNEJ I PASTORALNEJ (WYBRANE ASPEKTY)

Nie sposób przecenić wszystkich osiągnięć współczesnej biomedycyny. Choć zdarza się, że w niektórych przypadkach niesie ona ze sobą określone zagrożenia dla ludzkiej egzystencji, to jednak w zdecydowanej większości przypadków znamionujący ją postęp nie oznacza nic innego, jak wyjście naprzeciw żywotnym potrzebom człowieka. To właśnie rozwój medycyny oraz wspomagających ją nauk pokrewnych pozwolił nie tylko poznać dynamikę procesów życiowych i funkcjonalnych ludzkiego organizmu, ale przyczynił się także do wypracowania nowych środków medycznych oraz technik terapeutycznych pozwalających w sposób bardziej skuteczny i pewny zaradzić problemom zdrowotnym człowieka. W pewnym momencie doprowadziło to do zreformowania funkcjonalnego, strukturalnego oraz pojęciowego samej medycyny. Elementem godnym szczególnego podkreślenia w procesie tegoż przeobrażenia jest przejście od praktyki lekarskiej wyczerpującej swój potencjał w sferze objawowej do oddziaływań w kręgu przyczynowym. Dopiero ta transpozycja funkcjonalno-strukturalna medycyny pozwoliła na faktyczne leczenie chorób i stanów patologicznych, a nie tylko na pomoc w przewyciężaniu samych ich objawów czy skutków, i to często w sposób doraźny.

Jednym z czynników umożliwiających to przeobrażenie był rozwój chirurgii, a następnie chirurgii transplantacyjnej. Wydaje się jednak, że historia tego typu zabiegów liczy sobie nie dziesiątki lat, ale długie stulecia. Tradycja chrześcijańska przypisuje bowiem katolickim lekarzom, świętym braciom męczennikom, Kosmie i Damianowi, dokonanie (pod koniec III lub na początku IV wieku) przeszczepienia nogi: mieli amputować niszczoną przez tumor i przyszyć zdrową, pobraną od innej osoby. Z kolei według starego przekazu pod koniec VI wieku chiński lekarz Sun Szu-Mo miał przeprowadzić pionierską operację,

w której przeszczepił serce i wątrobę<sup>1</sup> Brak jednak pewnych dowodów, czy zabiegi te faktycznie zostały wykonane. Można też mieć uzasadnione wątpliwości co do ich pozytywnego wyniku.

Już nie legendarne, ale naukowo udokumentowane eksperymenty z zakresu transplantacji zaczęto prowadzić na zwierzętach w XIX wieku. Wiązały się one z rozwojem samej chirurgii, do czego w znacznym stopniu przyczyniło się poznanie zasad aseptyki, terapii chirurgicznej oraz udoskonalenie metod narkozy. Jednocześnie był to też wiek znacznego postępu w dziedzinie chirurgii plastycznej, przeszczepów skóry i kości. W wieku XX, z kolei, rozwinięto techniki transplantacji narządów wewnętrznych<sup>2</sup> Pierwsze próby przeszczepienia nerki miał przeprowadzić w 1936 roku chirurg rosyjskiego pochodzenia S. Woronow (Voronoff)<sup>3</sup> Następnymi mieli być: A. Lawlor wraz z zespołem (czerwiec 1950 r. – USA), M.M. Servelle, R. Küss (1951 – Francja), D. Hume (1951). Pierwszy udany zabieg transplantacji nerki przeprowadził jednak dopiero w 1954 roku F.J. Murray. Pierwszego przeszczepu tego typu w Polsce dokonał w 1965 roku profesor J. Nielubowicz. Z kolei, pierwsze serce przeszczepił 3 XII 1967 roku w Groot Schuur Hospital zespół profesora Ch.N. Barnarda, wykorzystując technikę opracowaną przez N. Shumway'a i R. Lowera. W Polsce po raz pierwszy taką operację przeprowadził w 1969 roku w Łodzi zespół profesora J. Molla. Pierwszej transplantacji płuca dokonał J. Hardy w 1963 roku, trzustki G. Kelly w 1967 roku, jelit R. Lillehei także w 1967 roku<sup>4</sup>

Tak więc lata pięćdziesiąte, a zwłaszcza ich koniec, stanowiły początek nowej ery w rozwoju chirurgii transplantacyjnej, czemu sprzyjało odkrycie w 1958 roku antygenów zgodności tkankowej (HLA – *Human Limfocyte Antigens*), a następnie w 1959 roku pierwszego leku immunosupresyjnego<sup>5</sup> Sukcesy transplantologii miały też istotny wpływ na dokonanie się ważnego przełomu w dziedzinie medycyny opartej na technikach chirurgicznych. Osiągnięcia te umożliwiły przejście od działań terapeutycznych, przyjmujących postać ingerencji w różnym stopniu okaleczających organizm człowieka, do działań rekonstrukcyjno-zastępczych uszkodzonych lub niewydolnych organów, tkanek czy

---

<sup>1</sup> Por. R. M a r g r e i t e r. *Transplantationschirurgie. Historische Entwicklung*. „Apis” 8:1995 nr 5 s. 3.

<sup>2</sup> Por. E. S i e ń k o w s k i. *Chirurgia w XIX i XX wieku*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 424 nn., zwł. s. 453-454.

<sup>3</sup> Por. M a r g r e i t e r, jw. s. 4.

<sup>4</sup> Por. S i e ń k o w s k i, jw. s. 454; F. T r e c c a. *Trapianti*. W: *Enciclopedia italiana di scienze, lettere ed arti. Appendice (1961-1978)*. T. 4/3. Roma 1981 s. 673-675.

<sup>5</sup> Por. P. W o l f [i in.]. *Transplantacja narządów. Kompendium*. Wrocław 1993 s. 1-34.

komórek<sup>6</sup> Oznacza to jednocześnie zupełnie nowe szanse dla człowieka złożonego immobilizującą chorobą czy kalectwem lub zagrożonego śmiercią.

## I. PRZEWYCIĘŻENIE DYLEMATÓW ETYCZNYCH

Nowe perspektywy wniesione przez nauki medyczne oraz nauki pokrewne zostały szybko zauważone przez etyków i teologów moralistów. Zaowocowało to wykrystalizowaniem się etyki medycznej (istotowo różnej od etyki lekarskiej), a na początku lat siedemdziesiątych powstaniem bioetyki<sup>7</sup> Równoległe do toczonych przez etyków dyskusji pojawiły się też wypowiedzi Magisterium Kościoła. W pokaźnym nauczaniu wyjaśniało ono kwestie wątpliwe i ustosunkowywało się w sposób oficjalny do nowych propozycji i rozwiązań medycznych. Należy w tym miejscu podkreślić znaczący wkład papieży Piusa XII i Jana Pawła II, a także Kongregacji Nauki Wiary.

Pośród tematów, które wyzwoliły szerokie dyskusje etyczno-moralne, znalazła się wspomniana wyżej problematyka transplantacji organów. Jak szereg innych zagadnień i to znalazło oddźwięk w wypowiedziach papieży ostatniego półwiecza. W wystąpieniach tych pojawia się nie tylko ogólna akceptacja dla transplantacji organów, ale wprost pochwała wysiłków czynionych w tym kierunku przez lekarzy. Nie brak jednak pewnych wskazań i kryteriów szczegółowych, które warunkują moralność tych praktyk. Ogólnie zostają one sprowadzone do podstawowego założenia, iż posiadają charakter terapeutyczny i jawią się jako jedyna szansa uratowania życia czy zdrowia pacjenta, po wyczerpaniu innych, bardziej prostych i pewniejszych metod, a jednocześnie ryzyko związane z takimi zabiegami jest skompensowane przez spodziewane wyniki dobroczynne.

