

JOANNA PICEWICZ  
Akademia Ignatianum w Krakowie

## DYLEMATY ETYCZNE WOKÓŁ DEFINICJI ŚMIERCI MÓZGOWEJ ORAZ ZGODY DOMNIEMANEJ

Problem życia i śmierci nurtuje ludzi od dawna. Robert S. Morison z Cornell University w Ithaca o zagadnieniu życia mówi: „(...) życie nie jest rzeczą, lecz właściwością”<sup>1</sup>, jest również procesem ciągłym. Istota ludzka w momencie śmierci nie podlega unicestwieniu jako całość, tzn. nie wszystkie komórki oraz organy zostają zniszczone w oka mgnieniu<sup>2</sup>. W momencie orzekania śmierci człowiek nie musi być w pełni martwy, w takim sensie, że jego komórki przestają istnieć w danym momencie. Narządy ludzkie zamierają, jedne wcześniej, a inne w nieco późniejszym czasie<sup>3</sup>.

Nie chcemy umierać zbyt wcześnie, choć każda pora umierania zdaje się być dla nas przedwczesna. Dla przesunięcia momentu umierania gotowi jesteśmy zgodzić się na wiele. W medycynie złożyliśmy naszą całą nadzieję<sup>4</sup>.

Cała problematyka jaka obecna jest w metodzie przeszczepowej *ex mortuo*<sup>5</sup> ma swój punkt wyjścia w śmierci mózgowej<sup>6</sup>. Bez ustalenia śmierci człowieka nie jesteśmy w stanie uchwycić problematycznych kwestii moralnych.

---

<sup>1</sup> H. Haskovcova: *Między życiem a śmiercią*, przeł. H. Wasylkiewicz. Warszawa 1978, s. 164.

<sup>2</sup> Tamże, s. 164.

<sup>3</sup> Tamże, s. 163.

<sup>4</sup> Tamże, s. 223.

<sup>5</sup> *Ex mortuo* – (z łac.) transplantacje ze zwłok.

<sup>6</sup> Trwałe i bezpowrotne ustanie spontanicznych funkcji pnia mózgu, nazywane również śmiercią mózgową, jest podstawowym kryterium orzekania śmierci człowieka. Rozpoznanie tegoż stanu, dopuszcza zaprzestanie dalszego, niecelowego leczenia pacjenta, otwierając tym samym drogę metodzie przeszczepowej. Tamże, s. 164.

Pierwotna definicja śmierci, rozumianej jako zanik oddechu i zatrzymanie krążenia, obowiązywała jeszcze do niedawna. Wiadome było, iż w chwili ustania oddechu i krążenia obumarcie mózgu nastąpi w krótkim czasie. Powyższe kryterium (brak krążenia i oddechu) było synonimem śmierci i w związku z tym uważano je za wystarczające. W czasach dawnych serce traktowane było jako najważniejszy organ, a jego niewydolność była równoznaczna z nadejściem śmierci. Definicją klasyczną medycyna posługiwała się do czasu wynalezienia respiratora. Wraz z rozwojem metod reanimacji okazała się być jednak definicją niewystarczającą, bowiem krążenie i oddech można było przywrócić. Stało się tak w latach sześćdziesiątych XX wieku.

Nadzwyczaj szybko podjęto działania na skalę międzynarodową celem ustalenia nowej definicji śmierci. Poszukiwano jej śladów, oznak i symptomów, które można by przyjąć za pewnik. Obiektem zainteresowania stał się mózg ludzki oraz formy jego zamierania. I tak, podczas Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (ang. *World Medical Association WMA*) w 1968 r. przedstawiono *Komunikat na temat śmierci*, w którym śmierć klasyczną, tj. brak oddechu i krążenia, zastąpiono śmiercią mózgową, ustalając tym samym ostateczną definicję śmierci<sup>7</sup>.

