

## CZY TRANSPLANTACJE SĄ PRZEJAWEM ZMIAN W MORALNOŚCI? WĄTPLIWOŚCI BIOETYKÓW

Danuta ŚLĘCZEK-CZAKON

Uniwersytet Śląski w Katowicach; danuta.slecze-czakon@us.edu.pl, ORCID: 0000-0001-6231-3449

**Streszczenie:** Transplantacje są metodą skuteczną, ale pełną niedostatków: np. brak narządów; presja na powiększenie możliwości pobierania narządów, niechęć rodziny do pobierania narządów od zmarłych. Po niezbędnym wprowadzeniu do problematyki transplantacji (rodzaje transplantacji, wybrane daty z historii transplantacji, najczęściej przeszczepiane narządy/tkanki) wskażę argumenty przemawiające za i przeciwko tezie o moralności transplantacji. Wątpliwości wobec transplantacji zgłaszają nieliczni bioetycy, większość uznaje, że moralny wymiar transplantacji jest oczywisty i niepodważalny. Krytycy twierdzą, że transplantacje zmieniają naszą moralność i jest to bardzo niepokojące. Rozpatrzę ich obawy.

**Słowa kluczowe:** transplantacje, moralność, bioetyka.

## ARE TRANSPLANTS A MANIFESTATION OF CHANGES IN MORALITY? DOUBTS OF BIOETHICISTS

**Abstract:** Transplants are an effective method, but full of deficiencies: eg lack of organs; pressure to increase the ability to collect organs, reluctance of the family to take organs from the dead. After the necessary introduction to the transplantation problems (types of transplantation, selected dates from the history of transplantation, most frequently transplanted organs / tissues) I will point to the arguments for and against the thesis on the morality of transplantation. Doubts about transplantation are reported by a few bioethicists, the majority recognizes that the moral dimension of transplantation is obvious and indisputable. Critics claim that transplants change our morality and this is very worrying. I will consider their fears.

**Keywords:** transplantation, morality, bioethics

Transplantacje (*łac. transplantare* – przesadzać, przenosić) – to chirurgiczne przeniesienie komórek i tkanek (naskórka, skóry, rogówki, kości, naczyń krwionośnych, transfuzja krwi, szpiku kostnego) lub całych narządów (nerek, serca, wątroby, płuc, trzustki). Przeszczepiony fragment zwany jest przeszczepem lub transplantem. Przyczyną dokonywanej transplantacji jest uszkodzenie, ubytek lub brak określonej tkanki lub narządu. Chirurgia transplantacyjna jest standardową metodą terapeutyczną akceptowaną przez lekarzy, wielkie religie i znaczącą część opinii publicznej. To jednak nie oznacza, że nie wzbudza pewnych wątpliwości, obaw i refleksji o charakterze moralnym.

Chirurgia transplantacyjna, zdaniem Marii Nowackiej (Nowacka, 2009) oddziałuje na świadomość i postawy ludzi w czterech sferach: medycznej, antropologicznej, etycznej i społeczno-prawnej. Tu zwrócę szczególną uwagę na sferę etyczną, pozostałe zostaną zasygnalizowane.

## 1. Z historii transplantacji

Pomysł zamiany chorego organu na zdrowy znany był ludziom od dawna, pierwsze próby przeszczepiania skóry podejmowano w starożytności. W wieku XIX podejmowano próby transplantacji rogówki, tarczycy, tkanki nerwowej. Transplantologia rozwinęła się dopiero w XX wieku – doprowadził do tego rozwój nowych gałęzi nauk medycznych: genetyki, immunologii, anestezjologii, farmakologii, techniki (Nowacka, 2003). Oto lista ważniejszych dat z historii transplantacji na świecie:

- Pierwsze próby transplantacji (4 wiek p.n.e. Chiny);
- 1823 – pierwsze przeszczepienie **skóry** u tej samej osoby (autograft). Niemcy;
- 1906 – pierwsze przeszczepienie **rogówki**. Czechy;
- 1954 – pierwsze udane przeszczepienie **nerki**. Dawca/biorca: bliźniaki jednojajowe. USA;
- 1966 – pierwsze przeszczepienie **trzustki**. USA;
- **1967 – pierwsze na świecie przeszczepienie serca. RPA (Christiaan Barnard);**
- 1967 – pierwsze na świecie przeszczepienie **wątroby**. USA;
- 1981 – pierwsze przeszczepienie **serca i płuca**. USA;
- 1986 – pierwsze na świecie przeszczepienie **obu płuc**. Kanada;
- 1998 – pierwsze przeszczepienie części **trzustki od żywego dawcy** USA;
- 1998 – pierwsze przeszczepienie **dłoni**. Francja;
- 2005 – pierwsze przeszczepienie **części twarzy**. Francja;
- 2008 – pierwsze przeszczepienie **obu rąk**. Niemcy;
- 2008 – pierwsze przeszczepienie **twarzy (80%)**. Maria Siemionow, USA;
- 2010 – pierwsze **całkowite** przeszczepienie **twarzy**. Hiszpania.

Powyższe wyliczenie ukazuje tempo rozwoju chirurgii transplantacyjnej i jej charakter – przeszczepia się kolejne narządy i tkanki, pojawiają się przeszczepy wielonarządowe, dokonane w 1967 roku przeszczepienie serca jest znaczącym wydarzeniem, bo przekroczone w ten sposób granicę mentalną (serce dotychczas kojarzono z tożsamością i „duszą”, a jest ono w świetle mechanistycznego pojmowania człowieka tylko pompą), drugą ważną datą jest przeszczep twarzy, która także kojarzona jest z tożsamością człowieka. Czy jest jakaś granica w przeszczepianiu narządów? Entuzjaści transplantacji twierdzą, że takiej granicy nie ma, kiedyś na pewno nastąpi, po pokonaniu przeszkód technicznych, przeszczep głowy czy mózgu.