Osobny problem stanowiło zdobywanie organów potrzebnych do przeszczepów. Należy podkreślić, że od początku nie budziło większych trudności i zastrzeżeń pobieranie organów z ludzkich zwłok, rozpatrywane jednak samo w sobie. W etycznych analizach tego typu transplantacji zwracano bowiem uwagę

---

<sup>6</sup> Por. C. U. C a s c i a n i. *Valori etici e scientifici nella ricerca del trapianto d'organo*. W: *Etica nella ricerca biomedica*. Red. V Ghetti. Milano 1991 s. 89.

<sup>7</sup> Początki bioetyki jako nowej nauki wiąże się symbolicznie z opublikowaniem w 1971 roku przez Van Resselera Pottera książki pod tytułem *Bioethics: Bridge to the Future* (Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1971). Rozwojowi refleksji etycznej i teologicznomoralnej związanej z ewolucją dokonującą się w naukach medycznych autor niniejszego opracowania poświęcił osobny artykuł zamieszczony w mającej się ukazać *Księdze Jubileuszowej dedykowanej Księdzu Profesorowi F. Greniukowi «Veritatem facientes»* (red. ks. J. Nagórny, J. Wróbel SCJ. Lublin 1997).

na trzy wyznaczniki ich etycznej godziwości, a mianowicie stwierdzenie faktycznej śmierci dawcy, przeszczepianie organów „neutralnych” dla osobowości biorcy oraz uprzednia zgoda dawcy lub jego prawnych przedstawicieli.

Pierwszy z wyliczonych warunków stał się od początku źródłem poważnych niepokojów moralnych i prawnych. Oznacza to, że przedmiotem gorących dyskusji był problem określenia momentu śmierci człowieka i dla niektórych autorów piszących na ten temat nie został on do dziś dnia rozwiązany w sposób nie budzący żadnych wątpliwości. Dla refleksji nad tym zagadnieniem nie jest bez znaczenia fakt, iż papież Pius XII przyznał kompetencje w kwestii opracowania i opisu kryteriów śmierci nie filozofom czy teologom, ale specjalistom nauk medycznych<sup>8</sup> Owocem poszukiwań prowadzonych na tym polu jest związanie momentu zgonu człowieka z naturalnym obumarciem lub traumatycznym zniszczeniem całego mózgu, jakkolwiek często mówi się tylko o śmierci pnia mózgowego, co oznacza nieodwracalne zniszczenie centrum integrującego i koordynującego funkcje fizyczne i umysłowe organizmu ludzkiego<sup>9</sup> Owa biologiczna

---

<sup>8</sup> Por. m.in. P i u s XII. *Problemy religijne i moralne reanimacji*. 24 XI 1957 (Pio XII. *Problemi religiosi e morali della rianimazione*. W: *Biologia, medicina et etica. Testi del Magistero cattolico*. Red. P. Verspieren. Brescia 1990 s. 429-435). W przemówieniu tym Pius XII stwierdza między innymi: „Należy do kompetencji lekarza, a w sposób partykularny anestezjologa podanie jasnej i precyzyjnej definicji «śmierci» oraz «momentu śmierci» pacjenta” (tamże s. 432). Nieco dalej Pius XII dodaje: „O ile chodzi o stwierdzenie faktu [śmierci człowieka] w konkretnych przypadkach, odpowiedź nie może wynikać z żadnej z przesłanek natury religijnej i moralnej, i z tego punktu widzenia nie należy do kompetencji Kościoła” (tamże s. 434). Por. także Pontificio Consiglio «Cor unum». *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti* (1981). W: *Biologia, medicina et etica* s. 494.

<sup>9</sup> Powyższe kryterium momentu śmierci człowieka, a tym samym podstawowe kryterium etyczne pobierania organów, zostało ustalone przez specjalną komisję Papieskiej Akademii Nauk na spotkaniu w dniach 10, 19 i 21 X 1985 r. Owoce pracy tej komisji zostały zaakceptowane przez Jana Pawła II na audiencji w dniu 21 X tegoż roku. W orzeczeniu tym podkreśla się, że „osobę uważa się za zmarłą, kiedy utraciła w sposób nieodwracalny wszelką zdolność integrowania i koordynowania funkcji fizycznych i umysłowych ciała” Wyżej wspomniana komisja stwierdza ponadto, że śmierć następuje, kiedy: a) zanikły w sposób definitywny funkcje spontaniczne serca i respiracji lub gdy b) stwierdzono nieodwracalny zanik jakiegokolwiek aktywności mózgowej (Pontificio Consiglio «Cor unum». *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti* s. 503). Powyższe orzeczenie Komisji Papieskiej Akademii Nauk uznającej śmierć pnia mózgowego za wystarczające kryterium śmierci człowieka zostało potwierdzone jeszcze raz przez ekspertów tej samej Akademii w 1989 r. (por. *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*. 10-14.12. 1989. Red. R.J. White, H. Angstwurm, I. Carrasco De Paula. Pontificia Academia Scientiarum. Vatican City 1992).

Powyższe kryteria uznaje też prawodawstwo polskie. Na wniosek Komisji Medycyny Sądowej – Rady Naukowej Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej przyjęto 8 XII 1975 roku następującą definicję śmierci: „śmierć jest to całkowite i nieodwracalne ustanie czynności mózgu” (T. M a r c i n k o w s k i. *Medycyna sądowa dla prawników*. Warszawa 1993<sup>3</sup> s. 117). Zgod-

śmierć mózgu nie musi w sposób konieczny oznaczać śmierci biologicznej całego organizmu, w którym – dzięki mechanicznemu wymuszeniu funkcji oddychania i pracy serca – może być sztucznie podtrzymywane życie wegetatywne (niekiedy, przez krótki okres trwa ono w sposób spontaniczny). Umiejętność sztucznego podtrzymywania funkcji wegetatywnych, zwłaszcza serca, nerek i płuc, czyni możliwym faktyczne stwierdzenie śmierci dawcy (śmierci całego mózgu) zgodnie z rygorystycznymi kryteriami natury medyczno-prawnej, a również przeprowadzenie odpowiednich badań i przygotowań do pobrania organów nadających się do przeszczepienia. Ryzyko pobrania organów od osoby jeszcze żyjącej, a tym samym zadanie jej śmierci, praktycznie nie istnieje (oczywiście, przy założeniu, że przeprowadzający zabieg eksplantacji stosują się ściśle do profesjonalnie wypracowanych wskazań medyczno-etyczno-prawnych).

Warunek drugi moralności omawianego zabiegu wyklucza przeszczepienie tych narządów, z którymi jest w jakiejś mierze związana osobowość człowieka. W grę wchodzi tutaj zwłaszcza transplantacja mózgu oraz gruczołów płciowych tak męskich, jak i żeńskich<sup>10</sup>

---

nie ze stanowiskiem krajowych zespołów specjalistycznych z zakresu anestezjologii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej z dnia 15 I 1990 r. śmierć pnia mózgu stanowi „warunek konieczny, ale zarazem i wystarczający dla uznania człowieka za zmarłego” (tamże s. 119). Jednocześnie dodaje się, że „rozpoznanie śmierci pnia mózgu obejmuje dwa etapy postępowania: 1. postawienie podejrzenia śmierci pnia mózgowego i 2. wykonanie badań, które to potwierdzają. W pierwszym etapie kryteriami są stwierdzenia, że: a) chory znajduje się w stanie śpiączki, b) jest on sztucznie wentylowany, c) została rozpoznana przyczyna śpiączki, d) wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu – jako nieodwracalne – wobec wyczerpania możliwości leczniczych i upływu czasu. W tym zakresie rozważań wyklucza się chorych: a) zatrutych lub znajdujących się pod działaniem środków farmakologicznych, b) w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi, c) z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi, d) z drgawkami i prężeniami, e) dziecko do lat 5. W drugim etapie następuje dwukrotne – w odstępie 3 godzin – wykonanie (przez ordynatora oddziału intensywnej terapii) badań potwierdzających bezdech i brak odruchów pniowych: 1. brak reakcji źrenic na światło, 2. brak odruchu rogówkowego, 3. brak ruchów spontanicznych gałek ocznych oraz w próbie kalorycznej, 4. brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy, 5. brak odruchów wymiotnych i kaszlowych, 6. brak odruchu oczno-mózgowego” (tamże s. 119-120).