W tym samym roku Nadzwyczajna Komisja Harvardzka Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej (ang. *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*) ustaliła oraz sformułowała nowe kryterium śmierci organizmu ludzkiego, ujmując je jako „trwałe nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu”<sup>8</sup>. Według ustaleń, definicja śmierci mózgowej jest wyznacznikiem śmierci pnia mózgu, warunkiem koniecznym i wystarczającym do uznania zgonu organizmu jako całości. Organizm ludzki jako całość jest systemem zbudowanym z wielości wspólnie powiązanych ze sobą podsystemów. Gdy pień mózgu utraci zdolność pełnienia funkcji integracyjnych, to poszczególne podsystemy (organy jako elementy żywe lub pobudzane do działania w sposób sztuczny) nie tworzą

---

<sup>7</sup> T. Biesaga: *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*. „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 2, s. 20.

<sup>8</sup> J. Kopiała: *Etyczny wymiar cielesności*. Kraków 2002, s. 71.

już żyjącego organizmu ludzkiego jako całości<sup>9</sup>, a są jedynie „śmier-  
telnymi szczątkami”.

W teź definicji jest zawarte mechanistyczne rozumienie organi-  
zmu. Biologiczny organizm jako całość zostanie potraktowany jako mar-  
twy, mimo tego, że niektóre jego elementy są nadal żywe. Tutaj jest do-  
strzegalna pewna analogia: człowiek jako mechanizm. Tenże mecha-  
nizm będzie uznany za zepsuty jako całość, gdy okaże się, że jego naj-  
ważniejsza część, pełniąca funkcję kontrolną, zostanie uszkodzona; ana-  
logicznie w przypadku organizmu człowieka. Głównym zarządcą – ko-  
ordynatorem biologicznego ludzkiego systemu jest jego mózg,  
a uszkodzenie pnia jest równoznaczne z bezpowrotnym jego rozpadem<sup>10</sup>.  
Pozamózgowa część ciała zostaje pozbawiona możliwości udziału w  
identyczności osoby. Jest ono tylko ciałem mózgu, gdy ten utraci swą  
moc, pozostają tylko martwe fragmenty<sup>11</sup>.

Wadą definicji klasycznej, wraz z jej zastosowaniem, było proble-  
matyczne i dyskusyjne ustalenie momentu śmierci. Jeżeli bowiem za  
moment ten uznawałoby się odłączenie od aparatu podtrzymującego  
ludzkie życie, to można także założyć, iż momentem tym może być  
przedwczesne zakończenie terapii przez lekarza, a nie przez samą naturę.  
Nowa definicja rozwiewa wszystkie wątpliwości. Podaje ona: śmierć  
zajdzie w momencie, w którym w sposób niebudzący wątpliwości, usta-  
lono, że wszelkie czynności całego mózgu nieodwracalnie ustały<sup>12</sup>.

Śmierć mózgowa jest nie tyle definicją właściwą, co użyteczną. De-  
finicja ta otwiera drogę transplantacji, której to możliwości nie było w  
przypadku śmierci klasycznej. Istnieje duże prawdopodobieństwo, iż  
definicja ta, wraz z nowym kryterium śmierci, została stworzona dla  
potrzeb praktyki przeszczepiania narządów.

Nowa definicja znalazła szybkie poparcie wśród większości krajów,  
została także zaaprobowana przez Papieską Akademię Nauk. Tadeusz  
Biesaga w swej pracy *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*,

---

<sup>9</sup> Tamże, s. 72.

<sup>10</sup> Tamże, s. 71.

<sup>11</sup> T. Biesaga: *Kontrowersje wokół...* „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 2, s. 22.

<sup>12</sup> M. Nowacka: *Etyka a transplantacje*. Warszawa 2003, s. 77.

w sposób bardzo wyraźny przedstawia, jak przebiegała ewolucja definicji śmierci. Całość zawiera w trzech fazach:

1. *Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości.* Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna).

2. *Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości.* Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów (definicja tzw. nowa).

3. *Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć pnia mózgu jako całości.* Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana),<sup>13</sup>.

Tak więc śmierć pnia mózgu świadczy o śmierci człowieka jako całości, choć nie znaczy to, że wszystkie elementy muszą być jednocześnie martwe. Pewne części lub ich funkcje mogą trwać w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych<sup>14</sup>.

Polski bioetyk Piotr Morciniec o ostatecznej definicji śmierci, tj. śmierci mózgowej, mówi, że jest rozpadem i niezdolnością organizmu do dalszej egzystencji. Za pomocą śmierci mózgowej możemy orzec, że ten do niedawna żywy organizm, istniejący do tej pory jako ludzkie indywiduum, rozpada się na elementy składowe oraz następuje jego rozpad i zniszczenie<sup>15</sup>.

