

EWA SMERECKA

TRANSPLANTACJE *EX MORTUO* AKTEM (NIE) MIŁOSIERDZIA

WSTĘP

Postęp technologiczny, jakiego doświadczamy niemal we wszystkich dziedzinach naszej egzystencji pozwala nam korzystać z coraz szerszego wachlarza dostępnych rozwiązań i możliwości. To pewnego rodzaju uprzywilejowanie względem poprzednich pokoleń, poprzez które wpływamy na nasze otoczenie, komunikujemy się, czy aktualizujemy zastane wartości i wzorce.

Jednak wraz z galopującym rozwojem pojawiają się także liczne trudności. Obawy, niepokój, rosnące poczucie zagrożenia, bezradności i braku kontroli nad skutkami dokonywanych działań i samym procesem ich przeprowadzania powodują często, iż wzniosłe idee etyczne mające stać na straży dobra człowieka stają się jedynie hasłami bez pokrycia. To, co miało powstać by ułatwić, pomóc i wesprzeć człowieka, staje się źródłem jego postępującej dehumanizacji, procesem odbierania wolności, deformacją sensu jego egzystencji. Odchodzi się od koncepcji człowieka jako podmiotu działań, zapominając jednocześnie o jego niezbywalnej osobowej godności, która stanowić powinna absolutny punkt odniesienia dla wszelkich działań natury technologicznej.

Jedną z dziedzin nauki, wokół której podobne refleksje nabierają dziś niezwykle aktualnego charakteru jest medycyna. Próbuje się bowiem już nie tylko leczyć, poprawiać jakość życia chorych,

uśmierzać ból i niedogodności związane ze stanem zdrowia, ale stanęliśmy już u progu projektowania życia, regulowania jego granic, manipulacji naturą, a wszystko to kosztem wartościowania ludzkich istnień i odejścia tym samym od idei stworzenia człowieka na obraz i podobieństwo Boga.

Liczne opracowania natury filozoficznej, etycznej, czy teologicznej starają się uzmysłowić nam, iż w obliczu dokonującego się postępu naczelnymi wartościami obieranymi za punkt odniesienia powinny być godność osobowa człowieka, wolność, solidarność, czy sprawiedliwość. Wielokrotnie bowiem podkreśla się, iż podporządkowywanie sobie świata, próby zapanowania nad życiem i śmiercią, zmierzanie do ujarznienia natury oddalają człowieka od idei wspólnoty, powodują, że kategoria ta staje się nam nie tylko obojętna, ale zaczyna wręcz „przeszkadzać” w zapanowaniu człowieka nad tym, co go otacza. Człowiek zaczyna oddalać się od Boga i zastępować Go tym co sam stworzył. Początkowo wydaje się to być wystarczające. Z czasem jednak takie rozumowanie zaczyna obracać się przeciw niemu¹.

Nieodłączną kategorią ściśle związaną ze wspomnianymi wartościami jak i działaniem na rzecz dobra człowieka jest chrześcijańskie miłosierdzie – zagadnienie niezwykle aktualne i ważne dla rozważań związanych z dziedziną medycyny. Rozumiane jako pewien aspekt miłości ukierunkowany na drugiego człowieka będącego w potrzebie stanowi wyraz postępowania na wzór samego Boga², choć należy pamiętać, iż jest to działanie o charakterze niezrównanym. Liczne przypowieści obecne w Nowym Testamencie ukazują niezwykle wagę postępowania w sposób miłosierny i wciąż będąc aktualnymi zachęcają i wskazują sposób, w jaki każdy z nas powinien zachować się względem potrzebującego. Działanie takie jest jednocześnie dobre i zgodne z nauką Kościoła, który nieustannie zachęca do

¹ Jan Paweł II, Encyklika *Redemptor hominis*, (04.03.1979), nr 15, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/r_hominis.html, (data dostępu: 13.07.2016)

² J. O w s i a k, *Miłosierdzie – owoc nadziei*, w: D. B a k, K. S z a ł a t a (red.), *Światło nadziei*, Warszawa 2000, s. 67-68.

podejmowania podobnych uczynków względem drugiego człowieka na przestrzeni wielu obecnych w naszym życiu dziedzin.

Czy jednak w każdym przypadku możemy z pełnym przekonaniem stwierdzić, iż proponowany akt miłosierdzia jest niezaprzeczalnym działaniem na rzecz dobra człowieka i pozostaje w zgodzie z poszanowaniem osobowej godności? Interesującym zagadnieniem w kontekście istoty takich uczynków jest dzisiaj terapia transplantacyjna.

1. TRANSPLANTACJE *EX MORTUO* W NAUCZANIU KOŚCIOŁA

Poprzez pomoc potrzebującym w ich nieszczęściu dokonuje się akt prawdziwej miłości względem bliźniego. Za taki czyn, o szczególnej doniosłości, uważane jest między innymi oddawanie narządów do przeszczepu, w tym także po śmierci. Niezwykłą wagę i pochwałę dla podejmowania takich decyzji podkreśla się nie tylko w środowiskach medycznych, czy medialnych, ale także katolickich. Ma to związek z wyjątkowością terapii transplantacyjnej na gruncie pozostałych dziedzin medycyny, bowiem w tym przypadku niemożliwe jest wykonanie zabiegu w oparciu jedynie o dostępną technologię. Mamy tu bowiem do czynienia z niezbędnym zaangażowaniem społeczeństwa, jako potencjalnych dawców materiału przeszczepowego. Dlatego tak istotne jest w podejmowanym problemie kształtowanie opinii publicznej oraz kreowanie względem transplantacji wydźwięku o charakterze pozytywnym.

Jednym z najpopularniejszych i najczęściej cytowanych źródeł odnośnie przeprowadzania przeszczepów *ex mortuo* jest wypowiedź Jana Pawła II, który w encyklice *Evangelium Vitae* wprost stwierdza, iż oddanie organu jako dar z siebie stanowi największy dar jaki można ofiarować drugiemu człowiekowi³. Wypowiedź ta odnosi się jednak do samego faktu dokonania przeszczepu i uratowania w ten sposób

³ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium Vitae*, (25.03.1995), nr 86, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/evangelium_1.html, data dostępu: (10.07.2016)

życia drugiej osobie. Pominięty zostaje aspekt diagnozowania jak i przeprowadzania procedury uznania dawcy za zmarłego.

Pozytywny wydzźwięk posiada również zapis zawarty w *Katechizmie Kościoła Katolickiego*: „Przeszczep narządów zgodny jest z prawem moralnym, jeśli fizyczne i psychiczne niebezpieczeństwa, jakie ponosi dawca, są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy. Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały; należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności.”⁴. Takie sformułowanie traktuje podejmowany problem głównie w kategoriach wartości względem drugiego człowieka. Pominięty zostaje także aspekt medyczny i naukowy, osoba dawcy oraz prawne uwarunkowania dokonywania podobnych zabiegów.

Nieodłącznym dokumentem dla rozważań natury transplantacyjnej jest też Karta Pracowników Służby Zdrowia, wydana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Podobnie jak poprzednie źródła, ocenia ona terapię transplantacyjną w sposób pozytywny: „W drugim przypadku (dot. transplantacji *ex mortuo* – przyp. autorki) nie znajdujemy się już wobec istoty żywej ale ciała zmarłego. Powinno być ono zawsze szanowane jako ciało ludzkie, ale nie posiada już godności podmiotu i wartości celowej osoby żyjącej. Zmarły nie jest już, w ścisłym znaczeniu tego słowa podmiotem prawa, ponieważ jest pozbawiony osobowości, a tylko ona może być podmiotem prawa. Dlatego przeznaczenie go dla celów użytecznych, nie budzących zastrzeżeń moralnych, a także wzniosłych jest decyzją nie do potępienia, ale pozytywnego usprawiedliwienia.”⁵. Zapis ten stanowi wyraźną aprobatę dla przeprowadzania transplantacji *ex mortuo*. Zakłada jednak, iż w momencie pobierania narządów od zmarłego dawcy, rzeczywiście mamy już do czynienia ze zwłokami. W przeciwnym wypadku, pobieranie organów nie mogłoby zostać

⁴ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 2009, nr 2296.