Polska transplantologia, w porównaniu z innymi krajami, jest na wysokim poziomie, o czym może świadczyć skrócona lista osiągnięć:

- 1966 – pierwsze w Polsce przeszczepienie **nerki od dawcy żywego**. Wrocław;
- 1966 – pierwsze w Polsce przeszczepienie **nerki od dawcy zmarłego**. Warszawa;
- 1985 – pierwsze w Polsce przeszczepienie **serca**. Zabrze (**Z. Religa**);
- 1988 – pierwsze w Polsce udane przeszczepienie **nerki i trzustki**. Warszawa;
- 1990 – pierwsze w Polsce udane przeszczepienie **wątroby u dziecka**. Warszawa;
- 1999 – pierwsze w Polsce przeszczepienie części **wątroby od dawcy żywego**. Warszawa;
- 2001 – pierwsze w Polsce udane przeszczepienie **serca i płuca**. Zabrze;
- 2003 – pierwsze w Polsce przeszczepienie **płuca**. Zabrze;
- 2005 – pierwsze w Polsce przeszczepienie **obu płuc**. Zabrze;
- 2006 – pierwszy przeszczep **kończyny górnej**. Trzebnica;
- 2013 – pierwszy w Polsce **przeszczep twarzy**. Centrum Onkologii Gliwice;
- 2016 – **pierwszy na świecie przeszczep ręki pacjentowi urodzonemu bez kończyny**. Wrocław.

Według danych statystycznych Centrum *Poltransplant* w 2016 roku dokonano 1469 przeszczepów od zmarłych dawców, w tym najwięcej przeszczepów nerek (978). Pozostałe transplantacje dotyczyły: wątroby (317 osób), serca (101), nerki i trzustki (38) oraz płuc (35). Dane te są porównywalne z latami 2012–2015. W porównaniu do okresu 2007-2011 obserwuje się wzrost transplantacji od zmarłych dawców: w 2011 roku dokonano ich 1413, w 2010 roku – 1277, 2009 – 1077, 2008 – 1106, natomiast w 2007 roku – 922.

Przeszczepianie narządów od żywych dawców w 2016 roku objęło transplantację nerek (50) oraz fragmentów wątroby (28). Pod koniec 2016 roku Krajowa Lista Oczekujących na Przeszczepienie wskazywała 1706 osób. Wśród nich 1031 przypadków dotyczyło oczekujących na przeszczep nerki, 388 – serca, 173 – wątroby, 57 – płuca, 31 – nerki i trzustki, 17 – trzustki (lub wysp trzustkowych), 5 – nerek i wątroby, 2 – sera i płuca oraz 2 – serca i wątroby. Ponadto na przeszczep kończyny górnej pod koniec 2016 roku oczekiwało 17 osób, a na przeszczep rogówki 2985 osób.

W latach 1966-2016 przeszczepiono w Polsce **29 755** narządów „litych” (bez tkanek i komórek), w tym **1082** pobrano od żywych dawców (Poltransplant, 2017).

Przeszczepy w Polsce stały się standardową metodą leczenia, choć barierą dla większego tempa rozwoju są wciąż wysokie koszty, brak narządów i obyczajowość.

## **2. Medyczne, prawne i społeczne uwarunkowania transplantacji**

Skuteczność medycyny transplantacyjnej uzależniona jest od spełnienia wielu warunków o charakterze medycznym, prawnym, także kulturowo-obyczajowym. Transplantacje jako procedura medyczna wymagają odpowiedniego doboru dawcy i biorcy (zgodność tkankowa; wielkość narządu, wiek, grupa krwi), stosowania leków immunosupresyjnych, by zapobiec odrzuceniu przeszczepu, doskonalenia umiejętności rozpoznania i leczenia procesu odrzucania narządu przez organizm biorcy. Pacjent powinien być pod stałą kontrolą lekarską, do końca życia musi pobierać odpowiednie leki i dostosować tryb życia do kondycji fizycznej i psychicznej. Transplantacja może być dokonana pod warunkiem uzasadnionej nadziei sukcesu klinicznego i akceptowanego celu terapeutycznego. Jednak pełne oszacowanie ryzyka, jakie niesie tak poważna operacja jest niemożliwe. Pierwsze, pionierskie transplantacje (serca, twarzy) zwykle budzą obawy, jeśli jednak nie ma innej alternatywy ratowania życia lub poprawy kondycji życiowej pacjenta, zakłada się, że jest to medycznie właściwy sposób postępowania.

Terapia transplantacyjna wymaga także odpowiednich regulacji prawnych. Część państw wprowadziła zgodę bezpośrednią (pisemną lub ustną) na pobranie narządów po śmierci (m.in. Wielka Brytania, Dania, Grecja, Norwegia, Szwecja, Szwajcaria, USA). W innych przyjęto tzw. zasadę zgodny domniemanej – brak wyrażonego za życia sprzeciwu jest uznawany za zgodę na pobranie po śmierci organu ze zwłok (m.in. Austria, Belgia, Finlandia, Francja, Hiszpania, Portugalia, Rosja, Polska). Zdaniem M. Nowackiej „We wszystkich krajach europejskich, jak też w Stanach Zjednoczonych proces ten przebiegał podobnie – kolejne sukcesy medycyny, dające nowe możliwości leczenia wymuszały kolejne takie przystosowywanie przepisów prawa, aby zwiększały możliwości wykorzystania materiału tkankowego i całych organów. Chodziło zarówno o zalegalizowanie nowych metod, jak i o usunięcie przepisów ustawowych, administracyjnych i sanitarnych utrudniających czy uniemożliwiających pobieranie materiałów do przeszczepów” (Nowacka, 2018, 5).