Nowa definicja śmierci niesie za sobą wiele kontrowersji. I tak Hans Joachim Türk stwierdza, iż bliscy z trudem godzą się z faktem uznania za zmarłego kogoś, u którego ciało nie nosi śladów śmierci, jest krążenie i oddech, wczoraj było uznane za żywe, natomiast dziś odbiera się je jako martwe mimo tego, że wczoraj i dzisiaj wygląda tak samo. Czy możemy pozostać w zgodzie ze zdrowym rozsądkiem, uznać osobę tę za zmarłą?

Za Türkiem podobnie sprzeciwia się nowej definicji śmierci Hans Jonas, który twierdzi, iż medycyna przyznaje sobie prawo wyznaczenia granicy między życiem, a śmiercią, a tak naprawdę nie potrafi tego zro-

---

<sup>13</sup> T. Biesaga: *Kontrowersje wokół...*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 2, s. 21. Por. także – P. Szulc: *Przeszczepianie narządów – możliwości i granice. Próba spojrzenia etycznego.* „Ethos” 1994, nr 25/26, s. 212.

<sup>14</sup> Tamże, s. 21.

<sup>15</sup> Tamże, s. 23.

bić. Ma dane na temat tego, co umiera w człowieku, ale nie informuje o tym, że człowiek zmarł. Medycyna opóźnia proces umierania naszego ciała, aby otworzyć drogę transplantacji. Śmierć mózgowa nie jest ani kryterium śmierci, ani kryterium pobierania narządów. Natomiast jest znakiem nieodwracalności procesów<sup>16</sup>. Ale na koniec Jonas dodaje: „[...] moja identyczność jest identycznością całego i całościowego organizmu, choć wyższe funkcje osobowości mają swoją siedzibę w mózgu”<sup>17</sup>.

Filozof Bogusław Wolniewicz na temat śmierci mózgowej w swej pracy *O prawo do zmarłych* wypowiada się następująco: „Kiedyś prostodusznie sądziłem, że w uznaniu tzw. śmierci mózgowej za kryterium zgonu chodzi o to, by mieć całkowitą pewność, że dana osoba rzeczywiście umarła. Przez myśl mi nie przeszło, że chodzi o coś zupełnie innego, mianowicie o to, by jak najprędzej dobrać się do trupa. To, że zmieniono kryterium śmierci, jest jedną z konsekwencji patrzenia na zwłoki ludzkie jako na surowiec do dalszej obróbki”<sup>18</sup>.

W definicji śmierci mózgowej istnieje pewien paradoks. Twierdzi się, iż nowa definicja śmierci opiera się na założeniu, że zgon jest aktem momentalnym, natomiast z drugiej strony proponuje się ją z pewnością dlatego, że niektóre elementy „nowo zdefiniowanego martwego ciała będą mniej martwe, niż byłyby, gdyby posłużono się definicją tradycyjną”<sup>19</sup>. Jaki płynie z tego wniosek? Pierwszą nasuwającą się konkluzją jest taka, iż definicja śmierci mózgowej jest wytworem na zamówienie transplantacji. Śmierć mózgowa stanowi o śmierci człowieka jako całości mimo tego, że pozostałe organy, które można „wykorzystać” w celach terapeutycznych są sprawne. Gdyby definicja ta oznaczała śmierć człowieka w ogóle, czyli śmierć całości ze wszystkimi elementami, byłaby ona bezużyteczna. Transplantacja nie miałaby tu możliwości zastosowania.

Definicji śmierci mózgowej zarzuca się brak możliwości uchwycenia momentu śmierci. Czy w ogóle istnieje możliwość uchwycenia momentu śmierci, kiedy dochodzi do zacierania granic między życiem a śmiercią?

---

<sup>16</sup> Tamże, s. 22.

<sup>17</sup> Tamże, s. 23.

<sup>18</sup> B. Wolniewicz: *O prawo do zmarłych*, [w:] *Filozofia i wartości*, t. II, Warszawa 1998, s. 316.

<sup>19</sup> M. Nowacka: *Etyka...*, s. 90.