<sup>10</sup> Wymóg ten jest również częściowo sformułowany w polskiej ustawie transplantacyjnej, gdzie stwierdza się, iż „ustawa nie dotyczy pobierania i przeszczepiania komórek rozrodczych i gonad, tkanek embrionalnych i płodowych oraz narządów rozrodczych i ich części” (*Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*. „Dziennik Ustaw” 1995 nr 138 poz. 682, art. 1.2 s. 3008). Por. także G. C o n c e t t i. *I trapianti di organi umani. Esigenze morali*. Casale Monferrato 1987 s. 61-63. Papież Pius XII uznał ponadto za niemoralne wszczepianie człowiekowi gruczołów płciowych pobranych od zwierząt (*Przemówienie wygłoszone 14 maja 1956 roku do Włoskiego Stowarzyszenia Dawców Rogówki oraz Włoskiego Zrzeszenia Niewidomych „Prelievo e trapianto di tessuti e di organi”* (W: *Biologia, medicina et etica* s. 404).

Magisterium Kościoła zwracało też wielokrotnie uwagę w swoim nauczaniu na konieczność uczynienia zadość warunkowi trzeciemu, a więc na wymóg postępowania zgodnie z wolą uprzednio wyrażoną przez samego dawcę lub przez jego prawnych reprezentantów. Dopełnienia tego warunku domagał się już papież Pius XII w przemówieniu wygłoszonym 14 V 1956 roku do Włoskiego Stowarzyszenia Dawców Rogówki oraz Włoskiego Zrzeszenia Niewidomych<sup>11</sup> Przypomniał go również Jan Paweł II w przemówieniu do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Transplantacji Narządów z 20 VI 1991 roku<sup>12</sup> Warunek ten pozostaje nadal aktualny i zobowiązujący, mimo że polska ustawa transplantacyjna (jak i innych państw europejskich, ale nie wszystkich) go odrzuciła.

Przedmiotem długich dyskusji, którym towarzyszyły momenty niepewności i wahań, były zabiegi transplantacyjne z pobraniem organów od dawcy żyjącego. Zabieg tego typu przeprowadził po raz pierwszy Michon w 1953 roku. Pobrał on nerkę od matki i wszczepił ją jej szesnastoletniemu synowi. Odrzut nastąpił po 21 dniach. W następnym roku, a konkretnie 23 XII grudnia 1954 roku, w szpitalu Peter Bent Brigham w Bostonie J. Murray przeprowadził – jak już wcześniej wspomniano – pierwszy udany przeszczep nerki. Dawcą był brat biorcy – bliźniak jednojajowy. Zabieg w pełni powiódł się, mimo że nerka przebywała aż 82 minuty poza organizmem i to w dodatku bez zabezpieczenia tlenowego<sup>13</sup> Pozytywny wynik tegoż zabiegu oznaczał ważny krok naprzód w omawianej dziedzinie medycyny, jakkolwiek do 1959 roku uważano, że przeszczepy między bliźniętami monozygotycznymi stanowią jedynie możliwą szansę dla człowieka<sup>14</sup>

Jak już wspomniano, największe kontrowersje w tego typu przeszczepach budziło naruszenie integralności organizmu dawcy<sup>15</sup> Etycy chrześcijańscy od

<sup>11</sup> W: *Biologia, medicina et etica* s. 409-411.

<sup>12</sup> Por. «*La société a besoin de gestes concrets de solidarité et du don de soi*». *Discours à un congrès sur les transplantations d'organes*. „La Documentation Catholique” 1992 nr 11(2051) s. 526-527. Wymóg ten pojawia się także w dokumencie Papieskiej Komisji «Cor Unum» z 1981 roku, gdzie podkreśla się, iż „dawstwo organów winno w każdym przypadku uszanować ostatnią wolę dawcy lub przyzwolenie rodziny, jeżeli jest ona obecna” (Pontificio Consiglio «Cor Unum». *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*. Appendice. W: *Biologia, medicina ed etica* s. 503).

<sup>13</sup> Por. M a r g r e i t e r, jw. s. 5; także S i e ń k o w s k i, jw. s. 454. Powszechnie uważa się, że nerka nie może być odseparowana od nośników tlenu dłużej niż sześćdziesiąt minut.

<sup>14</sup> Por. S. S p i n s a n t i. *Etica bio-medica*. Cinisello Balsamo 1987 s. 161.

<sup>15</sup> Na marginesie należy podkreślić, iż wśród etyków panowało od początku powszechne przekonanie, że w przypadku braku innych zagrożeń jedynie możliwymi do pobrania są organy parzyste (praktycznie tylko nerka), a również te tkanki, które są w stanie zregenerować się, a więc

początku uważali, iż niedozwolone jest ingerowanie w strukturę cielesną człowieka poza koniecznością natury medyczno-zdrowotnej. Warunek ten z czasem doprecyzowano i nazwano „zasadą całościowości” Po raz pierwszy została ona ogólnie sformułowana przez papieża Piusa XI w encyklice *Casti connubii* z 31 XII 1930 roku. W dokumencie tym pojawia się następujące stwierdzenie: „człowiek rozporządza częściami swojego ciała tylko do tych celów, do których ze swej natury są przeznaczone. Nie można ich niszczyć lub kaleczyć lub w jakiś inny sposób udaremnić naturalnego ich przeznaczenia, chyba że tego domaga się zdrowie całego organizmu”<sup>16</sup> Niezmienną zasadą niedysponowalności własnym organizmem oraz jego częściami podkreślał w swoim nauczaniu również Pius XII, przypominając zarazem, że człowiek może dysponować własnymi organami tylko w zakresie ich naturalnej celowości. Jest on bowiem tylko użytkownikiem, a nie dysponentem własnego organizmu<sup>17</sup>

Jeżeli nie do przyjęcia jest jakakolwiek ingerencja nieterapeutyczna w ludzki organizm, to jeszcze bardziej nie do pomyślenia jest pobranie organu do zabie-

---

skóra, krew czy szpik kostny. W żadnym bowiem przypadku pobranie organu czy tkanki dla ratowania życia drugiej osoby nie może oznaczać śmierci dawcy.

<sup>16</sup> Tekst encykliki cyt. za: „Chrześcijanin w świecie” 18:1986 nr 148-149 s. 102-142, tutaj s. 122.