Terapia transplantacyjna może generować i generuje działania przestępcze i zjawiska patologiczne (Duda, 2004; Jurewicz, 2012), jak na przykład handel organami do przeszczepu, przestępcze pozyskiwanie narządów i tkanek. Istnieje zjawisko turystyki transplantacyjnej, potępiane ze względu na nierówność dostępu do możliwego przeszczepu. Dobrze sytuowani ludzie z krajów rozwiniętych mogą sobie finansowo pozwolić na ominięcie listy

oczekujących na przeszczep, podróżują do takich krajów jak Indie, Chiny czy Turcja, korzystają z tańszych usług lokalnego personelu medycznego i otrzymują pożądany organ, nie wnikając w to, od kogo ten organ pochodzi. Tacy biorcy są otaczani stosowną, odpowiednią opieką, natomiast dawcy już nie. Szacuje się, że u około 86% indyjskich dawców nerek stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu w związku z brakiem opieki po przeszczepie. Mołdawia, Uzbekistan, Ukraina, Bułgaria, Rumunia, Gruzja – to kraje zagrożone przymusowym dawstwem (z powodów ekonomicznych). W wielu państwach, w tym Izraelu, Indiach, RPA, Turcji, Chinach, Rosji, Iraku, Argentynie i Brazylii, władze nie przestrzegają restrykcyjnie postanowień wewnętrznych porządków prawnych, zakazujących sprzedaży organów. Tak więc chroniczny niedobór narządów w powiązaniu z wieloma innymi czynnikami (ubóstwo, łamanie praw człowieka, korupcja w instytucjach państwowych, słaby poziom legislacji) „sprzyja” zjawiskom patologicznym w pobieraniu i przeszczepianiu narządów i tkanek od dawców żywych i martwych (Jurewicz, 2012, p. 118-128), jednak to jeszcze nie jest znaczące dla oceny transplantologii, bo każda metoda terapii może być wykorzystana w sposób niemoralny. W ocenie praktyk transplantacyjnych bierze się pod uwagę inne względy, szczególnie zmianę w traktowaniu ludzkiej cielesności wiodąca do utylitarne traktowania człowieka (Nowacka, 2018, 12).

Transplantologia uwydatnia społeczny charakter współczesnej medycyny. Efektywna, skuteczna chirurgia transplantacyjna nie może istnieć bez istnienia i sprawnego działania sieci logistycznej obejmującej bazy danych o dawcach i biorcach, system kwalifikowania do przeszczepu, rozdział organów do poszczególnych ośrodków, organizację transportu narządów itp. W tym celu w poszczególnych krajach utworzono specjalne ośrodki koordynujące. Medycyna nie jest już oparta na relacjach lekarz-pacjent, a problem zdrowia przestaje być sprawą jednostki czy poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej. Transplantacje wymagają uspołecznienia działań medycznych przynajmniej z dwóch powodów: 1. Prywatyzacja usług medycznych (szczególnie drogich procedur) uniemożliwia większości pacjentom korzystania z nowoczesnych metod terapii, 2. Publiczne finansowanie dostępu do nowoczesnych metod leczenia przyczynia się do rozwoju medycyny. Społeczny aspekt transplantacji dotyczy także sprawiedliwego podziału dostępnych narządów (mniej dawców od biorców), groźby komercjalizacji nabywania narządów, zasadności stosowania kosztownych metod leczenia w sytuacji kryzysu gospodarczego (koszty transplantacji w porównaniu z działaniami profilaktycznymi lub innymi metodami terapii). Rozwój transplantologii zależy nie tylko od postępu technicznego i naukowego. Istotnym czynnikiem jest także poziom świadomości społecznej: brak lub nikła wiedza o transplantacjach, uleganie stereotypom i błędnym przekonaniom.

### 3. Argumenty za tezą o moralności transplantacji

Skoro transplantacje są jedynym sposobem ratowania ludzkiego życia lub podniesienia jego jakości, to właściwie wydaje się czymś oczywistym, że nie trzeba dowodzić ich moralnej wartości – transplantacje są moralnie dopuszczalne, a nawet konieczne, by realizować cel medycyny.

Pobieranie narządów **od zmarłych** (*ex mortuo*) jest moralnie dopuszczalne, bo przecież po śmierci organy nie są już zmarłemu potrzebne, zamiast ulec rozkładowi mogą być wykorzystane do ratowania innego człowieka. Zmarłemu nie robimy krzywdy, żywemu możemy znacząco pomóc wykonując transplantację. Pobieranie narządów i tkanek od zmarłego może uratować nawet 8 osób. W istocie jest to argument „z użyteczności” zwłok połączony z argumentem szlachetnego celu działania medycznego (ratowanie, leczenie). Czasem pojawia się teza o „darze życia”, niezależnie od tego czy przed śmiercią człowiek w dobrowolny i świadomy sposób określił swoje stanowisko w tej sprawie. Organ pobrany od zmarłego w celu ratowania bliźniego jest swoistym darem, bo umożliwia uniknięcie śmierci, daje szansę na „drugie życie”. Jak twierdzi M. Nowacka, do upowszechnienia pozytywnego nastawienia do transplantacji przyczynił się Kościół katolicki. „Początkowa rezerwa przejawiana przez oficjalne czynniki kościelne zastąpiona została zdecydowaną aprobatą wyrażoną m.in. w encyklice *Evangelium vitae* z 1995 r., w której dawstwo organów ujęto w kontekst teologiczny i uznano za wyraz praktycznej realizacji chrześcijańskiego nakazu miłości bliźniego” (Nowacka, 2018, p. 9).