Prawdą jest, że możliwość sztucznego podtrzymywania życia ludzkiego zaciemnia raczej niż rozjaśnia rzeczywistość śmierci, a tym samym w wielu sytuacjach granicznych nie pozwala na uchwycenie momentu zejścia. Nie oznacza to jednak, że taki moment nie ma racji bytu. Główny problem tkwi w jego stwierdzeniu. Natomiast, gdy nie ma możliwości ustalenia tegoż momentu z braku rozumienia czy wiedzy, nie pozostaje nam nic innego, jak tylko poszukiwać tak długo, aż zbliżymy się do poprawnego ujęcia momentu zgonu. Ale najpierw należałoby odpowiedzieć na postawione sobie pytanie, mianowicie: czy uchwycenie momentu śmierci jest uchwyceniem prawdy, czy jednak jest to kwestia korzyści bądź wygody? Całkowite zamazywanie różnicy między pacjentem żywym a martwym jest nieprawidłowe i niebezpieczne. Trzeba zdać sobie sprawę z tego, czym jest to, co wydaje ostatnie tchnienie<sup>20</sup>. Jedno jest pewne, ten „co umiera, jest organizmem jako całość. To ta śmierć, śmierć indywidualnego ludzkiego bytu, jest istotna dla medyków oraz dla społeczności, nie zaś śmierć organów czy komórek, które są jedynie częściami”<sup>21</sup>.

Można by zatem wyciągnąć z tego wniosek, iż śmierć mózgowa jest wyznacznikiem, punktem granicznym między życiem a śmiercią organizmu osobowego jako całości. Przy braku możliwości dysponowania pojęciem organizmu jako całości można mniemać, iż śmierć jest procesem ciągłym, obejmującym stopniowo kolejne członki biologicznej struktury, aż wszystkie one staną się martwe, i dopiero wtedy możemy orzec, że umarł cały organizm, ale w żadnym z wcześniejszych momentów nie potrafimy stwierdzić, że nastąpił moment zejścia całości człowieczego bytu.

Stara zasada etyki medycznej głosi *primum non nocere*. Idąc drogą owej reguły, bez żadnych wątpliwości należy powiedzieć, iż organizm człowieka powinien być tak długo poddawany leczeniu, jak długo jest on organizmem osoby ludzkiej<sup>22</sup>.

Nowym, wzbudzającym wiele kontrowersji zagadnieniem jest przeniesienie tkanki mózgowej z ludzkich płodów. Materiału transplantacyj-

---

<sup>20</sup> Tamże, s. 90–91.

<sup>21</sup> Tamże, s. 91.

<sup>22</sup> M. Nowacka: *Etyka...*, s. 91.

nego z ludzkich płodów zaczęto używać na świecie pod koniec lat osiemdziesiątych w leczeniu choroby Parkinsona. Cennym materiałem stała się komórka nerwowa pobrana z tkanki mózgowej embrionu ludzkiego, który został poroniony w sposób naturalny lub sztuczny. Zabieg taki prowadzi do znacznej poprawy zdrowia u cierpiących pacjentów. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż fragment istoty czarnej pobranej z płodu – dawcy posiada cechę szczególną, występującą gdy płód nie przekroczył 11 do 12 tygodnia życia, wówczas komórki dawcy nie uaktywniają systemu odpornościowego biorcy<sup>23</sup>.

W przypadku poronienia naturalnego embrion nie ma w pełni wykształconego mózgu, a co za tym idzie, nie ma możliwości pobrania materiału w celu przeniesienia. Możliwość taką daje płód – dawca, pozyskany w wyniku przerwania ciąży „na życzenie” w dwunastym tygodniu życia. Aby zabieg ten miał sens, tkanka mózgowa musi być pobrana jeszcze przed śmiercią mózgu płodu – dawcy. Istnieje tu duże niebezpieczeństwo. Ogromne pragnienie cierpiących pacjentów może przyczynić się do wzrostu produkcji materiału transplantacyjnego, a co za tym idzie, znacznego przyrostu sztucznie dokonywanych poronień, odpowiadając tym samym na zapotrzebowanie biorców. Z drugiej strony wszelkie ograniczenie w dokonywaniu sztucznych poronień oznacza zawężenie działalności praktyki transplantacyjnej.