⁵ Karta Pracowników Służby Zdrowia, Papieska Rada do Spraw Duszpasterstwa, Watykan 1995, nr 87.

uznane za moralnie dobre⁶. Dokument podkreśla, iż w celu eksplantacji narządów niezbędna jest prawidłowa diagnostyka i całkowita pewność w orzeczeniu śmierci potencjalnego dawcy, „by uniknąć pobrania organów w wyniku spowodowania śmierci lub nawet tylko jej uprzedzenia”⁷. Jednocześnie Karta podaje, iż „Aby osoba była uważana za zmarłą jest wystarczające stwierdzenie śmierci mózgowej dawcy, która polega na nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu.”⁸.

Warto podkreślić, iż dokument pozostaje w nieziennej formie od 1995 r., czego nie można powiedzieć o dokonaniach medycznych względem diagnozowania, jak i przeprowadzania procedury stwierdzającej stan śmierci mózgowej pacjenta. Być może powyższy zapis, nie budziłby wątpliwości, gdyby w kwestii nieodwracalności stanu tzw. śmierci mózgowej nie istniały liczne kontrowersje natury medycznej. Sformułowanie zamieszczone w Kartie podaje bowiem wprost, iż stwierdzenie śmierci mózgowej związane jest z nieodwracalnym ustaniem wszystkich funkcji mózgu. Budzi to pewną rażącą nieścisłość, gdyż stan takiego całkowitego obumarcia mózgowia na dzień dzisiejszy nie jest możliwy do zweryfikowania w sposób naukowy.

2. KONTROWERSJE WOKÓŁ TERAPII TRANSPLANTACYJNEJ *EX MORTUO*

Rozwój medycznych technologii, pozwolił w drugiej połowie XX wieku na sztuczne podtrzymywanie oddechu oraz krążenia. Zaowocowało to pojawieniem się problemu rzeczywistego zgonu pacjenta, co na przełomie lat 60. i 70. XX wieku zrodziło potrzebę zdefiniowania śmierci organizmu ludzkiego na nowo. Zwrócono uwagę na świadomość i przytomność pacjenta oraz możliwość ich odzyskania. Punktem wyjścia dla tychże rozważań stał się zatem

⁶ Tamże.

⁷ Tamże.

⁸ Tamże.

mózg człowieka – organ odpowiedzialny między innymi za powyższe funkcje.

W 1968 r. na Uniwersytecie w Harvardzie zaproponowano, aby za kryterium orzekania śmierci człowieka uznać śmierć całego mózgu⁹. Założenie to dotyczyć miało pacjentów w śpiączce oraz przypadków, u których nie da się wykryć aktywności ośrodkowego układu nerwowego. Postulat harwardzki wszedł w życie w 1970 roku, a po raz pierwszy zastosowany został w Stanach Zjednoczonych, w stanie Kansas. Wprowadzona definicja miała zatem charakter dwojaki: śmierć pacjenta można było odtąd orzekać na podstawie dotychczasowych kryteriów krążeniowo-oddechowych, jak i na podstawie ustania czynności mózgu.

Interesujący jest fakt, iż w nowoprzyjętej definicji po raz pierwszy pojawił się aspekt przeszczepiania narządów. Zapis kończy się bowiem słowami: „Śmierć musi być orzeczona zanim jakikolwiek ważny dla życia narząd będzie usunięty w celu transplantacji”¹⁰. Obiekcje, co do prawdziwych powodów stworzenia owej definicji budził fakt, iż nie przedstawiono żadnego medycznego potwierdzenia dla słuszności koncepcji śmierci mózgowej, a jednym z ciał doradczych komisji harwardzkiej był Transplant Advisory Panel zrzeszający czołowych dla branży medycznej zwolenników terapii transplantacyjnej¹¹. Nowoprzyjęta definicja śmierci zaczęła rozprzestrzeniać się początkowo w pozostałych stanach Ameryki, a następnie obowiązywać w wielu krajach na całym świecie. W Wielkiej Brytanii nową definicję sprowadzono niejako do śmierci pnia mózgu uznając, iż jest to stan jednoznaczny z nieodwracalnym ustaniem funkcji całego mózgu¹².

⁹ H.K. Beecher i wsp., *A Definition of Irreversible Coma*, Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard School, “Journal of the American Medical Association” 205(6), 1968, s. 85-88.

¹⁰ Por. J. M. Norkowski, *Medycyna na krawędzi*, Radom 2011, s. 176.

¹¹ D.W. Evans, *The demise of “brain death” in Britain*, w: M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, *Beyond Brain Death. The Case Against Brain Based Criteria for Human Death*, Washington, 2001, s. 144.

¹² A. Mohandas, S.N. Chou, *Brain Death. A clinical and pathological study*, “Journal of Neurosurgery”, (1971) 35, s. 211-218.

W roku 1976 tak sformułowane przekonanie stało się podstawą do stwierdzenia braku możliwości poprawy stanu zdrowia oraz prawa do odłączenia pacjenta od respiratora¹³. Zaledwie trzy lata później w życie weszło zarządzenie wprost stwierdzające, iż „stwierdzenie śmierci mózgu oznacza, że pacjent jest martwy”¹⁴.

Na uwagę zasługują także zapisy regulujące diagnostykę omawianego problemu. Działania te bowiem sprowadzono do poziomu diagnostyki stosowanej w przypadkach śmierci na podstawie kryteriów krążeniowych. Mianowicie, jeśli w tradycyjnym rozumieniu śmierci ustaje krążenie i stwierdzić można to na podstawie oczywistych objawów i obserwacji, bez potrzeby wykonywania przykładowo angiografii wieńcowej, tak do przypadków śmierci mózgowej zastosowano uproszczoną analogię: wykonywanie angiografii mózgowej nie jest konieczne. Wprost nie do uwierzenia jest fakt, iż Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej) nie uzasadnia zasad takiego postępowania, ani nie podaje powodu, dla którego śmierć w wyniku ustania krążenia równoznaczna jest w swej nieodwracalności ze śmiercią w wyniku stwierdzenia śmierci pnia mózgu. Jedyne porównanie zawarte w dokumencie wskazuje, iż w obu przypadkach stwierdzenia śmierci, nie oznacza to, iż „wszystkie tkanki i komórki są martwe”¹⁵.

Kryteria postępowania w uznaniu człowieka za zmarłego w poszczególnych krajach, a nawet w obrębie regionów tego samego państwa bywają niejednolite do tego stopnia, iż pacjent danej placówki medycznej, w której wciąż określany jest jako żywy, w innej instytucji, podlegającej odmiennym rozporządzeniom, będąc

¹³ Conference of the Medical Royal Colleges and Faculties In the U. K., w: *Diagnosis of brain death*, “British Medical Journal”, (1976)2, s. 695-698.

¹⁴ Conference of the Medical Royal Colleges and Faculties in the U.K., w: *Memorandum on the diagnosis of death*, “British Medical Journal”, (1979)1, s. 332.

¹⁵ Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), 3.3.2. DZ.U.MZ.96.13.36.

w identycznym stanie medycznym posiada już status zwłok¹⁶. Nie sposób szczegółowo omówić i wyodrębnić procedur stosowanych we wszystkich krajach, dlatego niniejszy problem przedstawiony został na przykładzie postępowania w Polsce.