Istotnie, osoby po transplantacji żyją coraz dłużej, obecnie nawet 20-30 lat od zabiegu. Najdłużej na świecie, aż 33 lata, żył z nowym sercem John McCafferty (zmarł on 9 lutego 2016 r. w wieku 73 lat). W Polsce najdłużej żyjącym pacjentem z przeszczepionym sercem był Tadeusz Żytkiewicz. Zabieg odbył się w Zabrze 4 sierpnia 1987 roku, pacjent miał wówczas 61 lat, zmarł 10 września 2017 w wieku 91 lat (Poradnik zdrowie.pl, 2018).

Z kolei pobieranie narządu **od żywego dawcy** (*ex vivo*) za jego zgodą jest uznawane za dopuszczalne moralnie, bo żywy dawca altruistycznie ratuje życie drugiego człowieka (najczęściej krewnego, członka rodziny) za cenę pogorszenia w jakimś stopniu jakości własnego życia. Oddanie jednej z nerek czy fragmentu wątroby uznaje się za akt heroizmu moralnego, który zasługuje na podziw. Można jednak pytać czy lekarz okaleczając zdrowego człowieka dla ratowania chorego nie narusza dwóch ważnych zasad: zasady nieszkodzenia (*Primum non nocere*) i zasady czynienia dobra (*Salus aegroti suprema lex*). Eksplanacja narządu podwójnego (lub fragmentu wątroby) od żywego człowieka na pewno ujemnie wpływa na jego zdrowie, choć bezpośrednio nie powoduje jego zgonu. Wprawdzie ryzyko śmierci z powodu ofiarowania nerki wynosi 0,05% i jest porównywalne z ryzykiem, jakie ponosi ktoś, kto codziennie dojeżdża do pracy samochodem na odległość 20 km, nie zmienia to faktu, że jest ono spowodowane działaniem lekarza. Pionier transplantacji nerek w Polsce,

Jan Nielubowicz przyznawał: „Pobieranie przeszczepów od żywych dawców było dla mnie bardzo trudnym momentem psychologicznym. Wątpliwości moje usunęło dopiero uświadomienie sobie, że ofiarowanie nerki można porównać do innych czynów uważanych za szlachetne” (Nielubowicz, 1969, s. 31). Lekarz godzi się na krzywdę wyrządzoną żywemu dawcy, ale uzasadnia to realizowaniem jakiegoś większego (niż zdrowie) dobra dawcy – jego szlachetności, ofiarności, autonomii.

W transplantologii, jak wskazywała Ewa Klimowicz (Klimowicz, 1995), pojęcie dobra i krzywdy dawcy nabrało szerszego znaczenia. Krzywda nie jest spowodowana do uszczerbku fizycznego, dobro nie oznacza zachowania zdrowia lecz realizację hierarchii wartości dawcy. To dawca podejmuje decyzję, lekarz staje się wykonawcą jego woli, postępuje więc zgodnie z zasadami deontologii lekarskiej, bo realizuje dobro (subiektywne) dawcy i dobro biorcy (ratuje mu życie przeszczepiając podarowany organ). Można także utrzymywać, że lekarz nie narusza zasady dobroczynności, gdy termin *salus* przetłumaczymy na „życie” a nie „zdrowie”. Taka interpretacja ma coraz częściej miejsce i świadczy o przesunięciu akcentu z wartości zdrowia na wartość życia (Szawarski, 1987; Klimowicz, 1995; Kopania, 1991). Większość (około 90%) transplantacji narządów kończy się sukcesem (Śląskie Centrum..., 2013), choć pacjent musi być pod stałą kontrolą lekarską, zażywać leki immunosupresyjne zapobiegające odrzuceniu przeszczepu, zmienić tryb życia. Dzięki operacji ludzie, u których wystąpiła skrajna niewydolność narządów mogą dalej żyć, powrócić do aktywności rodzinnej, zawodowej, a nawet sportowej. Gdyby w Polsce donacja narządów od zmarłych wynosiła 40 na 1 mln mieszkańców (jak w Wlk. Brytanii, Czechach, Niemczech, Austrii), możnaby uratować więcej (1-1,5 tysiąca) chorych oczekujących na nowy organ. W roku 2017 w Polsce wskaźnik ten wynosił zaledwie 14,6 na 1 mln mieszkańców.

Transplantolodzy ubolewają nad niskim wskaźnikiem pobrań narządów (nerki, fragmentu wątroby) od żywych dawców. W 2017 r. wykonano 55 transplantacji nerki oraz 24 przeszczepy fragmentów wątroby pobranych od dawcy żywego. Odsetek transplantacji nerek od żywego dawcy w odniesieniu do ogółu przeszczepów tego narządu stanowi w Polsce zaledwie 5%, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych 30 %, a w Holandii – 50% (Poltransplant, 2018).

Pomimo niewątpliwych sukcesów polskiej transplantologii wciąż dostrzega się konieczność rozwoju tej gałęzi medycyny, propagowania idei transplantacji, prowadzenia szerokiej akcji edukacyjnej w społeczeństwie. W 2010 roku ustanowiono Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”. Sporządzono wieloletni (2011-2020) plan, który zakłada m.in. zwiększenie liczby przeszczepień narządów od zmarłych dawców o co najmniej 100%, zwiększenie liczby potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku o co najmniej 300%, wdrażanie nowych rodzajów przeszczepiania narządów, komórek i tkanek oraz rozwój programów przeszczepiania w grupach biorców o podwyższonym ryzyku. Szczegóły programu dostępne są na stronach Poltransplantu, Ministerstwa Zdrowia i na portalu żywy dawca nerki.