W przypadku ludzkich płodów pochodzących z poronień spontanicznych definicja śmierci mózgowej nie znajduje zastosowania. Mózg płodu – dawcy nie jest w pełni wykształcony, nie ma więc możliwości stwierdzenia śmierci mózgowej, która jest warunkiem umożliwiającym pobranie organów.

Następny problem natury moralnej pojawił się wraz z przypadkiem noworodka anencefalicznego tj. bezmózgowego w roli dawcy organów. Noworodek anencefaliczny jedynie w niewielkim stopniu jest zdolny do życia, a nieliczne przypadki są w stanie przeżyć samodzielnie do kilku miesięcy. Wszystkie organy anencefala są sprawne, wszystkie za wyjątkiem mózgu, tak więc jest on idealnym dawcą narządów do przeszczepu. Istota ta z góry jest skazana na śmierć, natomiast jej organy mogą urato-

---

<sup>23</sup> M. Wichrowski: *Etyczne aspekty transplantacji*. „Postępy Rehabilitacji” 2000, nr 4, s. 111.

wać wiele istnień ludzkich, które posiadają mózg<sup>24</sup>. Wyłania się jednak nowy problem w tej kwestii. Dawcą może być ten, u którego została stwierdzona śmierć mózgową, tj. trwałe nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu. W tym przypadku dziecka anencefalicznego nie można uznać za „nieżyjące, względnie nadające się do pobierania organów”<sup>25</sup>, ponieważ ono cały czas żyje, choć nie posiada mózgu, a tym samym zanika możliwość stwierdzenia śmierci pnia mózgu oraz bycia potencjalnym dawcą.

Przytoczyć należy również przykład pacjenta z uszkodzoną korą mózgową, gdzie brak możliwości stwierdzenia śmierci mózgowej zamyka możliwość pobrania organów. Jeśli dojdzie do uszkodzenia kory mózgowej pacjenta, która to odpowiada za naszą mowę, pamięć, umiejętność abstrahowania czy wyrażania uczuć, osoba taka nigdy nie odzyska świadomości. Jej stan można określić jako trwale wegetatywny mimo tego, iż pień mózgu oraz ośrodkowy układ nerwowy funkcjonują prawidłowo, co pozwala na samodzielny oddech i krążenie. Pacjent taki nigdy nie zostanie dawcą dlatego, że według przyjętej definicji śmierci, on nadal żyje, zatem nie ma możliwości pobrania narządów.

Medycyna przeszczepowa nie ma dla siebie alternatywy. Praktyka transplantacyjna znalazła się więc w niecodziennym położeniu – życie ludzkie zdoła uratować tylko wtedy, gdy życie dawcy zgaśnie. Czekanie na organ potrzebny do życia dawcy jest równoznaczne z czekaniem na śmierć drugiego człowieka. Na zgon potencjalnego dawcy czeka cierpiący pacjent, jego rodzina, a także lekarze, którzy będą przeprowadzać zabieg przeniesienia. Zgon pacjenta dla oczekujących wiąże się z nadzieją i szansą na dalsze życie. Pacjent, który był do niedawna poddawany leczeniu, staje się nagle dawcą, wobec którego kieruje się czynności mające przyczynić się do uratowania życia tego drugiego. Zatem zdrowie czyjeś jest okupione ceną śmierci drugiego człowieka<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> M. Wichrowski: *Etyczne aspekty ...*, „Postępy Rehabilitacji” 2000, nr 4, s. 112.

<sup>25</sup> B. Wójcik: *Etyczne aspekty transplantacji serca*. „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” 2004, nr 4, s. 136.

<sup>26</sup> M. Machinek: *Śmierć w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u kresu życia ludzkiego*. Olsztyn 2001, s. 34.



Czy życiu człowieka, życiu dawcy, przypisuje się mniejszą wartość niż życiu drugiego, ściślej, życiu biorcy? Można z tego wywnioskować, że życie dawcy jest mniej warte niż życie biorcy.

Zgoda potencjalnego dawcy na dokonanie przeniesienia po jego śmierci może się sprowadzać do sytuacji, w której to inni będą wyczekiwać jego śmierci.