<sup>17</sup> Por. Pius XII. *Przemówienie do uczestników Pierwszego Kongresu Histopatologii Układu Nerwowego* (14 IX 1952 r.). W: P i o XII. *Discorsi ai medici*. Roma 1960 s. 197-198; także *Przemówienie do uczestników Szesnastej Sesji Międzynarodowego Biura Dokumentacji Medycyny Wojskowej* (19 X 1953). W: Pio XII. *Discorsi* s. 305; C o n c e t t i. *I trapianti di organi umani* s. 9-16. Jednocześnie w *Przemówieniu do Uczestników 26 Kongresu Urologicznego* (8 X 1953) Pius XII stwierdził między innymi: „Trzy rzeczy warunkują moralną godziwość zabiegu chirurgicznego, który narusza strukturę anatomiczną i funkcjonalną (człowieka): przede wszystkim pozostawienie konkretnego organu czy też jego funkcjonowanie w organizmie wyrządza poważną szkodę lub stanowi dla niego zagrożenie; po wtóre, szkoda ta nie może być unikniona lub przynajmniej znacznie umniejszona, jak tylko na drodze wyżej wspomnianej ingerencji, przy czym jej skuteczność musi być w wystarczającym stopniu zagwarantowana; w końcu, musi się w sposób uzasadniony przewidywać, że efekt negatywny, czyli naruszenie integralności organizmu i jego konsekwencje zostaną skompensowane przez skutek pozytywny: usunięcie niebezpieczeństwa zagrażającego całemu organizmowi, złagodzenie bólu itp. W tym momencie nie ma decydującego znaczenia fakt, że organ usunięty lub uniezdolniony w jego funkcjach jest chory, ale że jego pozostawienie lub jego funkcjonowanie stanowi bezpośrednio lub pośrednio poważne zagrożenie dla całego organizmu. [...] Konkluzja, do jakiej dopiero co doszliśmy, wynika z prawa dysponowania, jakie człowiek otrzymał od Stwórcy względem swojego własnego ciała, z uwzględnieniem zasady całościowości, która zachowuje również w tym przypadku swoją aktualność, a na mocy której każdy organ jest podrzędny w stosunku do całego ciała i winien mu być podporządkowany w przypadku konfliktu. Konsekwentnie ten, kto otrzymał w używanie cały organizm ma prawo poświęcić konkretny jego organ, jeżeli jego pozostawienie czy też jego funkcjonowanie powoduje znaczną szkodę względem całości, a szkoda ta nie może być unikniona w inny sposób” (AAS 45:1953 s. 674).

gu transplantacji. Stąd też w ramach poszukiwań zmierzających do usprawiedliwienia takiego okaleczenia pojawiły się nowe, rozszerzone interpretacje „zasady całościowości”. Zwolennicy takiego rozwiązania nie odnosili już pojęcia „całości” wyłącznie do organizmu konkretnej osoby, ale wprost do całego rodzaju ludzkiego czy też „organizmu społecznego”. Koncepcja ta została jednak odrzucona przez Piusa XII, który podkreślał, że między organizmem fizycznym konkretnej osoby i „organizmem społecznym” zachodzi różnica jakościowa. Jest więc ona na tyle istotna, że organizm konkretnej osoby nie może być w żadnym przypadku porównywalny z „organizmem społecznym”. W konsekwencji oznacza to, że zasada całościowości nie może być w tym przypadku zastosowana<sup>18</sup>

Chociaż teologowie i etycy stopniowo wypracowali konsensus, odwołując się w uzasadnieniu eksplantacji organów od dawcy żyjącego do zasady miłości i solidarności międzyludzkiej, to z punktu widzenia wypowiedzi Magisterium Kościoła problem nie został oficjalnie wyjaśniony aż do pontyfikatu papieża Jana Pawła II. On to dopiero w przemówieniu wygłoszonym 20 VI 1991 roku do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Transplantologii Narządów potwierdził dopuszczalność oddania do przeszczepu organu parzystego, jeżeli jest to akt w pełni dobrowolny i świadomy, motywowany miłością i solidarnością oraz stanowi jedyny środek rokujący nadzieję na uratowanie życia konkretnej osoby<sup>19</sup>

Wraz z powyższym rozwiązaniem nie straciła na aktualności zasada niedysponowalności własnym organizmem oraz jego częściami. Pogłębiona analiza zagadnienia (między innymi na bazie przesłanek związanych z zasadą całościowości) prowadzi do wniosku, iż zasada ta w swej rozciągłości jest na tyle obowiązująca, na ile w grę wchodzi postawa zadysponowania swoim życiem czy niezbędnymi funkcjami swojego organizmu. Jak daleko więc, ze względu na nowoczesne techniki i środki medyczne towarzyszące tak samemu zabiegowi pobrania organu, jak i dalszemu życiu dawcy, nie wchodzi w grę ryzyko utraty życia lub bardzo poważnego ograniczenia sprawności psycho-fizycznej, nie można mówić o naruszeniu tej zasady<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Por. P i u s XII. *Przemówienie do przedstawicieli Włoskiego Stowarzyszenia Dawców Rogówki oraz Włoskiego Zrzeszenia Niewidomych* s. 405-406.

<sup>19</sup> Por. przypis 12.

<sup>20</sup> J. W r ó b e l SCJ. *Nova et vetera w piątym przykazaniu Dekalogu*. W: *Katechizm Kościoła Katolickiego. Przesłanie moralne Kościoła*. Red. J. Nagórny, A. Derdziuk OFM Cap. Lublin 1995 s. 167; R. S p i a z z i. *Lineamenti di etica della vita*. Bologna 1990 s. 189-191; G. P e r i c o. *Trapianti umani*. W: *Nuovo dizionario di teologia morale*. Red. F. Compagnoni



## II. POZAMEDYCZNE BARIERY WSPÓŁCZESNEJ TRANSPLANTOLOGII

Postęp w dziedzinie przeszczepiania organów nie wyraża się bynajmniej w pomnażaniu dorobku ilościowego, ale przede wszystkim jakościowego. Rozwój transplantologii nie może bowiem być mierzony ilością przeprowadzonych operacji, ale ich skutecznością. To dzięki wzrostowi tego wskaźnika przeszczepianie narządów przestaje mieć charakter eksperymentu i staje się metodą w pełni terapeutyczną. Oznacza to jednocześnie, że występujące ryzyko nie jest porównywalne z wynikami pozytywnymi i sama technika zyskuje stopniowo charakter zwyczajny i proporcjonalny. Są to czynniki bardzo ważne dla moralnego uzasadnienia stosowalności tych metod medycznych (przy braku innych, bardziej uzasadnionych), a tym samym posiadają istotne znaczenie tak dla akceptacji ich przez biorców, jak i dla zaangażowania dawców. Nie oznacza to, oczywiście, że wszystkie typy etycznie dozwolonych transplantacji posiadają aktualnie ten sam status. Wydaje się jednak, że przeszczepy nerki można już dziś śmiało zaliczyć do metod terapeutycznych, gdyż ryzyko wynosi tutaj zaledwie 0,03%<sup>21</sup>

Jednakże postęp w zakresie przeszczepiania organów nie rozwiązał w sposób definitywny dotychczasowych problemów etycznych, ale wywołał nowe, nie mniej ważne. W parze z rozwojem technik transplantacyjnych i z ich udoskonaleniem zwiększa się zaufanie do nich, a to oznacza rozwój ilościowy samych zabiegów oraz zwiększenie zapotrzebowania na organy. Zaspokojenie potrzeb w tym wymiarze stanowi dziś jedno z największych wyzwań medycyny transplantacyjnej, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach rozwiniętych globu ziemskiego. Problem ten rysuje się jeszcze bardziej wyraźniej, jeżeli się uwzględni fakt, że technika ta w ostatecznym rozrachunku jest o wiele tańsza niż zastępcza dializa, a również dlatego, że ilość stanowisk do przeprowadzenia dializy pozostaje nadal bardzo ograniczona. Stosunek przeszczepów do dializowanych przedstawia się w naszej Ojczyźnie bardzo wymownie: pod koniec 1995 roku dializowano ok. pięć tysięcy pacjentów, podczas gdy w ciągu całego roku przeprowadzono tylko ok. 300 zabiegów transplantacji nerki, co stanowi

---

[i in.]. Cinisello Balsamo 1990 s. 1388; t e n Ź e. *Problemi di etica sanitaria*. Milano 1992<sup>2</sup> s. 189-190.