To opory natury obyczajowo-światopoglądowej są jedną z poważniejszych przeszkód w rozwoju transplantologii w Polsce – twierdzą lekarze-transplantolodzy i ludzie zaangażowani w propagowanie transplantacji jako słusznej i moralnie czystej metody leczenia. Przeciętny Polak niewiele wie o tych sprawach, w świadomości grup społecznych funkcjonują liczne uprzedzenia, lęki i mity, a medialny obraz transplantacji *ex mortuo* (Olejniczak, and Kukiela, 2012) nie jest w pełni zgodny z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Na portalach internetowych propagujących transplantacje dominuje język nasycony emocjonalnie, pełen metafor i patosu, choć autorzy starają się w zrozumiały sposób przekazać odbiorcom istotne informacje o charakterze prawnym, medycznym, etycznym. Jednak przewaga języka wartościującego i widoczna intencja wpływania na emocje odbiorców upodabnia ten przekaz do kampanii reklamowej. Znamienne jest także to, że „filozoficzny, patetyczny ton wypowiedzi tworzy wokół tematu atmosferę podniosłości, stanowiąc swoistego rodzaju barierę ochronną wobec tych głosów, które z rezerwą i lękiem odnoszą się do przeszczepiania” (Olejniczak, and Kukiela, 2012, 93). Właśnie z tego powodu, jak sądzę, taki przekaz jest mało skuteczny w pokonaniu negatywnych emocji (lęków, obaw) wobec transplantacji.

Reasumując, argumenty przywoływane na rzecz moralnej wartości transplantacji mają różny charakter, najczęściej jednak koncentrują się wokół:

- użyteczności wykorzystania narządów zmarłych lub żywych (po spełnieniu określonych warunków prawnych, medycznych);
- szacunku dla autonomii dawcy (zmarłego i żywego) odpowiednio potwierdzonej;
- szacunku dla życia jako wartości najwyższej;
- celów medycyny – ratowanie, przedłużanie życia, poprawianie jego jakości;
- etosu zawodów medycznych – lekarze i inni przedstawiciele medycyny są ludźmi zaangażowanymi w realizację zasady dobra i nieszkodzenia, wykonują trudną, odpowiedzialną profesję z poświęceniem, mają czyste intencje i odpowiednie kwalifikacje medyczne.

W świetle tak licznych i mocnych argumentów może dziwić to, że pojawiają się opinie podważające „moralną czystość” transplantacji.

#### **4. Argumenty przeciwko tezie o moralności transplantacji**

Formułuje się, zdaniem Marii Nowackiej (Nowacka, 2018) dwa główne zarzuty moralne. Pierwszy z nich głosi, że chirurgia przeszczepów to nowy rodzaj ludożerstwa – kanibalizm medyczny. W Polsce taką tezę głosił Bogusław Wolniewicz (Wolniewicz, 1991, 1996). Drugi zarzut postawił Jerzy Kopania, który wskazał na to, że w terapię transplantacyjną wpisana jest istotna niemoralność (Kopania, 1991).



Zdaniem B. Wolniewicza chirurgia przeszczepów to **nowy rodzaj ludożerstwa** – kanibalizm medyczny. Przeszczepianie organów nie różni się w swej istocie od kanibalizmu, bo odmienności dotyczą jedynie aspektu technicznego: w przypadku kanibalizmu mamy do czynienia ze zjadaniem części ciała drugiego człowieka, a przy transplantacji z operacyjnym ich wszczepieniem. W obu wypadkach zaś istota pozostaje ta sama – jest nią chęć uratowania życia (jak w przypadku kanibalizmu głodowego) oraz wzmocnienia własnych sił i energii życiowych (jak w przypadku kanibalizmu religijnego). Transplantacje uwydatniają to, że dokonuje się (albo może już się dokonała) zmiana tradycyjnego w naszej cywilizacji traktowania zwłok: miejsce pietyzmu zajęło utylitarne traktowanie ciała jako surowca.

Z kolei J. Kopania uznaje, że utylitarne traktowanie zwłok i analogia z kanibalizmem jeszcze nie są wystarczającą oznaką zmian w moralności współczesnych ludzi. Bardziej istotne i niepokojące jest to, że w terapię transplantacyjną wpisana jest istotna niemoralność, bo pacjent oczekujący na przeszczep ze zwłok (a także zespół lekarski i rodzina chorego) faktycznie **oczekuje na śmierć drugiego człowieka**. Jest to skaza moralna, której nie usunie ani to, że biorca nie powoduje śmierci dawcy, ani to, że chory człowiek wypiera ze swej świadomości to oczekiwanie. Pomijanie tego aspektu transplantacji przez etyków świadczy, zdaniem J. Kopania, o powszechnie przyjętym (ale wypieranym) przeświadczeniu, że warto żyć za wszelką cenę. Pomimo zarzutów B. Wolniewicz i J. Kopania **nie potępiają transplantacji**. Chcą uświadomić nam, że dokonuje się zmiana naszej moralności: za wartość najwyższą uznane zostaje życie, a w konsekwencji akceptujemy wszystko, co zachowaniu życia służy, nawet jeśli dotychczas uznawaliśmy to za niemoralne.

Obaj autorzy, choć patrzą na problem transplantacji z różnych punktów widzenia, dostrzegają to samo – że nastaje nowa, czysto utylitarystyczna moralność. Chirurgia transplantacyjna nie jest wprawdzie główną przyczyną tej zmiany w moralności, ale ją stymuluje, wzmacnia. Obaj **są tym procesem przerażeni**, a zarazem **uznają, że nie ma żadnej możliwości jego zatrzymania**. Dla obu ta dokonująca się zmiana moralności jest fragmentem szerszego procesu odchodzenia naszej cywilizacji od dotychczas wyznawanego systemu wartości religijnych: oto w miejsce chrześcijaństwa wchodzi nowa religia, całkowicie świecka, w której największą świętością jest życie doczesne (bo w inne się nie wierzy). Obaj wyrażają zdziwienie, że Kościół popierając transplantacje, sprzyja umocnieniu tej nowej świeckiej religijności (niezgodnej z duchem chrześcijaństwa). Z tym poglądem zgadza się M. Nowacka, choć jednocześnie formułuje warunkowe tezy: „Jeśli obaj filozofowie mają rację, to konstatawany przez nich fakt nieuchronności dokonujących się zmian powinien skłaniać do namysłu”; „Jeśli nawet proces utylitarnej ujmowania człowieka nie dokonuje się jeszcze w stopniu zagrażającym personalistycznemu traktowaniu bytu ludzkiego, to niewątpliwie mamy do czynienia z pewną deprecjacją ludzkiej cielesności” (Nowacka, 2018, ss. 12-14). Niepokój wobec tendencji utylitarnej ujmowania człowieka, zauważa M. Nowacka, podziela także część moralistów katolickich domagających się

pobierania organów do przeszczepu na podstawie uprzednio wyrażonej świadomej zgody pacjenta (Biesaga, 2006).