Postępowanie kwalifikacyjne stwierdzające śmierć pnia mózgu pacjenta składa się z dwóch etapów. W pierwszym z nich analizowane są dwie grupy kryteriów: tzw. „stwierdzenia” i „wykluczenia”. Stwierdzenia zakładają, iż pacjent musi być w śpiączce, jest sztucznie wentylowany, przyczyna śpiączki została rozpoznana, wystąpiło pierwotne lub wtórne uszkodzenie mózgu, oraz wobec wyczerpania perspektyw terapeutycznych i upływu czasu uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne. Wykluczenia zaś obejmują chorych zatrutych oraz będących pod wpływem takich substancji jak narkotyki, środki nasenne, neuroleptyki, środki usypiające i zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane, pacjentów w stanie hipotermii, noworodki donoszone poniżej siódmego dnia życia oraz chorych z zaburzeniami endokrynologicznymi i metabolicznymi¹⁷. Jeżeli chory spełnia wszystkie pięć warunków zawartych w stwierdzeniach, jednocześnie nie może spełniać żadnego kryterium z zakresu wykluczeń. Wówczas można wysnuć podejrzenie śmierci pnia mózgu i przejść do drugiego etapu postępowania.

W tej fazie ordynator jednostki medycznej lub upoważniony przez niego lekarz dokonuje dwukrotnych badań przeprowadzanych w odstępie trzech godzin, mających wykazać nieobecność odruchów pniowych¹⁸ oraz stwierdzić trwałe bezdech. Dokładniejsze i bardziej zaawansowane badania instrumentalne, takie jak

¹⁶ J.M. Norkowski, *Medycyna na krawędzi*, dz. cyt., s. 202.

¹⁷ Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2007 r. (poz. 547) w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, s. 2-3.

¹⁸ Do odruchów pniowych zalicza się: brak reakcji źrenic na światło, brak odruchu rogówkowego, brak ruchów gałek ocznych spontanicznych, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej, brak reakcji ruchowych na bodźce bólowe w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych oraz brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe, zastosowane w obszarze unerwienia

elektroencefalografia (EEG)¹⁹, oceniające bioelektryczną czynność mózgu, a więc stan sprawnościowy ośrodkowego układu nerwowego, multimedialne potencjały wywołane oraz ocenę krążenia mózgowego wykonuje się tylko w niektórych przypadkach²⁰. Należą do nich jedynie: rozległe urazy twarzoczaszki, uszkodzenia podnamiotowe mózgu, obecność nietypowych odruchów oraz w przypadku kontaktu chorego z niektórymi środkami trującymi i farmakologicznymi²¹. Jeżeli powyższe kryteria zostają spełnione, wówczas pacjenta można uznać za zmarłego w wyniku śmierci mózgowej. W przypadku zaś, gdy pacjent nie kwalifikuje się do wykonania EEG i pozostałych badań, co uwarunkowane jest wymienionymi przypadłościami, procedura uznania go za zmarłego w oparciu o kryteria śmierci mózgowej trwa zaledwie trzy godziny. Decyzję w obu przypadkach wydaje komisja do spraw stwierdzania śmierci mózgu złożona z trzech lekarzy, w której skład wchodzi co najmniej jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz specjalista w dziedzinie neurologii i neurochirurgii²².

rdzeniowego, brak odruchów wymiotnych i kaszlowych, oraz brak odruchu oczno-mózgowego. Por. J. M. Norkowski, *Medycyna na krawędzi*, dz. cyt., s. 194.

¹⁹ S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Neurofizjologia*, Kraków 1998, s. 135-141.

²⁰ Brak potrzeby przeprowadzania badania EEG u pacjentów z podejrzeniem śmierci mózgowej, rzekomo miał udowodnić eksperyment przeprowadzony przez grupę ekspertów w USA. Wyniki przedsięwzięcia jednak mogą budzić wątpliwości. Do badania zaangażowano 25 pacjentów z orzeczeniem śmierci mózgowej. 9 z nich poddano badaniu EEG, które zgodnie z założeniami miało wykazać za pomocą „płaskiego zapisu” brak aktywności mózgu. Zapisy 2 pacjentów wyraźnie wskazywały na istniejącą aktywność ich mózgow. Pomimo tego faktu uznano, iż przeprowadzanie badania EEG u pacjentów z podejrzeniem śmierci mózgowej nie jest konieczne. A 2 powyższe przypadki aktywności uznano za prawidłowość na tle biologicznym, będącym odruchem bez znaczenia dla badanej sprawy. P.A. Byrne, W.F. Weaver, *Brain Death is not Death*, “Brain death and disorders of consciousness. Advances in experimental medicine and biology”, red. C. Machado, A. Shewmon, New York 2004, s. 3.

²¹ Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2007 r. (poz. 547) w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, s. 6-7.

²² J. M. Norkowski, *Medycyna na krawędzi*, dz. cyt., s. 195.

W powyżej opisanym postępowaniu, pacjent zostaje uznany za zmarłego w momencie uznania pnia mózgu za martwy. Od tego momentu oficjalnie wentylowane są już zwłoki²³, a nie żywy pacjent, zaś obowiązek terapeutyczny wobec niego ustaje²⁴.

Stosowanie zaawansowanych badań instrumentalnych jedynie w wybranych przypadkach oraz zawarte w procedurach postępowania stwierdzenie, iż do orzeczenia nieodwracalnego uszkodzenia pnia mózgu wystarczający jest „brak określonych odruchów nerwowych i brak spontanicznej czynności oddechowej”²⁵ może budzić niepokój. Zwłaszcza, jeżeli mowa tu przecież o prostych „badaniach” obserwacyjnych dokonywanych przy łóżku chorego, z przeprowadzeniem których w znacznej części poradziłaby sobie większość z nas, niebędących specjalistami w zakresie medycyny. Czy przy podejmowaniu tak poważnej decyzji, jaką jest uznanie człowieka za zmarłego proponowana diagnostyka jest wystarczająca? Dobór kryteriów oraz ich jakość podważana jest nie tylko w środowiskach bioetycznych. Budzi poważne zastrzeżenia także wśród pracowników służby zdrowia, lekarzy, w tym także samych zespołów transplantacyjnych.

Warto w tym miejscu przyrzeć się również wykluczeniu większości pacjentów spośród tych, którzy poddawani są zaawansowanym badaniom, m.in. wspomnianemu EEG. Aż 8% chorych z podejrzeniem śmierci mózgowej, u których wykonuje się to badanie, wykazuje aktywność mózgu²⁶. Tak wskazywały wyniki badań przeprowadzone w 1975 roku. W 2002 roku zaś w podobnych badaniach zauważono już, iż taką aktywność wykazuje aż 40% pacjentów²⁷. Ta znaczna rozbieżność wynikać może z postępu technologicznego na przestrzeni

²³ Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2007 r. (poz. 547) w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, s. 8.

²⁴ Tamże.

²⁵ Tamże, s. 1

²⁶ A.E. Walker, *Cerebral Death, 2 The Nervous System*, “The Clinical Neurosciences”, 75, Tower&Chase, 1975.