E. Sgreccia wprost łączy ewolucję rozumienia „zasady niedysponowalności” z udoskonaleniem technik medycznych, które są w stanie zapewnić dobrą funkcjonalność organizmu dawcy (por. *Bioetica. Manuale per medici e biologi*. Milano 1986 s. 338).

<sup>21</sup> Por. *Nie pomogą pieniądze, jeśli nie będzie dawców*. Z prof. dr.hab. med. Januszem Wałszewskim, przewodniczącym Ogólnopolskiego Zespołu ds. Koordynacji Pobierania i Przeszczepiania Narządów rozmawia Andrzej Troszyński. „Gazeta Lekarska” 7:1996 nr 4(63) s. 33.

zaledwie 5% potrzeb. Dla całościowego zobrazowania potrzeb należy ponadto podkreślić, że z powodu niewydolności nerek rocznie umiera w Polsce ok. trzech tysięcy pacjentów. Zgodnie z przewidywaniami Krajowej Rady Transplantacyjnej pod koniec aktualnego stulecia będzie się przeprowadzało ok. 700 przeszczepów, a w tym samym czasie ok. dziewięciu tysięcy osób będzie dializowanych<sup>22</sup>

Wyżej zarysowaną barierę ograniczającą możliwości transplantologów można by pokonać przez zwiększone dawstwo nerki czy też analogicznie innych organów. Celowi temu ma służyć nowa ustawa transplantacyjna<sup>23</sup> Wprowadzone przez nią rozwiązanie oparte na zasadzie zgody domniemanej<sup>24</sup> jest trudne do przyjęcia z punktu widzenia etycznego, gdyż nieodzownym warunkiem pobrania organów jest wyraźna zgoda dawcy lub jego prawnych reprezentantów, o czym była już wcześniej mowa. Zasadniczy problem przeszczepów nie tkwi jednakże w formule przyjętej przez ustawodawców, ale w negatywnym stanowisku znacznej liczby Rodaków do oddawania po śmierci swoich organów do zabiegów transplantacji. Postawa ta stanowi dziś – wydaje się – najpoważniejszą przeszkodę na drodze do sprostania potrzebom, nie tyle medycyny jako nauki czy też samych transplantologów, co chorych znajdujących się w ciężkiej sytuacji zdrowotnej. Należy jednocześnie podkreślić, że postawa taka podyktowana jest bądź to brakiem doinformowania, bądź też obiektywnie nieuzasadnionymi przekonaniem natury obyczajowej, co obrazują niżej podane wyniki badań ankietowych CBOS-u.

Nie oznacza to, że Polacy są w ogóle przeciwni przeszczepianiu organów pobranych od osób zmarłych. W świetle wspomnianych badań 51% ankietowanych zdecydowanie akceptuje taką metodę terapeutyczną, 32% odpowiada „raczej tak”, 7% nie posiada wyrobionego zdania, 6% odpowiada „raczej nie”, a tylko 4% zdecydowanie ją odrzuca<sup>25</sup> Z zestawienia tego wynika, że około

---

<sup>22</sup> Por. *Transplantacja to uznana metoda leczenia*. Z prof. dr. hab. med. Bolesławem Rutkowskim, krajowym konsultantem ds. nefrologii rozmawia Wiesława Klemens. „Gazeta Lekarska” 7:1996 nr 4(63) s. 24; także *Nie pomogą pieniądze, jeśli nie będzie dawców* s. 27

<sup>23</sup> Por. *Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* s. 3008-3012.

<sup>24</sup> Art. 4.1 stanowi: „Pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu” Jeszcze gorzej przedstawia się z punktu widzenia etycznego art. 4.2: „W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić, za jej życia, przedstawiciel ustawowy tej osoby”

<sup>25</sup> Por. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Stosunek społeczeństwa do transplantacji narządów. Komunikat z badań*. Warszawa, luty 1995 tab. 1 s. 3.

83% badanych jest pozytywnie ustosunkowana do przeszczepów, a tylko 10% negatywnie. Ten dosyć wysoki wskaźnik pozytywnego ustosunkowania do transplantacji organów jako metody terapeutycznej nie pokrywa się jednak w pełni z gotowością oddania swoich narządów do tych zabiegów. Osoby gotowe oddać po śmierci swoje organy to około 66-67% badanych (67% oddałoby serce, tyle samo nerkę, 66% wątrobę, tyle samo rogówkę oka, 68% tkankę skórną). Jednocześnie 21-23% badanych jest przeciwnych (21% nie oddałoby nerki, tyle samo tkanki skórnej, 22% serca, tyle samo wątroby, 23% rogówki oka). Przeciętnie 11-12% nie ma wyrobionego zdania<sup>26</sup>

Godne uwagi jest uzasadnienie niechęci do oddania organu po śmierci<sup>27</sup>:

- 16,8% – nie podaje w ogóle motywu (nie chcę, nie zgadzam się, to moja sprawa).
- 15,6% – odpowiada, że ich narządy nie nadają się do przeszczepienia ze względu na wiek czy chorobę.
- 25,4% – nie wyraża zgody na naruszenie integralności ich ciała po śmierci.
- 4,9% – uważa, że jest to sprzeczne z zasadami religii.
- 5,5% – wyraża opinię, że jest to niezgodne z zasadami etyki lub głosem sumienia.
- 2,0% – uważa, że jest to brak poszanowania dla ludzkich zwłok.
- 1,5% – wyraża ogólną odrazę do tego rodzaju zabiegów.
- 1,9% – boi się zeszpecenia po śmierci, a więc kieruje się względami estetycznymi.
- 2,6% – obawia się pobrania narządów przed śmiercią dawcy, a również różnych nadużyć, jakie mogą mieć miejsce przy tego typu zabiegach.
- 3,2% – traktuje przeszczepy jako metodę eksperymentalną, nieskuteczną lub nienaturalną (to nie ma sensu).
- 16,4% – nie prezentuje żadnej opinii, gdyż się nad tym nie zastanawiało lub trudno im powziąć decyzję.
- 4,2% – podaje inne jeszcze uzasadnienia.

Faktorem ograniczającym w znacznym stopniu pobieranie narządów jest także sprzeciw krewnych zmarłego, którym przysługuje prawo wyrażenia zgody lub sprzeciwu. Wskaźnik procentowy jest tutaj jeszcze większy niż w przypadku gotowości oddania własnego organu. Z badań wynika, że 56-58% zgodziłoby

---

<sup>26</sup> Por. tamże tab. 2 s. 4. Należy podkreślić, że wskaźnik procentowy osób gotowych oddać po śmierci swój organ do zabiegu transplantacji jest w Polsce podobny jak w innych krajach europejskich czy Stanach Zjednoczonych (tamże s. 5).

<sup>27</sup> Por. tamże tab. 1 s. 7.

się na pobranie narządów od krewnych (56% na pobranie nerki, 57% na pobranie wątroby, tyle samo rogówki oka, 58% na pobranie serca, tyle samo tkanki skórnej). Jednocześnie 26-27% nie wyraziłoby zgody na ten zabieg (26% na pobranie serca, tyle samo wątroby i tkanki skórnej, 27% na pobranie nerek, tyle samo rogówki oka). Średnio 16-17% nie ma wyrobionej opinii<sup>28</sup>

Motywacja takiej postawy przedstawia się następująco<sup>29</sup>:

- 11,6% – nie podaje wyraźnego powodu takiej postawy (to jest moja sprawa, taka jest moja decyzja).
- 1,4% – nie wyraża zgody na naruszenie integralności ciała osoby bliskiej po jej śmierci.
- 4,4% – motywuje taką postawę przekonaniem natury religijnej (nie należy zakłócać spokoju zmarłego; zmartwychwstanie domaga się ciała integralnego; Pan Bóg zabiera człowieka takiego, jak go stworzył; pobieranie organów po śmierci to akt świętokradztwa).
- 0,5% – sądzi, że jest to przeciwne zasadom moralnym.
- 2,6% – uważa, że pobranie organu to brak poszanowania dla zmarłego; to akt naruszający jego godność.
- 1,6% – kieruje się odrazą do takich zabiegów.
- 0,4% – uważa, że pobranie organów oszpeca zmarłego.
- 2,1% – wyraża obawy przed różnego rodzaju nadużyciami (handel, przyspieszenie śmierci).
- 0,4% – uważa, że przeszczepy to nieskuteczna metoda terapeutyczna, w związku z tym nie ma sensu.
- 43,9% – uważa, że każdy powinien sam podjąć decyzję w takich sprawach, stąd też sam zmarły powinien przed śmiercią wyrazić swoją wolę; nikt nie powinien decydować za niego.
- 4,4% – nie chce podejmować takiej decyzji z obawy przed wyrzutami sumienia bądź też ze względów uczuciowych, bliskiego pokrewieństwa.
- 23,6% – nie ma określonej opinii, gdyż nie przemyślało tej sprawy.
- 3,1% – podaje inne motywy.