Na kwestię zmian w moralności współczesnych ludzi zwraca także uwagę australijski bioetyk Peter Singer (Singer, 1997). Jego zdaniem definicja śmierci mózgu została przyjęta przez Komisję Harvardzką w 1968 roku z powodów pragmatycznych, a nie z powodu troski o ludzi w stanie wegetatywnym. Rozwój chirurgii przeszczepów i wzrost zapotrzebowania na organy do przeszczepu doprowadził do powszechnego zaakceptowania definicji śmierci mózgowej jako śmierci człowieka. P. Singer twierdzi, że zmiana definicji śmierci już jest oznaką zmian w moralności – świadczy o odrzuceniu etyki świętości życia na rzecz etyki jakości życia. Proces ten jest nieuchronny, ale ocenia to pozytywnie. Tradycyjna etyka świętości życia jest anachroniczna, nie może rozwiązać współczesnych problemów moralnych, dlatego konieczne jest opracowanie nowego podejścia do kwestii ludzkiego życia i śmierci, co gwarantuje etykę jakości życia. Przyjęcie, że wartość ludzkiego życia jest zmienna i zależy od jego jakości lepiej służy podejmowaniu trudnych decyzji w sprawach życia i śmierci niż etyka tradycyjna – chodzi choćby o przypadki śmierci mózgowej, bezmózgowia, stanów trwale wegetatywnych, kobiet w ciąży z rozpoznaną śmiercią mózgu.

Tak więc bioetyków zgłaszających zastrzeżenia wobec transplantacji łączy pogląd o zmianach w moralności pod wpływem nowoczesnych metod leczenia (transplantacje są tego wyraźnym przejawem), natomiast dzieli sposób oceny tego zjawiska – B. Wolniewicz, J. Kopania widzą w tym zagrożenie dla ochrony wartości osobowych, P. Singer widzi w tym pozytywny przejaw etyki jakości życia.

Argumenty przeciwko tezie o moralności transplantacji, trzeba to podkreślić, zgłaszają nieliczni bioetycy, większość uznaje, że moralny wymiar transplantacji jest oczywisty i niepodważalny.

## 5. Pytania do dyskusji i wnioski

Komu przyznać rację? Tym, którzy widzą w transplantacjach jedynie pozytywne aspekty czy tym, którzy dostrzegają zagrożenia dla kondycji moralnej? Jednoznaczna odpowiedź jest niemożliwa.

**Czy słusznie nazywać transplantacje neokanibalizmem?** Jeśli uznamy, że kanibalizm to praktyka zjadania (dosłownie) osobników tego samego gatunku, to nie. Przecież nie zjadamy ciał zmarłych, ani nie zabijamy, by potem zjeść organ zabitego. Organ przeszczepiony nie jest zjadany – chyba że zarówno przyjęcie przez organizm biorcy przeszczepu, jak i jego odrzut uznać za swoiste „zjedzenie”, ale to dzieje poza intencją biorcy. Jeśli „zjedanie” pojmiemy szeroko, metaforycznie, to tak. Jeśli ważniejsze są dla nas podobieństwa, to odpowiedź będzie twierdząca, jeśli istotne są dla nas różnice, to odpowiedź

będzie przecząca (Zalewska, 2016; Morciniec, 2018.08.22). Niewątpliwie transplantacje z ciał zmarłych sprzyjają utylitarnemu traktowaniu zwłok i mechanistycznemu podejściu do ludzkiego ciała (to tylko zbiór części zamiennych). Taka postawa może się poszerzyć na instrumentalne potraktowanie ciał żywych – i to jest groźne, niepokojące i na to należy zwrócić większą uwagę, niż kłócić się o nazwę „kanibalizm”.

### **Czy transplantacja *ex mortuo* wiąże się z oczekiwaniem na czyjąś śmierć?**

Gdy czekamy na organ, który może pochodzić tylko od zmarłego, to wydaje się oczywiste, że zarazem czekamy na czyjąś śmierć (potencjalnego dawcy). Co więcej, czekają także lekarze dokonujący transplantacji i rodziny biorcy. Oczekiwanie jest tu utożsamione z pragnieniem czyjejś śmierci. Czy słusznie? Chory może sobie tego logicznego związku (czekam na organ zmarłego – musi ktoś umrzeć – to właściwie chcę, by ktoś umarł) nie uświadamiać. Czy pragnienia nieuświadomione oceniać tak samo jak świadome? Ocena moralna działań człowieka dotyczy nie tylko jego intencji/motywów, ale i skutków czynu, charakteru człowieka. Poza tym powinniśmy różnicować pragnienie pozbawienia kogoś życia (konkretnej osoby – np. skazanego na śmierć, od którego pobierze się narządy) a oczekiwaniem na organ zmarłego, do którego śmierci biorca nie przyczynił się.