²⁷ I.H. Kerridge i wsp. *Death, dying, and donation: organ transplantation and the diagnosis of Death*, „Journal Medicine. Ethics”, (2002)28, s. 90.

lat, jak i poszerzenia procedury diagnostycznej. Niewątpliwie oznacza jednak, iż mózg pacjenta nadal funkcjonuje, choć nie ma on możliwości zasygnalizowania swojej aktywności i niewykluczone, iż również świadomości stanu w jakim znajduje się pacjent. Podobnego zdania są także niektórzy neurologi, zwłaszcza, jeżeli jest mowa o kryterium śmierci pnia mózgu. J. Hill, anestezjolog z Richmond zauważa, iż całkowita utrata świadomości, może być jedynie domniemana, bowiem nie istnieją aktualnie żadne medyczne metody sprawdzenia tego stanu z całkowitą pewnością²⁸, a sama reakcja dawcy na czynności chirurgiczne podczas pobierania narządów nie różni się niczym od zachowania podczas innych zabiegów osób oficjalnie żyjących: wzrasta ciśnienie krwi, dochodzi do napięcia mięśni, pojawiania się zmiany mimiki twarzy, dochodzi do znacznego przyspieszenia akcji serca (tachykardia)²⁹, a dawcom przed zabiegiem pobrania organów podawane jest również znieczulenie ogólne³⁰, co według samych zwolenników śmierci mózgowej „powinno również usmierzyć wszelkie obawy co do rezydualnej zdolności odczuwania”³¹. Mowa tu o możliwości odczuwania przez dawcę bólu spowodowanego chirurgicznym naruszeniem ciała.

W Polsce, gdzie zaakceptowane jest kryterium śmierci pnia mózgu, w większości przypadków dochodzi do jej stwierdzenia jedynie po wykonaniu prostych badań przy łóżku pacjenta, mających na celu wykazanie nieodwracalnego braku odruchów rdzeniowych. Niemal identyczne objawy mogą jednak towarzyszyć takim schorzeniom

²⁸ J. Hill, *Brain stem death: a United Kingdom anaesthetist's view*, “Beyond Brain Death. The Case Against Brain Based Criteria for Human Death” red. M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, Dordrecht 2001, s. 162.

²⁹ Tamże s. 163.

³⁰ Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), 3.3.2. DZ.U. Nr 138 poz. 682.

³¹ C. Pallis, D.H. Harley, *ABC of Brain Stem Death*, London 1996.

jak zapalenie rdzenia przedłużonego³² oraz zespół Guillain-Barre³³, w których przypadku stan ten jest odwracalny. Ponadto, nie istnieje również obowiązek przeprowadzania wszystkich wymienionych badań w zakresie sprawdzania odruchów rdzeniowych³⁴. Przykładowo, sprawdzenia obecności reakcji źrenic na światło można swobodnie zaniechać przy opuchliznie powiek pacjenta, co jeszcze bardziej zawęża spektrum możliwości dla zbadania faktycznego stanu pacjenta. Hill zauważa dodatkowo, iż podczas badań odruchów pniowych, nie są badane węch ani wzrok, gdyż zmysły te związane są z pierwszym i drugim nerwem czaszkowym, które nie przechodzą w ogóle przez pień mózgu³⁵.

Podobnie podczas badań nie uwzględnia się ośrodka naczyniowo-ruchowego znajdującego się w rdzeniu przedłużonym oraz ewentualnych przejawów jego aktywności, pomija się zdolność do działania dolnego ośrodka ruchowego przełyku, który jest jednym z sygnałów aktywności rdzenia przedłużonego³⁶. Zwolennicy postanowień harwardzkich sami przyznają, iż nie da się stwierdzić nieodwracalnego ustania aktywności mózgu z diagnozą śmierci mózgowej. W wielu przypadkach sprawne pozostają takie elementy jak podwzgórze i przysadka, mózdzek, jądra podkorowe, czy wzgórze, którego czynność świadczyć może właśnie chociażby o możliwości odczuwania przez pacjenta bólu³⁷.

Niewykonanie wystarczających, czy adekwatnych do stanu pacjenta badań lub istniejące opinie przekonujące o niemożności naukowego wykazania pewnych faktów medycznych mogłyby wydawać

³² K. R a g o s t a, *Miller – Fischer syndrome, a brainstem encephalitis, mimics brain death*, „Clinical Pediatrics” (Philadelphia), 1993, 32, s. 685-687.

³³ N.R. C o a d, A.J. B y r n e, *Guillan-Barre syndrome mimicking brainstem death*, „Anesthesia”, (1990)45, s. 456-457.

³⁴ J. H i l l, *Brain stem death: a United Kingdom anaesthetist's view*, dz. cyt., s. 163.

³⁵ Tamże.

³⁶ Tamże, s. 164.

³⁷ D.A. S h e w m o n, *The ABC of PVS. Problems of definition*, „Proceedings of the IV International Symposium on Coma and Death”, New York 2004, s. 219.

się dostatecznym bodźcem budzącym już znaczne wątpliwości co do zaistnienia śmierci mózgowej. Jednakże jeszcze większych kontrowersji może dostarczać próba bezdechu, która nie tylko nie stanowi niezbitego dowodu na rzekomo istniejący nieodwracalny stan śmierci mózgowej pacjenta, ale jest działaniem znacznie szkodzącym choremu i realnie pogłębiającym stopień uszkodzenia mózgu.

Próba bezdechu bowiem wykonywana po badaniu odruchów pniowych polega na odłączeniu pacjenta od respiratora na czas dziesięciu minut celem wykazania braku reaktywności ośrodka oddechowego. Podczas tego okresu obserwuje się klatkę piersiową oraz nadbrzusze pacjenta. Jeżeli nie dochodzi do żadnej reakcji i mięśnie wymienionych rejonów nie podejmują ruchu, wówczas uznaje się bezdech za trwały³⁸. Istotny jest fakt, iż badanie bezdechu wiąże się z nagłym spadkiem ciśnienia, który znacznie zmniejsza przepływ krwi w mózgu. Ponadto w organizmie dochodzi do zwiększenia poziomu dwutlenku węgla (hiperkapnia) i tym samym zmniejszenia ilości tlenu (hipoksja) wykonaniu badania w prosty sposób prowadzi do właściwego i nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, a nawet śmierci chorego³⁹. Wyniki badań pacjentów poddanych badaniu bezdechu oraz tych, którzy tej próby nie doświadczyli wykazuje znacznie większe zmiany i uszkodzenie mózgu w grupie pierwszej, w której do owej próby doszło. W tej grupie także pomimo wykonania próby bezdechu, zdarzały się przypadki, w których mózg nie uległ całkowitej martwicy. Fale alfa odpowiedzialne m.in. za zdolności szybkiego uczenia się⁴⁰ były obecne, a os podwzgórzowo-przysadkowa, odpowiedzialna

³⁸ Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. (poz.547).

³⁹ C.G. Coimbra, *Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death*, "Brazilian Journal of Medical and Biological research", 32(1479), Ribeirão 1999 s. 1483.

⁴⁰ A. Michajlik, W. Ramotowski, *Anatomia i fizjologia człowieka*, Warszawa 2009, s. 500; S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Neurofizjologia*, dz. cyt., s. 139.

choćby za produkcję niektórych hormonów⁴¹, pomimo zapewnień o braku możliwości jej funkcjonowania, była aktywna⁴².

Badania sekcyjne dawców z orzeczeniem śmierci mózgowej wykazują, iż zaledwie u 40% z nich mózg uszkodzony był w stopniu znacznym, u 50% zmiany były niewielkie, zaś u 10% stwierdzenie naoczne uszkodzeń lub zmian było niemożliwe do zaobserwowania. Pień mózgu u 15% badanych pod względem morfologicznym był prawidłowy⁴³. Oznacza to, iż około 60% wyników sekcyjnych pacjentów z orzeczeniem śmierci mózgowej pokrywa się w zakresie uszkodzeń mózgu z wynikami pacjentów innych kategorii chorobowych⁴⁴. Fakt ten dostarcza kolejnych wątpliwości natury medycznej, co do słuszności nowej definicji śmierci wprowadzonej przez Komisję Harvardzką.