Mając na uwadze perspektywę pastoralną, warto uwzględnić jeszcze jedno pytanie, które postawiono w ramach ankiety. Otóż na pytanie „czy kiedykolwiek rozmawiał(a) Pan(i) ze swoją rodziną albo osobami bliskimi o oddawaniu

<sup>28</sup> Por. tamże tab. 2 s. 8. Analogiczny wskaźnik procentowy pojawił się też w badaniach przeprowadzonych w innych krajach europejskich i USA (tamże s. 8).

<sup>29</sup> Por. tamże tab. 3 s. 10.

narządów w celu ich przeszczepienia innym osobom?” 77% odpowiedziało przecząco, 21% odpowiedziało twierdząco i 2% – nie pamiętało, czy kiedykolwiek rozmawiało na ten temat<sup>30</sup>

### III. WYZWOLIĆ DUCHA SOLIDARNOŚCI

Przedstawione wyżej badania ankietowe obrazują w przybliżeniu główne powody odnoszenia się z rezerwą do dawstwa organów przez liczącą się część polskiego społeczeństwa. Istnieją, niewątpliwie, powody w pewnym sensie „obiektywne”, jak podyktowane przekonaniem religijnym, chorobą czy też wiekiem. Dotyczy to w jakimś stopniu ortodoksyjnego judaizmu, buddyzmu czy niektórych religii wschodnich<sup>31</sup> i afrykańskich. W większości przypadków są to jednak obawy natury subiektywnej, wynikające z uprzedzeń, różnego rodzaju obaw (obiektywnie biorąc, raczej nie uzasadnionych) czy też niewiedzy, zarówno medycznej, jak i etyczno-prawnej. Powodu takiego ustosunkowania można się dopatrywać w braku doinformowania, a w pewnej mierze również w braku dialogu społecznego, prowadzonego na ten temat, co zdaje się sugerować bardzo wysoki wskaźnik procentowy negatywnej odpowiedzi na pytanie, „czy rozmawiał(a) Pan(i) ze swoją rodziną albo osobami bliskimi o oddawaniu narządów?” Wydaje się więc, że uprzedzenia obiektywnie nieuzasadnione można by przezwyciężyć przez dokształcenie, odpowiednie naświetlenie problematyki związanej z tego typu zabiegami, a nade wszystko przez budzenie postaw solidarności społecznej na drodze ukazania charakteru dobroczynnego transplatacji narządów. Wielkie powodzenie innych akcji o podobnym profilu może napawać optymizmem i w tej kwestii.

W taki sposób widzi też problem dawstwa organów etyka chrześcijańska. Jak już podkreślono, zasadniczo nie jest ona ustosunkowana negatywnie do tej metody terapeutycznej, jakkolwiek nie uważa też ona, że wszystko co jest możliwe, jest jednocześnie dozwolone. Konsekwentnie do swoich założeń z jednej strony deklaruje ona pewne granice przeszczepiania organów, o których już

<sup>30</sup> Tamże tab. 3 s. 14.

<sup>31</sup> Por. E. W a i b l. *Transplantationsmedizin aus ethischer Sicht*. „Apis” 8:1995 nr 5 s. 28. Jednocześnie należy podkreślić, że „współczesny” judaizm nie wyraża żadnych poważnych obiekcji pod adresem transplatacji organów, w tym również z wykorzystaniem organów pobranych od osoby zmarłej, byleby zabieg taki miał faktycznie na celu ratowanie życia ludzkiego, śmierć dawcy była stwierdzona w sposób wykluczający pomyłkę oraz dobro osiągnięte na drodze przeszczepu przewyższałoby ryzyko z nim związane (por. I. J a k o b o w i t s. *Ebraismo*. W: *Bioetica e grandi religioni*. Red. S. Spinsanti. Cinisello Balsamo 1987 s. 44).

wcześniej wspomniano, a z drugiej strony stawia tym praktykom określone wymagania. Nade wszystko domaga się ona, aby zabiegi tego typu były przeprowadzane na miarę godności właściwej osobie ludzkiej. Samo zaś dawstwo organów, jako że dotyczy dzielenia się czymś, co i sam dawca otrzymał w darze od Stwórcy, a stąd przynależy do niego i podlega jego władztwu tylko w ograniczony sposób, winno być czynione w duchu bezinteresownej miłości i solidarności międzyludzkiej. Wymóg ten stanowi niejako konieczność nieodłącznie związaną z godnością osobową człowieka. Z jednej strony bowiem wartości organów – jako w pełni uczestniczących w godności osoby, którą konstytuują – nie można wyrazić w wielkościach ilościowo-materialnych. Z drugiej strony naturalnym, a zarazem podstawowym wyrazem tej godności jest wolność, którą człowiek został obdarowany w akcie stworzenia. Jako taka ma ona w zamiarze Stwórcy służyć osobie i jej spełnieniu, które w sposób najpełniejszy dokonuje się przez dar z siebie i otwarcie się na drugiego człowieka. Mając na uwadze nauczanie Soboru Watykańskiego II Jan Paweł II napisze w *Liście do Rodzin*, iż „człowiek «nie może odnaleźć się w pełni inaczej jak tylko poprzez bezinteresowny dar z siebie samego». Może się to wydać sprzecznością, ale sprzecznością nie jest. Jest – owszem – głębokim paradoksem ludzkiego bytowania: bytowania w prawdzie, które służy miłości. To miłość sprawia, że człowiek urzeczywistnia siebie przez bezinteresowny dar z siebie. Miłość bowiem jest daniem i przyjmowaniem daru. Nie można jej kupować ani sprzedawać. Można się nią tylko wzajemnie obdarowywać”<sup>32</sup> Ów dynamizm oparty na logice wolności-miłości-daru wskazuje też na istotny wymiar uczestnictwa osoby w życiu wspólnotowym społeczności ludzkiej, dla której jest w stanie uczynić z siebie osobowe „dobro wspólne”<sup>33</sup> Oznacza to, że nic nie tracąc ze swojej godności ani nie zrzekając się części swojej wolności, autonomii i podmiotowości, człowiek jest w stanie urzeczywistnić międzyludzką solidarność i stać się osobowym jej wyrazem. Z drugiej strony, naturalnie uzdolniony do przyjęcia tegoż daru od innych, może stać się jednocześnie beneficjentem gestów teź solidarności.

Wyżej nakreślone założenia przyjmują konkretny kształt w nauczaniu Kościoła na temat dawstwa organów. Zwrócił już na nie uwagę papież Pius XII. W przemówieniu do Włoskiego Stowarzyszenia Dawców Rogówki oraz Włoskiego Zrzeszenia Niewidomych z 14 V 1956 roku stwierdza on: „należy wychowywać społeczeństwo oraz wyjaśniać w sposób przemyślany i w duchu posza-

<sup>32</sup> Nr 11; por. KDK 24; także EV nr 19, 49 i 77.