A może jest tak. Czekam na organ, który zostanie pobrany od zmarłego. Wiem, że codziennie umiera wiele ludzi, oczekuję, że system pobierania i alokacji organów będzie sprawny – szybko, na czas znajdzie się odpowiedni organ. Nie chciałam niczyjej śmierci, żałuję, że ktoś umarł, mam nawet jakieś poczucie winy, ale czy tym samym jestem winna czyjejś śmierci? Spekulacje ogólne nie rozwiążą tej kwestii, jest to sprawa złożoności ludzkiej psychiki. Logiczność rozumowania, to jedno, faktyczne motywy/pragnienia, którymi ludzie się kierują, to drugie. Trudno też zbadać tę sprawę – to kwestia drażliwa.

Oczekiwanie/pragnienie śmierci drugiego człowieka jest niegodne człowieka, niemoralne – twierdzi J. Kopia, ale podobnie jak B. Wolniewicz, nie domaga się zaprzestania transplantacji – wskazuje jedynie na niepokojącą pod względem moralnym stronę transplantacji, której nie chcą widzieć lekarze, potencjalni biorcy i ich rodziny. Intencja autora jest chyba taka – jeśli transplantacje *ex mortuo* nieuchronnie wiążą się z oczekiwaniem na czyjąś śmierć (co jest moralnie niepokojące), to może ukrywanie tego może doprowadzić do akceptowania wszelkich praktyk, także amoralnych. Wypada więc przyznać się do tego, mieć świadomość tej „skazy” moralnej, by ustrzec się pozbycia wszelkich moralnych skrupułów w imię ratowania własnego życia. O tym, że dla środowiska polskich transplantologów ta sprawa nie jest obca świadczy podjęcie próby rozważenia zarzutów kierowanych wobec transplantacji – w czasie obrad XIII Kongresu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (Warszawa, 12-14 października 2017 r.) odbyła się debata *Prawo i etyka* poświęcona tym kwestiom. Wielość i złożoność problemów oraz krótki czas (tylko 90 minut) nie pozwoliły na szerszą dyskusję, ale samo podjęcie tych trudnych kwestii należy ocenić pozytywnie.

**Czy akceptacja terapii transplantacyjnej**, mimo pewnych obaw, **świadczy o tym, że** wraz z coraz większymi możliwościami medycyny **skłonni jesteśmy zmieniać naszą moralność**, jeśli to sprzyja ochronie naszego życia? Czy chirurgia transplantacyjna zapoczątkowała proces zmian w sferze moralności, ujawniający się w przechodzeniu od utylitarnego traktowania ciała do utylitarnego traktowania człowieka? Trudno na te pytania jednoznacznie odpowiedzieć. Ludzie chcą żyć coraz dłużej i coraz lepiej – rewolucyjne zmiany w poznaniu naukowym i leczeniu wpływają na wzrost oczekiwań ludzi co do możliwości przedłużania życia i zachowania jego wysokiej jakości. Transplantologia ukazała człowiekowi jego własne ciało jako poddające się rozmaitym modyfikacjom i wymianie. Ale czy tym samym ludzkie ciało przestało być przedmiotem szacunku i pietyzmu, jakim go do niedawna go darzono? To nie jest takie pewne. Instrumentalizacja ciała, wykorzystanie zmarłych i dawniej miało miejsce, co wskazują dane z antropologii kulturowej i historii medycyny (Chamayu, 2012; Thomas, 2001), ale być może dzisiaj te tendencje są mocniejsze i budzą więcej emocji. Dlatego sądzę, że krytyka zgody pośredniej jest zasadna. Przyjęcie zgody pośredniej powodowane jest nie tyle szacunkiem dla autonomii człowieka, co użytecznością zwłok, chęcią zwiększenia możliwości pobierania narządów od zmarłych. Zwłoki w istocie traktuje się jako użyteczny materiał, zasób narodowy. To swoiste zawłaszczanie zwłok, nawet za zgodą rodziny, nie upoważnia do mówienia o „darze życia” – jeśli człowiek nie miał możliwości podjęcia świadomej i dobrowolnej decyzji, to niczego nikomu nie podarował. Z kolei propagowanie dawstwa narządów (nerka, fragment wątroby) przez żywych ludzi powinno budzić jeszcze większy niepokój (a nie budzi!). Nawet jeśli cel jest szlachetny (ratowanie chorych) naruszamy zasady czynienia dobra i nieszkodzenia. Od dawców żywych wymagamy postaw heroiczych, a nawet traktujemy to dawstwo jako obowiązek moralny. Entuzjazm wobec przeszczepów krzyżowych i łańcuchowych nerek (PAP, Nauka w Polsce, 2018,08.23) świadczy o istniejącej tendencji do powiększania kręgu żywych dawców, co może w jakimś stopniu potwierdzać obawy J. Kopani i M. Nowackiej.

Porównując współczesną medycynę ze stanem, jaki istniał jeszcze kilkadziesiąt lat temu, można uznać, że nastąpiły rewolucyjne zmiany w poznaniu naukowym i leczeniu. I dlatego wzrosły też nadzieje i oczekiwania ludzi co do możliwości przedłużania życia i zachowania jego wysokiej jakości. Opinię, że **współcześnie przypisuje się życiu (a nie zdrowiu) szczególną wartość**, zdają się potwierdzać transplantacje i terapie o dużym stopniu ryzyka lub terapie heroiczne. Z kolei entuzjazm dla genetyki, inżynierii genetycznej, klonowania może świadczyć o wadze, jaką **współcześnie ludzie przykładają do jakości życia**. Być może to **podążanie w dwóch, przeciwstawnych kierunkach** świadczy o zagubieniu współczesnych, które też ma przyczyny w nadmiernym zaufaniu do możliwości nauki i medycyny. Możliwości ratowania życia i leczenia są duże w porównaniu z przeszłością, ale często okazuje się, że ratowanie i przedłużanie życia łączy się z obniżeniem jego jakości, a dbałość o jakość prowadzi do negacji życia jako wartości bezwzględnej, świętej. Czy kiedyś uda się uzgodnić jedno z drugim? Na to pytanie nikt nie może odpowiedzieć.