Przeprowadzenie wspomnianej próby bezdechu jest równoznaczne z zaprzestaniem ratowania pacjenta i rozpoczęciem procedur zmierzających do pobrania od niego narządów. Ciężko jest stwierdzić, iż czynności z zakresu pierwszego etapu procedury orzekania o śmierci mózgowej bez naukowych i medycznych podstaw dla nich jest postępowaniem na rzecz dobra człowieka, zwłaszcza, jeśli są to działania dla chorego szkodliwe, zważywszy na fakt, iż dokonuje się ich na wciąż jeszcze żywym pacjencie. Podobnie trudno jest uzasadniać martwicę mózgu i tym samym uzyskać spełnienie kryteriów śmierci mózgowej, jeżeli istnieje ogromne prawdopodobieństwo, iż doszło do niej właśnie w trakcie postępowania diagnostycznego.

Niespójności i nieścisłości obecne na gruncie przeprowadzania diagnostyki śmierci mózgowej mają swoje odzwierciedlenie także na przykładzie konkretnych przypadków medycznych. Czterdziestopięcioletni Paryżanin, który obudził się na stole operacyjnym tuż przed

⁴¹ S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Neurofizjologia*, dz. cyt., s. 265.

⁴² C.G. Coimbra, *Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death*, dz. cyt., s. 1479-1487.

⁴³ The NINCDS Collaborative Study of Brain Death, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health. NIH Publication, No. 81-2286, 1980, Nr 24.

⁴⁴ J. M. Norowski, *Człowiek umiera tylko raz*, Warszawa 2013, s. 97-98.

pobranem od niego organów do przeszczepu⁴⁵, głośna sprawa Madeleine Gauron, u której stwierdzono śmierć mózgową i chciano pobrać narządy, a następnego dnia wybudziła się ze śpiączki i powróciła do dawnego życia⁴⁶, czy przypadek opisany przez samego anestezjologa, będącego świadkiem rozpoczęcia samodzielnego oddychania przez dawkę podczas pobierania od niego narządów (niestety na krótko po fakcie zaszycia żyły głównej wątrobowej i pobraniu wątroby⁴⁷), to zaledwie kilka spośród wielu przypadków błędnych orzeczeń śmierci mózkowej i za razem jedne z niewielu sytuacji, w którym udało się zaniechać procedury eksplantacji organów przed realnym zabiciem pacjenta. Tego typu sytuacje powodują, iż terapia transplantacyjna nie może cieszyć się tak wielką aprobatą, jak wiele innych dokonań medycznych poprawiających stan zdrowia pacjentów do niedawna jeszcze nieuleczalnych. Każdy zabieg bowiem niesie ze sobą ryzyko powikłań, czy brak pełnej gwarancji na powodzenie, jednakże w przypadku transplantacji narządów, zwłaszcza *ex mortuo*, ryzyko to posiada znacznie szersze, często nieprzewidywalne spectrum powikłań.

Ryzyko postawienia błędnej diagnozy u potencjalnego dawcy to jedno, zaś konsekwencje transplantacji u biorecy to zupełnie innego rzędu zagrożenie, nie tylko dla jego zdrowia, ale także i życia. Podczas wykonywania procedur transplantacyjnych zdarzają się bowiem niepowodzenia, które podzielić można na proceduralne, o naturze technologicznej, oraz osobowe, związane nierzadko z członkami

⁴⁵ Ola, *45-latek ożył na stole operacyjnym*, w: „Deser.pl”, http://deser.gazeta.pl/deser/1,83453,5305565,45_latek_ozy_l_na_stole_operacyjnym.html, (data dostępu: 12.07.2016)

⁴⁶ R. M i l e t t e, *Brain Death Quebec woman wakes up after family refuses organ donation*, „LifeSite”, <https://www.lifesitenews.com/news/brain-dead-quebec-woman-wakes-up-after-family-refuses-organ-donation>, data dostępu: (13.07.2016)

⁴⁷ Jak wynika z późniejszych analiz karty chorobowej pacjenta, próbował on podjąć samodzielny oddech już podczas przeprowadzania próby bezdechu, jednakże lekarze należący do komisji orzekającej śmierć stwierdzili, iż wszystkie niezbędne do takiego orzeczenia warunki zostały spełnione. Por. J.M. N o r k o w s k i, *Człowiek umiera tylko raz*, dz. cyt., s. 108.

zespołów medycznych, biorących udział przy przeprowadzaniu omawianych zabiegów.

Do sytuacji o charakterze proceduralnym oprócz możliwości odrzucenia przez biorcę przeszczepu zaliczyć możemy m.in. zjawisko transmisji chorób o charakterze bakteryjnym, grzybiczym, wirusowym, a także nowotworowym. Znane są przypadki⁴⁸, w których w niedalekim czasie od otrzymania przeszczepionego organu doszło do rozwoju choroby, związanej *stricte* z przeprowadzoną transplantacją. Sytuacja taka miała miejsce także w Polsce. Od zdrowego (co stwierdzono podczas wywiadu z rodziną odnośnie do nieobecności żadnych chorób przewlekłych) dziewiętnastoletniego zmarłego dawcy, trzem biorcom przeszczepiono organy zmarłego. Dwoje z trojga biorców na przestrzeni kilku miesięcy od przeprowadzonych operacji zachorowało na ten sam typ nowotworu – białaczkę o ostrej odmianie. U trzeciego z nich zaś pojawiły się znaczne problemy z chodzeniem⁴⁹. Jak podobne przypadki komentuje polskie środowisko transplantologów? Dyrektor ds. medycznych Poltransplantu – Jarosław Czerwiński przyznał, że wiele osób po transplantacji narządów rzeczywiście zmagają się z chorobą nowotworową. Stwierdził jednak, iż nie istnieje naukowo udowodniony fakt, iż zaistnienie tych chorób u biorców jest wynikiem przeszczepienia i niejako pochodzi od obcego organu⁵⁰. Nieco inne zdanie mają jednak na ten temat naukowcy w Stanach Zjednoczonych, badający owo zagadnienie pod kierownictwem prof. Izraela Penna. Prowadzą oni specjalny rejestr,

⁴⁸ D. Xiao, J.C. Craig, J.R. Chapman, B. Dominguez-Gil, A. Tong, G. Wong, *Donor Cancer Transmission in Kidney Transplantation: A Systematic Review*, „American Journal of Transplantation”, (2013)13, s. 2645-2652.

⁴⁹ W. Bółoz, *Prawa i godność człowieka we współczesnej bioetyce*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2 (2004), s. 189-2012.

⁵⁰ J. Brzuszkiewicz, *Lekarz odpowie za przeszczepienie nowotworu*, Gazeta.pl, por. <http://krewniacy.com.pl/?action=showArticle&id=4530>, (data dostępu: 03.05.2016)

który jasno ukazuje ścisłą zależność między zaistniałym u biorców nowotworem a wcześniejszym przeszczepieniem organu⁵¹.

Czy podobnym wypadkom można zapobiec? Teoretycznie tak. Po eksplantacji narządów od dawcy należałoby przeprowadzić szereg badań tych organów (m. in. USG narządu, biopsję, tomografię komputerową), by wykluczyć ewentualne obciążenie chorobą nowotworową lub już istniejące schorzenie. Wszystkie te działania jednak wymagają nie tylko dodatkowych nakładów finansowych, ale także znacznie wydłużyłyby procedurę, nawet do kilku dni, znacznie przekraczając termin przydatności organów. W przypadku nerki bowiem jest to maksymalnie 48 godzin, zaś jeśli chodzi o wątrobę, zaledwie kilkanaście⁵². W obliczu istniejącego deficytu narządów do przeszczepu, zastosowanie procedur zwiększających szanse na zdrowy zabieg dodatkowo zmniejszyłyby ilość wykonywanych operacji, co wydłużyłoby i tak już długą listę potencjalnych biorców.