<sup>33</sup> Por. Jan Paweł II. *List do Rodzin* nr 11.

nowania, iż przyzwolenie wyraźne lub milczące na naruszenie integralności zwłok, mając na uwadze dobro tych, którzy cierpią, nie jest występkiem przeciwko czci należnej zmarłemu, jeżeli przemawiają za tym poważne racje. Taka zgoda może, mimo wszystko, stanowić dla bliskich krewnych źródło cierpienia oraz wyrzeczenia, ale to poświęcenie jest opromienione miłością miłosierną wobec cierpiących braci”<sup>34</sup>

Ważnym momentem w nauczaniu Magisterium Kościoła dotyczącym omawianego tematu jest cytowane już przemówienie Jana Pawła II do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Transplantacji Narządów z 20 VI 1991 roku<sup>35</sup>. W alokucji tej Ojciec Święty wyjaśnia, iż chrześcijanin jest powołany do miłowania bliźniego i w rzeczywistości znaczonej osiągnięciami współczesnej medycyny postawa ta może przyjąć zupełnie nowe formy, a mianowicie uczynienia daru z siebie poprzez oddanie po śmierci narządów, które mogą uratować życie drugiej osoby znajdującej się w potrzebie, lub poprzez ofiarowanie organu parzystego za życia, jeżeli nie spowoduje to immobilizującego okaleczenia, stwarzającego bezpośrednie zagrożenie dla życia dawcy. Taki charakter czynu, jawiący się jednocześnie jako kryterium godziwości, domaga się więc świadomego zaangażowania dawcy, po ludzku afirmowanego, bezinteresownego daru, inspirowanego miłością. W przemówieniu tym Papież stwierdza między innymi: „Przed wszystkim ta forma terapii [przeszczepianie organów] jest nieodłączna od aktu ludzkiego [przyjmującego kształt] daru. Faktycznie, pobranie organu zakłada uprzednią decyzję, wyraźną, wolną i świadomą, ze strony dawcy lub kogoś, kto go prawnie reprezentuje, zasadniczo najbliższej rodziny. Jest to decyzja ofiarowania, bez rekompensaty, części swojego ciała, mająca na celu przywrócenie zdrowia i dobrego samopoczucia drugiej osobie. W tym przypadku zabieg medyczny transplantacji umożliwia dawcy uczynienie daru z siebie, [...] który wyraża odwołanie się do miłości i do ukonstytuowanej przez nas wspólnoty. Miłość, więź wspólnotowa, solidarność i absolutne poszanowanie godności osoby ludzkiej konstytuują jedynie dopuszczalny kontekst transplantacji organów. Jest [też] rzeczą bardzo ważną, aby nie były pomijane wartości moralne i duchowe, które wchodzi w grę, kiedy jednostki, przestrzegając w pełni normy etyczne stojące na straży godności osoby ludzkiej, [...] decydują się w sposób wolny i świadomy na oddanie części siebie samych, części swojego ciała, dla ocalenia życia innej istoty ludzkiej”<sup>36</sup>

<sup>34</sup> W: *Biologia, medicina ed etica* s. 410.

<sup>35</sup> Por. przypis nr 12.

<sup>36</sup> *La société a besoin de gestes concrets de solidarité et du don de soi. Discours à un congrès sur les transplantations d'organes* s. 527.

Jednocześnie Papież przypomina zaanonsowane wyżej stanowisko, iż ciało ludzkie zawsze jest ciałem konkretnej osoby, i jako takie nie może być traktowane jako przedmiot fizyczny czy też biologiczny. Tym samym nie może być ono przedmiotem komercjalizacji czy wymiany (czegoś za coś). W przypadku takiego, redukcjonistycznego podchodzenia do ludzkiego ciała, transplantacja organów i przeszczepianie tkanek zatracaloby charakter bezinteresownego daru, a więc motywowanego miłością, i stawałoby się aktem grabieży oraz niedozwolonego nadużycia<sup>37</sup>

Po tej samej linii idzie nauczanie *Katechizmu Kościoła Katolickiego*. Traktując o pobieraniu organów od człowieka żyjącego stwierdza się między innymi, iż „przeszczep narządów jest moralnie nie do przyjęcia, jeśli dawca lub osoby uprawnione nie udzieliły na niego wyraźnej zgody” (nr 2296). Z kolei w odniesieniu do pobierania organów po śmierci dawcy Katechizm uczy, iż „bezpłatne przekazywanie narządów po śmierci jest dopuszczalne i może zasługiwać na uznanie”<sup>38</sup>

Powyższe nauczanie znalazło dalszą kontynuację, a właściwie szersze rozwinięcie w encyklice *Evangelium vitae*. Dokument ten, ukonstytuowany przez kilka warstw treściowych, poświęca w sposób bezpośredni niewiele uwagi problematyce przeszczepiania organów. Niemniej zawarte są w nim bardzo ważne elementy, które mogą być uznane za podstawy i wyznaczniki etycznej i teologicznomoralnej refleksji nad tą problematyką. Są to przesłanki zarówno natury negatywnej, jak i pozytywnej.

Do grona przesłanek natury negatywnej należy zaliczyć zagrożenia i niebezpieczeństwa związane z redukcjonizmem antropologicznym, w których dominuje materialistyczno-biologistyczna wizja człowieka. Sprzyja ona „rozpowszechnianiu się indywidualizmu, utylitaryzmu i hedonizmu” oraz zastąpieniu wartości związanych z „być” przez wartości związane z „mieć”<sup>39</sup> Takie rozumienie człowieka rzutuje swój cień na relacje międzyludzkie, prowadząc w istotnej mierze do ich zubożenia czy też nawet zafałszowania, zwłaszcza z punktu widzenia wyznaczników afirmujących godność i podmiotowość uczestniczących w nich osób. W praktyce przejawia się to w tym, iż „właściwe kryterium, które

---

<sup>37</sup> Tamże.

<sup>38</sup> Nr 2301. Nie jest to zbyt szczęśliwe tłumaczenie. Tekst oryginalny wyraża w sposób bardziej jasny naturę tego czynu, który winien mieć kształt «bezinteresownego daru», a więc nie arbitralnego pobrania („*Le don gratuit d'organ après la mort est légitime et peut être méritoire*”; w wersji niemieckiej: „*Die unentgeltliche Organspende nach dem Tod ist erlaubt und kann verdienstvoll sein*”).