Czekać na śmierć drugiego i zarazem widzieć w niej nadzieję jest niegodne człowieka. W taki sposób można to określić z punktu widzenia etyki. Tyle tylko że pacjent nie rozważa tej problematycznej kwestii dlatego, ponieważ kieruje nim olbrzymie pragnienie przeżycia, choć nie znaczy to, że oczekuje czyjejs śmierci.

Śmierć pacjenta – dawcy dla oczekujących jest nadzieją na dalsze życie, pozwoli im wymknąć się śmierci. Tkwi tu duże niebezpieczeństwo. Wielkie pragnienie sukcesu przeniesienia może przyczynić się do przyspieszenia śmierci. W związku z małą ilością dawców narządów, a ogromną liczbą czekających biorców, lekarze pod naciskiem rodziny lub pod wpływem innych czynników, mogą odmówić dalszej terapii, stosując tzw. eutanazję kierowaną, która prowadzi do przedwczesnego zgonu. Czy w takiej sytuacji nie dojdzie do świadomego skrócenia oczekiwania? Czy nie zostaną podjęte próby przyspieszenia lub spowodowania zgonu pacjenta? Może nawet dojść do stwierdzenia zgonu przed czasem, organizm żyjący zostanie więc potraktowany jako zwłoki<sup>27</sup>. Takie działanie nie powinno mieć miejsca, jest moralnie niedopuszczalne.

Podstawowym kryterium do pobrania narządów jest stwierdzenie pewnej śmierci dawcy, pojmowanej jako trwałe i nieodwracalne ustanie wszystkich funkcji pnia mózgu. Po stwierdzeniu śmierci mózgowej pacjenta można pobierać narządy do przeszczepu.

*Karta Pracowników Służby Zdrowia* o zagadnieniu stwierdzenia pewnej śmierci dawcy wypowiada się w sposób następujący: „[...] musi być pewność, że mamy do czynienia z osobą zmarłą, aby ustrzec się pobrania organów, powodując przy tym śmierć pacjenta lub ją uprzędzić. Do pobrania może dojść tylko po stwierdzeniu pewnej śmierci dawcy, tj. trwałe nieodwracalne ustanie wszelkich funkcji pnia mózgu. Należy zatem podjąć wszystkie środki, by zmarły nie był uważany

---

<sup>27</sup> J. Kopania: *Etyczny wymiar...*, s. 54.

i traktowany jako taki przed stwierdzeniem śmierci cierpiącego pacjenta”<sup>28</sup>.

Natomiast Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae*<sup>29</sup> o pewnym stwierdzeniu zgonu pacjenta wyraża się następująco: „Nie możemy też przemilczeć istnienia innych, lepiej zamaskowanych, ale nie mniej groźnych i realnych form eutanazji. Mielibyśmy z nimi do czynienia na przykład wówczas, gdyby w celu uzyskania większej ilości organów do przeszczepów przystępowałyby się do pobierania tychże organów od dawców, zanim jeszcze zostaliby uznani według obiektywnych i adekwatnych kryteriów za zmarłych”<sup>30</sup>.

Została tutaj poruszona bardzo ważna kwestia dotycząca życia i śmierci istoty ludzkiej. Należy zachować wszelką ostrożność, jeśli chodzi o wydanie opinii w tej sprawie. Przyjmuje się, iż cierpiący pacjent żyje „jeszcze wtedy, kiedy umiera, zaś dopiero wtedy jest martwy i może być uznany za nieżyjącego, kiedy już umarł”<sup>31</sup>.

W czasie agonii nadal żyje i pod żadnym pretekstem nie wolno mu zadać śmierci.

Prawdę mówiąc nie wiemy, czym jest śmierć. Być może jest krótkim momentem, ale może być również i długotrwałym procesem. Dopóki nie sprecyzujemy, czym jest śmierć, nie będziemy w stanie jej uchwycić, w związku z czym może dochodzić do różnych nadużyć. Aktualnie śmierć jest definiowana jako trwałe, nieodwracalne ustanie wszelkich funkcji pnia mózgu (tzw. śmierć mózgowa).

#### Literatura:

1. Biesaga T., *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 2, s.20–23.
2. Biesaga T., *Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji*, „Medycyna praktyczna” 2006, nr 1, s.20–24.