3. EKONOMIA SUMIENIA A PODMIOTOWOŚĆ CZŁOWIEKA

Każdy z oczekujących na przeszczep, poza indywidualnym dla niego stanem chorobowym, poza nadzorem medycznym podlega także opiece psychologicznej, w ramach której łagodzi się poziom stresu związany z oczekiwaniem na przeszczep, neutralizuje lęk spowodowany samą operacją i stanem zdrowia po zabiegu oraz pomaga w zmianie trybu życia po opuszczeniu szpitala⁵³.

Potencjalny biorca bezpośrednio oczekuje na narząd drugiego człowieka. W obliczu znajdowania się w trudnej sytuacji, pacjenci tacy często wypierają ze świadomości fakt, iż pośrednio stan w jakim

⁵¹ Lista publikacji na ten temat dostępna jest pod adresem: <https://ipittr.uc.edu/publications#section01>, data dostępu: 03.05.2016.

⁵² S. Biąły, *Etyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych i ich pamięci*, Warszawa 2011, s. 90-91.

⁵³ B. Bętkowska – Korpala, *Przydatność relacyjnej koncepcji stresu w chorych kwalifikowanych do przeszczepu serca*, „Sztuka Leczenia”, IV(1998)2, s. 51-56.

się wówczas znajdują, jest oczekiwaniem na czyjąś śmierć⁵⁴. Dotyczy to nie tylko samego biorcy, ale także jego bliskich oraz lekarzy dokonujących przeszczepień i prowadzących tych pacjentów. Chęć ratowania własnego życia staje się zatem wartością naczelną, a nawet pragnieniem przeżycia dosłownie za wszelką cenę, co często pomijane jest w rozważaniach natury etycznej⁵⁵. Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej, kiedy biorcą jest osoba wierząca. Pojawia się wówczas pytanie, czy modlitwa o wyzdrowienie, poniekąd nie staje się tak naprawdę modlitwą o śmierć bliźniego. Z jednej strony stan chorobowy, czy wypadek, w wyniku którego dana osoba staje się dawcą odbywa się bez bezpośredniego udziału biorcy. Z drugiej jednak, wciąż obecna jest pewna intencja oczekującego na przeszczep, a co za tym idzie ogromny „koszt moralny” związany z zastosowaniem terapii transplantacyjnej. Oczywiście można byłoby tłumaczyć taką sytuację pragnieniem biorcy polegającym na zawierzeniu swojego stanu Bogu i pokładaniu w Nim nadziei na szczęśliwe rozwiązanie zaistniałej sytuacji. Jednakże niezależnie od tego jak dana prośba, czy modlitwa zostaną sformułowane (czego nie jesteśmy w stanie stwierdzić empirycznie z całkowitą pewnością), to zawsze realizacja ich w przypadku dokonania przeszczepu *ex mortuo* dokonywana jest środkami ludzkimi⁵⁶. Trudno wyobrazić sobie „znalezienie się” odpowiedniego do przeszczepu serca inną drogą niż poprzez śmierć człowieka, który w tym przypadku staje się dawcą.

Takie ujęcie problemu oczekiwania biorcy na śmierć dawcy może wskazywać na pewien przejaw relatywizmu, maksymalizacji podejścia logicznego czy skrajności moralnej, bez postrzegania człowieka przez pryzmat realnego życia. Jednakże nie należy zapominać, iż naczelną wartością jaką posiada człowiek jest godność i prawo do życia, niezależnie od stanu w jakim aktualnie się znajduje.

⁵⁴ J. K o p a n i a, *Transplantacje – oznaka nowej moralności*, „Kwartalnik Filozoficzny”, XXVII, 1, 1999, s. 47-69.

⁵⁵ J. K o p a n i a, *Niemoralny aspekt transplantacji*, „W drodze”, 1(281), 1997, s.39-40.

⁵⁶ M. N o w a c k a, *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003, s. 150.

Argumenty ekonomiczne i uporczywa terapia, emocjonalność związana z nazwaniem oddania własnych narządów „największym darem”, czy też potrzeba uratowania biorcy i techniczne przedłużenie życia dzięki postępującym możliwościom medycznym nie mogą wysuwać się na plan pierwszy, przesłaniając tym samym niezbywalną wagę uniwersalnych wartości, takich jak godność osobowa, szacunek dla osoby ludzkiej i kierowanie się działaniem na rzecz jej dobra. Niedopuszczalnym jest, aby w momencie gdy pacjent staje się dawcą, podejmowane wobec niego działania stały się postępowaniem ukierunkowanym na ocalenie zdrowia lub życia innego człowieka⁵⁷. Działania takie skutkują instrumentalizacją osoby ludzkiej, a tym samym pozbawienia jej należnych wartości.

Praktyki lekarskie od najwcześniejszych epok nastawione były na walkę z chorobą. Za cel miały dobro pacjenta, niezależnie od stanu w jakim ten się znajdował. Priorytetem w podejmowaniu decyzji o formie i zakresie leczenia był sam człowiek, ratowanie jego życia, uczynienie wszystkiego by przeżył, w ramach dostępnych środków⁵⁸. W okresie powojennym doszło do dynamicznego rozwoju metod i technik leczenia, co spowodowało pewne przesunięcie celu działań medycznych. Za cel zaczęto obierać m. in. przedłużanie życia i poprawianie jego jakości. Można byłoby stwierdzić, iż cele te mogą w równym stopniu dotyczyć dawcy jak i biorcy. Jednakże w obliczu wprowadzenia koncepcji śmierci mózgowej, pomimo wielu głosów sprzeciwu wobec jej poprawności, do głosu doszła pewna ekonomia terapeutyczna. Pobranie narządów ratuje życie kilku biorcom, zatem utrzymywanie przy życiu jednej osoby w stanie „nieodwracalnym” wydaje się w tym przypadku niekorzystne i niewłaściwe.

Czy tak rozumiana jakość życia wyczerpuje możliwości polemiki i usprawiedliwia działania podejmowane względem pacjentów kwalifikujących się do stwierdzenia u nich śmierci mózgowej?

⁵⁷ M. Machinek, *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*, Olsztyn 2004, s. 37-38.

⁵⁸ W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009, s. 229.

Argumentacja „za” transplantacjami *ex mortuo* z pewnością byłaby mniej kontrowersyjna, jeżeli pełnej diagnostyce pacjentów w tymże stanie byliby poddawani wszyscy chorzy, u których wysunięto podejrzenie takiego stanu. Tak się jednak nie dzieje.

Zagadnienie jakości życia rozpatrywać można nie tylko poprzez pryzmat różnych kryteriów zewnętrznych, jak chociażby ekonomicznych, społecznych czy egzystencjalnych, ale także z perspektywy danego podmiotu. Większość definicji bowiem, traktuje problem jakości życia w sposób obiektywny, bazując na kryteriach określonych i zaakceptowanych przez większość społeczeństwa. W rzeczywistości jednak to, co dla jednej osoby jest satysfakcjonujące, dla drugiej już takie być nie musi. Istotne zatem są w tym przypadku wewnętrzne przekonania każdej z osób, jej przekonania i wartościowanie poszczególnych kwestii, które w całości składają się na szeroko rozumianą jakość życia⁵⁹. Chcąc przełożyć takie pojmowanie jakości życia na grunt transplantacji *ex mortuo* oraz mając dodatkowo na uwadze obowiązującą m. in. w Polsce zasadę zgody domniemanej, trudno jest z całą pewnością stwierdzić, iż uznanie pacjenta za zmarłego nie mając co do tego jednoznacznej pewności natury medycznej jest rzeczywistym działaniem na rzecz jego dobra. Nie każdy bowiem, nawet w obliczu przewlekłego stanu chorobowego, jego nieuleczalności, czy towarzyszącym mu dolegliwościom, decyduje się na eutanazję w imię niskiego poziomu jakości życia. Istnieje zaś uzasadnione ryzyko, iż w przypadku pacjentów będących w stanie śmierci mózgowej, może dochodzić do dokonywania podobnych decyzji niejako w ich imieniu, co dalekie jest od poszanowania ludzkiego życia, jego godności i działania na rzecz jego dobra.