<sup>39</sup> Por. EV 22-23.



powinno przesądzać o uznaniu godności osoby – to znaczy kryterium szacunku, bezinteresowności i służby – zostaje zastąpione przez kryterium wydajności, funkcjonalności i przydatności: drugi człowiek jest ceniony nie za to, kim «jest», ale za to, co «posiada», czego dokonuje i jakie przynosi korzyści»<sup>40</sup> Ma to również swoje reperkusje w spojrzeniu na ludzkie ciało: „nie jest już [ono] postrzegane jako typowa rzeczywistość osobowa, znak i miejsce relacji z innymi, z Bogiem i ze światem. Zostaje sprowadzone do wymiaru czysto materialnego: jest tylko zespołem organów, funkcji i energii, których można używać, stosując wyłącznie kryteria przyjemności i skuteczności»<sup>41</sup>

Przesłanki natury pozytywnej obecne w *Evangelium vitae* to niezwykle silne wyeksponowanie postaw współodpowiedzialności w relacjach interpersonalnych konstytuujących życie społeczności ludzkiej. Wysuwa się tutaj na pierwszy plan ogólne stwierdzenie Jana Pawła II, iż „każdy człowiek jest «stróżem brata swego» (Rdz 4,9), ponieważ Bóg powierza człowieka człowiekowi. Właśnie w perspektywie tego zawierzenia Bóg obdarza każdego człowieka wolnością, w której istotne znaczenie ma wymiar relacyjny. Wolność jest wielkim darem Stwórcy, jako że ma służyć osobie i jej spełnieniu, które dokonuje się przez dar z siebie i otwarcie się na drugiego człowieka»<sup>42</sup> W kręgu nowych wyzwań współczesności szczególnym wyrazem tak rozumianej wolności i otwartości interpersonalnej jest wieloraka afirmacja «Ewangelii życia», zwłaszcza poprzez jej „głoszenie, wysławianie oraz służenie»<sup>43</sup>

Powyższe stwierdzenia przyjmują konkretny kształt między innymi w krótkim nauczaniu encykliki na temat moralnego wymiaru przeszczepiania organów. Podkreślając, iż sławienie Ewangelii życia musi się dokonywać w życiu codziennym poprzez miłość bliźniego oraz stanowiący wyraz międzyosobowej solidarności dar z siebie samego, Jan Paweł II pisze jednocześnie: „Oprócz faktów powszechnie znanych, istnieje jeszcze heroizm dnia codziennego, na który składają się małe lub wielkie gesty bezinteresowności, umacniające autentyczną kulturę życia. Pośród tych gestów na szczególne uznanie zasługuje oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei»<sup>44</sup>

W świetle *Evangelium vitae* ofiarowanie organów do zabiegów transplantacyjnych winno być jednocześnie odczytane jako przejaw „służby Ewangelii

<sup>40</sup> Tamże nr 23.

<sup>41</sup> Tamże.

<sup>42</sup> Tamże nr 19; por. także m.in. nr 49 i 77.

<sup>43</sup> Por. tamże nr 80-91.

<sup>44</sup> Tamże nr 86.

życia”, która staje się tym samym szczególnym świadectwem autentyzmu chrześcijańskiego motywowanego przynależnością do Chrystusa. Jan Paweł II napisze w tym względzie: „w posłudze miłości powinna nas ożywiać i wyróżniać określona postawa: musimy zatroszczyć się o bliźniego jako o osobę, którą Bóg powierzył naszej odpowiedzialności. Jako uczniowie Jezusa jesteśmy wezwani, aby stawać się bliźnim każdego człowieka (Łk 10, 29-37), poświęcając szczególną uwagę ubogim, samotnym, potrzebującym. Właśnie poprzez pomoc okazaną człowiekowi [...] spragnionemu, obcemu, nagiemu, choremu [...], albo starcowi dotkniętemu przez cierpienie lub bliskiemu śmierci – jest nam dane służyć Jezusowi, który sam powiedział: «Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili» (Mt 25, 40). [...] Posługa miłości wobec życia winna obejmować wszystko i wszystkich. [...] Trzeba zatem «zatroszczyć się» o całe życie i o życie wszystkich”<sup>45</sup>

Zgodnie ze wskazaniem Ojca Świętego ważną rolę do spełnienia w wypełnieniu tego zadania ma Kościół, gdyż jego posługa ewangelizacyjna obejmuje właśnie „przepowiadanie, celebrację i posługę miłości”<sup>46</sup>, a także „głoszenie Ewangelii życia” w ten sposób, aby „dotarła ona do serca każdego człowieka” i przeniknęła „do wnętrza ludzkiego społeczeństwa”<sup>47</sup>. Działalność ta zakłada jednocześnie pracę wychowawczą i propagatorską, która „zachęci wszystkich i każdego do wzięcia na własne barki brzemion innych (por. Ga 6, 2)”<sup>48</sup>, a także naświetli sam problem transplantacji, wyjaśniając te niejasności, które mogą budzić niepokój moralny u przyszłego dawcy lub osób pokrewnych uprawnionych do wyrażenia zgody w jego zastępstwie.

Zamykając niniejsze refleksje, należy podkreślić, iż omawiany wymiar posługi „Ewangelii życia” stał się również przedmiotem troski Biskupów polskich, którzy w komunikacie z 275 Konferencji Plenarnej Episkopatu Polski (Warszawa, 18 III 1995 r. s. 5) zwrócili się do wiernych z następującymi słowami zachęty: „Nawiązując do sejmowego projektu nowych regulacji prawnych, dotyczących transplantacji, Biskupi apelują, aby chrześcijańską miłością bliźniego objąć tysiące chorych oczekujących na przeszczep. Można tego dokonać przez wyrażenie zgody, aby po biologicznej śmierci nasze zdrowe organy wolno było wykorzystać dla ratowania życia innych. Postawa taka stanowić będzie odpowiedź na apele ludzi potrzebujących przeszczepu”

<sup>45</sup> Tamże nr 87; por. także nr 51, 79.

<sup>46</sup> Tamże nr 78.

<sup>47</sup> Por. tamże nr 80 nn.

<sup>48</sup> Tamże nr 88.

DIE ORGANSPENDE IN MORALTHEOLOGISCHER UND PASTORALER PERSPEKTIVE  
AUSGEWÄHLTE ASPEKTE

## Z u s a m m e n f a s s u n g

In der Entwicklung der modernen Medizin muß besonders der Übergang von einer ihr Potential im Symptombereich erschöpfenden ärztlichen Praxis zur Einflußnahme im ursächlichen Bereich unterstrichen werden. Dieser Wandel wurde u.a. durch die Entwicklung der Chirurgie und später auch der Transplantationschirurgie ermöglicht.

Die schnelle Entwicklung der Transplantologie und besonders ihre Ausbreitung hat zahlreiche Probleme nicht nur medizinischer, sondern auch moralischer und rechtlicher Natur mit sich gebracht. Das ernstlichste Problem ist heute der Mangel an verpflanzbaren Organen. Dies steht in hohem Grade mit der fehlenden Bereitschaft im Zusammenhang, sie nach dem Tode zu spenden. Diese Haltung ist nicht immer durch objektive Gründe verursacht wie die Zerstörung der Organe durch Krankheit oder das Alter des potentiellen Spenders. Nur in seltenen Fällen ist die fehlende Bereitschaft zur Organspende von religiösen Überzeugungen diktiert. In den meisten Fällen handelt es sich hierbei eher um Befürchtungen subjektiver Natur aufgrund von Vorurteilen, verschiedenartigen Befürchtungen oder mangelndem medizinischen und ethisch-rechtlichen Wissen. Die Gründe für eine solche Einstellung sind ungenügende Information und in gewissem Maße auch das Fehlen eines gesellschaftlichen Dialogs zu diesem Thema. Die objektiv unbegründeten Vorurteile könnten überwunden werden durch Weiterbildung, eine adäquatere Darstellung der mit solchen Eingriffen verbundenen Problematik, vor allem aber durch die Herausbildung von Haltungen der sozialen Solidarität. Der große Erfolg anderer karitativer Aktionen kann auch in dieser Angelegenheit optimistisch stimmen.

Auf dieses Bedürfnis reagiert die Kirche mit ihrer Lehre. Aufrufe zum Praktizieren zwischenmenschlicher Solidarität in der besprochenen Dimension finden sich in der Rede von Papst Johannes Paul II. an die Teilnehmer des 1. Internationalen Kongresses für Organtransplantation vom 20. Juni 1991, im neuen *Katechismus der katholischen Kirche* (Nr. 2296 und 2301) und vor allem in der Enzyklika *Evangelium vitae*, wo das Problem der Organspende zu den Erscheinungsformen der Zivilisation der Liebe und der Kultur des Lebens gezählt wurde (Nr. 86).

*Aus dem Polnischen übersetzt von Herbert Ulrich*