---

<sup>28</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia; *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, s. 76.

<sup>29</sup> Encyklika *Evangelium vitae* (1995) – O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego.

<sup>30</sup> A. Sikora: *Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła i wypowiedzi Jana Pawła II*. „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” 2004, nr 4, s. 123.

<sup>31</sup> S. Kornas: *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*. Częstochowa 1986, s. 212.

3. Gardocka M., *Problem zgody domniemanej w polskiej transplantologii*, „Warszawskie Studia Teologiczne”, 2013, XXVI/1, s. 247-260.
4. Góralczyk P., *Etyczne uzasadnienie regulacji formalnej zgody*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, red. A. Marcol, Opole 1996, s. 113–121.
5. Haskovcova H., *Między życiem a śmiercią*, przeł. H. Wasylkiewicz, Warszawa 1878.
6. Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995.
7. Kopania J., *Etyczny wymiar cielesności*, Kraków 2002.
8. Kornas S., *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986.
9. Kosmała J., Kowal K., *Reakcje rodziny jako element warunkujący zabiegi transplantacyjne w opiniach środowiska medycznego*, [w:] *Dar życia i jego społeczny kontekst. Zabiegi transplantologiczne w świadomości społecznej*, red. B. Pawlica, M. S. Szczepański, Tychy 2003, s. 40–55.
10. Machinek M., *Śmierć w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u kresu życia ludzkiego*. Olsztyn 2001.
11. Marcol A., *Etyczne aspekty transplantacji narządów*. Opole 1996.
12. Nowacka M., *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003.
13. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia; *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995.
14. Pawlica B., Szczepański M. S., *Dar życia i jego społeczny kontekst. Zabiegi transplantologiczne w świadomości społecznej*, Tychy 2003.
15. Rowiński W., *Trzy czule aspekty medycyny transplantacyjnej*, „Kardiologia i Torakochirurgia Polska” 2004, nr 4, s. 139-140.
16. Sikora A., *Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła i wypowiedzi Jana Pawła II*, „Kardiologia i Torakochirurgia Polska” 2004, nr 4, s. 119-126.

17. Szulc R., Przeszczepianie narządów – możliwości i granice. Próba spojrzenia etycznego, „Ethos” nr 25/26, 1994, 2. 208-213.
18. Wichrowski M., *Etyczne aspekty transplantacji*, „Postępy Rehabilitacji” 2000, nr 4, s. 107–114.
19. Wolf P., Boudjema K., Ellero B., Cinqualbre J., *Transplantacja narządów. Kompendium*, tł. S. Michowicz, Wrocław 1993.
20. Wolniewicz W., *O prawo do zmarłych*, w: *Filozofia i wartości*, t. II, Warszawa 1998, s. 313-316.
21. Wróbel J., Zgoda domniemana w polskiej ustawie transplantacyjnej. Wątpliwości i obawy natury etycznej, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, red. A. Marcol, Opole 1996, s. 99–111.
22. Wójcik B., *Etyczne aspekty transplantacji serca*, „Kardiologia i Torakochirurgia Polska” 2004, nr 4, s. 133-138.
23. Virt G., Etyczne uzasadnienie tzw. „regulacji” sprzeciwu, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, red. A. Marcol, Opole 1996, s. 91–97.

### Summary

In the article I discuss the ethical aspects of the definition of brain death. Persistent and irreversible cessation in determining of a brain stem, also known as brain death, is the basic criterion in determining human death. Patients classified as brain-dead are no longer subject to medical treatment, which turns aimless in their condition, and can have their organs removed for the purpose of donation. The main problem with current transplantation practice is the legitimacy of equating brain death with the death of a person. Biological death of the brain does not automatically involve the biological death of the whole organism. The brain is the governor, the coordinator of a biological human structure, so its death means disintegration of the ability to biologically exist any further. The death of the brain stem is the core indicator, a landmark between life and full death. Defining brain death captures the difficulty of determining the very exact moment of death. The organs must remain alive for as long as possible and, at the same time, dead for as long as

necessary, in order to implant them to another human being. This raises many ethical doubts which opens up philosophical debate.

**Key words:** transplantation, organ donation, death criterion, brain death, biological death (full death), human death.