Problem jakości życia w obrębie transplantacji *ex mortuo* dotyczy nie tylko potencjalnego dawcy i oczekującego biorcy, ale także tych osób, którym już przeszczepiono potrzebny narząd. Ich życie nie jest bowiem nieograniczone. Przeszczepienie organu, pod warunkiem jego przyjęcia, wiąże się ze stałym przyjmowaniem leków

⁵⁹ A. Aleksisńska, *Pojęcie jakości życia*, Portal psychologiczny „Psychologia.net.pl”, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=231>, (data dostępu: 12.07.2016)

immunosupresyjnych, stałą kontrolą lekarską, zmianą trybu życia. Jednakże istnieje ryzyko wystąpienia wielu powikłań, w tym poważnych stanów chorobowych, co także znacznie wpływa na kwestie jakości życia⁶⁰.

Użyteczna śmierć, uporczywa terapia, jakość życia to pojęcia, których na gruncie terapii transplantacyjnej pominąć nie można. Wszystkie bowiem wpisują się w niewątpliwy dramat potencjalnego dawcy jak i oczekującego na narządy biorcy. Są to także zagadnienia, wobec których wypracowanie jednego spójnego stanowiska jest w zasadzie niemożliwe. W każdym z nich bowiem hierarchizuje się pewne wartości, kosztem pominięcia innych. A w każdym z przytoczonych argumentów swoje odzwierciedlenie znajduje któraś z dziedzin życia społecznego. Wypracowanie konsensusu w tej materii to nadal kwestia otwarta, wymagająca ciągłego namysłu. Należy jednak pamiętać, iż centrum i jednocześnie punktem odniesienia rozważań dotyczących rozwoju medycyny, techniki i nowych możliwości powinien być człowiek, poprzez niekwestionowane działanie na rzecz jego dobra oraz poszanowanie jego osobowej godności.

4. ILE MIŁOSIERDZIA W MIŁOSIERDZIU?

Miłosierdzie chrześcijańskie swoim zasięgiem obejmuje wszystkich ludzi, których dotyka cierpienie. W jego naturze znajduje się pomoc bliźniemu i odpowiedź na wszystkie jego potrzeby⁶¹. Potrzeby te posiadają jednak różne formy oraz indywidualną hierarchię. Jednym z rozróżnień, jakie można popełnić ich względem to podział na potrzeby nadprzyrodzone, duchowe i cielesne⁶². Sfera życia związana z potrzebami nadprzyrodzonymi ma utwierdzać w świadomości

⁶⁰ S. Biały, *Etyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych i ich pamięci*, dz. cyt., s. 89-91.

⁶¹ F. Woronowski, *Zarys teologii pastoralnej*, t. 2, s. 347-351.

⁶² Z. Kortowski, *Misterium miłosierdzia wobec chorych*, Łomża 1998, s. 15-16.

zbawczego charakteru tego, co nas spotyka, przypominać, iż nasze doświadczenia mają źródło w miłości Boga. Spełnienie choćby tylko tych potrzeb, pomimo ewentualnego braku realizacji potrzeb pozostałych i tak stanowi wyraz ubogacenia człowieka w drodze do jego zbawienia.

Do potrzeb duchowych natomiast zaliczyć możemy życzliwość, poszanowanie, cierpliwość, zrozumienie, czy pocieszenie. Wszystkie te wartości są nam w pewien sposób niezbędne do przeżywania naszego cierpienia, a wzajemne ich doświadczanie pomaga nam lepiej zrozumieć sens cierpienia i umożliwia częstokroć przeżywanie choroby, czy niepowodzeń w sposób bardziej racjonalny, świadomy i spokojny.

Najbardziej widocznymi potrzebami i za razem nieodłącznymi sferze materialnej życia ludzkiego są potrzeby cielesne. Wokół nich mogą skupiać się takie aspekty jak spełnienie warunków niezbędnych dla rekonwalescencji chorego, ulżenie w cierpieniu związanym z chorobą, bezpośrednia pomoc w formie wykonania czynności, które mogą uratować życie chorego. W rys ostatniej z wymienionych form miłosierdzia wpisuje się właśnie terapia transplantacyjna *ex mortuo*. Niewątpliwie przekazanie „części” siebie osobie potrzebującej w przypadku, gdy i tak nie mamy szans na powrót do zdrowia i zachowanie życia, wydaje się być jednym z najszlachetniejszych działań wobec bliźniego znajdującego się w potrzebie.

Z niesieniem tego typu pomocy chorym nierozzerwalnie związana jest kategoria dobra. Oddanie narządu jawi się bowiem jako jego największy wyraz. Jednak, aby dobro to mogło być obecne w pełni poprzez oddanie komuś swoich organów, powinno obejmować tak biorcę, jak i dawcę. W tym miejscu napotykamy jednak realny problem. O ile biorca z chwilą przeszczepienia narządu zyskuje szansę na nowe życie (choć nie pozostaje ono pozbawione szeregu powikłań i możliwych komplikacji znacznie obniżających jego jakość, tak w sferze fizjologicznej jak i psychologicznej), o tyle istnieje uzasadnione ryzyko, iż dawcę spotyka w tym miejscu znaczna niesprawiedliwość. Brak klarowności i spójnego stanowiska co do kryterium śmierci mózgowej poddaje cały proceder niepokojącym

wątpliwościom, tak natury medycznej, jak i moralnej. Jeżeli bowiem diagnostyka jest niewystarczająca, a pacjenci w stanie rzekomej śmierci mózgowej mają jednak szansę powrotu do zdrowia i życia, na co wskazuje wiele przesłanek, wówczas nie można stwierdzić, iż pobranie narządów od pacjenta (nawet jeżeli wyraził na takie postępowanie zgodę, lub nie zgłosił wyraźnego sprzeciwu) jest działaniem na rzecz jego dobra, które w swej naturze nierozzerwalnie wpisane jest w chrześcijańskie miłosierdzie.

Z pewnością wielu z nas zgodziłoby się na oddanie własnych narządów po śmierci celem ratowania życia innych ludzi. Czyn ten jest bez wątpienia działaniem szlachetnym i miłosiernym. Czy jednak takie same przymioty posiada on w momencie, gdy nie jesteśmy w stanie stwierdzić, iż śmierć dawcy przed eksplantacją organów rzeczywiście zaistniała? Wówczas dochodzi tak naprawdę do realizacji cudzych celów, z pominięciem niezbywalnego prawa człowieka, jakim jest prawo do życia. Nie godzi się w tak niepewnym naukowo przypadku sugerować i tłumaczyć postępowania transplantacyjnego kategorią jakości życia, oczekiwaniem potrzebującego biorcy czy wcześniej uzyskaną zgodą pacjenta. Należy pamiętać, iż potencjalny dawca godząc się na oddanie swoich narządów mógł znać jedynie pozytywne przekazy dotyczące transplantacji *ex mortuo*, a takich informacji jest zdecydowanie więcej niż tych, które procedurę orzekania śmierci mózgowej prezentują z bezstronną klarownością faktów naukowych, które budzą już uzasadnione wątpliwości.