Transplantacje, pomimo zgłaszanych niekiedy zastrzeżeń, uznane zostały za rutynowy sposób ratowania życia ludzkiego. Ludzie ufający w nieustanny postęp medycyny mają nadzieję, że wraz z wynalezieniem sztucznych organów, możliwością hodowli narządów i tkanek bez pobierania ich od zmarłych i narażania żywych na osłabianie zdrowia, zgłaszane dzisiaj zastrzeżenia staną się bezpodstawne. Póki tak się nie stanie, warto rozważać także te moralnie niepokojące aspekty terapii transplantacyjnej.

## Bibliografia

1. Belofsky N.(2014). *Jak dawniej leczono*, tłum. Siwek G. Warszawa: Wydawnictwo RM.
2. Biesaga, T, (2006). Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji, *Medycyna Praktyczna*, 1.
3. Chamayou G. (2012). *Podłe ciała. Eksperymenty na ludziach w XVIII i XIX wieku*. Tłum. Thiel-Jańczuk K., Brodzińska J. Gdańsk: Wydawnictwo słowo/obraz terytoria.
4. Duda J. (2004). *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*. Kraków: Kantor Wydawniczy „Zakamycze”.
5. Dziennik.pl (2018, 20.06). Anonim, Wzrosła liczba przeszczepów narządów w Polsce. Retrived from <http://zdrowie.dziennik.pl/aktualnosc/artykuly/566822,wzrosla-liczba-przeszczepow-narzadow-w-polsce.html>
6. <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosc/news%2C405550%2Cw-warszawie-przeprowadzono-pierwszy-w-polsce-tzw-przeszczep-lancuchowy.html>
7. <https://www.annalsoftransplantation.com/archives/issue/idIssue/835271>
8. Jurewicz, J. (2012). Nielegalny obrót komórkami, tkankami i narządami ludzkimi. In: W. Pływaczewski, P. Chlebowicz (ed.), *Nielegalne rynki. Geneza, skala zjawiska oraz możliwości przeciwdziałania* (pp. 118-136). Olsztyn: Katedra Kryminologii i Polityki Kryminalnej, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie.
9. Klimowicz, E. (1995). Moralne aspekty pobierania narządów do transplantacji. In: T. Szkołut (ed.), *Nowoczesność i tradycja. Studia etyczne i estetyczne* (pp.216-218). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
10. Kopania, J. (1991). Transplantacje – oznaka nowej moralności. *Kwartalnik Filozoficzny*, 1.
11. Morciniec, P.(2018,08.22), Czy transplantacje to współczesny kanibalizm? Available online <http://www.morciniec.trh.com.pl/joomla/pdf/str-neokanibal.pdf>
12. Nielubowicz, J. (1969). Wypowiedź w dyskusji o transplantacji serca. *Etyka*, 4, p.31.
13. Nowacka, M. (2003). *Etyka a transplantacje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
14. Nowacka, M. (2009). Cztery sfery oddziaływania terapii transplantacyjnej: stan obecny i perspektywy. *Diametros*, 19, pp. 93 – 105.

15. Nowacka, M. (2018, 08.23). Transplantacje (Przegląd zagadnień), Interdyscyplinarne Centrum Etyki, Bioetyka/etyka medyczna. Available online: <http://www.incet.uj.edu.pl> (23.02.2017).
16. Olejniczak E., and Kukiela B. (2012). Medialny obraz transplantacji *ex mortuo* a przepisy prawa. *Folia Linguistica*. 46, pp. 86-102.
17. PAP, Nauka w Polsce (2018,08,23). Anonim, W Warszawie przeprowadzono pierwszy w Polsce tzw. przeszczep łańcuchowy. Available online
18. Poltransplant (2017). Biuletyn Informacyjny Poltransplantu Nr 1 (25), maj 2017. Retrived from [http://poltransplant.pl/Download/Biuletyn\\_2017.pdf](http://poltransplant.pl/Download/Biuletyn_2017.pdf).
19. Poltransplant (2018). Biuletyn Informacyjny Poltransplantu Nr 1 (26) czerwiec 2018. Retrived from [http://poltransplant.pl/Download/Biuletyn\\_2018.pdf](http://poltransplant.pl/Download/Biuletyn_2018.pdf).
20. Poradnik zdrowie.pl.(2018, 08, 23) Majewska M. Przeszczep serca - wskazania. Ile się żyje po transplantacji serca? Retrived from [http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-krwionosny/przeszczep-serca-wskazania-ile-sie-zyje-po-transplantacji-serca\\_45015.html](http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-krwionosny/przeszczep-serca-wskazania-ile-sie-zyje-po-transplantacji-serca_45015.html)
21. Singer, P. (1997), *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Tłum. Alichniewicz A. Warszawa: Wydawnictwo 1997.
22. Szawarski, Z (1987).: Dwa modele etyki medycznej. In: Z. Szawarski (ed.): *W kręgu życia i śmierci* (pp. 9-26). Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza.
23. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu. (2013).Transplantacja narządów. Aspekty medyczne, prawne i organizacyjne. Retrived from <http://transplantacja.fundacjasccs.pl/wp-content/uploads/2014/01/transplantacja-narzadow-publicacja.pdf>
24. Thomas, L.-V. (2001). *Trup. Od biologii do antropologii*. Tłum. Kocjan K. Warszawa: Wydawnictwo Łódzkie.
25. Wolniewicz, B. (1998). *Filozofia i wartości*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego).
26. XIII Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (2018, 08.23). „Annals of Transplantation” vol.22,2017.
27. Zalewska, A. (2016). Nadzwyczajna recepcja transplantacji. Jak dyskusja o etyce przeszczepów może zmienić nasz porządek kulturowy, *Konteksty Kultury*,13; doi:10.4467/23531991KK.16.006.5084