ZAKOŃCZENIE

Kategoria chrześcijańskiego miłosierdzia jest niewątpliwie zagadnieniem potrzebnym, istotnym i aktualnym wobec dynamicznie zmieniającego i rozwijającego się otoczenia. Jednak wobec coraz bardziej wysublimowanych i skomplikowanych przypadków dla jego zastosowania niezbędny jest także równie pogłębiony namysł nad zasadnością nawoływania do wypełniania jego istoty. Nie wszystko bowiem, co hołubione i określane mianem działania na rzecz dobra człowieka, rzeczywiście zgodne jest z poszanowaniem jego osobowej

godności i tym samym staje się realnym przejawem wzrastania w miłości ukazanej nam przez Stwórcę.

***Ex mortuo* transplantation as an act of (no) mercy**

Summary

Christian Mercy is inseparably associated with acting for human good. One of the fields where such action is seen towards others and which is supported by Church and media is transplant therapy. However, are treatments of such type really in line with the respect for human dignity and can be regarded as an act of mercy? In order to answer the above questions it is a good idea to investigate the procedures which accompany organ transplantations, particularly including *ex mortuo* transplantations and brain death diagnosis with its medical justification. It is also essential to dwell on the quality of life, useful death, persistent therapy and widely understood term of conscience which appears in relation between donor and recipient. All these aspects make one think deeply on the validity and the proper assessment of *ex mortuo* transplantation especially when it is concerned as an action being in line with Christian Mercy.

Słowa kluczowe: miłosierdzie, transplantacje, śmierć mózgową, śmierć użyteczna, dawca

Key words: Christian mercy, transplantations, brain death, useful death, donor

Nota o autorce: Absolwentka Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej na Wydziale Teologicznym UKSW w Warszawie, w zakresie komunikacji medialno-kulturowej oraz komunikacji medialno-marketingowej, absolwentka Zespołu Szkół Muzycznych im. Fryderyka Chopina w Warszawie w klasie śpiewu solowego (dyplom z wyróżnieniem), od 2008 roku instruktor wokalny Dziecięco-Młodzieżowego Zespołu Ludowego „Koderki”, współautorka dwóch albumów muzycznych: „Po Nasymu i Wasymu” oraz „Kolędy i Pastorałki”, obszary zainteresowań: bioetyka, psychologia, komunikacja społeczna, tanatologia.

Bibliografia:

Aleksińska A., *Pojęcie jakości życia*, Portal psychologiczny „Psychologia.net.pl”, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=231>, (data dostępu: 12.07.2016).

- Beecher H.K. i wsp., *A Definition of Irreversible Coma*, Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard School, "Journal of the American Medical Association" 205 (6), 1968, s. 337-340.
- Bętkowska-Korpała B., *Przydatność relacyjnej koncepcji stresu w chorych kwalifikowanych do przeszczepu serca*, w: „Sztuka Leczenia”, IV(1998) 2, s. 51-56.
- Biały S., *Etyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych i ich pamięci*, Warszawa 2011.
- Bołoz W., *Prawa i godność człowieka we współczesnej bioetyce*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2(2004), s. 189-212.
- Brzuskiewicz J., *Lekarz odpowie za przeszczepienie nowotworu*, w: Gazeta.pl, por. <http://krewniacy.com.pl/?action=showArticle&id=4530>, (data dostępu: 13.07.2016).
- Byrne P.A., Weaver W.F., *Brain Death is not Death*, “Brain death and disorders of consciousness. Advances in experimental medicine and biology”, red. C. Machado, A. Shewmon, New York 2004, s. 43-49.
- Chańska W., *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009.
- Coad N.R., Byrne A.J., *Guillan-Barre syndrome mimicking brainstem death*, w: “Anesthesia”, (1990)45, s. 456-457.
- Coimbra C.G., *Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death*, “Brazilian Journal of Medical and Biological research”, 32, 1479, Ribeirão 1999 s. 1479-1487.
- Conference of the Medical Royal Colleges and Faculties In the U. K., w: *Diagnosis of brain death*, “British Medical Journal”, (1976) 2, s. 695-698.
- Conference of the Medical Royal Colleges and Faculties in the U.K., w: *Memo-randum on the diagnosis of death*, “British Medical Journal”, (1979)1, s. 332.
- Evans D.W., *The demise of "brain death" in Britain*, w: M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, *Beyond Brain Death. The Case Against Brain Based Criteria for Human Death*, Washington 2001, s. 139-158.
- Hill J., *Brain stem death: a United Kingdom anaesthetist's view*, “Beyond Brain Death. The Case Against Brain Based Criteria for Human Death” red. M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, Dordrecht 2001, s. 159-169.
- Jan Paweł II, *Redemptor hominis*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/r_hominis.html, (data dostępu: 13.07.2016).
- Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/evangelium_1.html, (data dostępu: 10.07.2016).
- Karta Pracowników Służby Zdrowia, Papieska Rada do Spraw Duszpasterstwa, Watykan 1995.

- Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 2009.
- Kerridge I.H. i wsp. *Death, dying, and donation: organ transplantation and the diagnosis of Death*, „Journal Medicine. Ethics”, (2002)28, s. 89-94.
- Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), 3.3.2. DZ.U.MZ.96.13.36.
- Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), 3.3.2. DZ.U. Nr 138 poz. 682.
- Konturek S., *Fizjologia człowieka. Neurofizjologia*, Kraków 1998.
- Kopania J., *Niemoralny aspekt transplantacji*, „W drodze”, 1(281), 1997, s. 39-40.
- Kopania J., *Transplantacje – oznaka nowej moralności*, „Kwartalnik Filozoficzny” XXVII(1999) 1, s. 47-69.
- Kortowski Z., *Misterium miłosierdzia wobec chorych*, Łomża 1998.
- Machinek M., *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*, Olsztyn 2004.
- Michajlik A., Ramotowski W., *Anatomia i fizjologia człowieka*, Warszawa 2009.
- Milette R., *Brain Death Quebec woman wakes up after family refuses organ donation*, „LifeSite”, <https://www.lifesitenews.com/news/brain-dead-quebec-woman-wakes-up-after-family-refuses-organ-donation>, (data dostępu: 13.07.2016).
- Mohandas A., Chou S.N., *Brain Death. A clinical and pathological study*, „Journal of Neurosurgery”, (1971)35, s. 211-218.
- Norkowski J.M., *Medycyna na krawędzi*, Radom 2011.
- Norkowski J.M., *Człowiek umiera tylko raz*, Warszawa 2013.
- Nowacka M., *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003.
- Ola, *45-latek ożył na stole operacyjnym*, w: „Deser.pl”, http://deser.gazeta.pl/deser/1,83453,5305565,45_latek_ozyl_na_stole_operacyjnym.html, data dostępu: 12.07.2016.
- Owsiak J., *Miłosierdzie – owoc nadziei*, w: D. Bąk, K. Szałata (red.), *Światło nadziei*, Warszawa 2000.
- Pallis C., Harley D.H., *ABC of Brain Stem Death*, London 1996.
- Ragosta K., *Miller – Fischer syndrome, a brainstem encephalitis, mimics brain death*, „Clinical Pediatrics” (Philadelphia), (1993)32, s. 685-687.
- Shewmon D.A., *The ABC of PVS. Problems of definition*, „Proceedings of the IV International Symposium on Coma and Death”, New York 2004, s. 215-228.
- The NINCDS Collaborative Study of Brain Death, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health. NIH Publication, No. 81-2286, 1980, Nr 24.

Walker A.E., *Cerebral Death, 2 The Nervous System*, "The Clinical Neurosciences", 75, Tower&Chase, 1975.

Woronowski F., *Zarys teologii pastoralnej*, t. 2, Warszawa 1986.

Xiao D., Craig J.C., Chapman J.R., Dominguez-Gil B., Tong A., Wong G., *Donor Cancer Transmission in Kidney Transplantation: A Systematic Review*, „American Journal of Transplantation”, (2013)13, s. 2645-2652.

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, poz. 547.